



HAL
open science

L'écoute clinique en formation d'adultes : Place de la clinique narrative dans la formation des futurs professionnels du secteur médico-social

Anaïs Renaud Alcaraz

► **To cite this version:**

Anaïs Renaud Alcaraz. L'écoute clinique en formation d'adultes : Place de la clinique narrative dans la formation des futurs professionnels du secteur médico-social. Education. Université de Lille, 2022. Français. NNT : 2022ULILH055 . tel-04042216

HAL Id: tel-04042216

<https://theses.hal.science/tel-04042216>

Submitted on 23 Mar 2023

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

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

L'écoute clinique en formation d'adultes

*Place de la clinique narrative dans la formation des futurs professionnels du secteur
médico-social*

Thèse de doctorat en sciences de l'éducation et de la formation

Soutenance : 14 décembre 2022

Présentée par : **Anaïs ALCARAZ**

Devant le jury composé de :

CONDETTE Sylvie
PU. Université de Lille

Présidente du jury

ALIX Jean Sébastien
Université de Lille

Examineur

CANAT Sylvie
PU. Université Paul Valéry, Montpellier

Rapporteuse

DELORY MOMBERGER Christine
PU émérite Université Paris 13, Paris

Rapporteuse

DE GAULEJAC Vincent
PU émérite Université Paris 7, Paris

Examineur

NIEWIADOMSKI Christophe
PU. Université de Lille

Directeur de thèse

SOMMAIRE

SOMMAIRE	0
REMERCIEMENTS	0
Sigles et acronymes utilisés	1
Introduction	1
L'accueil, espace du refuge ?	2
L'accueil, espace de rencontre ?	6
Accueil et recueil : espaces possibles du dire ?	8
L'accueil, espace à penser	13
Chapitre 1 : Récit réflexif d'un parcours : de l'éducation spécialisée vers la formation, la recherche comme pivot	19
1.1. Mon parcours comme clé de compréhension de mes questionnements	19
1.1.1 Construction d'un rapport au savoir : la « schole » comme espace d'évolution, de mobilité et de plaisir	22
1.1.2 Des rencontres « folles » développant une posture clinique à l'écoute du sujet	31
1.2. Un parcours professionnel centré sur des questions d'éducation	40
1.2.1 Au défi d'une nouvelle fonction : la « coordination des parcours »	41
1.2.2. Croisements entre formation, enseignement et éducation : un accompagnement à la transformation ?	48
1.2.3. L'enchevêtrement des sphères d'activités chez les travailleurs sociaux	54
Chapitre 2 Histoire des folies	60
2.1. Approche socio-historique des lieux d'accueils	63
2.1.1 De l'Antiquité à la révolution : mutation des lieux d'asile	63
2.1.2. De la Renaissance vers le monde moderne : naissance du mouvement désaliéniste et amorce de liberté citoyenne	71
2.2. Évolution du soin et des traitements : problèmes et débats épistémologiques actuels	77
2.2.1 Entre sociothérapie et « clinique de l'écoute » : la psychothérapie institutionnelle ou une philosophie politique du soin	77
2.2.2. La « clinique du sujet » à l'heure de l'émergence d'une nouvelle ère neurobiologique et comportementale	86
2.2.3. Les possibilités « d'éducabilité » comme préalable à la rencontre et à l'accompagnement	94
Chapitre 3 : Histoire des formations : les métiers d'infirmiers et d'éducateurs	101
3.1. Educateur spécialisé : évolutions du métier et transformations de la formation	101
3.1.1. Histoire du métier : des « éducateurs d'internat spécial » aux coordinateurs	102
3.1.2. Naissance d'une professionnalisation (1967-2007)	109
3.1.3. Deux réformes successives (2007 et 2018) : signe d'une instabilité de la fonction ?	118
3.2. Le métier d'infirmier	129

3.2.1. De « gardiens des fous » à « infirmiers de secteur psychiatrique » : la difficile naissance d'une profession	132
3.2.2. Tensions et enjeux modernes autour du diplôme d'infirmier en soins psychiatrique : fin d'une spécialisation	141
Chapitre 4 : Histoire des histoires de vie et émergence des courants biographiques	150
4.1. Fondements épistémologiques	150
4.1.1 Anthropologie et philosophie aux origines des pratiques	150
4.1.2 Histoire, littérature : histoire de chevauchements	157
4.1.3. Arts et technologie : des supports à la narration de soi	163
4.1.4. Sociologie et psychologie : des sciences mobilisant les histoires de vie	169
4.2. Naissance de courants pluriels et multiples	177
4.2.1. La recherche biographique	178
4.2.2. Histoires de vie en formation et Récit de vie	184
4.2.3. La sociologie clinique	190
4.2.4. Sociologie clinique et santé mentale	196
Chapitre 5 : La subjectivité ; histoire de tensions et de résistances	200
5.1. Le souci d'objectivité et l'incontournable subjectivité dans les métiers de la recherche et de l'accompagnement	200
5.1.1. La condition et la société biographique dans un monde hypermoderne	200
5.1.2. Objectivité et subjectivité : une histoire d'opposition à dépasser	206
5.1.3. La clinique narrative et les injonctions biographiques dans les métiers de la relation d'aide	212
5.2. L'écoute et la prise en compte des récits de vie des apprenants en formation	218
5.2.1. La mise en mots et l'écoute des histoires de vie	218
5.2.2. Place de la subjectivité et de la réflexivité en formation professionnalisante des métiers dits « de l'humain »	223
5.2.3. L'écoute complexe et la clinique narrative : un enjeu de formation et d'accompagnement intimement liée à la sphère privée	229
Chapitre 6 : Méthodologie de l'enquête : des entretiens individuels aux expérimentations collectives	236
6.1. Choix méthodologiques	236
6.1.1. Rappel des hypothèses	237
6.1.2. Méthodologie des entretiens recueillis : la cohorte des étudiants et le déroulé	239
6.1.3. L'approche par analyse de contenu ou analyse thématique	242
6.1.4. Le choix des indices et élaboration d'indicateurs	246
6.2. Expérimentations et aspects éthiques	249
6.2.1. Dispositif d'expérimentation : le module sur l'approche biographique	249
6.2.2. Entre volontariat et contrainte de participation : les « péripéties » de la recherche	253

6.2.3. Relation entre le chercheur et son sujet de recherche : notre place de formatrice, entre réalité statistique, implication subjective et détour réflexif et biographique	260
6.2.4. Les biais de notre méthodologie	265
Chapitre 7 : Traitement et analyse : une approche transversale et séquentielle des récits	269
7.1. Comparaison entre deux cohortes : les infirmiers et les éducateurs spécialisés	269
7.1.1. Vécu et discours sur l'accueil de la parole dans les métiers de la relation d'aide	270
7.1.2. Espaces et mécanismes d'apprentissages de l'écoute	277
7.1.3. La question du « biographique »	286
7.1.4. Synthèse de l'analyse comparative entre étudiants infirmiers et étudiants éducateurs	297
7.2. Groupe expérimental et groupe contrôle : la sociologie clinique comme variable	303
7.2.1. L'accueil de la parole chez les étudiants éducateurs spécialisés : entre des difficultés à écouter les histoires de vie des autres et des difficultés à raconter la sienne...	303
7.2.2. Entre la sphère familiale et le centre de formation : un apprentissage de l'écoute clinique difficile à construire	309
7.2.3. L'inévitable surgissement de soi dans le rapport à l'Autre : un enjeu de formation des compétences biographiques intimement liée à la sphère privée	315
Chapitre 8 : Trois histoires d'éducateurs spécialisés en formation	321
8.1. Céline : une parole défendue et des stratégies d'évitement	322
8.1.1. Rencontre avec Céline : présentations, effets de résonance et dévoilement	322
8.1.2. Quand la parole devient synonyme de trahison	324
8.1.3. L'empêchement à dire comme hypothèse	328
8.2. Romane : un « évènement catastrophe » à l'origine d'une difficulté à se confier et à être « la confidente » ?	333
8.2.1. Le « bébé réconciliateur » : un trait d'union entre deux familles que tout oppose	334
8.2.2. Le récit d'un drame : une histoire violente narrée dans le silence des émotions	335
8.2.3. Les effets du récit sur les narrataires dans la constitution des capacités de biographisation et d'écoute	339
8.3. La place et les valeurs de Mylène comme catalyseur du groupe	343
8.3.1. Dans l'ombre de la honte	343
8.3.2. La réaction inédite du groupe face à cette histoire présentée comme « banale »	346
8.3.3. La formulation des hypothèses : un enjeu de co-construction	348
8.4. La place de la sociologie clinique en formation d'éducateurs spécialisés	350
8.4.1. Les liens entre les participants : incidences et leviers sur l'écoute et la compréhension des hypothèses	351
8.4.2. Ma formation en sociologie clinique : ses effets sur l'animation du module	354
8.4.3. Délicatesse et prudence au cœur de la démarche	356
Conclusion générale	359
<i>Vers une subjectivité mieux comprise et plus assumée</i>	359

<i>L'histoire d'un « travail inestimable », à l'épreuve des processus de désinstitutionalisation et de chalandisation</i>	360
<i>Le rappel à l'histoire du « prendre soin » : entre injonctions biographiques et mutations sociétales, la nécessité de « prendre soin » d'institutions dignes</i>	361
<i>La clinique de la rencontre et les logiques néolibérales en formation : une opposition insoluble</i>	363
<i>La nécessité d'une démarche de formation tenant compte des dimensions existentielles</i>	365
<i>A la découverte des compétences biographiques ignorées : une mise en sens des enjeux et phénomènes transférentiels</i>	366
<i>Pour une clinique narrative engagée et impliquée</i>	367
Bibliographie	370

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont, en premier lieu, à mon directeur de thèse, M. Christophe Niewiadomski, pour m'avoir accompagné toutes ces années. Depuis ma première rencontre avec lui, en 2012, lors de ma licence, il n'a eu de cesse de m'encourager et de me soutenir. Je lui suis reconnaissante pour le temps conséquent et la disponibilité qu'il m'a apportée tout au long de ces années. Ses conseils précieux et avisés, sa sympathie, son écoute, ses qualités humaines et la confiance qu'il m'a accordée m'ont permis de cheminer et d'aboutir ce travail. Je veux lui adresser ici ma profonde gratitude.

Je souhaite également remercier les rapporteurs de cette thèse (Mme Canat et Mme Delory), ainsi que les membres du jury, pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail.

J'adresse de sincères remerciements à l'équipe du RISC : M. De Gaulejac Vincent, Mme Seret Isabelle, M. Niewiadomski Christophe, Mme Hanique Fabienne, M. Fugier Pascal ainsi que tous les intervenants qui m'ont permis d'explorer ma propre histoire, d'en saisir les déterminants et les nœuds, et de pouvoir m'approprier pleinement cette démarche. De plus, j'ai une pensée particulière pour le groupe de participants, avec qui ces deux années consacrées aux histoires de vie et à la sociologie clinique ont été riches, denses et joyeuses.

Je désire en outre remercier tous les étudiants que j'ai croisés : évidemment ceux qui ont contribué à l'enquête, via les entretiens, ainsi que ceux qui ont accepté de participer aux modules de sociologie clinique ; mais également tous les autres qui se sont formés à l'école. Les rencontrer et les écouter est une réelle source de réflexion et de questionnements. Je les remercie pour leur dynamisme et leur franchise.

J'associe à ces remerciements mes collègues du centre de formation dans lequel je travaille, en particulier Emma et Éric (leurs convictions militantes et leur bonne humeur m'ont souvent remobilisées), le centre de documentation (pour leur aide précieuse, rapide et précise dans mes recherches) ainsi que l'ensemble des salariés pour nos échanges et questionnements communs sur mon thème de recherche.

Bien sûr, rien de tout cela n'aurait été possible sans ma famille : merci à ma mère, qui m'a donné le goût de la lecture et de l'étude, à mon père pour sa tranquillité inspirante, à mon frère et ma sœur, ainsi qu'à Patrice et Véro. Je veux aussi associer ma belle-famille, qui a toujours fait preuve d'attention et de bienveillance, et remercier « Titine » pour ses relectures.

Mes pensées sont également tournées vers mes amis, pour leur soutien et la compréhension du temps parfois manqué... Merci à mes amis relecteurs pour leurs retours précieux : Audrey, Estelle et Marjorie pour leurs amitiés indéfectibles, Marion (pour ce pari fou de reprise d'étude...). Merci à Michel et Max, pour leurs relectures, ainsi que pour nos aventures à venir. J'envoie une pensée émue pour mon amie Agathe ; son histoire teintée de multiples épreuves, sa vie, pleine de projets, et son sens du collectif, continuent de m'animer.

Un immense merci à Rémi, mon camarade de promo, mon « Chesnéen » préféré, mon ami, mon mari, le père de ma fille (et tant d'autres choses encore...), qui m'a permis de voir de nouveaux possibles et qui a suscité une autorisation à écrire chez moi. Merci infiniment pour son écoute, pour la perspicacité de ses retours, pour son soutien sans faille et sans condition à mon égard. Merci de m'avoir supporté dans certains moments critiques et délicats, toujours avec calme et amour. Enfin, merci à Anouk, ma fille, pour sa joie, son énergie, sa volonté et son ancrage dans le présent, véritablement stimulantes et ressourçantes.

Sigles et acronymes utilisés

- ANEJI : Association Nationale des Éducateurs de Jeunes Inadaptés
- ARSEA : Association Régionales de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence
- ASE : Aide Sociale à l'Enfance
- ASIHVIF-RBE : Association Internationale des Histoires de Vie en Formation- Recherche Biographique en Éducation
- ASS : Assistant de Service Social
- BAC ST2S : Baccalauréat Sciences et Technologies de la Santé et du Social
- CAP : Certificat d'Aptitudes Professionnelles
- CEE/ CFES : Comité d'Entente des Écoles et des Centres de Formations d'Éducateurs Spécialisés
- CEDT : Commission Emploi Du Temps
- CEF : Centre Éducatif Fermé
- CÉMÉA : Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active
- CESF : Conseiller en Économie Sociale et Familiale
- CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence
- CNU
- DAPAD : Dispositif d'Accompagnement au Placement À Domicile
- DEES : Diplôme d'État d'Éducateur Spécialisé
- DREES : Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques
- DSM : Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
- ECTS : European Credits Transfer System
- EJE : Éducateur de Jeunes Enfants
- ES : Éducateur Spécialisé
- ETS : Éducateur Technique Spécialisé
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- FV : Foyer de Vie
- GIR : Groupe d'Implication et de Recherche
- IFSI : Instituts de Formations en Soins Infirmiers
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
- ONU : Organisation des Nations Unies
- PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
- PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement
- RISC : Réseau International de Sociologie Clinique
- SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- SIE : Service d'Investigation Éducative
- UF : Unité de Formation
- VAE : Validation de l'Acquis et de l'Expérience

Introduction

« C'est l'accueil des réfugiés dans l'hôpital qui apportait cette vie du dehors, une vie grouillante, une atmosphère de catastrophe et d'universalisation de la souffrance, qui rendait la folie la plus authentique presque dérisoire devant l'affolement général. »
(Bonnafé et Tosquelles, 1995)

C'est par ces mots du Dr Tosquelles que nous souhaitons entamer cette thèse. En effet, ils mettent en lumière un des piliers de la psychothérapie institutionnelle, un concept fondateur de ce mouvement : l'accueil et l'hospitalité. Fondement socio-historique et enjeu politique de cette pratique soignante, l'accueil est élevé au rang de « fonction partagée » par l'ensemble des moniteurs-soignants. Ces derniers sont sollicités autant sur leurs compétences professionnelles et soignantes qu'au niveau de leurs compétences dites « existentielles »¹.

À travers ce travail de recherche, nous nous intéresserons à la notion d'accueil de l'autre (son être, sa parole, l'histoire de sa vie...) par les travailleurs sociaux et les soignants ; mais également à la formation des professionnels du secteur médico-social (ou l'absence de formation) sur ce sujet, à savoir les méthodes biographiques. Or, si l'on souhaite « comprendre le champ avec lequel et contre lequel on s'est fait » (Bourdieu, 2001, p. 15), cette entreprise nous paraît incontournable, notamment dans l'optique de la construction, chez les futurs travailleurs sociaux, d'une posture professionnelle éducative et soignante basée sur l'écoute, la maïeutique et la réflexivité. Ces préoccupations s'ancrent dans un contexte actuel bien particulier : celui de la désinstitutionnalisation. Nous tenterons de mettre en lien les impacts de la désinstitutionnalisation sur l'accompagnement éducatif, et particulièrement sur l'accompagnement biographique que proposent, plus ou moins empiriquement, éducateurs et soignants.

Structurée en huit chapitres, cette thèse, suit, en filigrane, nos cheminements de pensée, à travers trois pratiques professionnelles significatives. Le premier chapitre constitue notre pré-enquête. Il propose un détour biographique sur nous-mêmes afin d'identifier l'objet de notre recherche et le pourquoi du choix de ce thème. Étayé par nos expériences professionnelles et personnelles, ce premier chapitre tente de mieux cerner les contours de notre objet de recherche et définit la question de départ. En nous appuyant sur notre première expérience professionnelle de « monitrice-soignante » dans une clinique de psychothérapie institutionnelle, le second chapitre,

¹ Pour le dire en d'autres termes, les compétences qui relèvent de leur propre existence personnelle, et qui interviennent dans leur posture professionnelle et leur implication.

intitulé « histoire des folies », vient interroger la question de l'institution et sa fonction éventuelle « d'asile ». S'appuyant également sur une expérience de « coordinatrice de parcours » dans une association proposant des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie (décrite au chapitre 1), nous questionnons à cette occasion les effets de la désinstitutionnalisation au regard du mouvement de psychothérapie institutionnelle. La dimension philosophique que pose la question de la folie dans la société ainsi que les apports particuliers de la psychothérapie institutionnelle (notamment le rapport à la norme théorisé par Canguilhem) nous permet ensuite d'introduire un questionnement sur la nature des soins et des accompagnements réalisés. Ce qui nous amène vers le troisième chapitre, intitulé « histoire des formations », lequel, logiquement, s'intéressera à la formation des futurs professionnels de l'accompagnement. Partant de la nature des soins et des accompagnements, nous ne pouvons évidemment pas faire l'impasse sur les acteurs qui réalisent ces soins, et donc sur les formations qu'ils reçoivent. Nous avons ainsi procédé à une comparaison entre deux métiers emblématiques du secteur sanitaire et social afin de mettre en évidence les points communs et les différences entre les métiers d'infirmier et d'éducateur, de dégager les similitudes, les liens et les disparités entre ces formations. Examinant plus particulièrement le thème des approches biographiques, le quatrième chapitre s'attache à explorer les fondements de la recherche biographique et de la sociologie clinique. En parcourant ces courants théoriques, nous avons cherché à comprendre leurs fondements et les éventuelles applications sur les terrains qui nous intéressent, et tout particulièrement celui de la psychiatrie. Le cinquième chapitre interroge la question de la subjectivité, et sa prise en compte (ou non) dans les pratiques professionnelles et en formation. Les chapitres six et sept sont consacrés à l'enquête de terrain, auprès des étudiants éducateurs et infirmiers, d'abord d'un point de vue méthodologique, puis par le traitement et l'analyse des données. Enfin, le dernier chapitre est dédié à l'analyse des effets que produisent les initiations aux approches biographiques chez les travailleurs sociaux, à la fois sur leur discours et sur le récit de leurs pratiques.

L'accueil, espace du refuge ?

En mai 2007, nous effectuons notre premier jour en tant que stagiaire « monitrice-soignante » dans une clinique de psychothérapie institutionnelle du Loir et Cher. Comme tous les nouveaux arrivants, nous travaillons en secteur hôtelier, à la salle à manger (lieu d'accueil, où par la création d'un espace « d'agir » et de travail commun, la rencontre se trouve facilitée). Notre premier service se déroule un midi ensoleillé, où nous rencontrons Veronika. C'est la première fois que nous nous voyons, et nous nous présentons brièvement, simplement par notre prénom et notre

fonction de « stagiaire ». Elle nous répond en chantonnant : « Je m'appelle Veronika, je suis la fille de Grace Kelly et Joe Dassin... Vous connaissez Joe ? Les petits pains au chocolat...zai zai zai zai... ». Cette rencontre est un de nos premiers contacts avec la folie : elle nous laisse perplexe... C'est sans voix, mais non sans esquisser un sourire, que nous laissons Veronika continuer sa présentation ; c'est riche, dense et, semble-t-il, très délirant... Ces premiers jours à la clinique psychiatrique nous feront éprouver la question de l'accueil : Comment accueillir toutes les paroles, voire les paroles dites « impossibles » car insensées, irrationnelles, bref, « folles » ? Accueillir la parole de l'autre devient un enjeu d'espace : il s'agit de créer le maximum d'espaces pour que cette parole existe, vive et soit libre, aussi délirante soit-elle...

En 2012, Jacques Borie (cité par Didelet, 2017, p. 29) souligne que « Pour rencontrer un psychotique, encore faut-il consentir à ce moment de perplexité qu'inaugure la rencontre... ». Les temps de rencontre et d'accueil, composés de cette perplexité face à l'altérité et la différence, sont des espaces pour dire et se dire. Quelles sont les histoires à raconter pour se dire ? Comment les mettre en mots ? Qui les écouterait ? Les temps de recueil de la parole sont bien différents, et même si la perplexité reste présente, l'intention du recueil modifie le rapport à l'histoire, et à la manière dont le sujet la nomme. Nous chercherons ici à interroger les notions d'accueil et de recueil des histoires de vie des personnes accompagnées, par les professionnels du soin et de l'éducation, notamment au regard du mouvement de la psychothérapie institutionnelle.

Dans le contexte actuel d'austérité budgétaire et de rationalisation marchande de toutes les activités humaines, y compris les activités de travail soignant et éducatif, nous avons assisté ces dernières décennies à un changement de paradigme dans le secteur médico-social. Les réflexions de Michel Chauvière (Becquemin, 2014, p. 21) à ce propos viennent tout particulièrement appuyer nos propos : l'auteur explique que, progressivement, la notion d'organisation est venue se substituer à celle d'institution, faisant presque oublier qu'elles étaient « des supports essentiels d'une société des semblables » (Becquemin, 2014, p. 21). Chauvière décrit le processus de « chalandisation » à l'œuvre à travers différentes étapes notamment législatives : « Après la décentralisation des années 1980, sous couvert de réduction drastique de la dépense publique, la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) en 2001, la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) en 2007, devenue aujourd'hui la Modernisation de l'Action Publique (MAP), les agences dédiées à la qualité ou à la performance, la directive européenne sur les services en 2006, sans oublier la généralisation disciplinaire des bonnes pratiques (de « simples recommandations », dit-on !) et l'imposition de l'évaluation comme nouvelle morale publique et façon de donner des ordres, sans craindre ni les contradictions ni le *burn out* d'acteurs publics

plus que jamais dépossédés du sens de ce qu'ils réalisent. [...] Quand la spécificité de l'institution se trouve ainsi rebaptisée organisation, c'est au prix d'un refoulement des conditions historiques de sa création et du processus qui institue un groupe humain au travail, bref de la part vivante et imaginaire, c'est-à-dire de l'instituant. Visiblement le nouveau paradigme fait des émules. » (Becquemin, 2014, p. 21). Ce changement de paradigme est mis notamment en exergue à travers deux lois emblématiques dans le champ sanitaire et social : la première, loi de 1975, nommée explicitement « loi portant sur les *institutions* sociales et médico-sociales », et la seconde, loi 2002-2, qui elle, trente ans plus tard, est nommée : « loi rénovant le *secteur* social et médico-social ». Ce changement sémantique est, nous semble-t-il, révélateur, du changement de paradigme précité.

Dans une société post-moderne, à l'ère de l'avènement du sujet, les politiques européennes de désinstitutionnalisation reflètent les mécanismes d'une société se voulant « tout inclusive ». Les effets de la désinstitutionnalisation sont particulièrement observables en psychiatrie, car c'est, en France, l'un des premiers secteurs qui s'est trouvé concerné. S'inscrivant dans une logique gestionnaire² et clientéliste, cette « gestion comptable de la santé » (Gori et Del Volgo, 2009, p. 49) et les réformes législatives successives ont amené les travailleurs sociaux ou les soignants à être les acteurs de premières lignes mettant en œuvre des « projets » pour insérer, éduquer, soigner ; en d'autres termes, ramener « l'autre » (l'utilisateur, le bénéficiaire) vers et dans le projet sociétal. Ces politiques européennes de désinstitutionnalisation ont montré, à différents égards, des aspects négatifs : rejet, itinérance et criminalisation des dits « désinstitutionnalisés », impacts sur les familles, « syndrome de la porte tournante » (Ailam *et al.*, 2009, p. 5-7). Refusant, théoriquement, l'exclusion, ces politiques européennes se sont traduites sur le terrain par un renversement des pratiques : les institutions créées par le passé (les maisons d'enfants, les « asiles » ; nous reviendrons sur ce terme), sont perçues et explicitement nommées comme, non plus des lieux d'accueil, mais des espaces éloignés de la société renforçant les mécanismes d'exclusion. La désinstitutionnalisation, comme le mot l'indique, prend la forme, sur les terrains, de la fermeture des institutions. La psychiatrie fut particulièrement touchée par le mouvement de désinstitutionnalisation en France avec la disparition de 65000 lits en quarante ans (Coldefy, 2011, 2012, p. 4), soit environ la moitié des places d'accueil. « Comme le disait justement Bonnafé, nous sommes passés de l'internement abusif à l'externement généralisé. » (Didelet, 2017, p. 25). Le travail social et soignant doit alors venir se loger dans des « dispositifs », dans le « milieu

² Comme l'indique Edouard Zarifian : « On doit aussi admettre que les contraintes économiques poussent à des évolutions plus marquées par le pouvoir bureaucratique que par des pratiques médicales. » (Zarifian, 2000, p. 286)

ouvert », le « milieu ordinaire ». Les commandes des pouvoirs publics affichent une volonté de « fluidifier » les parcours de vie des personnes concernées par l'action sociale, notamment avec le rapport Piveteau, « Zéro sans solution » établi en 2014 par Denis Piveteau (ancien secrétaire général des ministères sociaux et conseiller d'État en 2014). Ce rapport rappelle dès le titre le « devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches ». Il insiste sur la nécessité d'offrir à ces familles une solution d'accompagnement. La sémantique de ce rapport est parlante : en effet, les termes « solution » et « réponse » sont mis en exergue. « Solution » deviendra le mot phare du titre du rapport, porté comme le nouvel étendard du travail social et soignant. Le terme de « réponse » est également très présent dans ce rapport : la « réponse » constitue de fait une « solution » à un problème : Qui peut venir contester cela ? Quelques années plus tard, la « résolution de problème » est en train de devenir un nouveau crédo dans le secteur.

Néanmoins, ces orientations privilégiant le couple problème-solution ne sont pas exemptes de paradoxes. En effet, elles entraînent possiblement des situations de négation des difficultés de l'usager et de sa parole. La désinstitutionnalisation et la coordination des parcours ont pour visée d'éviter et de limiter les ruptures de ces parcours. Or, les personnes accompagnées sont justement affectées par des ruptures de parcours et par des « événements catastrophiques » (Legrand, 1993). Les professionnels doivent donc avoir la capacité d'accueillir les personnes, notamment quand elles vivent et traversent ces « événements catastrophiques » (la décompensation, le placement d'un enfant, la précarisation etc.). Pouvant difficilement faire l'impasse sur ces « événements catastrophiques » (car ils sont bien souvent à l'origine de l'intervention des travailleurs sociaux ou des soignants), les professionnels mettent alors à l'épreuve leurs capacités d'écoute et de maïeutique³. Ceci impose alors un travail d'écoute de la parole de l'autre spécifique qui, de notre point de vue, ne peut faire l'économie d'un travail sur soi et sur sa propre trajectoire. Ainsi, par l'exploration subjective de leurs propres histoires et l'explicitation collective de celle-ci, les professionnels « peuvent mieux comprendre en quoi cette histoire a contribué à les fabriquer et de quelle façon cette histoire est toujours agissante en eux. » (De Gaulejac, 2015, p. 315). Nous verrons qu'il s'agit là d'un enjeu majeur de formation.

Si l'accompagnement de manière générale (entendu comme une présence, qu'elle soit médicale, soignante ou éducative ; bref, en résumé « une clinique de la prise en compte et de l'accompagnement du sujet ») (Niewiadomski, 2012, p. 183) constituait jusque-là la principale

³ La notion de maïeutique renvoie ici à la méthode socratique, fondée sur l'interrogation et la mise en mots, permettant d'amener l'interlocuteur à conscientiser ce qu'il sait implicitement et à le formuler. Cette énonciation produit une distanciation entre le locuteur et sa propre histoire.

possibilité pour pallier les difficultés rencontrées par les personnes, dorénavant la demande est implicitement limpide. Il s'agit de trouver une réponse, si possible rentable. La notion de « parcours » peut alors venir éluder la question des « places » dans les institutions, et cela est renforcé par des enjeux éthiques mis en avant, à savoir la question des violences institutionnelles. Les politiques publiques définissent donc en creux ce qui serait un « *bon parcours* », à savoir « des profils et des trajectoires professionnelles marqués eux aussi par la réactivité et la flexibilité. » (Delory-Momberger, 2007). « Ces parcours institués prennent la forme de « scénarios biographiques » préétablis auxquels elles doivent confronter leur propre biographie individuelle et professionnelle. » (Delory-Momberger, 2007). Dans ce contexte, quelle place pour l'accueil et la prise en compte des bifurcations et de ruptures de parcours dans le travail social et le soin ? Jusqu'où ces logiques programmatiques nient-elles le sujet dans sa réalité vécue ou perçue et quelle place laissent-elles à la posture singulière du clinicien ? Comment former les futurs travailleurs sociaux et professionnels de santé, à l'accompagnement des personnes en situation de précarité et, spécifiquement, à l'accompagnement biographique des personnes présentant des troubles psychiques ?

L'accueil, espace de rencontre ?

En 2015, dans le Nord, nous rencontrons Christian dans une structure d'accueil d'urgence, sur demande de son frère, pour lui présenter des lieux de vie et d'accompagnement. Nous nous présentons : nom, prénom, fonction (nous ne sommes plus « stagiaire monitrice-soignante » mais « coordinatrice de parcours ») et nous précisons les missions de l'association où nous exerçons. Christian s'est assis au bout de la pièce, loin de nous, quasiment retourné sur sa chaise, la tête enfouie dans ses épaules... Bien que les membres présents dans l'assistance (tuteur, éducateur, infirmier, assistant social...) insistent, il ne veut pas nous parler, et ne dira aucun mot. La fonction de l'accueil dans le soin et le travail éducatif est incontournable. En psychothérapie institutionnelle, elle constitue une fonction de base, préalable à toutes formes de soin. L'accueil ne peut se résumer en un temps (le moment de l'admission par exemple) et se condenser en un lieu (comme le secrétariat administratif d'une structure). C'est un concept et une pratique dynamique, devant exister partout (la salle à manger l'illustre) et tout le temps (même en plein service de midi...). L'accueil comme une disposition psychique permettant de laisser la place à l'autre, et laisser l'autre décider de la distance et du temps nécessaire à la rencontre. Cette « non-rencontre » avec Christian est source d'enseignements : le recueil de la parole (et de l'histoire d'autrui) ne peut se faire sur ordonnance. Notre intention, en tant que « coordinatrice de parcours »

est bien de recueillir les besoins, envies, projets et demandes (ou non-demande...) de Christian, à travers, entre autres, une narration de son histoire ; mais dans cette situation précise, nous mesurons bien qu'il ne suffit pas de créer des espaces de parole pour que la rencontre se fasse. L'intention du recueil, l'investigation sous-jacente et la prescription à la rencontre (dans la situation de Christian, prenant la forme d'une injonction fraternelle) entrave la maïeutique et le processus d'accueil et ne permet pas l'émergence de la parole.

Basé sur une multitude de rencontres, le cœur de l'activité clinique du travailleur social l'amène à écouter et à entendre des « bribes » de vie des personnes qu'il rencontre et qu'il accompagne. Que ce soient des tranches de vie exhibées spontanément ou des bouts d'histoire distillés minutieusement, il a donc toujours affaire avec ces récits de vie. Anamnèse, Bilan de situation, compte-rendu de visite, de rencontre, entretien d'admission... sont autant d'écrits et de mises en mots qui sont les traces de cette narration biographique de leurs histoires. Nos expériences de terrain nous ont montré que les pratiques des professionnels liées aux approches biographiques prennent des formes très variées. Toutefois, on peut repérer un point de convergence entre toutes ces pratiques hétérogènes : en effet, le professionnel, à un moment ou un autre, aura toujours affaire avec l'histoire de vie de l'autre. L'utilisateur ou le bénéficiaire des services médico-sociaux sera toujours confronté à des pratiques professionnelles diverses : très souvent, on exigera de lui une biographie. Il devra en effet « raconter son histoire ». Nous tenterons maintenant de mettre en lumière les effets et les finalités recherchées dans ces prescriptions, notamment en étudiant les différentes formes qu'elles prennent. De façon plus marginale, il pourra également rencontrer des structures ou des professionnels qui n'exigent pas cette narration biographique. L'utilisateur, dans sa liberté de dire ou de taire, fait part, ou pas..., au professionnel qui l'accompagne de son histoire. Ces fragments d'histoires racontés par l'utilisateur et à son initiative peuvent se dérouler dans le cadre d'entretien, mais ils existent aussi de fait dans un cadre bien plus général : celui de la relation d'aide et de confiance, censée être tissée entre le professionnel et la personne concernée.

Le constat suivant, fait à maintes reprises sur les différents terrains professionnels évoqués précédemment, à savoir que les « usagers » ou les bénéficiaires des services doivent coopérer et répondre aux professionnels de l'action sociale, et particulièrement autour de leurs histoires de vie, semble irréfutable du fait de sa prégnance. Ces « recueils » d'histoires de vie sont souvent effectués à partir d'entretiens, qu'ils soient individuels, réunissant la personne concernée et le travailleur social en question, ou en collectif (avec d'autres professionnels, voire la famille). Il se peut également que ces entretiens soient des entretiens téléphoniques. Les professionnels travaillent parfois dans leur structure à l'élaboration d'une trame d'entretien, voire d'un

questionnaire. Mais là encore, nous pouvons observer de très grandes disparités : certains ayant des trames ou des questionnaires très détaillés et précis, d'autres, à l'inverse, n'utilisant aucun support lors de ces entretiens.

En premier lieu, nous pouvons interroger la légitimité de ces « recueils » : en quoi sont-ils utiles ? Comment sont-ils pensés et mis en œuvre ? « L'éducateur fonde son action sur le souci d'accompagner l'émergence d'un sujet singulier engagé dans un processus d'élucidation personnelle quant au déroulement de sa propre existence. En d'autres termes, le professionnel aura à assumer l'accompagnement momentané de l'élucidation de la quête identitaire du sujet tout en contournant l'écueil de la « psychologisation » des problèmes sociaux. » (Niewiadomski, 2012, p. 36). Nous percevons bien ici en quoi l'activité clinique du travailleur social consiste, entre autres, à offrir aux personnes accompagnées la possibilité « d'opérer une tentative de réconciliation avec une trajectoire souvent jugée chaotique » (Niewiadomski, 2012, p. 36). Ce faisant, les éducateurs explorent les ressorts de ces usagers, et les forces acquises tout au long de leur parcours, et ce même dans « l'éprouvé des difficultés rencontrées jusqu'alors. » (Niewiadomski, 2012, p. 36). Les postures cliniques adoptées par les professionnels de l'action sociale, face et avec ces récits de vie, sont, nous l'avons vu, variables.

Le **postulat de départ** pour ma recherche est alors le suivant : nous observons une difficulté de la part des éducateurs et/ou des soignants « à faire » avec les récits de vie des personnes qu'ils accompagnent. Ces difficultés se trouvent accentuées en l'absence de lieux et de « méthodes » instituant la parole.

Accueil et recueil : espaces possibles du dire ?

Quelles sont les demandes faites aux usagers des services sociaux quant à la narration de leurs parcours de vie ? À quelles injonctions biographiques doivent-ils faire face ? Quel sens cela prend-il pour eux de se raconter ? Quelles sont les possibilités et libertés pour eux de taire en partie leurs histoires ? Quels sont les cadres proposés pour favoriser l'émergence de la parole, afin de répondre aux demandes de transformations et d'émancipation qui les amènent à rencontrer les travailleurs sociaux ? Nous tenterons, à l'occasion de cette thèse, d'examiner plus avant l'ensemble de ces questions. Précédemment, nous avons pu percevoir une distinction empirique entre deux postures cliniques différenciées : celle de l'accueil et celle du recueil de la parole d'autrui. En effet, les pratiques éducatives que nous avons pu observer nous donnent à voir la question de « l'accueil » de la parole d'autrui et la question, à travers un modèle plus prescriptif,

du « recueil » de sa parole. Dès lors, comment le professionnel de l'accompagnement éducatif et social fait pour accueillir et recueillir cette parole de l'autre, tout en lui donnant sens ?

Accueillir vient du latin « *accolligere* » qui signifie « rassembler », « recevoir bien ou mal une personne ou une chose qui survient, qui se présente et qui se comporte d'une certaine manière » (Balat, 2007) Recevoir, admettre, accepter ou écouter en sont des synonymes. L'accueil renvoie aux notions d'hospitalité, de refuge, d'asile... Accueillir c'est apprendre à accepter. Il semble important également de resituer que l'accueil est une relation : il y a l'accueillant et l'accueilli, et il s'agit de repérer ces deux acteurs, sans se centrer uniquement sur l'accueillant ou sur l'accueilli. Mettre en lumière ces deux pôles, celui qui accueille et celui qui est accueilli, est un préalable pour discerner la relation existante et percevoir ce qui se joue dans celle-ci (rapport de pouvoir, de domination, d'aide etc..). L'accueil recouvre un sens politique fort, particulièrement actuellement : en effet, les flux migratoires importants de ce début de XXI^e siècle viennent questionner notre capacité d'accueil au sens premier du terme : la France est-elle encore fidèle à ses ambitions historiques de pays prônant les droits de l'homme et l'accueil des individus en danger ? La notion d'asile nous permet de faire converger deux champs du travail médico-social : la question psychiatrique et la question migratoire. L'asile, au sens premier du terme (refuge, abri) est aujourd'hui à interroger : quelles places dans notre société pour le droit d'asile, qu'il concerne les migrants ou toute autre frange de la population (les exclus, les « désinsérés », les « fous ») ?

Il convient ici d'expliquer pourquoi nous utiliserons régulièrement le terme de « fou ». Ce mot est utilisé très couramment, notamment à travers une multitude d'expressions et se loge dans la banalité de notre langage quotidien. Pourtant, il semble disparaître des discours concernant la psychiatrie. « La folie a disparu. Le mot a été banni du vocabulaire des scientifiques, des journalistes, des hommes politiques et plus généralement du discours dominant » (Coupechoux, 2014, intro). Avant d'examiner ce que signifie la disparition progressive de ce mot dans le vocabulaire commun, et particulièrement dans celui de la psychiatrie, tentons de le définir, en tenant compte de sa polysémie. Dans tous les dictionnaires courants, le mot « fou » est d'abord associé aux personnes présentant des troubles du comportement et de l'esprit, dénotant une altération pathologique des facultés mentales. Il est d'ailleurs souvent précisé que ce terme ne s'emploie plus en psychiatrie. La folie semble pourtant bien difficile à délimiter et il apparaît ambitieux de vouloir la circonscrire uniquement dans le domaine du pathologique. En effet, les usages viennent signifier, de manière plus large, ce qui submerge, ce qui déborde et ne saurait être contenu et maîtrisé chez l'homme (en témoignent les expressions telles que « avoir un fou rire »,

« être fou de joie », « fou de jalousie », « amoureux fou » ...). Des formes d'excès seraient à l'œuvre, ne concernant pas seulement des individus, mais également des collectifs ou des sociétés : ne parle-t-on pas des « années folles » pour désigner la période d'entre-deux guerres ? Quelque chose d'insaisissable émerge : la folie renvoie à ce qui est hors de contrôle (une « voiture folle »), ce qui donne l'apparence du désordre (des « cheveux fous »), voire de l'abondance et du hasard (les « herbes folles »). Bref, il y a du « trop » dans ce qui est fou, d'ailleurs le mot peut également signifier une grande quantité (« c'est fou tout ce qu'il a reçu » ou « depuis un temps fou »). Il exprime également l'extraordinaire (« avoir un succès fou »), le drôle, l'absurde (« une histoire de fous ») et révèle parfois une grande gaieté, voire de l'insouciance (« s'amuser comme des fous », « plus on est de fous, plus on rit »). L'ensemble de ces expressions populaires, elles, encore bien utilisées, nous montre la folie sous l'angle de l'humaine condition : faite de joie, d'excès, d'imprévisible... Au regard des multiples acceptions que comprend le mot folie, il semble y avoir un dénominateur commun : ce qui est fou serait l'ensemble de ce qui s'écarte des normes sociales dominantes, ou considérées comme convenables et raisonnables.

Néanmoins, la première définition que l'on trouve dans les dictionnaires expose une dimension pathologique de la folie, souvent associée à un danger (« le fou furieux »). En effet, la folie a toujours été pensée comme dangereuse pour l'ordre social (nous le verrons plus en détail dans le chapitre deux). Elle a été reléguée bien souvent au ban de la société, jusqu'à s'effacer des discours actuels. Rendue invisible, elle devient un point aveugle de notre humanité. On lui préfère désormais des termes tels que « santé mentale », « handicap psychique », « schizophrénie ». « Le passage d'un mot à l'autre ne doit probablement rien au hasard : on considère que la schizophrénie est une maladie, certes terrifiante – et pas seulement pour ceux qui en souffrent –, mais une maladie, c'est-à-dire le produit d'un dysfonctionnement du cerveau, d'une atteinte du système nerveux, d'une anomalie génétique, que l'on sait maîtriser grâce à des traitements médicamenteux, faute d'en avoir éclairci les causes. » (Coupechoux, 2014, intro). Cette nouvelle conception, dite plus inclusive (la santé mentale est l'affaire de tous), n'est pas sans conséquence : « considérant le malade comme un individu atteint d'un mal n'appartenant qu'à lui ; il en résulte, comme toujours, une barrière infranchissable entre lui et nous. » (Coupechoux, 2014, intro). Le fou désigne alors l'Autre, dans une altérité impossible : le malade souffre d'un mal invisible, terrible, incurable, qui ne concerne pas les hommes sains, qui, eux, sont préservés de cette folie. « Non seulement nous ne sommes pas concernés, mais c'est comme si nous renvoyions à quelques gènes déficients la responsabilité de la situation de l'autre, ce qui évite de nous interroger sur la nature du regard que nous portons sur lui, qui, généralement, aggrave sa

folie ; ce qui évite de se poser la question du monde et de son implication dans la folie et sur la sienne propre. » (Coupechoux, 2014, intro). Nos lectures, nos rencontres et nos expériences nous ont démontré que la folie a souvent à voir avec les histoires de vie, les liens tissés dans la famille et entre les hommes, les relations nouées, parfois si nouées qu'elles deviennent difficiles à dénouer, créant ainsi des « nœuds sociopsychiques », et ouvrant parfois la voie à la seule alternative possible, celle de la folie. La folie ne s'origine pas uniquement, dirons-nous, dans les méandres du cerveau et de la génétique, mais bien dans la vie réelle et vécue. Elle porte donc en elle les tragédies humaines, les angoisses, les drames, les reproductions... et vient mobiliser, si l'on veut bien l'écouter (pour cela, encore faut-il la nommer !), notre rapport à la norme et plus généralement au monde. En d'autres termes, utiliser le terme « fou » dans ce travail doctoral signifie, pour nous, le ramener au sein de la communauté des hommes, et ne pas exclure les hommes dits « sains » d'une éventuelle folie. « En d'autres termes, on ne peut nier qu'elle a à voir avec nous, que la coupure entre le fou et nous n'existe pas en réalité, même si celui-ci, parfois d'une façon dramatique, a bien du mal à établir le contact avec nous et qu'il faut l'y aider. » (Coupechoux, 2014, p. 16). La question, si elle s'avère éminemment philosophique, éthique ou politique, comprend à bien des égards des dimensions pratiques : « Réduire ainsi la folie à la maladie puis au handicap, c'est en fait nier cette dimension humaine et cela a des conséquences dramatiques : la mise à l'écart, de nouveau, le rejet de fait – que l'on songe au nombre impressionnant de fous qui se trouvent aujourd'hui dans la rue ou en prison –, la négation du soin qui réside exclusivement dans la relation avec le fou, dans notre capacité à jeter des ponts vers lui. C'est refuser de considérer le fou comme un sujet existant, singulier, c'est le chosifier, le réduire à une série de symptômes, à un objet d'étude ou à un consommateur de drogues, c'est le traiter comme un individu au comportement déviant qu'il faut redresser, neutraliser ou « réhabiliter » ; c'est refuser de le reconnaître et de l'accepter tel qu'il est, avec le respect qu'on lui doit. [...] il s'agit du seul chemin vers l'humanité, c'est-à-dire vers la possibilité pour tout homme, fût-il fou, de vivre parmi les hommes, tel qu'il est, sans être victime de ségrégation, de tentatives de normalisation, de rejet. Car il ne faut pas s'y tromper : si la folie constitue le miroir grossissant de notre fonctionnement social, alors elle nous indique aujourd'hui que notre société est malade. Derrière la négation de l'humanité de la folie, surgit en effet celle de l'individu en général, avec cette tendance persistante à la déshumanisation » (Coupechoux, 2014, p. 17). Il nous semble important alors d'intégrer le terme folie dans notre propos, afin de tenter de mieux la comprendre, l'accompagner et lui réserver un accueil digne.

L'accueil est un mouvement entretenant un rapport étroit avec l'extériorité. On accueille sur le pas de sa porte, au seuil. Le seuil de la maison reflète ici parfaitement l'image symbolique entre le dehors et le dedans, entre l'autre et soi-même. Accueillir l'autre, c'est se placer au seuil de soi-même, prêt à se confronter à l'inconnu de l'autre, à ses représentations, ses difficultés, sa parole, son être. L'accueil peut être pensé comme un espace d'ouverture à soi et à l'autre, un lieu où se rencontre l'extériorité (avec ses dangers et ses risques probables et fantasmés) et l'intériorité (avec ses espaces de sécurité, de refuge). L'accueil n'est pas un allant de soi, et nous le percevons bien dans le travail social : comment accueillir l'autre avec ce qu'il comporte de différences, « d'étrangeté » ? Comment accueillir, sans totalement mettre en péril l'autre et soi-même ? Quelle place, dans le discours des uns et des autres (professionnels et usagers) pour un accueil inconditionnel de ce qui fait l'autre ? Et puis, réciproquement, comment être accueilli par l'utilisateur ? Le terme « hôte » en français reflète bien cette réciprocité et cette ambiguïté : est hôte celui qui offre l'hospitalité ou celui qui est accueilli. L'accueil est une question primordiale dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle. Jean Oury disait : « Soigner l'hôpital, cela veut dire soigner les relations et d'abord soigner l'accueil » (Maurot, 2012). L'accueil a évidemment à voir avec les notions d'hospitalité et d'ambiance, qui sont particulièrement soignées en psychothérapie institutionnelle.

Malgré une racine étymologique commune (« *accolligere* »), l'accueil et le recueil se distinguent à bien des égards. Dans le dictionnaire, recueillir signifie « prendre en cueillant ou en ramassant, pour éviter la perte ou la dispersion, et en vue d'un usage ultérieur » (<https://www.cnrtl.fr/>). Ramasser, réunir, extraire, hériter en sont des synonymes. La distinction est nette alors au regard de la sémantique : si l'accueil correspond avant tout à une forme d'acceptation, le recueil lui correspond davantage à un « inventaire », d'ailleurs on parle de « recueil de pensées, de citations » ; ainsi entendu, le recueil renvoie à l'idée d'un catalogue. Il s'agit de capitaliser des informations afin de leur donner ultérieurement un sens. Cette capitalisation appelle également à une fin, une clôture de la démarche : une fois toutes les informations capitalisées, nous pouvons achever le recueil. Il y a donc à travers cette finitude, un élan mortifère. Le recueil renvoie également à un autre mot : le « recueillement » : celui-ci désigne un mouvement intérieur et intime. On se « recueille » auprès de nos défunts, et le recueillement est ainsi désigné comme un travail du sujet avec lui-même, un repli sur soi ayant pour finalité de *capitaliser* ce que le sujet comprend de lui-même ; pour lui-même : il y a ici un retour de cette capitalisation pour le sujet. À travers cette clarification étymologique, nous

percevons en quoi l'accueil et le recueil constituent des démarches différentes, notamment en ce qui concerne le récit de vie des personnes accompagnées par les professionnels des services médico-sociaux. L'accueil serait-il, en ce sens, davantage une question de posture éducative et le recueil une question de méthode ?

Nous avons évoqué précédemment le parallèle entre l'accueil et la psychothérapie institutionnelle, il nous semble pertinent de mettre maintenant en lien la notion de recueil avec la question très actuelle des « parcours ». Notre expérience professionnelle de « coordinatrice des parcours » dans une association proposant des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, nous a amené à « recueillir » des récits de vie. La fonction de coordinatrice nous amenait à « rencontrer » des personnes désireuses (ou pas...) d'intégrer les services de l'association. La prescription qui nous était faite nous intimait rassembler des informations jugées pertinentes, du point de vue des professionnels et de l'association. Ces informations recouvraient plusieurs sphères (vie familiale, vie professionnelle, compétences spécifiques, « niveaux d'autonomie », difficultés particulières etc...) et faisaient toutes appels, d'une manière ou d'une autre, à la « mise en place d'une situation narrative ». En effet, il fallait, pour réunir ces informations, passer par différents chemins, dont le principal était la narration de son récit de vie par la personne concernée. Cette demande faite à l'utilisateur par les professionnels n'était pas facultative ou optionnelle. Le demandeur ne pouvait se soustraire à cet exercice, au risque d'être perçu comme venant « se dérober » à l'accompagnement éducatif et social proposé, ou se montrant dans « l'incapacité » de revenir sur ses expériences passées. Christian, le monsieur rencontré en structure d'urgence, n'intégrera pas l'association, notamment parce que le cadre proposé pour l'accueil reposait sur une mise en situation biographique, et qu'il ne souhaitait clairement pas se livrer. Les impacts et enjeux autour de la question biographique nous apparaissent ici comme fondamentaux et viennent soulever la question de la prise en compte de ces phénomènes dans les cursus de formation des futurs professionnels.

L'accueil, espace à penser

Après avoir été monitrice-soignante dans une clinique de psychothérapie institutionnelle, puis coordinatrice de parcours dans une association, nous voici actuellement en poste de formatrice dans une école de travail social. Il nous paraît incontournable, pour finir cette introduction, de venir interroger la formation des professionnels du secteur sanitaire et social : quelle place occupent les approches biographiques dans ces formations et en quoi peuvent-elles contribuer à la professionnalisation des étudiants en matière d'accompagnement des usagers présentant des

troubles de la sphère psychique ? Les formations professionnalisantes des métiers de l'humain (éducateur, infirmier) ont connu des évolutions non-négligeables ces dernières années et ont accompagné le renversement de paradigme évoqué précédemment. Les modifications de « l'idée du métier », ainsi que de ses possibilités concrètes de réalisations ont fortement impacté les formations en travail social ainsi que les formations soignantes. La formation d'éducateur spécialisé par exemple, créée à la fin des années 1960, connaît une première réforme en 1990, soit 30 ans après son apparition. Depuis, ce diplôme aura connu deux réformes en dix ans ; l'une en 2008 et la seconde à venir en 2018. Nous verrons que la formation d'infirmier a, elle aussi, été l'objet de profondes modifications. Ces réformes sont-elles les marqueurs ou les symptômes d'une instabilité de ces fonctions ? Que viennent-elles nous dire de l'évolution de ces métiers de la relation d'aide ?

Au vu de ce que nous avons brièvement posé comme étant le cœur de l'activité clinique du travailleur social, à savoir la création du lien social (la « rencontre ») ayant pour visée de susciter un accompagnement éducatif, l'enjeu de formation ici est bien de « former des sujets suffisamment autonomes pour incarner une posture éducative dans laquelle l'engagement à l'égard de l'autre ne saurait faire l'économie d'une réflexion approfondie sur soi-même. » (Niewiadomski, 2012, p. 42). Cet enjeu prend tout son sens, suivant la manière dont est défini le métier. Nous pouvons tout à fait imaginer que les enjeux de formation diffèrent sensiblement selon les directives données par les pouvoirs publics. Rappelons-le, dans un contexte où la notion de coordination des parcours est une priorité, l'accompagnement éducatif, constituant historiquement la base de ces métiers et le cœur premier de l'activité, pourrait devenir secondaire. Les transformations des référentiels de formation du métier d'éducateur spécialisé se sont succédé, tout comme ceux des infirmiers, variant ainsi les contenus de formations et leur volume et se sont également accompagnés d'une modification des acteurs dans leur typologie. L'approche biographique est-elle (ou a-t-elle) été pensée comme un apport de formation ? Si c'est le cas, comment s'enseigne-t-elle et avec quelles finalités ?

Riche de notre jeune expérience d'enseignante, nos observations s'étoffent : l'injonction narrative existe fortement dans le travail social et soignant et constitue une méthode privilégiée de recueil de données, particulièrement en ce qui concerne l'histoire de vie des bénéficiaires. L'éducateur ou le soignant ne peuvent donc se soustraire à la question biographique. Ayant toujours affaire aux histoires de vie des autres, une des compétences que doit posséder le travailleur social est d'avoir la capacité d'écouter, d'accueillir et de recueillir ces paroles. Il en est de même pour

l'infirmier, d'autant plus lorsque celui-ci exerce son activité auprès d'un public présentant des troubles psychiques.

Nous avons eu l'occasion de mettre en œuvre dans le cadre d'un module de formation auprès d'étudiants en travail social de troisième et dernière année (ES, ASS, ETS), un atelier dédié à l'approche biographique. C'est dans ce cadre que nous avons rencontré un étudiant œuvrant en CEF (Centre Éducatif Fermé) auprès d'adolescents placés par le juge. Cet étudiant, que nous nommerons Pascal, a pu faire part dans le groupe de la difficulté, parfois, d'entendre ce qu'il nommait des « récits de morts ». Ce terme, qui n'est pas anodin, était utilisé par l'étudiant pour signifier la dureté de certaines vies (les souffrances subies, les multiples ruptures...). Cependant, au-delà des conditions de vie et des situations objectives des jeunes, cet étudiant signifiait également sa propre difficulté, en tant que futur professionnel, et celles de l'équipe, d'accueillir ces récits, puisqu'ils sont jugés mortifères. Difficile tâche que celle de devenir, en écoutant ces récits, le dépositaire, et en quelque sorte le témoin de ces histoires... Il est bien question ici d'accueillir des « paroles impossibles », ou plutôt ces paroles rendues impossibles car inaudibles par les professionnels. Cette difficulté à entendre et écouter le sujet rendrait-elle indicible ces propos ? L'équilibre semble difficile à trouver entre l'injonction faite à l'utilisateur de dire (mais dire quoi, pourquoi et à qui ?) et les impossibilités, parfois, des équipes, à entendre ce que le sujet souhaiterait dire...

Dès lors, pour aiguïser leurs capacités d'écoute complexe, travailleurs sociaux et soignants gagnent à « être au clair » avec leur propre histoire et leur rôle d'accompagnants ; mais ils doivent également et surtout, se montrer capables d'identifier les éventuelles résonances entre leur histoire et celles des personnes qu'ils accompagnent. Cela implique de travailler la question de la narrativité avec les professionnels en formation, dans la perspective de l'accompagnement biographique des publics auxquels ils s'adressent. La question de l'écoute complexe de l'éducateur et du soignant, évoquée précédemment, invite à s'interroger en soulevant de multiples questions liées au cadre (espaces et scènes institutionnels), à l'adresse (le dépositaire de cette voix), à l'examen, voire la prescription ou l'injonction et à l'interprétation de cette parole. En effet, la compréhension du contexte où se déroule cette prescription narrative est incontournable pour en comprendre les enjeux. « La rencontre ne se fait pas sur ordonnance », comme nous le rappelle Jean Oury, il s'agit donc ici d'apprécier la détermination des contextes dans lesquels ont lieu ces « biographisations prescrites ». La question biographique entre en résonance avec les enjeux de désinstitutionnalisation : en effet, à l'ère très actuelle des parcours, quelles scènes institutionnelles subsistent pour permettre l'instauration de cette parole ? Et en quoi cette parole,

par son accueil libre et inconditionnel peut-elle être le levier d'une « histoire agissante » ? Les professionnels du secteur soignant et éducatif éprouvent ces questions et se trouvent placés dans des situations parfois paradoxales où ils doivent concilier des logiques tout à fait différentes (logique de l'utilisateur, logique administrative, logique d'accompagnement...). La recherche biographique, lorsqu'elle s'adresse aux dispositifs de formations, apparaît alors comme une piste particulièrement intéressante, dans l'optique de la construction d'une posture professionnelle fondée sur l'écoute.

Les enjeux de formation des futurs professionnels du secteur sanitaire et social, autour de l'approche biographique apparaissent comme fondamentaux. Dans une société portée par des politiques d'inclusion relativement impérieuses, les professionnels du secteur disposent d'espaces institutionnels fragilisés et amoindris pour soutenir l'instauration de la parole et de leurs pratiques. Les travailleurs sociaux et les infirmiers font face, comme toujours, à un défi : accueillir, protéger, susciter la transformation et accompagner l'émancipation ; mais désormais ils doivent composer avec des appuis institutionnels fragilisés ou dégradés, voire parfois sans institution... L'enjeu, auprès de ces professionnels, sera bien, dans les années à venir, de donner à penser pour interroger « l'institué » ; pour soigner ce qui reste des institutions ; donner à penser la question très politique de l'hospitalité pour « panser » l'accueil. Et enfin, chercher, sans cesse, à penser son propre positionnement dans cet espace d'accueil, en répondant à l'invitation d'Oury, à travers ces questions fondamentales qui lui étaient si chères : « Que reste-t-il de ce qui fait l'étoffe de notre travail, c'est-à-dire les mille façons d'articuler la « rencontre », rencontre avec l'autre, avec autrui, équation première de tout travail psychiatrique digne de ce nom ? [...] Comment, dans cette atmosphère d'hypocrisie productive, accueillir l'autre, mon semblable, dans sa détresse, son esseulement ? » (Coupechoux, 2006, p. 7).

Appartenant de façon toute entière à l'humanité, la folie est inhérente à l'espèce humaine. Aussi étranges soient-ils, les « fous » sont pourtant parfois bien proches de chacun d'entre nous. Ce sentiment de ressemblance entre hommes couplée à une « inquiétante étrangeté » donne lieu à des réponses, des façons de penser la maladie mentale, très paradoxales. La société ne peut être indifférente à la folie, et si celle-ci suscite souvent du rejet, de la peur, la question de la santé mentale ne peut être évincée.

À l'heure actuelle, ces nouvelles réponses apportées au traitement de la folie évoluent dans un contexte socio-économique ultralibéral, dans un « monde mondialisé », de postmodernité où sécurité et hygiénisme règnent. La folie occupe une place à part dans notre société : les « fous »

oscillent entre traitement médical (rapide et bref) de la crise à l'hôpital et traitement social compassionnel de la chronicité (Coupechoux, 2006, p. 17) par le secteur médico-social.

De quelle manière aujourd'hui la société pense/panse « les folies » ? Comment l'histoire, par le biais des évolutions de la médecine et du travail social, a déterminé des façons de faire et en a créé de nouvelles ? La société dans sa « folie évaluatrice », et au travers de ses injonctions à l'autonomie, a réduit les espaces possibles de liberté et de développement pour les personnes en souffrance psychique (accès au logement, à la formation, à l'emploi très difficile). Ces évaluations mesurables, quantifiables, objectivables sous-tendent un processus d'hyper médicalisation de notre société (notamment en ce qui concerne les dépressions). Nous verrons comment la folie échappe de toute façon à ces grilles, du fait de la singularité de son expression et la diversité de ses formes ; tout comme le cœur de ces métiers d'aide : le soin, l'éducation ne peuvent être réduits à des actes, des comportements.

À ce point de notre propos, nous souhaitons ainsi nous appuyer sur les constats provisoires suivants :

- Si, dans le secteur sanitaire et social, il est difficile de contourner la dimension existentielle des individus accompagnés, particulièrement en psychiatrie, il apparaît alors souhaitable de former les futurs professionnels à des modalités d'accompagnement spécifiques, faisant recours aux approches biographiques.
- Or, cette formation aux approches biographiques est aujourd'hui mise à mal du fait de la centration sur les approches de « résolution de problèmes ».
- Si les approches biographiques peuvent constituer une approche pertinente pour l'accompagnement médico-social, celles-ci se révèlent également intéressantes du fait de leur caractère performatif en formation. En effet, les futurs professionnels vont mobiliser, dans la relation éducative et soignante, des leviers ayant trait aux dynamiques identitaires, et donc à l'histoire de vie de chacun des acteurs concernés (pas uniquement pour la personne accompagnée, mais bien également pour l'accompagnant). La lecture de ces rencontres, se fera en termes de transfert et de contre-transfert, mais sera également abondée par des apports sociologiques, notamment Bourdieusien, en termes de reconversion de capital, de transfuge de classe etc...

Notre question de départ s'affine alors : « *Comment former les futurs travailleurs sociaux et les soignants à la relation clinique dans l'accompagnement de personnes en situation de grande précarité, et plus spécifiquement à l'accompagnement de personnes présentant des troubles de la sphère psychique ?* »

Avant de tenter de répondre à cette question, nous allons désormais illustrer notre travail par le récit de notre trajectoire personnelle et professionnelle. L'idée étant, à travers un travail biographique, de mieux éclairer la logique du choix de notre objet de recherche pour cette thèse. Nous verrons en quoi cet éclairage réflexif, inscrit dans une tradition compréhensive (articuler la compréhension des mondes sociaux à celui du sujet) permet de mieux identifier les dimensions à la fois théoriques et cliniques de notre travail de recherche. Cette recherche vise en effet à interroger la nécessité d'une « clinique du social », et plus spécifiquement, la place d'une clinique narrative dans l'accompagnement médico-social aujourd'hui. En étudiant les espaces sociaux et les déterminismes qui ont influencé notre trajectoire (l'école, la famille, les territoires, les amitiés...), nous tenterons de mettre en lumière ce qui a participé des prémices et de la logique de cette recherche. L'enjeu est bien, pour se situer dans un monde universitaire et académique, d'articuler cette narration aux questions théoriques et épistémologiques développées dans ce travail doctoral.

Chapitre 1 : Récit réflexif d'un parcours : de l'éducation spécialisée vers la formation, la recherche comme pivot

1.1. Mon parcours comme clé de compréhension de mes questionnements

Nous proposons, dans ce premier chapitre, d'étudier notre trajectoire personnelle, professionnelle et intellectuelle. Nous cherchons, à travers cette narration, à mettre en lumière les résonances à l'œuvre entre la construction de notre objet de recherche et notre parcours personnel. Cette tentative de compréhension globale (sans être exhaustive et totale, ce qui serait une recherche vaine et absurde et à propos d'une trajectoire de vie) poursuit plusieurs finalités : la première étant, à partir d'une démarche inductive, de permettre au chercheur de construire une question de départ étroitement liée avec son vécu et en cohérence avec son parcours. La congruence recherchée nous permettra, nous l'espérons, de donner corps et vie à ce récit. Une autre finalité est d'amorcer ce qui sera développé par la suite, à savoir aborder l'approche biographique et ses fondements sous-jacents, par l'élaboration d'une grille de lecture rendant intelligible les mécanismes et processus de biographisation. Nous allons, dans un premier temps et de façon temporaire, nous soustraire au *nous* académique et universitaire qu'impose de manière conventionnelle la rédaction scientifique, comme c'est le cas ici, à savoir l'écriture d'une thèse. En effet, la trajectoire évoquée ci-dessus est la nôtre. En partant du *je*, nous cherchons à nous inscrire de manière plus congruente dans une démarche d'élucidation biographique, visant en particulier à identifier les liens qui se nouent entre notre parcours et notre recherche, entre notre trajectoire et nos choix théoriques et pratiques de chercheuse. L'exercice n'est pas simple ; il s'agit en effet de garder à l'esprit la démarche scientifique et universitaire et d'éviter certains écueils qui feraient de ce récit un propos purement autobiographique. Il est donc question dans les pages qui suivent de poursuivre un double-mouvement ; à savoir procéder à des va-et-vient permanents entre la prise en compte de la subjectivité d'un acteur (ici la nôtre) et la volonté d'une démarche d'objectivation, rendant possible une approche scientifique favorisant l'apparition de processus d'élucidation, de généralisation et d'universalisation. Cette démarche n'est pas nouvelle et s'inscrit dans la lignée des recherches menées en sciences de l'éducation, mais également en sociologie clinique, en psychosociologie et plus particulièrement au travers des recherches faites dans le domaine de la recherche biographique. Des références telles que Vincent de Gaulejac, Christophe Niewiadomski ou encore Christine Delory-Momberger sont ici incontournables pour mieux situer notre

propos : en effet, c'est en partie au travers de la lecture de ces auteurs que nous avons pu comprendre l'importance d'une démarche réflexive et biographique, comme un préalable permettant d'accéder à la compréhension et la connaissance de l'être humain. En d'autres termes, Georges Devereux (cité par Niewiadomski, 2012, p. 18) explicite cette démarche de la manière suivante : « Une science du comportement authentique existera quand ceux qui la pratiquent se rendront compte qu'une science réaliste de l'humanité ne peut être créée que par des hommes qui sont le plus conscients de leur propre humanité, précisément lorsqu'ils la mettent le plus totalement à l'œuvre dans leur travail scientifique. » Nous verrons que ces lectures nous ont permis d'adopter du recul et une forme d'intellectualisation de ce processus, mais que celui-ci avait été initié en amont par le biais d'apprentissages pratiques dans notre parcours scolaire et professionnel.

L'exploration de notre parcours poursuit plusieurs finalités. L'une d'elles touche à la réflexivité nécessaire à l'exercice des métiers de la relation d'aide : comment ne pas revenir sur son parcours pour comprendre ce qui se joue dans cette relation ? Ce retour réflexif donnera à voir comment certaines rencontres ont pu ancrer ces postures et réflexions de manière très profonde chez nous. De plus, il paraît essentiel de pouvoir soi-même éprouver les effets de cette introspection tout en évitant l'écueil d'une « ego-histoire [...] très éloignée d'une véritable sociologie réflexive » (Gaulejac, 2008, p. 6). Il s'agira donc, à travers cet exercice réflexif, de porter à la conscience les déterminismes sociaux et psychologiques qui nous amènent aujourd'hui à entamer ce travail et qui influent sur notre regard, notre manière d'être au monde, de l'appréhender et de le penser. Nous allons tenter alors de répondre à l'invitation Bourdieusienne d'une socioanalyse en nous l'appliquant à nous-même, cherchant ainsi à entrevoir (et pourquoi pas à défaire) les déterminismes sociaux et psychiques à l'œuvre dans notre travail de recherche. Travail de compréhension, de conscientisation et d'élucidation, l'écriture sera le support privilégié à cette « discussion avec nous-même ». Cette conversation de type socratique veillera également à mettre à jour les expériences fondatrices de ce qui constitue notre identité : nos valeurs, notre éthique et notre posture. Dans cette première partie, l'utilisation du « je » s'avère donc préférable pour mieux comprendre les soubassements de la démarche de recherche que constitue notre travail doctoral. Avant de développer nos propos sur la recherche biographique et d'argumenter en quoi notre travail s'y réfère, il convient de faire un premier détour autobiographique.

Notre travail de recherche a l'ambition d'explorer l'ensemble des phénomènes (sociaux, familiaux, environnementaux, culturels, psychologiques et intrapsychiques) qui constituent un sujet afin de lui permettre d'avoir prise (ou pas) sur sa vie. Si l'étude de ces phénomènes et de

leurs impacts sur le sujet semble recouvrir un travail titanesque, le récit de vie apparaît comme l'un des supports adaptés à la compréhension de ces manifestations par la personnalisation qu'il induit. Le récit de vie et ce qu'il comporte d'unique et de singulier pourra permettre à chaque individu une compréhension de sa propre trajectoire. Ce détour biographique vise à mieux saisir les liens entre notre parcours personnel (identification et appropriation des déterminants historiques et sociologiques fondant notre trajectoire) et notre parcours de formatrice et de chercheuse (choix des thèmes de recherches, des savoirs transmis, ainsi que de la posture, la manière, bref « l'art d'éduquer »).

L'écriture constitue ici un premier support à la fois de distanciation et de réflexivité : cela nous a permis de mettre en lumière quelques pistes de compréhension sur la raison d'être de l'engagement en thèse ainsi que sur les soubassements (tant expérientiels que théoriques) liés au choix de l'objet d'étude. Dans le cadre général de ce travail doctoral, nous avons souhaité participer à une formation longue, de deux ans, dans le cadre de l'offre de formation du Réseau International de Sociologie Clinique « Sociologie clinique, histoires de vie et métiers de l'accompagnement ». Avant l'entrée en formation en sociologie clinique, les événements présentés ci-dessous étaient plus ou moins conscientisés ; certains (notamment les événements professionnels) étaient effectivement déjà bien nommés comme étant des éléments constitutifs de la recherche. L'écriture, par sa nature éminemment solitaire, a certainement facilité dans un premier temps cette mise à jour. Elle a favorisé une mise en mots silencieuse, d'une certaine manière. La démarche, nous le verrons, est bien différente de celle mise en œuvre dans la formation RISC, où la parole et la discussion, avec et à travers le groupe, mettent en jeu d'autres chemins de « dévoilement ». « *L'acte d'écrire suscite des pensées spécifiques que nul parler n'aurait pu autoriser, n'affecte pas seulement la forme du dire mais son contenu* » (Roche, 2014, p. 166). En d'autres termes, on ne dit pas ce qu'on écrit, et on n'écrit pas ce qu'on dit. Nous avons ainsi réalisé les deux démarches simultanément : à la fois un travail d'écriture (en quasi solitaire) et un travail de socialisation en groupe (dans le RFTS⁴) qui nous a permis d'explorer ces deux facettes du dévoilement de soi et de sa mise en mots. Cela a joué un rôle dans l'enquête, particulièrement dans l'animation du module « récit de vie » et des outils proposés. Nous verrons par la suite en quoi ces apports, qui se sont articulés durant cette formation, ont servi à mettre en sens et en lien nos expériences (expériences personnelles, professionnelles, expérience d'écriture) avec l'objet de recherche. La formation en « sociologie clinique, histoires de vie et métiers de l'accompagnement » nous a permis de poursuivre et d'affiner ces pistes de compréhension, de les

⁴ Roman Familial et Trajectoire Sociale

situer dans un cadre théorique (la sociologie clinique) et méthodologique (notamment à travers les exercices d'implication). De plus, cela a facilité le travail de distanciation, nécessaire aux exigences académiques et universitaires, et par ailleurs indispensable pour mener à bien notre enquête. C'est à partir de ces deux expériences (le travail d'écriture et le travail d'implication mené en formation) que nous présentons ces axes, au nombre de quatre, permettant ainsi au lecteur, nous l'espérons, de comprendre où s'origine notre objet d'étude.

Cette première partie dédiée à la mise en mots de nos expériences et de notre parcours se divisera en cinq sous-parties : la première s'attachera à rapporter les principaux éléments de notre histoire familiale, avec les moments clés fondant notre rapport à l'école et au savoir, la seconde s'attardera sur nos rencontres avec les folies. La troisième sous-partie sera consacrée à l'expérience professionnelle « de terrain » vécue, en tant qu'éducatrice spécialisée, puis coordinatrice de parcours. La quatrième sous-partie précisera nos centres d'intérêts de recherche et d'enseignements ainsi que la problématique et le sens de ce travail réalisé dans le cadre du doctorat. Enfin, ce premier chapitre sera clôturé par une sous-partie abordant l'entremêlement des sphères chez les travailleurs sociaux.

1.1.1 Construction d'un rapport au savoir : la « schole » comme espace d'évolution, de mobilité et de plaisir

« J'ai l'impression que l'écriture est ce que je peux faire de mieux, dans mon cas, dans ma situation de transfuge, comme acte politique et comme < don. > »

Annie Ernaux

Le premier axe porte sur mes origines culturelles modestes (en milieu rural, avec un capital économique, social et culturel caractéristique des classes populaires). En effet, le travail d'écriture a permis de mettre en avant une ascension sociale, portée par des injonctions maternelles fortes. L'école fut le lieu désigné par la figure maternelle pour réaliser cette ascension. On peut lire au travers de ces directives maternelles une volonté solide de ne pas reproduire le schéma familial et de me permettre de m'extraire de ce milieu modeste. Ce premier aspect permet de comprendre et d'expliquer non pas l'objet d'étude, mais le fait même d'être « en études », à savoir en doctorat. Si ce travail d'écriture a contribué à mettre à jour cette ascension, le travail d'implication a fait surgir d'autres notions, notamment la question du transfuge de classe et les nœuds sociopsychiques que cela pouvait induire.

Petite-fille de la terre, enracinée dans une culture agricole et populaire

Je suis née au milieu des années 1980 dans le Poitou-Charentes, et j'ai grandi dans un petit village rural de la Vienne. J'ai le souvenir d'une enfance particulièrement joyeuse, libre et riche. Mes grands-parents paternels et maternels étaient issus du même canton et mes deux grands-pères étaient ouvriers agricoles. Mon grand-père paternel, qui se prénomait Camille, mais que tout le monde sans exception (voisin, docteur, maire, facteur...) surnommait « Pitaine », a commencé à travailler dans les champs à l'âge de 8 ans afin de contribuer aux ressources de la famille, relativement nombreuse (mon grand-père étant le deuxième aîné d'une fratrie de 11). Au regard de la société de cette époque (années 1940), cette condition et cette « mise au travail » des enfants était chose courante dans les classes populaires, notamment chez les « paysans ». L'histoire est très similaire chez mon autre grand-père maternel.

Son père (mon arrière-grand-père paternel, Albert) était lui aussi ouvrier agricole. Il est bien connu dans la famille qu'Albert à sa naissance (fin du XIX^e siècle), était un nourrisson minuscule (certainement prématuré) qui a survécu en passant les premières semaines de sa vie au coin du feu dans une boîte à sucre remplie de coton. Notre existence, à nous tous, membres de cette famille, repose, entre autres, sur cette histoire d'un homme (que je n'ai pas connu) qui est arrivé dans l'existence dans des conditions difficiles, mais qui a survécu et dépassé ses difficultés en puisant dans ses ressources et ses forces vitales, lui accordant finalement une longue vie. Mes deux grands-mères quant à elles étaient « femmes au foyer » et « femmes de paysans ». Élevant poules, lapins et brebis, elles ont amélioré leur quotidien par cette agriculture « domestique » et auront, notamment pour ma grand-mère paternelle, une « place » dans cette économie et dans ce monde. Au-delà d'être « femme de », ma grand-mère vendra ainsi sur les marchés les volailles qu'elle a élevées. Elles aussi, comme les hommes de cette génération, de cette condition et de ce territoire, n'ont pas eu l'opportunité de poursuivre une scolarité très longue. Il faut, en effet, partir travailler très jeune afin de ne pas être un poids pour la famille. Mon histoire familiale, tant du côté paternel que maternel, est très similaire, particulièrement pour la génération citée ci-dessus, à savoir celle de mes grands-parents. J'apprends assez jeune les conditions de vie liées au statut d'ouvrier agricole, ceux de la « classe populaire » et, à l'adolescence, je commence à entrevoir les déterminismes sociaux, notamment par une conscientisation faite dans le cadre scolaire. Certaines caractéristiques sociologiques sont observables dans les conditions de vie de mes aïeux : revenus modestes, voire une précarité économique forte ; une non-accessibilité aux savoirs (savoirs « savants » réservés aux dominants, perçus et intériorisés par mes grands-parents comme étant,

eux, illégitimes à recevoir ces savoirs) ; des conditions de vie relativement précaires (mes grands-parents paternels n'avaient ni toilettes ni salle de bains à leur domicile jusqu'au début des années 2000) ; des difficultés pour accéder à la propriété (si mes grands-parents maternels étaient propriétaires d'une petite maison, mes grands-parents paternels de leur côté ne possédaient qu'une bicyclette chacun...) ; une mobilité réduite (aucun de mes grands-parents n'ayant passé le permis de conduire, ils se déplaçaient uniquement à vélo).

Au moment où mes grands-parents entament leurs vies professionnelles, dans les années 1940, la classe paysanne représente plus d'un quart de la population française. Dans ce contexte, mon histoire familiale est assez représentative de cette époque : fidèle au reflet d'une société agraire, ma famille est donc particulièrement typique de cette classe populaire, que ce soit en termes d'habitus, de culture ou de niveau socio-économique. Cette classe sociale d'agriculteurs est cependant relativement hétérogène. Certaines différences notables existent entre les exploitants agricoles et les ouvriers. Cette hétérogénéité se manifeste sur les plans économiques, sociologiques et culturels. Il s'avère que les similitudes entre mes racines paternelles et maternelles se situent à cet endroit : mes quatre grands-parents sont des ouvriers agricoles et ils partagent des conditions de vies très semblables. Là encore rien d'étonnant que mes parents se rencontrent et s'aiment : c'est l'œuvre de ce que Bourdieu nomme « l'homogamie », à savoir le fait de fonder un couple avec quelqu'un issu de sa classe sociale ou proche de son milieu culturel et économique.

Fille d'employés : l'ascension vers la classe moyenne de mes parents

Mon père, né en 1957, l'aîné de la famille (composée pour cette génération de quatre enfants, dont trois garçons), s'engage dans un apprentissage d'ébéniste à l'âge de 14 ans. Il exercera ce métier durant presque trente ans : d'abord à l'usine, puis à son compte, et enfin en tant qu'ouvrier dans une société (où il concevra et réalisera des comptoirs de bars pour la France entière, découvrant à travers cette expérience une autre mobilité). Cette société « mettra la clé sous la porte » obligeant de ce fait mon père à ré envisager son avenir professionnel. Il deviendra alors moniteur d'atelier en ESAT⁵ (en menuiserie) auprès d'adultes présentant une déficience intellectuelle. Novice dans le métier d'accompagnant mais certainement aidé d'une part par la maîtrise de son savoir-faire et d'autre part par ses qualités humaines et relationnelles, très vite mon père se sent à l'aise avec ce public. Il entame donc en 2005, à l'aube de sa cinquantaine, une formation de moniteur d'atelier.

⁵ Etablissement et Services d'Aide par le Travail

Ayant arrêté ses études initiales relativement jeune (après l'apprentissage, vers 16 ans), mon père aborde cette formation de façon très sereine, heureux de continuer à apprendre et d'avoir (enfin) la possibilité de retourner à l'école. Il s'avère que cette année est également la période où j'obtiendrais mon concours d'entrée à l'école d'éducateur. Mon père et moi vivons alors une rentrée « parallèle » en septembre 2005, lui débutant, à presque 50 ans, une formation d'un an à Poitiers et moi arrivant dans le Loiret, à 20 ans, pour entamer une formation de trois ans d'éducateur spécialisé.

Ma mère, née en 1958, est la benjamine d'une sororité composée de cinq enfants. Petite dernière, elle confirme la féminité dans la famille et déçoit à sa naissance mon grand-père, qui souhaitait pour ce cinquième (et dernier) enfant l'arrivée d'un garçon, perpétuant ainsi le nom de la lignée. Mais ma mère est une fille, et mon grand-père, déçu, laissera à ma grand-mère le choix du prénom de sa fille : celle-ci la nommera donc Carmen, tranchant significativement avec les prénoms de ses filles aînées, prénoms traditionnels et classiques pour l'époque. Ma mère grandit avec des sœurs déjà plus âgées (l'aînée se mariant lorsque ma mère a environ 10 ans), et elle les verra quitter le foyer familial à l'occasion de leurs mariages respectifs. Toutes ces sœurs se marient et trois d'entre elles auront chacune trois enfants. L'autre sœur, qui n'aura pas d'enfant, divorcera après quelques années de mariage. Ce divorce révélera à la famille un problème d'alcoolisme de ma tante. Cette tante n'aura jamais d'enfant, et ne travaillera pas non plus, percevant des indemnités liées à une incapacité de travail. Ma mère est donc la dernière à quitter le foyer familial. En avril 1976 ma grand-mère subit un accident vasculaire cérébral qui entraîne une hémiplégie. Ma mère termine à l'époque son BEP de « sténodactylo », qu'elle n'obtiendra finalement pas. Elle restera vivre jusqu'à la fin de l'année (date à laquelle mon grand-père est en retraite) chez ses parents afin de soutenir mon grand-père. Ensuite, elle travaille à l'usine, jusqu'en 1982, où elle rencontre mon père. C'est à cette date qu'elle passe le concours de facteur et qu'elle part travailler deux ans à Paris. Elle est déjà en couple avec mon père, qui souhaite rester vivre dans la région de ses racines. Elle fait des allers-venues, puis finit par être mutée dans le village où j'ai grandi. Elle sera la factrice à vélo de ce village pendant presque trente ans. Mes parents ainsi que mes oncles et tantes présentent, et ce des deux côtés de la lignée familiale, des trajectoires scolaires plus variées et plus diversifiées que leurs ascendants. En effet, nés dans les années 50, ils ont bénéficié des réformes scolaires de l'époque : notamment les réformes Berthoin (1959) et Capelle-Fouchet (1963) qui en créant successivement les CEG (Collèges d'enseignement général), les CES (collèges d'enseignement secondaires) et en établissant la scolarité obligatoire à 16 ans. Ce contexte leur a permis d'accéder à une scolarisation plus longue et de bénéficier ainsi

d'une instruction susceptible de modifier en profondeur leur rapport au savoir. Ce que je peux observer de ma famille est assez représentatif de la société et des évolutions de cette époque, à savoir des ouvertures et des possibilités plus grandes en termes de mobilité de classe. Celles-ci s'expliquent, entre autres, par les volontés politiques de l'époque de développer l'accès à l'école et traduisent les mutations profondes que connaît la France, notamment la « fin du monde paysan », qui effectivement connaîtra un fort déclin à partir des années 50. L'exode rural, qui ne cessera de vider les campagnes, le baby-boom et l'urbanisation de la société modifieront en profondeur les héritages culturels et sociaux de cette génération. Au sein de ma famille, alors que les quatre grands-parents sont fortement ancrés dans le monde agricole, il s'avère que sur les neuf enfants (mes parents et mes oncles et tantes), seulement deux d'entre eux perpétueront cette lignée en travaillant dans ce secteur. La trajectoire des autres enfants est sociologiquement typique de cette époque : ils accèdent à un confort et à des conditions de vie supérieures à celles de leurs parents et intègrent la classe moyenne ouvrière. Si l'ensemble de cette génération accédera davantage aux savoirs scolaires relativement à leurs parents, aucun ne suivra d'études supérieures et tous entreront tôt dans la vie active, majoritairement dans l'industrie.

Une enfance et un univers teintés de féminisme

J'arrive donc au sein de cette famille en 1985 : avant dernière des petits-enfants du côté maternel, je suis en revanche la première petite fille de mes grands-parents paternels. Ma petite enfance se déroule paisiblement. Je grandis dans un univers où les liens familiaux tissés sont riches et denses : comme je l'ai dit précédemment, mes quatre grands-parents sont géographiquement peu mobiles et vivent à moins de 10 km les uns des autres. À l'âge de cinq ans, mes parents se séparent. Ils ne se sont jamais mariés. Mon père épousera une femme quelques années plus tard et ma mère elle ne se mariera jamais, faisant ainsi perdurer le nom de la lignée paternelle que souhaitait tant son père. À cette époque, je déménage avec ma mère dans la ville voisine où je vivrai jusqu'à la fin de mon adolescence. La séparation de mes parents est encore une fois un fait sociologique typique de cette période : en effet, au début des années 90, la France connaît une explosion de divorces. À l'école, je suis loin d'être un cas isolé, beaucoup de mes camarades de classe traversent les mêmes mutations familiales. Une vie avec ma mère et sans mon père (que je verrais très régulièrement toute mon enfance), une nouvelle école (bien plus grande que ma première école maternelle, mais relativement petite comparée à d'autres établissements), et un nouveau lieu de vie... sont autant d'espaces qui m'apprendront très jeune à m'adapter et à découvrir des sphères nouvelles, à composer avec ces « ailleurs ». Une seconde famille se crée chez mon père et, à dix

ans, j'accueille avec joie l'arrivée de ma petite sœur (qui porte le même nom que notre grand-père paternel, Camille alias « Pitaine »), puis trois ans plus tard, mon petit frère. Je grandis au travers et avec deux familles, parallèles. Toutefois c'est au quotidien, seule avec ma mère, qu'un monde de femmes se crée.

C'est sur un modèle matriarcal que se construit la famille paternelle. Ma grand-mère, très entreprenante et engagée, était un pilier fort de la famille. La place de la femme est significative : si mes grands-mères n'avaient pas de travail salarié, pas de compte bancaire à leurs noms (ce droit ne sera accordé aux femmes qu'en 1965 en France ; elles ont déjà plus de 30 ans à ce moment-là) ce sont elles (et particulièrement du côté paternel) qui gèrent les cordons de la bourse familiale et qui par ce biais, maintiennent une forme de pouvoir au sein de la famille et dans la sphère privée. Ces figures de femmes fortes (ma grand-mère paternelle et ma mère), revendiquant leur liberté et leur indépendance, marqueront mon enfance et ma trajectoire. Elles imprégneront, par leurs discours et leurs actes (la fierté de ma grand-mère d'être l'unique votante de son village à donner une voix en 1974 à Arlette Laguiller ; parce qu'elle se sent représentée par cette femme, parce qu'elle est de gauche et parce que c'est la première fois en France qu'une femme se porte candidate à la présidentielle) mon rapport aux hommes, à la domination masculine, mais plus généralement à la lutte des classes, ainsi que mon rapport à la liberté et à l'indépendance, qui, nous le verrons, se jouera dans la transmission familiale par un impératif d'études.

Des conditions d'apprentissages atypiques

La scolarité fut également mise en avant ; en effet, l'univers scolaire dans lequel j'ai évolué s'est avéré être un univers très riche et très porteur ; notamment caractérisé par ma participation à des classes à faibles effectifs (et ce, de la maternelle jusqu'à la faculté). Ma scolarité fut alors un endroit de réalisation personnelle, d'ouverture de « champs des possibles » et de socialisation, où l'apprentissage était intimement lié au plaisir relationnel et cognitif. L'école fut donc vécue, ressentie et éprouvée au sens premier de « schole » (en grec : « un lieu où l'on a du loisir pour toute chose : l'école »). Ce goût et cette envie d'apprendre sont évidemment en lien avec les conditions de la transmission, au travers de modalités d'apprentissages très confortables. Ma scolarité se déroule sans encombre et mon goût pour les études se confirmera très jeune. Ce goût des études et du savoir est-il inné, culturel, acquis... ? Ma mère y a participé de façon certaine : m'élevant « seule » (en effet, si mon père fut présent durant toute mon enfance, c'est ma mère qui modelait l'univers du quotidien dans lequel je vivais), elle fut très vigilante quant à

mon éducation et mon instruction. Passionnée elle-même de lecture, elle m'apprit à m'occuper par les livres. Souvent toutes les deux à la maison et la télévision n'étant pas une option d'éducation (celle-ci faisait figure d'exception dans notre quotidien), ma mère me mettait soit des livres dans les mains « pour apprendre », soit un vélo pour me « dépenser ». Mon enfance est donc peuplée de personnages, de décors tous droits sortis de l'imagination créée par ces livres. Ma vitalité débordante, qui plus est, se trouvait canalisée par la lecture, qui constituait un espace imaginatif infini et faisait office de « tranquillisant ». La lecture inventait de merveilleux remparts à la difficulté d'être au monde, à la découverte infantile des angoisses (de perte, d'abandon...) et, tous les soirs de mon enfance, je me réfugiais avec délectation derrière ces remparts : après l'heure du coucher, une lampe torche et un livre sous les draps, interrompue par ma mère faisant des va-et-vient pour me dire de dormir, je lisais avec une gourmandise et une avidité joyeuse. Comme je l'ai dit précédemment, ma mère m'a transmis consciemment ce goût de la lecture, mais elle a, bien au-delà de cet aspect, façonné une grande partie de mon avenir et de mon rapport au savoir. Ma mère est factrice et a bien conscience de la classe à laquelle elle appartient (elle la dépasse parfois en se présentant non comme factrice, mais comme « femme de lettres ») : ses ressources financières ne sont pas très élevées (l'héritage laissé par mes grands-parents à leur mort est minime), et pour reprendre les termes de Bourdieu, son « capital social » ne lui permet pas d'opérer des mobilités ascendantes dans l'espace social. Son « capital culturel » correspond aux habitus de la classe moyenne (fréquentation du cinéma, pas d'opéra ou de théâtre...). Toutefois, ma mère cherche à enrichir ce capital culturel par la lecture : elle en est convaincue, la littérature constitue en partie un moyen de s'élever socialement et intellectuellement. D'ailleurs, elle me dira un jour que son père lui reprochait tout ce temps passé à lire. Incompréhensible, pour ce fermier de passer plusieurs heures sur un canapé à lire... Ma mère insiste donc avec moi sur cet aspect : si la lecture est fondamentale, c'est par les études que « je m'en sortirai ». Très jeune, elle m'explique franchement les difficultés que je risque de rencontrer si je n'accorde pas l'attention nécessaire à mes études : travail d'employé, parfois inintéressant, ou tout du moins pas passionnant ; limitation de ma liberté dans sa globalité (que ce soit sur un plan intellectuel, financier, social, politique), réduction de la mobilité etc... Ma mère, femme indépendante, m'expose et me montre comment développer mon indépendance et ma liberté en m'indiquant les chemins de l'école.

Mon entrée à la « petite école » ne pose aucune difficulté. Si mes souvenirs sont lointains et un peu flous, j'ai souvenir d'une grande liberté et d'une grande joie à apprendre. L'école, ou la « *schole* » prend tout son sens ici de loisirs et de jeux. Pour affiner mes souvenirs, je regarde mon

album photo : première année d'école en 88-89, huit enfants avec trois adultes. Sans le savoir, j'éprouve l'apprentissage et l'éducation d'une manière très particulière. En effet, cette petite école ne se réclame pas d'un mouvement d'éducation précis (Freinet, Montessori ou autre) mais finalement en a les moyens et les méthodes. Les enfants ont accès aux différentes salles, et circulent entre ces salles où les savoirs sont dispensés en fonction des envies et demandes des enfants. Mon premier rapport au savoir se joue ici dans cette « petite école » où l'ambiance est familière, et où les savoirs sont teintés, par cette proximité, d'accessibilité et de facilité. Ce goût et cette envie d'apprendre est évidemment en lien avec les conditions de la transmission : si ma « petite école » maternelle est réellement petite, c'est également le cas pour mon école primaire (les classes sont composées d'une vingtaine d'enfants pour deux niveaux) et mon collège (une petite vingtaine d'élèves par classes). L'arrivée au lycée sera plus compliquée. Je change de ville et intègre un établissement de plus de 900 élèves (quasiment la taille de mon village natal...) proposant un cursus allant de la 6^{ème} au BTS. Après ma seconde, je m'oriente vers une filière économique et sociale. Très demandées, ces filières comprennent souvent des classes nombreuses. Une anomalie aura pourtant lieu cette année-là, nous ne serons que 11 élèves à vouloir et à intégrer cette section, ce qui n'était pas le cas les années précédentes et les années suivantes ; les professeurs n'ayant jamais vu cela... ! Mon baccalauréat se déroule alors comme l'ensemble de ma scolarité, dans une petite classe, permettant ainsi d'autres formes d'échanges et d'interactions avec les enseignants.

Mon histoire familiale montre une forme de « banalité sociologique » du fait de mes origines de classe et des évolutions sociales repérables au fil des générations. Mais il m'aura fallu nombre de rencontres et d'apprentissages, notamment plus tard à l'université, par l'enseignement de la sociologie de l'école, pour soustraire mes évidences et ma naïveté face au système scolaire et comprendre que mon parcours scolaire fut tout sauf banal. Finalement, jusqu'au baccalauréat, je n'aurai connu qu'une classe de 35 élèves, en seconde. Ce parcours scolaire ne fut pas vécu comme atypique et m'a semblé jusque tard comme une évidence des conditions de transmission et d'enseignement. Assurément, au lycée, je perçois le caractère exceptionnel de cette situation et j'en distingue la chance qui, par hasard, s'est offerte à moi.

Le caractère inhabituel et très singulier de ces conditions d'apprentissages est présent tout au long de mon parcours scolaire et deux anecdotes le soulignent bien : en première, dans l'option de spécialité « économique et social » où nous étions seulement trois étudiants... et quelques années plus tard à l'université, en deuxième année de master, dans une option où nous étions deux

étudiantes avec le professeur. Celui-ci prenait sa retraite à la fin de l'année et n'avait encore jamais rencontré une telle situation pédagogique...

Mon parcours scolaire est à la fois classique (uniquement des écoles publiques, et un parcours général traditionnel) et atypique du fait des conditions d'apprentissages spécifiques qui furent réunies pendant toute ma scolarité, m'offrant ainsi, de la maternelle à la dernière année de master, des modalités d'apprentissages très confortables. Toutes ces écoles n'avaient pas nécessairement d'énormes moyens financiers ou techniques mais proposaient un taux d'encadrement ou d'accompagnement important. C'est cette récurrence qui me semble la plus forte : les petits groupes qui ont constitué mes classes. Or, ce ne fut pas toujours le fait d'une volonté politique forte ou volontariste à cet endroit, mais bien souvent un concours de circonstance : les exemples cités ci-dessus, notamment pour la terminale ou le master 2 sont en cela représentatifs. Ces récurrences ont fortement teinté mon rapport à l'apprentissage et aux relations humaines. L'école a toujours représenté pour moi un lieu de rencontres et de joies. Il n'est donc pas étonnant, au vu du premier aspect cité précédemment, que les questions d'éducation et de transmission soient centrales dans mes démarches et recherches.

Comme dit précédemment, le mot école est issu du grec « schole » et signifie « un lieu où l'on a du loisir pour toute chose : l'école ». Et s'il est une chose que j'emmène encore avec moi, c'est bien cette idée de loisir. L'école a toujours représenté pour moi un lieu de rencontres et de joie. Or, cette idée s'origine dans mon vécu, mes ressentis et mes éprouvés. Nous verrons en quoi la prise en compte du vécu expérientiel et émotionnel des individus me semble indispensable pour proposer un accompagnement pertinent, et en quoi les approches biographiques et la clinique narrative constituent des outils, méthodes et approches qui facilitent la mise en mots et l'explicitation de ce vécu. De plus, le travail d'implication mené en sociologie clinique a permis, à travers la socialisation du support de la ligne de vie, de mettre en évidence d'autres réalités et événements de mon enfance, permettant de comprendre le sens qu'avaient les questions de l'écoute et de la narration de l'histoire dans mon parcours. En effet, les histoires m'ont toujours été contées (notamment par mon père, sous une forme très ludique, ouvrant de vastes espaces d'imagination, de liberté et de transformation). Mais le support de la ligne de vie, et plus précisément sa socialisation et les échanges en groupe, m'ont permis de mettre en évidence une expérience enfantine primordiale, en termes d'écoute : enfant, j'écoutais les enfants du quartier, qui venant se confier à moi, me faisaient exercer mon écoute dans une perspective maïeutique. Les enfants venant conter, raconter et se narrer, dévoilaient une part de leur histoire, cherchant parfois conseils auprès d'une paire, mais surtout et avant tout une oreille attentive. Cela m'a valu

très jeune le surnom de « Ménie Grégoire » par mon beau-père. Plus tard, j'apprendrai que cette Ménie (alors inconnue pour moi) avait animé pendant 15 ans une émission de radio basée sur la parole et l'écoute. Ces moments d'écoute très fréquents (quasi quotidiens aux beaux jours), se déroulaient sur le seuil de la porte de la maison d'enfance, entre le « dedans » et le « dehors », presque sur la place publique, mais pas tout à fait. Cette écoute, faite de manière instinctive lors de la petite enfance, entre fortement en résonance avec une référence théorique importante pour moi, celle de Lucien Bonnafé : « Le désaliéniste est celui qui, ayant jeté aux orties le froc de l'aliéniste, se présente sur la place publique en disant : « Qu'y a-t-il pour votre service ? » (Coupechoux, 2006, p. 89). Cette formule, devenue fameuse, m'a toujours « parlé » d'une certaine manière ; et la socialisation de cette expérience enfantine a permis de mettre à jour les affects qui y étaient liés.

1.1.2 Des rencontres « folles » développant une posture clinique à l'écoute du sujet

Un début de trajectoire professionnelle marquée par la philosophie et la pratique de la psychothérapie institutionnelle

Deux ans après l'obtention de mon baccalauréat, j'intègre une école de travail social à Olivet, en région Centre, près d'Orléans. Je découvre la psychiatrie lors de ma dernière année de formation d'éducatrice spécialisée. Si je ne doute pas de mon envie et de mon appétence vis-à-vis de ce métier et du secteur médico-social, je ne me prédestine pas spécialement à exercer en psychiatrie. Pourtant, les conditions géographiques et territoriales se prêtent bien à une expérience dans ce domaine d'intervention, mais au sein d'une psychiatrie un peu particulière, considérée à contre-courant : la psychothérapie institutionnelle. En effet, mon école se situe dans le Loiret. Or, ce territoire, le Loir-et-Cher, constitue un des creusets historiques de ce mouvement de pensée. La psychothérapie institutionnelle s'est peu développée en France depuis sa création, pourtant le département du Loir-et-Cher regroupe trois cliniques issues de ce mouvement, toutes dans un rayon de 15 kms autour de Blois. Employée dans une de ces cliniques après mon stage de fin de formation, je suis finalement restée presque trois ans à la clinique de La Chesnaie... « *Je suis restée* » ... Par cette simple expression, nous percevons l'ambiguïté que suscite et propose le mouvement institutionnel. J'y suis restée, mais à quelle place ? Patiente ou soignante ? Pour ne pas tergiverser avec un suspens mal placé, je resitue : salariée de la clinique, j'étais payé pour occuper diverses fonctions et incarner le rôle de monitrice-soignante. « *Les payés et les*

payeurs » ; voilà des termes que pouvait utiliser Jean Oury en tentant une redéfinition des places du patient/malade et du soignant/sain.

J'ai une petite vingtaine d'années quand je découvre la clinique et rencontre ses habitants. Le premier jour de mon stage, je passe la matinée en « salle à manger », une fonction hôtelière (nous reviendrons plus en détails sur la naissance de ce mouvement, ses principes et son fonctionnement dans la seconde partie, quand nous aborderons l'histoire de la psychiatrie) avec Veronika. C'est une patiente, et je le comprends très vite ; en effet elle se présente à moi comme étant la fille de Grace Kelly et Joe Dassin ; présentation pimentée par les airs de ce dernier... La matinée n'est pas de tout repos. Veronika semble très excitée, elle parle énormément et tient tout ce temps des propos délirants. Après le déjeuner, je rejoins le bar de la clinique pour y prendre un café. François m'accueille et me sert le café. Nous discutons ; il a entamé il y a quelques années une formation dans le travail social mais il n'a pas pu l'achever. La discussion s'écoule, et tranquillement la rencontre se fait. Avant de quitter le bar, François m'indique son nom et l'unité dans laquelle il vit... Il est hospitalisé depuis plus de quatre ans à la clinique, et contrairement à ma rencontre avec Veronika, où la folie était si criante, rien dans nos échanges ne laissait entendre que François était un patient. Cette première matinée, plongée au cœur de la psychothérapie institutionnelle, fut riche d'enseignements : bousculée dans mes représentations, je découvre les folies et tente de me rendre disponible pour les accueillir, aussi surprenantes soient-elles. Le premier de ces enseignements est le suivant : la prise en compte des folies dépend de la conscience qu'on en a. Ma rencontre avec Veronika m'amène à considérer sa folie de manière perceptive, pour reprendre les termes de Foucault, il s'agit ici d'une « conscience énonciative » (Foucault, 1972, p. 219), à savoir une simple appréhension perceptive, un constat immédiat et instinctif. En effet, quand elle s'adresse à moi et se présente, en chantant, comme étant la fille de Joe Dassin et Grace Kelly, spontanément, je comprends et sais qu'elle délire et par conséquent qu'elle est hospitalisée dans la clinique.

Un des piliers du mouvement de psychothérapie institutionnelle se situe à cet endroit : « ouvrir le plus largement possible les possibilités de communications, susciter une atmosphère d'acceptation et de compréhension des manifestations socialement inacceptables de désordre mental et émotionnel, et développer au maximum chez les malades les possibilités d'autonomie et d'initiative. » (Chanoit, 1995, p. 63). Il est important de souligner, me semble-t-il, « l'atmosphère d'acceptation » de la folie, car en effet, les lieux comme les cliniques de psychothérapie institutionnelle sont peut-être avant tout (avant même des lieux de soin ou d'accompagnement), des lieux d'accueils : accueil du désarroi, de la détresse psychologique, accueil des folies sous

toutes formes. L'accueil est posé comme une nécessité et un préalable à toutes formes de soin : les personnes en souffrance psychique doivent disposer d'un espace pour déposer ces folies. C'est là le rôle premier de l'asile : être un lieu inviolable où l'on peut trouver refuge et sécurité. Pour assurer cette sécurité et maintenir ce refuge, il s'agirait donc de permettre à la parole d'être déposée et accueillie ; créer un univers suffisamment serein, de confiance et de non-jugement, où les personnes peuvent être ce qu'elles sont, tant dans leur « normalité » que dans leurs folies. La psychothérapie institutionnelle a pour idée d'amener le patient à retrouver, dans, à travers et par cette atmosphère d'acceptation bienveillante, identité, initiative et responsabilité. En proposant à François de tenir le bar, l'équipe soignante lui propose finalement d'endosser un nouveau « rôle » qui ne me permettra pas, par exemple, de l'imaginer ou le considérer, à la première rencontre comme « fou ». Par la déconstruction des représentations, les tenants du mouvement de psychothérapie institutionnelle cherchent à proposer à la personne accueillie une forme de redéfinition de son identité : dans l'exemple cité ci-dessus, François, au-delà d'être un patient hospitalisé en psychiatrie, devient un barman. Il s'agit de permettre aux patients de donner à voir autre chose que la maladie, de permettre l'expression de paroles et d'actes sur d'autres scènes et d'autres rapports que celui de soignant/soigné ou de normal/fou.

François Tosquelles est un des premiers médecins à penser ce mouvement, pendant la seconde guerre mondiale, à l'hôpital de Saint-Alban (nous nous attarderons sur cette expérience Albanaise dans la seconde partie dédiée à l'histoire de la psychiatrie). Fort de son expérience, et de ses lectures, Tosquelles retient certaines pensées d'Hermann Simon (psychiatre allemand du XX^e siècle) ; celui-ci pense que l'hôpital est menacé par trois maux : « l'inaction, l'ambiance défavorable et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même » (Chanoit, 1995, p. 14). Pour pallier alors ces « maux » de l'institution, il faut centrer la thérapeutique sur trois temps : « la liberté, la responsabilisation du malade et la maîtrise du milieu avec une étude des résistances émanant du personnel de l'hôpital. Il s'agit donc pour l'institution de « se soigner pour être soignante » (Chanoit, 1995, p. 14).

Cette rencontre avec la psychothérapie institutionnelle fut décisive par l'importance de l'accueil et de la mise en mots des maux au sein de ce mouvement. En effet, ce mouvement considère comme central la notion d'accueil et il me fut donné l'occasion de l'expérimenter auprès du public accompagné (à savoir des personnes en situation de grande précarité psychique). Fondement socio-historique et enjeu politique de cette pratique soignante, l'accueil est un pilier au sein de celle-ci. Ce mouvement a profondément marqué mon parcours et ma conception du « prendre soin » au sens large du terme. Cette expérience a largement orienté mes thématiques de recherche

et a influencé mes savoirs, tant sur le plan théorique que sur le plan expérientiel. Cette première expérience professionnelle est significative, ne serait-ce que par l'intitulé du statut : « monitrice-soignante » (comme l'ensemble des salariés). Ce terme élaboré et pensé par Jean Oury, vise à penser le soin en psychiatrie de manière globale, et non morcelée. Le « prendre soin » relève donc à la fois de compétences soignantes, typiquement incarnées par l'infirmier, mais également, et c'est là une nouveauté, par des compétences éducatives. Oury fait appel à un mouvement d'éducation populaire (les CEMÉA⁶) pour former les soignants de la clinique. L'intention est de transformer les conditions de vie à l'hôpital pour que celui-ci devienne thérapeutique. Cette expérience professionnelle où travail thérapeutique et travail éducatif s'entremêlent vise à favoriser l'émergence de la parole, notamment par « l'agir ». Elle a profondément marqué mon parcours de future chercheuse. En effet, cela m'a permis d'expérimenter une pratique professionnelle de terrain basée sur l'écoute complexe. Il me semble donc que les apports de cette période permettent de comprendre pourquoi je travaille aujourd'hui autour de la question de l'accueil de la parole, avec un focus en psychiatrie, notamment autour de la formation des deux métiers principaux y œuvrant : l'infirmier et l'éducateur.

Dans le contexte actuel de désinstitutionnalisation massive de l'ensemble des institutions du secteur médico-social (et particulièrement des établissements psychiatriques), les institutions de psychothérapie institutionnelle se retrouvent mises à mal : en effet, la pensée actuelle, portant des exigences budgétaires fortes, elles-mêmes sous-tendues par des volontés de rationalisation, de maîtrise et de réduction des coûts, propose, entre autres, la fermeture de certains établissements. La psychiatrie est particulièrement concernée par ce phénomène. La diversification des « dispositifs » est donc à l'œuvre, mettant l'accent sur les services dits « ouverts » ou ambulatoires. Viennent alors se heurter plusieurs enjeux forts : des enjeux économiques et des enjeux éthiques. La désinstitutionnalisation se fonde notamment sur la dénonciation de certaines pratiques, contraires aux enjeux éthiques actuels autour de la participation de l'utilisateur, la bientraitance... Or, le cœur même de la psychothérapie institutionnelle, comme nous l'avons évoqué précédemment, est bien en premier lieu de proposer un lieu d'asile (donc maintenir les institutions ouvertes) et, dans un second temps, pour pallier les dysfonctionnements inhérents à chaque institution, de mettre en œuvre une forme de « sociothérapie », autrement dit un « prendre soin » de l'institution. Sans ce « prendre soin » de l'institution par l'institution, celle-ci peut parfois développer des violences institutionnelles et accentuer les rapports de pouvoir et de domination sur les personnes accueillies.

⁶ Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active

Très à la mode dans le secteur médico-social depuis le début des années 2000, le projet est devenu le mot d'ordre des institutions : les acteurs de terrain doivent l'appliquer, l'ordonnancer, celui-ci est soumis à vérification, il est l'indicateur principal du contrôle social, contrôle des acteurs sociaux eux-mêmes, et des personnes qu'ils accompagnent. Une nouvelle injonction apparaît alors : le projet sous ses formes et apparences les plus démocratiques, révèle une soumission à l'injonction d'insertion, de réintégration et d'autonomie. Le contrôle social, à travers le projet, cherche à normaliser, certifier, évaluer, comptabiliser les déviants, pour tenter de les réadapter au monde, les réintégrer. Mais à quel prix ? « La quasi-obligation faite à l'utilisateur de santé mentale d'être autonome, de se réinsérer, n'est pas, comme dit Jean de Munck, moins écrasante que la protection asilaire ou le statut d'handicapé à vie. » (Coupechoux, 2006, p. 281). Après mon expérience en psychothérapie institutionnelle, où la question de « l'institution » est centrale dans l'accompagnement et le soin des patients, j'ai à travers cette nouvelle pratique de coordination, éprouvé très fortement la question de la désinstitutionnalisation. Les politiques publiques européennes « exhortent la France à fermer ses établissements » pour reprendre le titre d'un article (Daovannary, 2019, p. 1-3). À l'heure actuelle, les impacts sont clairement visibles dans le secteur médico-social, où les acteurs sont amenés à repenser leurs pratiques hors des institutions (ou sans ces institutions...). L'impératif d'inclusion est devenu le nouveau credo du secteur. Les institutions sont, d'après l'ONU, devenues menaçantes : « Ces institutions restreignent toute la liberté des personnes handicapées, les séparent et les isolent de la collectivité, leur ôtent le choix et le pouvoir de décision en matière de lieu de vie [...] » (Daovannary, 2019, p. 1-3). La condamnation par la rapporteuse des droits des personnes handicapées de l'ONU est ici sans appel : il faut fermer les institutions accueillant les personnes en situation de handicap et « transformer la société et le milieu de vie » (Daovannary, 2019, p. 1-3). Je cite ce rapport, car les orientations politiques européennes me permettent de comprendre l'évolution des pratiques professionnelles dans le secteur social et soignant. Je me situe, à travers ces politiques, à des années lumières, en apparence, de la psychothérapie institutionnelle. En effet, au sein de ce mouvement, il faut « prendre soin de l'institution pour être soignant » ; il ne s'agit pas du tout de mettre fin aux institutions. Toutefois, les visées peuvent se rejoindre : les penseurs de la psychothérapie institutionnelle dans les années 60 (Bonnafé, Tosquelles) sont également les instigateurs de la politique de sectorisation en psychiatrie. Or il s'agissait là de proposer aux patients d'autres modalités d'accompagnements dans la cité ; au-delà d'un modèle uniquement hospitalo-centré, ils souhaitaient développer des accompagnements en ambulatoire. Leur intention était d'étayer les prises en charge et le soin en psychiatrie en étoffant et multipliant les possibilités

de faire (en hospitalisation à temps complet, en hospitalisation de jour, en ambulatoire etc...). Si la visée converge, à savoir faciliter l'inclusion et la (ré) intégration des personnes en souffrance au sien de la cité, les moyens sont fondamentalement différents entre l'impératif du « tout inclusif » actuel (annonçant la fin des institutions) et la proposition faite par les psychiatres des années 60 d'une palette large de services soignants (de l'institution aux services à domicile).

Cette expérience m'a suffisamment interrogée autour des questions liées à l'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation au sens large : au-delà des murs, la question des pratiques professionnelles est mise en jeu. En effet, ***comment l'écoute complexe et la maïeutique peuvent-elles prendre forme et exister s'il n'y a plus de supports et d'endroits (les institutions étant ces lieux privilégiés) pour la penser ?*** Lors de cette expérience, je me suis donc retrouvée en position de recueillir des histoires de vie, et ce à des fins évaluatives, en vue de répondre à la commande institutionnelle suivante : les personnes rencontrées sont-elles prêtes et en capacité d'intégrer l'association et ses dispositifs ? Nous nous situons actuellement dans une période de transformations et de bouleversements majeurs, où les enjeux économiques prennent le pas sur ceux de l'éthique, alors que, paradoxalement, ce sont eux qui sont mis sur le devant de la scène, notamment avec la notion de « projet » d'un usager présenté comme « acteur » de celui-ci. Dans le même temps, la notion d'accompagnement est peu à peu gommée, notamment dans le travail social, pour se modifier et se transformer en démarche de « résolution de problème ». L'accompagnement médico-social est-il finalement voué à disparaître ? Alors jeune professionnelle, en entendant ces discours dominants (offrant une réponse positive à la question posée ci-dessus), je me sens réellement issue d'un autre siècle... Mes dix années d'expériences dans le travail social, m'ont appris (et désappris) beaucoup de choses ; toutefois la création du lien et l'accompagnement possible à partir de ce lien se sont toujours imposés à moi comme étant des préalables incontournables à l'intervention sociale.

Une amie comme « cas zéro » ?

Avant de développer mes questionnements et de décliner, ultérieurement, les apports sur ces thèmes, je poursuis la narration de mes expériences professionnelles et personnelles constituant ma pré-enquête. Je souhaite ici évoquer un fait marquant dans mon parcours, qui relève de ma vie personnelle. À l'époque de cet évènement, je travaille en clinique de psychothérapie institutionnelle, et ce depuis plus de deux ans. Je me sens à l'aise dans ce travail et cette fonction, même si, je dois l'avouer, le métier de monitrice soignante n'est pas simple, pas de tout repos et nécessite une grande disponibilité, une puissante énergie et des capacités de distanciation

importantes. En effet, les personnes que j'accompagne, avec l'équipe soignante, sont souvent très malades ; et cette année-là, nous avons vécu plusieurs deuils. L'équipe est soudée et continue, malgré ces décès (plusieurs auront lieu en peu de temps), à accompagner les personnes accueillies. Ma formation d'éducatrice spécialisée est juste terminée, et j'ai lié de fortes attaches amicales, particulièrement avec une jeune femme, Agathe. Cette amie a vécu un épisode « de folie » pendant plusieurs mois, lors de ma première année d'exercice professionnel. J'utilise sciemment le terme « épisode de folie » car durant ces longs mois, aucun diagnostic n'a été posé. Pour autant, aucun doute sur les manifestations qu'elle présente à cette période : en effet, le premier jour de sa décompensation, je suis présente. Agathe se montre logorrhéique et délirante. Inquiète, mais surtout et d'abord démunie et désarçonnée, je ne comprends pas ce qui se passe. Je soupçonne une prise de toxique et à aucun moment, je ne pense à une décompensation ou à des troubles psychiatriques. Je ramène mon amie chez elle (en passant, je « vire » un squatteur de son appartement ; appartement qu'elle souhaitait lui offrir...) et lui propose une nuit de repos à mon domicile. Elle accepte facilement et passe la nuit chez moi. Le lendemain, au réveil, dès qu'elle ouvre les yeux, Agathe est de nouveau, instantanément logorrhéique. Je suis, de mon côté, de plus en plus fébrile et ne sachant vers qui me tourner. Nous partons toutes les deux à mon ancienne école de travail social (où Agathe est en formation d'éducatrice spécialisée), rencontrer une formatrice en qui j'ai toute confiance. Celle-ci est psychologue clinicienne de formation et a travaillé une dizaine d'années dans la clinique de psychothérapie institutionnelle où j'exerce à ce moment-là. Elle nous reçoit et suggère rapidement l'éventualité d'une hospitalisation en psychiatrie. Mon amie ne s'y oppose pas, bien au contraire, et insiste sur son besoin de « dormir » et d'être accueillie dans un lieu consacré au repos. Nous prévenons sa famille et une autre amie (car à ce moment, je suis incapable d'en faire plus) et l'emmène à l'hôpital. L'hospitalisation sera plus compliquée que prévu. Agathe, une fois sur place, refuse d'intégrer le centre psychiatrique public vers lequel elle est dirigée. Je passe ici les détails de ces longs mois, mais, pour résumer, Agathe sera dans un état délirant (avec notamment des manifestations paranoïaques) pendant un peu moins de six mois. Durant cette période, elle ne cessera de faire des allers-retours en psychiatrie, étant à chaque hospitalisation mise sous traitements médicamenteux. Les traitements chimiques faisant effet rapidement, elle sera également à chaque fois, très vite sortie d'hospitalisation (souvent au bout de trois ou quatre jours). Aucun suivi sur le long cours ne sera mis en place (notamment parce qu'Agathe s'y oppose). Cette période fut très délicate à vivre pour moi ; elle correspond au moment où mon contrat à la clinique psychiatrique prend fin et où je décide (en résonance avec cette situation personnelle) de ne pas demander un renouvellement et

de partir de la région. Après plus de quatre mois de troubles, mon amie, quant à elle, a été accueillie par ses grands-parents pendant plusieurs semaines, dans une campagne du Sud (elle fut littéralement « mise au vert » si je puis dire). Elle a été accompagnée, prise en charge et responsabilisée par ses grands-parents (qui vont par exemple la missionner pour garder une de ses petites cousines). À la suite de ce séjour, elle est revenue dans sa ville natale, a réintégré l'école de travail social, pour terminer sa formation d'éducatrice spécialisée (diplôme qu'elle a obtenu). Mon amie ne va manifester aucuns troubles psychiatriques ultérieurs pendant de nombreuses années. Cependant, dix ans après le premier épisode maniaque, Agathe décompense à nouveau sur un versant psychotique (présence de délire, de logorrhée, de manies...). Faisant partie des très proches d'Agathe, je suis présente pour elle et sa famille et participe, à ma mesure, à la réhospitalisation. Celle-ci est très douloureuse pour mon amie, qui refuse nettement les traitements, les soins proposés et ne peut envisager un diagnostic. À ce moment-là, Agathe se fixe notamment autour un point de son histoire familiale : le grand-père maternel inconnu (qui aurait servi dans les troupes nazies). Lors de sa première hospitalisation, le thème de « l'autorisation à dire » revenait sans cesse lors de ces excès logorrhéiques. Dix ans plus tard, lorsqu'elle soulève des questions autour de ce point douloureux de son histoire familiale, elle obtient peu de réponses et la mise en mots de cette histoire est difficile. Agathe voit sa vie modifiée, notamment à la suite de cette hospitalisation : elle quitte son travail, se trouve en arrêt maladie plusieurs mois et retourne vivre chez sa mère. Quelques mois plus tard, pendant le premier confinement, alors qu'elle vient de réintégrer un logement et a retrouvé un travail, Agathe est réhospitalisée en psychiatrie : elle « rechute ». Cette hospitalisation se déroule mieux, elle se sent mieux accueillie, dit-elle, par les soignants et adhère au diagnostic de bipolarité posé par le médecin psychiatre qu'elle rencontre. Elle accepte un traitement par injection pendant quelques mois. Puis, elle traverse une phase mélancolique aiguë durant laquelle elle décide d'interrompre le traitement par injection. Elle mettra fin à ses jours quelques semaines après l'arrêt de ce traitement. La mort de mon amie a lieu quatre années après mon début de thèse, et alors que je clôture ma formation longue au sein du RISC. Cet événement ne sera pas sans incidence sur mon travail doctoral, et ce à différents niveaux : dans mon rapport au fait même d'être en thèse (en effet, quand l'idée de m'inscrire en thèse germe, je pense à un sujet autour des « guérisons » en lien avec les capacités de résilience dont a fait preuve Agathe suite à son premier épisode maniaque), mais cette épreuve impacte également le rapport que j'entretiens avec mon sujet de recherche : la question de l'écoute des histoires de vie, de son accueil, particulièrement quand la personne souffre de troubles psychiques. Or, sans entrer dans le détail de la vie de mon amie, celle-ci avait une vie marquée par des drames

(suicides et antécédents de troubles psychiatriques), et des nœuds sociopsychiques qui n'ont pas pu (pour diverses raisons) être mis au travail. La façon dont Agathe a été accueillie, accompagnée, prise en charge par les professionnels soignants et la manière dont elle le vivait (en tous cas, de ce qu'elle m'en relatait) ont également réactivé les questions et réflexions portées dans mon travail de thèse.

Si je narre cette histoire, c'est pour comprendre comment l'ensemble de ces expériences (et particulièrement celle-ci) ont contribué à vivifier et abonder mes questionnements autour des folies, et de leurs prises en charge. En effet, l'histoire d'Agathe a, de façon très intime et intense, ravivé mes interrogations autour de la prise en charge des personnes présentant des troubles de la sphère psychique. Agathe contestait très fortement les prises en charge institutionnelles dites « classiques » en psychiatrie. En effet, défendant les droits et les libertés des bénéficiaires qu'elle accompagnait en tant qu'éducatrice spécialisée, elle a refusé, pour elle-même, une prise en charge la privant de certains de ses droits (en premier lieu la liberté, venant sans cesse interroger la légitimité par exemple des soins à la demande d'un tiers). Cela n'a pas été sans m'interpeller sur la manière dont la société (les institutions, la famille, les proches etc.) accompagne les personnes présentant des troubles psychiques. En effet, mon expérience en psychothérapie institutionnelle me donnait à penser l'institution comme une ressource primordiale dans l'accompagnement, le soin, voire le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques. L'expérience vécue auprès d'Agathe va venir à la fois bousculer et affirmer mes interrogations : comment, collectivement, pensons-nous l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques ? La lutte et la résistance dont mon amie a fait preuve face aux institutions soignantes sont également venues réaffirmer la nécessité de prendre soin de ces institutions. En effet, les hospitalisations d'Agathe se sont toutes déroulées à l'hôpital public, parfois très loin des conceptions théoriques et pratiques de la psychothérapie institutionnelle, avec la noirceur et les régressions que nous connaissons actuellement. Pierre Delion parle de drame du système français psychiatrique refondé essentiellement à partir et sur les bases des neurosciences (Delion, 2021). Il évoque dans cet article, la « casse massive de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle » depuis des années par les organismes étatiques en pointant les conséquences de cette démolition sur l'humanité dans la relation soignante. Qualifiée d'être dans un « état déplorable » (Delion, 2021), la psychiatrie vit actuellement des heures sombres⁷, de régressions. Au regard de ces éléments, il m'apparaît alors plus que nécessaire de rappeler les fondements et

⁷ Les différents confinements successifs liés à la pandémie ont également mis en lumière le besoin d'avoir une psychiatrie ouverte, réactive, avec des moyens permettant de répondre aux besoins

l'histoire de notre système, particulièrement en rendant de nouveau vivante la pensée de la sectorisation et de la psychothérapie institutionnelle.

Pour conclure cette première sous-partie sur le parcours personnel du chercheur, il me semble important de souligner que l'ensemble de ces expériences individuelles et personnelles constituent un socle de « savoirs expérientiels » qui ont orienté de manière significative mes choix théoriques et politiques. Je peux retenir et résumer quatre grands aspects dans ce parcours :

- Les origines culturelles plutôt modestes associées à des volontés familiales de voir la descendance s'en extraire, m'ont poussé à une ascension de classe et ont fortement contribué à me mener là où j'en suis actuellement (à un niveau d'étude et un statut socio-professionnel élevé)
- La scolarité effectuée dans de petites classes a largement « teinté » mon rapport aux savoirs et à la pédagogie (me guidant, non sans hasard, vers un champ professionnel dédié aux questions d'éducation)
- L'orientation choisie en fin d'étude du métier d'éducateur spécialisé vers une structure ancrée dans le mouvement institutionnel a également amplement participé à l'élaboration et à la construction des choix méthodologiques et théoriques qui seront faits durant ce travail doctoral
- Et enfin, l'événement dans la sphère amicale, avec Agathe, m'a permis de venir réinterroger les conditions d'accueil de la folie dans la société (l'institution et la désinstitutionalisation) tout en questionnant la formation des accompagnants de ce public

La sous-partie suivante poursuit ce travail en prolongeant l'étude de mon expérience professionnelle à travers une pratique éducative dans un établissement particulièrement ancré dans la cité et œuvrant, d'une certaine manière, à la désinstitutionalisation. Puis, elle se terminera par la narration de la pratique d'enseignement et de formation auprès des acteurs de terrain. Je tenterais alors de sonder les soubassements du travail pédagogique fait auprès des étudiants (toujours en mettant en lumière en quoi les choix faits s'ancrent dans mon parcours).

1.2. Un parcours professionnel centré sur des questions d'éducation

Cette seconde sous partie vise à poursuivre le développement des éléments de mon parcours professionnel en tant que travailleuse sociale, puis formatrice en travail social. Ces éléments

définissent un certain rapport à l'éducation, à la formation et à la pédagogie que je tenterais de définir à l'issue de ce chapitre.

1.2.1 Au défi d'une nouvelle fonction : la « coordination des parcours »

La vie me porte jusqu'au Nord Pas de Calais. Après plusieurs années de travail en tant qu'éducatrice spécialisée auprès d'adultes ayant des déficiences motrices et/ ou intellectuelles, je vais occuper un nouveau poste au sein d'une association qui œuvre depuis 1982 sur la métropole Lilloise, et contribuer à la création d'une nouvelle fonction, inconnue à l'époque mais qui désormais commence à se développer dans le secteur médico-social : celui de coordinatrice de parcours. L'association pour laquelle je travaille accueille des personnes présentant des troubles psychiques, pathologies mentales avérées ou non. Toutes les personnes accompagnées sont en souffrance psychique. La très grande majorité des personnes accueillies ont un passé institutionnel en psychiatrie : certaines sont hospitalisées depuis plusieurs années (voire plusieurs dizaines d'années...), d'autres ont un suivi en ambulatoire avec des hospitalisations complètes ponctuelles et de courtes durées. D'ailleurs la présence de la famille est un facteur qui semble limiter les hospitalisations.

L'association veut souligner une démarche de transition entre une vie au sein des institutions (notamment l'hôpital psychiatrique) et une vie à l'extérieur, au cœur de la cité. L'association se présente comme un « intervalle » dans la vie et le parcours des gens. Il y a une forte volonté associative d'être implanté en ville, de proposer des services géographiquement proches, facilitant le mouvement des personnes accompagnées. « Le projet d'établissement étant de permettre aux personnes de s'intégrer dans le tissu urbain local. Le projet est un projet d'accompagnement vers une réinsertion en milieu ordinaire. »⁸. De plus, il s'agit d'un accompagnement social : en effet, la politique de l'association est d'axer et de centrer cet accompagnement autour du travail social, éducatif et du travail en partenariat.

Le travail éducatif et social constitue la base de l'accompagnement. Chaque service a ses spécificités et ses raisons d'être, et il en découle un cadre d'intervention très diversifié, avec des objectifs et des façons de faire parfois différents. L'association a commencé son activité il y a une trentaine d'années par l'ouverture d'un foyer de vie dans le vieux Lille pouvant accueillir 24

⁸ Projet d'établissement de l'association susnommée

personnes. Puis un SASD⁹, devenu maintenant SAVS¹⁰, se met en place ; ce service accompagne actuellement une quarantaine de personnes. Au fil du temps, les dirigeants de l'association et les membres du conseil d'administration repèrent des besoins et des demandes (de la part des usagers, des familles mais également des professionnels) et l'association donne donc naissance il y a une dizaine d'années à un Service d'Accueil de Jour, puis à une résidence service (pouvant accueillir vingt personnes). Les membres de l'association cherchent à innover, à trouver des « réponses » concrètes permettant aux bénéficiaires d'évoluer au sein de dispositifs souples et adaptés à leurs difficultés. C'est en inscrivant dans cette démarche qu'en 2013, un nouveau dispositif voit le jour : les « Habitats partagés » ; inspiré des « familles gouvernantes » et des maisons communautaires ou appartements thérapeutiques, les Habitats partagés ne sont pas un service ou un établissement de l'association, mais sont un dispositif relevant du droit commun. Un peu à part dans l'association, ce dispositif est atypique dans le paysage social et médical : les personnes accueillies (au nombre de neuf ou dix) sont en colocation dans trois appartements dans un même immeuble à Roubaix. La création des Habitats partagés s'est faite en concertation avec une association tutélaire, l'EPSM et un bailleur social : les habitants sont sous-locataires de l'association, et cette dernière emploie une coordinatrice du projet. Enfin, l'essentiel de l'aide humaine est assuré par des auxiliaires de vie sociale (qui sont présents dans les appartements le matin et le soir, soit environ 7h par jour). Ces auxiliaires sont elles-mêmes salariées d'une autre association, un prestataire de service, qui les rémunère grâce à la PCH¹¹. Si ce dispositif me semble relativement atypique c'est, entre autres, du fait de ce montage financier : en effet, les personnes souhaitant vivre dans ces Habitats partagés doivent bénéficier de cette aide, ensuite l'association mutualise les PCH de tous les colocataires, permettant ainsi une présence relativement conséquente (7h par jour sans compter la coordinatrice). Ce dernier dispositif me semble révélateur de l'envie de l'association de créer de nouveaux espaces dans la cité pour le public que l'on accompagne. De plus, et c'est un autre aspect très intéressant, il se base et s'appuie sur l'idée de collectif, même si celui-ci est restreint. En mutualisant les aides (de façon d'abord financière, mais surtout de façon pratique et humaine), le collectif est mis au cœur du projet : celui-ci est central et c'est de lui dont dépend l'ambiance, la vie de la colocation. C'est dans ce sens, également, que l'on redonne la parole et une forme de pouvoir (notion « d'empowerment » de Paulo Freire) ; pouvoir direct sur leurs conditions de vie, conditions sociales (choix des

⁹ Service d'Accompagnement Social à Domicile

¹⁰ Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

¹¹ Prestation Compensatoire du Handicap

colocataires, organisation partagée du quotidien), et conditions économiques (mutualisation financière des aides).

Cette expérience est un des reflets des politiques françaises et européennes de désinstitutionnalisation. Soixante-dix ans après la première circulaire prônant la sectorisation en France (en date du 15/03/1960), impulsé par le « groupe de Sèvres » (à l'initiative de Georges Daumezon et réunissant Lucien Bonnafé, François Tosquelles Jean Oury et Louis Le Guillant), l'idée du secteur psychiatrique et les pratiques qui y sont liées se sont largement développées. Prolongeant les expériences faites à Saint-Alban ou à la clinique de La Borde, la sectorisation reprend une idée phare de la psychothérapie institutionnelle, à savoir la dénonciation et la contestation des conditions asilaires et le fonctionnement de ces lieux d'accueils qui peuvent aboutir à des organisations carcérales.

Partant de cette dérive totalitaire, le secteur est pensé en vue d'une psychiatrie plus humaniste, par des lieux de soins et d'accueil plus proches du patient, lequel est censé être placé au centre des interventions médico-sociales. Cette politique de secteur est alors pensée comme un levier puissant d'inclusion sociale. Il est à noter que ces précurseurs cherchent à développer les dispositifs d'inclusion dans la cité (avec les politiques de sectorisation et la création des premières « équipes mobiles ») tout en les pensant comme indissociables de l'institution. Pour le dire autrement, les premiers praticiens et théoriciens du mouvement institutionnel ne cherchent pas (bien au contraire, nous semble-t-il) à ériger un modèle de désinstitutionnalisation comme nous l'entendons aujourd'hui, mais à déployer, autour, avec et à partir de l'institution, des espaces d'accompagnements hors des murs de cette institution. Le chapitre deux (notamment le 2.2.2) traitera plus en profondeur ces nuances (de taille).

Ce mouvement prend différentes formes dans les pays européens : en France, les hôpitaux psychiatriques existent encore (contrairement à d'autres pays voisins, par exemple l'Italie), toutefois le nombre de lits et la durée des hospitalisations a nettement diminué. Après une augmentation considérable le long du XX^e siècle ; on passe de 70 500 hospitalisés en 1916 jusqu'au pic de 1969 avec 119 000 hospitalisés (Quétel, 2009, p. 540), le nombre de personnes internées en France ne cesse de décroître jusqu'à nos jours. Cela ne signifie pas pour autant qu'il y ait une diminution du nombre de personnes en situation de souffrance psychique, mais plutôt que ces personnes (et leurs proches) ne peuvent plus (ou moins) se tourner vers l'institution psychiatrique traditionnelle. Nous verrons, au travers de l'exemple des Habitats partagés et plus généralement de l'association Lilloise, que ces personnes, « les désinstitutionnalisées », se retrouvent, si ce n'est en grande précarité et sans soins, orientées vers les services sociaux.

Au sein de l'association lilloise où j'interviens, les équipes de professionnels sont uniquement constituées de travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, aide médico-psychologique...). Il n'y a aucun soignant, bien que l'on puisse tout de même noter la présence aux différentes réunions d'une psychologue et d'un psychanalyste (qui étayent ou participent à l'analyse de cas ou aux supervisions d'équipe). Cette absence de soignants conduit à la nécessité de travailler en partenariat avec les équipes médicales extérieures. Les équipes ont donc pour fonction d'accompagner les usagers dans leurs soins à l'extérieur et de créer des liens avec le personnel soignant qui suit les personnes concernées. Si le partenariat mis en place par les différentes équipes (avec les CMP¹² notamment) permet de maintenir un travail de soin pour les personnes accompagnées (travail essentiel dans la grande majorité des situations), et même si celui-ci est entretenu avec qualité, il suscite chez moi beaucoup de questionnements. En effet, sous prétexte de ne pas reproduire le fonctionnement de l'hôpital, la direction et le conseil d'administration refusent de façon catégorique l'embauche de personnel soignant. Il en va là également d'une revendication et d'une démarcation : cette spécificité a valu et vaut encore à l'association la réputation d'être relativement originale. Considérée comme expérimentale à ses débuts, parfois novatrice, l'association est en effet une des rares structures sociales à s'occuper des « fous », et le fait d'établir alors un traitement uniquement social, en tous cas intra-muros, est effectivement assez inédit.

Le partenariat est pensé comme une nécessité et elle justifie en partie du fait que l'association ne veut pas de soignant en son sein. De plus, militant pour la « désinstitutionnalisation », l'association souhaite proposer une alternative à l'hôpital : pour ne pas reproduire un fonctionnement hospitalier considéré comme asilaire et répressif, le choix est fait de s'en éloigner le plus possible, notamment et surtout en n'employant pas de personnel médical. Si les salariés ont l'expérience comme atout, ainsi que leurs compétences éducatives et leurs audaces humaines, ils n'ont pas de savoir médical autour des pathologies, du traitement, etc. Ils doivent aller chercher des informations, des clés de compréhensions de la maladie à l'extérieur. Les travailleurs sociaux sont alors censés s'ouvrir à la cité, et ouvrir l'institution sur l'extérieur. Le personnel éducatif est en demande de rencontre avec les soignants (présence de psychiatre ou d'infirmier en réunions de synthèse par exemple) ; et d'informations d'ordre médical afin d'être davantage éclairé, notamment sur les pathologies, les symptômes et leurs manifestations. La classification par entités médicales de la pathologie est recherchée par certains éducateurs : pouvoir nommer la maladie, ses expressions, symptômes, est, *a priori*, aidant pour certains professionnels. Certainement

¹² Centre Médico-Psychologique

rassurant, l'accès à ce type de savoir permet aux professionnels d'être davantage distanciés, en recul : ils cherchent à délimiter ce qui dépend de la maladie et ce qui relève de la personnalité.

Il me semble ici que les éducateurs se trouvent placés ici dans une position paradoxale, avec d'une part une nécessité de travailler avec les soignants, de créer des liens, des partenariats forts avec le monde médical de la psychiatrie, et d'autre part, ils doivent composer avec une négation implicite de la folie, renforcée par la notion de « handicap psychique » et diluée dans l'océan de la souffrance psychique. Cette négation de la folie en tant que maladie mentale, nécessitant des soins spécialisés, et cette obligation de tisser et de maintenir les liens avec le monde médical constitue le cœur du paradoxe. La folie et les troubles psychiques sont historiquement pris en charge en France par l'hôpital. Actuellement, avec la fermeture des lits, cet accompagnement revêt diverses formes (l'institution hôpital, unités fermées ou ouvertes, dispositifs ouverts tels les CMP, CATTP¹³ etc...). Et si certaines associations ont œuvré en faveur du « handicap psychique », c'était entre autres pour mieux intégrer le monde de la psychiatrie au monde du handicap ; et par là, se libérer (ou du moins se distancier) de l'emprise du pouvoir médical. Décidées à créer du lien entre ces deux mondes (celui de la psychiatrie hospitalière et celui des institutions médico-sociales œuvrant dans le champ du handicap), ces associations cherchent à combiner soin, action éducative et travail social. Sachant pertinemment que la maladie peut affecter l'ensemble des domaines de la vie de la personne (vie quotidienne, gestion de l'argent, du logement, la vie sociale, le travail ; etc..), et ce de façon chronique ; l'enjeu pour ces associations est d'offrir une alternative à l'hospitalisation. Si le soin médical est indispensable, si les hospitalisations sont parfois inévitables, le recours à l'action sociale semble être actuellement sollicité, notamment « par défaut », l'institution psychiatrique étant « atomisée » (Quétel, 2009, p. 539) pour reprendre les termes de Quétel.

Mon rôle dans cette association est nouveau. En effet, les équipes éducatives ont demandé à la direction de créer un poste spécialement dédié au partenariat et œuvrant pour faciliter les admissions et les réorientations des personnes accueillies. Ce poste, nommé « coordinateur de parcours », a donc pour but de faciliter le parcours des personnes, d'éviter les ruptures dans leurs parcours de vie en général et, par le partenariat, de soutenir les demandes de départ ou d'admission dans les services de l'association.

¹³ Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

S'appuyant sur des constats faits par les équipes éducatives, à savoir un manque de temps pour réaliser ces tâches, et sur le rapport Piveteau, de nouvelles pratiques et fonctions émergent et soulèvent quelques problèmes éthiques. Il apparaît essentiel de venir interroger cette notion. En effet, quelle résolution de problème peuvent apporter les travailleurs sociaux, par exemple, quand ils ont affaire avec une personne atteinte de trisomie ou lorsqu'ils interviennent auprès d'une personne âgée ? Si l'accompagnement de manière générale (entendue comme une présence, qu'elle soit médicale, soignante ou éducative) constituait jusque-là la principale possibilité pour pallier les difficultés rencontrées par les personnes, dorénavant la demande est explicite : il s'agit de trouver une réponse, si possible rentable. La notion de « parcours » peut alors venir éluder la question des « places » dans les institutions, et cela est renforcé par des enjeux éthiques mis en avant, à savoir la question des violences institutionnelles.

Un autre paradoxe flirte ici avec la négation de la folie : la désinstitutionalisation et la coordination des parcours ont pour visée d'éviter et de limiter les ruptures de ces parcours. Or, les personnes accompagnées le sont, justement, parce que bien souvent, leurs parcours sont jalonnés ou ponctués de ruptures. Le travailleur social ou le soignant ne peut faire l'impasse sur l'accueil de ces ruptures, leur acceptation étant un préalable incontournable à l'accompagnement. Prenons un exemple concret : Nathalie est une femme hospitalisée à la clinique de La Chesnaie. Elle a une petite vingtaine d'années quand elle est hospitalisée pour la première fois : à l'époque, elle est recherchée par sa famille et sera retrouvée en haillons dans les bois après quinze jours d'errance. C'est à la suite de ce premier épisode psychotique que Nathalie va intégrer le monde psychiatrique. Deux décennies plus tard, lors d'un séjour thérapeutique, Nathalie, que j'accompagne en hôpital de jour, va me raconter cet épisode marquant de sa vie. Avec ses mots, elle exprime très bien cette « rupture ». Intérieurement et psychiquement, Nathalie « bascule », elle délire, erre, se laisse déprimer et se met en danger. La décompensation constitue en soi une rupture : l'effondrement psychique de la personne est une rupture avec la manière dont l'individu perçoit la réalité, s'en saisit, la traduit. Nathalie, à travers son récit, qu'elle me livre vingt ans après les faits, me transmettra l'importance de ces moments. En effet, cette période de sa vie constituera, de fait, une rupture avec son passé : que ce soit sur un plan psychique ou purement intérieur (du vécu de la personne) ou sur un plan social et familial, cette femme, désormais, aura à composer avec cette rupture. La tentation est grande, à force de vouloir évincer ces ruptures, de ne pas les voir et de ne pas les considérer à leur juste valeur.

La désinstitutionalisation et la fermeture massive de services en psychiatrie seraient les symptômes d'un renversement de paradigme : la psychiatrie laisse la place au concept de « santé

mentale ». Sous-tendant une « négation de la folie », cette nouvelle conception des pathologies psychiatriques apparaît dans un contexte d'austérité budgétaire, de rationalisation des coûts et de marchandisation des soins et de l'éducation. Cette dilution normative du phénomène de la folie dans la société ainsi que la disparition progressive des lieux d'accueil et de soin de cette folie a des impacts forts sur les pratiques soignantes et les pratiques de formation. Les soignants (infirmiers, médecins psychiatres) sont davantage formés par une approche techniciste et biomédicale, s'éloignant par conséquent d'une « psychiatrie humaniste », notamment telle qu'elle est pensée en psychothérapie institutionnelle. En quoi les apports du mouvement institutionnel viennent-ils interroger le modèle managérial et soignant classique ? En quoi ces apports soulèvent-ils la question de la normalisation de manière générale dans leur philosophie et de manière spécifique dans leurs pratiques de soin ? Comment les travailleurs sociaux sont-ils imprégnés par cette culture techniciste ? Comment, et en quoi, leurs formations consolident des positionnements, des postures ancrées sur une clinique de l'écoute et de la mise en mots ?

Les incessantes tentatives de désinstitutionalisation présentes dans l'ensemble des secteurs du champ médico-social amorcent une nouvelle ère et proposent, implicitement, un idéal sociétal : une société toute inclusive qui accueillerait toutes les différences, sans aucun besoin d'institution. La fin annoncée et proclamée de l'institution témoigne, à mon sens, d'une objection faite à l'endroit de l'asile, en tant que lieu et droit. L'institution psychiatrique est alors « atomisée » pour reprendre les termes de Claude Quétel, et se refonde vers des dispositifs ouverts de santé mentale. Cette désinstitutionnalisation, sous-tendue par un principe de négation de la folie, engendre une mutation des lieux d'accueil. Car si les institutions psychiatriques ferment leurs portes, la folie de l'homme, elle, reste encore bien présente dans notre société, peut-être même davantage qu'avant... (évolution des pathologies/impact des DSM/surmédicalisation...). Pour autant, le champ de la folie n'existe plus : celle-ci étant niée et remaniée, nous assistons à l'élaboration d'une conception positive de la maladie, « la santé mentale » comme étant l'affaire de chacun (et non de tous). Ce point sera développé et approfondi dans le chapitre 2 « Histoire des folies », quand nous traiterons de la clinique du sujet à l'heure de l'émergence d'une nouvelle ère neurobiologique et comportementale, en étudiant particulièrement les positions développées à ce propos par Patrick Coupechoux.

Les personnes présentant des troubles psychiatriques, ou ce qu'il en reste pour certains (les « psychiques » pour reprendre les termes d'un directeur d'établissements sociaux dont je tairai le

nom), ne sont donc plus l'apanage des experts psychiatres ou infirmiers. Le champ des folies mute : historiquement placé sous l'autorité médicale et soignante, il se transfère peu à peu mais massivement vers le secteur social. Les professionnels du secteur social, à savoir les éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, assistants de service social, éducateurs techniques spécialisés, moniteurs d'atelier ou encore accompagnant éducatif et social composent les équipes qui accueillent ces folies et qui les accompagnent. Les travailleurs sociaux sont donc de plus en plus confrontés à la question de la folie, en rencontrant et accueillant au sein des dispositifs sociaux le public qui historiquement était accueilli par la psychiatrie.

Comment transmettre les pratiques et les théories liées aux mouvements institutionnels alors même que d'une manière générale les institutions sont décriées, malmenées et fermées ? Comment penser la question de la transformation des institutions, et de leur « prendre soin » au sens où l'entend la psychothérapie institutionnelle dans un moment de l'histoire où l'on érige la fin des institutions ? Comment faire vivre l'idée même de l'asile (au sens premier, à savoir un lieu de refuge, inviolable, où l'on trouve sûreté et protection) sans institution pour l'incarner ?

1.2.2. Croisements entre formation, enseignement et éducation : un accompagnement à la transformation ?

Nos préoccupations se centrent sur la formation des futurs aidants, qu'ils soient soignants ou sociaux, à la relation clinique et à l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité, particulièrement psychique. Dans un contexte de mutation et de transformations profondes des institutions, y compris sociales et soignantes, comment former les futurs professionnels de la relation d'aide ? Quels sont les approches qui leur sont enseignées et comment celles-ci répondent à la nécessité d'une posture clinique ? Comment faire vivre ces savoirs, notamment ceux relatifs à la psychothérapie et à la pédagogie institutionnelle, et avec quelles pédagogies, dans une optique de professionnalisation fortement sous-tendue par des exigences d'opérationnalité sur les terrains et de marchandisation des espaces de formation ?

Avant d'aller plus loin, il semble pertinent de distinguer les trois termes suivants : éducation, enseignement et formation. Cet éclairage nous servira de point de repère pour identifier et analyser les cadres de références en jeu dans les processus à l'œuvre en tant qu'éducatrice spécialisée, puis formatrice.

*« Mais que signifie "éduquer" ? La réponse du dictionnaire, Larousse ou Robert, est révélatrice : ce verbe viendrait du latin *educō, educare*. Et, en effet, le dictionnaire latin-français consulté nous apprend que *educō, -are* signifie « nourrir, instruire ». Mais surtout, il nous révèle un autre verbe dont la première personne du présent est identique, *educō*, mais dont l'infinitif est *educere* ; il ne s'agit plus de nourrir, mais de *e-ducere*, c'est-à-dire « conduire hors de », et en particulier, *conduire hors de soi-même*. **L'objectif premier de l'éducation est évidemment de révéler à un petit d'homme sa qualité d'homme, de lui apprendre à participer à la construction de l'humanité et, pour cela, de l'inciter à devenir son propre créateur, à sortir de lui-même pour devenir un sujet qui choisit son devenir, et non un objet qui subit sa fabrication.** » (Jacquard, 1986, p. 212).*

L'éducation, comme le précise bien Albert Jacquard, a une visée d'émancipation. D'un point de vue individuel, elle cherche à favoriser la liberté d'être, de faire et de penser des acteurs, et d'un point de vue collectif, elle va contribuer à l'élaboration de « l'humanité ». L'éducation est un domaine vaste et généraliste, qui serait un « *art de former une personne, spécialement un enfant ou un adolescent, en développant ses qualités physiques, intellectuelles et morales, de façon à lui permettre d'affronter sa vie personnelle et sociale avec une personnalité suffisamment épanouie* » (<https://www.cnrtl.fr>). Dans un sens très général, l'éducation est l'art d'aiguiller le développement des êtres vivants sur l'ensemble de leurs qualités humaines. Projet vaste et infini, l'éducation est sans cesse réactualisée au regard des évolutions de l'homme, de l'environnement et des sociétés et peut apparaître comme étant « un métier impossible », ou, à tout le moins, dont les succès semblent insuffisants. L'idée d'inachèvement est forte : en effet, l'homme peut-il arrêter de développer l'ensemble de ces qualités, de ses savoir-faire, connaissances ? Les intentions et visées de l'éducation confèrent à ce champ des frontières flottantes, notamment du fait que les domaines concernés semblent illimités.

Dans mon parcours professionnel d'éducatrice spécialisée, j'ai effectivement mis en œuvre des processus d'éducation visant à développer des savoir-faire, des qualités, et ce dans des domaines très étendus. En intervenant à la fois sur des aspects sociaux, administratifs, familiaux, thérapeutiques, relevant à la fois de l'individuel et du collectif, les éducateurs spécialisés réalisent leurs actions sur des ressorts qui ne sont pas toujours identifiés à l'avance. Dans toute action d'éducation, il existe en effet une part d'imprévisibilité, d'incertitude et d'inachèvement. L'être humain, tout au long de sa vie, est en cours de développement, donc jamais achevé, jamais fini. Penser l'éducation tout au long de la vie, c'est alors prendre en compte l'état d'inachèvement lié à la nature humaine. La littérature nous offre des exemples significatifs pour penser ces questions. Ainsi, « Le mythe de Sisyphe » d'Albert Camus est un exemple de « l'éternel recommencement » particulièrement prégnant en matière d'éducation. Dans une acception large, éduquer correspond

à l'ensemble des influences humaines, environnementales, sociétales, culturelles qui aboutissent à transformer un sujet.

Enseigner vient du latin *insignare*, qui signifie indiquer, montrer, faire connaître par un signe, une indication. Dans une seconde signification, enseigner prend le sens d'instruire quelqu'un, c'est former le savoir de quelqu'un. Il s'agit ici de transmettre un savoir à quelqu'un, de communiquer et d'adresser un contenu, des leçons, des apports théoriques ou pratiques à un destinataire. Pensé souvent en fonction des contenus de connaissances, le savoir peut se trouver chosifié, et évincer le destinataire (ses représentations face au savoir, son rapport à l'apprentissage sont niés). Le programme déroulé est dépendant d'une logique externe à la relation enseignant-apprenant. « Pour Georges Lerbet, cette « école du dehors », celle des savoirs théoriques, est nécessaire mais ne peut être pensée sans le recours à une « école du dedans » où le sens procède fondamentalement de l'autonomie du sujet. Ainsi, l'information que l'on dispense à l'occasion d'un enseignement peut n'avoir que très peu de sens pour le sujet auquel elle s'adresse. [...] L'auteur, s'appuyant sur les travaux de Jacques Legroux, distingue deux types de savoirs : le « savoir épistémè » qu'il apparente à un « savoir du dehors » plus proche de l'information, et un « savoir gnose » qu'il associe à « un savoir du dedans » plus proche de la connaissance. D'ordre affectivo-cognitif, la connaissance engage la personne toute entière, c'est-à-dire qu'elle est en rapport direct avec l'identité profonde du sujet. » (Niewiadomski, 2012, p. 44). En privilégiant le « savoir épistémè », les écueils d'un enseignement s'attachant uniquement et prioritairement sur les contenus sont clairs : le risque principal et majeur étant que l'apprenant ne s'approprie ni ne comprenne les savoirs dispensés, ce savoir extérieur ne prenant pas sens pour lui. Pour que l'apprenant donne un sens à l'information entendue, il doit pouvoir la connecter à des savoirs antérieurs, afin de l'assimiler. La conception traditionnelle de l'enseignement (basée sur la prédominance du contenu, la non-prise en compte de l'expérience de l'apprenant, et la détermination par l'enseignant du besoin de l'élève ou de l'apprenant) s'est vue bousculée par le courant de l'éducation nouvelle, porté entre autres par Célestin Freinet, John Dewey, Edouard Claparède... Émile Rousseau est l'un des premiers penseurs à prôner une pédagogie centrée sur l'enfant, au service de ces besoins d'apprentissages et de savoirs. Dans l'Émile (Rousseau, 1966), il insiste sur la notion de nécessité dans les processus d'apprentissage : « Je reviens à la pratique. J'ai déjà dit que votre enfant ne doit rien obtenir parce qu'il le demande, mais parce qu'il en a besoin, ni rien faire par obéissance, mais seulement par nécessité. Ainsi les mots d'obéir et de commander seront proscrits de son dictionnaire, encore plus ceux de devoir ou d'obligation ; mais ceux de

force, de nécessité, d'impuissance et de contrainte y doivent tenir une grande place. » (Rousseau, 1966, p. 106). D'après Rousseau, la nécessité de comprendre est incontournable dans les processus d'apprentissage, l'éducateur, l'enseignant ou le formateur ont alors tout intérêt à s'attacher à ce qui préoccupe l'apprenant : de quoi a-t-il besoin, envie ? « Notre manie enseignante et pédantesque est toujours d'apprendre aux enfants ce qu'ils apprendraient beaucoup mieux d'eux-mêmes, et d'oublier ce que nous aurions pu seuls leur enseigner. » (Rousseau, 1966, p. 90). Apprendre d'eux-mêmes et pour eux-mêmes sont alors des conditions que l'éducateur ou l'enseignant doit réunir, favoriser. La place faite aux savoirs théoriques reste indispensable mais ne se présente pas de la même façon, ni à la même place : l'enseignant se fait le médiateur de ces savoirs, quand la nécessité pour l'apprenant de les connaître émerge.

Former vient du latin « *formare* » qui signifie donner une forme, façonner, régler. Il s'agit de donner une existence et une forme particulière à quelque chose. Former consiste en « un développement systématique de connaissances, aptitudes et compétences que demande l'exercice d'une tâche spécifique » (Marchand, 1981). Il s'agit tout autant de la préparation, l'adaptation, la conversion d'un individu à une fonction sociale. On enseigne quelque chose à un élève, on forme un élève à quelque chose afin qu'il fasse sienne une réalité qui lui est dans un premier temps externe. La formation, c'est ce qui déforme. Le but n'est pas l'élève lui-même mais l'intégration à la société. » (<http://meirieu.com>). L'entreprise est alors plus réduite *a priori* que celle de l'éducation : ici la visée est d'aider quelqu'un à prendre forme dans un métier, à prendre la forme du métier ; ce qui compte avant tout est bien la concordance entre les compétences de l'apprenant et celles nécessaires à l'exercice d'une tâche, d'un métier. Former se distingue donc très nettement d'éduquer par la finitude de l'action. En effet, contrairement à l'éducation, une formation s'achève et peut être clôturée de manière satisfaisante, ce qui est plus difficile à affirmer en matière d'éducation.

Indissociablement liée au travail et au secteur professionnel, la formation est par cette alternance qui ponctue la vie de l'apprenant en formation. Gagnon et al nous donnent la définition suivante de l'alternance intégrative : « une formation théorique et pratique globale, où l'apprenant construit son projet pédagogique, le met en œuvre et effectue un recul réflexif sur cette mise en œuvre » (Gagnon et al, 2010, p. 29). Véritable pivot rythmant la formation et les apprentissages, l'alternance « articule une démarche inductive de formation, lorsque les contenus de formation s'appuient sur l'expérience pratique acquise en situation de travail par les apprenants, et une

démarche déductive de formation, lorsque la situation de travail est le lieu d'application de la formation » (Gagnon et al, 2010).

Toutefois, « la formation pour adultes est presque toujours définie en termes organisationnels. Elle désigne des programmes, des certificats, des sessions. Associée de nos jours avant tout aux nécessités de recyclage liées à l'emploi, la formation des adultes prend pour le grand public le titre de formation continue, et parfois même simplement de perfectionnement professionnel. » (Dominicé, 2002, p. 23). Pierre Dominicé pointe ici la difficulté de définir précisément la formation pour adultes, de plus à travers « les nécessités de recyclage liées à l'emploi », il souligne l'importance des justifications socio-politiques et économiques dans le champ de la formation. En effet, les systèmes de légitimation, par exemple concernant l'entrée en formation, sont bien souvent fondés par des préoccupations économiques. Le processus de formation doit *professionnaliser* l'apprenant afin qu'il soit apte et compétent sur le marché de l'emploi. En formation pour adultes, notamment chez les travailleurs sociaux et les soignants, l'articulation entre formation théorique (en centre de formation) et formation pratique (au sein d'institution) « relativise la logique du < tout école > centrée sur l'acquisition de savoirs formels. Le travail devient ainsi formateur et inverse pour partie la boucle piagétienne comprendre-réussir au bénéfice d'une stratégie d'apprentissage expérientielle de type réussir-comprendre. Dès lors, la formation des adultes ne peut sans doute être pensée sans chercher à s'interroger sur deux dimensions : la première recouvre l'articulation entre < savoirs théoriques > et < savoirs expérientiels > [...] ; la seconde recouvre la dimension de la construction de l'identité professionnelle et de l'émergence d'un sujet singulier au sein même du processus de formation. » (Niewiadomski, 2012, p. 45). Les dimensions qui sous-tendent la formation pour adultes sont composés de multiples savoirs : théoriques (*épistémè, du dehors*), expérientiels (correspondants à des savoir-faire, des savoirs pratiques) et existentiels (*gnose, du dedans*). « Au risque de simplifier à l'extrême notre propos, nous dirons que les savoirs théoriques recouvrent < ce que je sais >, les savoirs expérientiels < ce que je sais faire > et les savoirs existentiels < ce que je fais avec ce que je suis >. Dit autrement, la formation des professionnels de santé ne peut se limiter à répondre à un ensemble de normes définissant < ce qu'il convient de savoir > et < ce qu'il convient de savoir faire > pour exercer ce métier. » (Niewiadomski, 2012, p. 47)

Compte tenu de la complexité des métiers du secteur social et soignant, tout l'enjeu des formations professionnalisantes est de combiner, d'orchestrer, de mettre en musique l'ensemble de ces savoirs. Il s'agit donc d'observer les zones de recouvrement et de porosité entre les savoirs et les espaces. Un schéma (Niewiadomski, 2012, p. 46) permet de visualiser ces recouvrements : savoirs

théoriques, savoirs expérientiels et savoirs existentiels s'entrecroisent pour créer les savoirs de formation. À l'inverse d'une vision utilitariste de l'enseignement et de la formation, porté par le « retour remarquable de l'adéquationnisme » (Maillard, 2012), tentant de faire correspondre strictement l'espace de la formation et l'espace de la pratique professionnelle, l'entrecroisement de ces savoirs offre alors de nouveaux espaces de formation liant l'intime et le professionnel. Il nous semble pertinent de venir interroger en quoi le chevauchement des sphères privées, familiales, personnelles, joue un rôle dans la manière dont ces professionnels exercent leurs métiers.

Si les porosités entre vie intime et vie professionnelle existent bel et bien chez les travailleurs sociaux (Gaspar, 2012), la formation professionnelle ne se saisit pas nécessairement de façon évidente de ces points d'appuis, de supports à l'apprentissage. Or, penser l'entrelacement de ces sphères et ces savoirs en formation nous paraît indispensable pour saisir la façon dont les futurs travailleurs sociaux et soignants vont façonner et déployer leurs actions éducatives et soignantes particulièrement concernant une activité fondamentale de la relation d'aide : l'accueil et l'écoute des histoires de vie.

Cette question de la formation à l'accompagnement biographique prend particulièrement sens concernant pour les professionnels accompagnant des personnes présentant des troubles psychiatriques. En effet, si l'infirmier qui œuvre en chirurgie peut soigner, par exemple, le bras cassé de manière « mécanique », en se basant sur une clinique d'orientation biomédicale, il paraît évident qu'il en va tout autrement pour les personnes accompagnées en psychiatrie. Le soignant ou le travailleur social qui rencontre et accompagne par exemple un schizophrène ne peut uniquement se baser sur des soins médico-techniques. Si la clinique biomédicale permet d'identifier les symptômes, de repérer les signes cliniques, elle n'aide cependant pas à établir une relation éducative ou soignante. Or, le soin en psychiatrie s'appuie sur cette relation intersubjective. Il apparaît donc fondamental que les accompagnants puissent être formés à la clinique de l'écoute, et particulièrement à l'accueil des histoires de vie, qui, toujours, finissent par ressurgir. Prenons l'exemple de Catherine, une femme d'une quarantaine d'années, que je rencontre au début de mon stage à La Chesnaie : après avoir été hospitalisée à plusieurs reprises, elle vit depuis plusieurs années dans un appartement avec son compagnon, et reste accompagnée par l'hôpital de jour de la clinique. Quelques mois après mon arrivée, l'équipe de l'hôpital de jour et une quinzaine de patients partent en séjour à La Rochelle. Lors de ce voyage, Catherine, que je connais encore très peu, va, au détour d'une conversation anodine autour d'un café dans un bistrot, me livrer « en bloc » sa première décompensation, l'errance qui a suivi, sa première

hospitalisation en psychiatrie ainsi que les réactions et liens de sa famille. Au travers de ce récit, Catherine m'explique comment elle s'est construite autour et par ses expériences, quels équilibres (parfois fragiles) elle a su (ou tente encore...) trouver et quelles distances elle a dû, à certains moments, prendre avec sa famille. Le peu d'expérience que j'ai à ce moment-là, m'amène à écouter sans rien dire. Je ne sais quelle réponse, ou quels mots ajouter, mais peut-être finalement, ne faut-il pas en dire plus, simplement écouter et accueillir ces paroles.

Partant du postulat qu'il est difficile pour ces professionnels de faire face, ou « faire avec » les récits de vie des personnes accompagnées, (preuve en est à travers l'utilisation par un étudiant du terme « récits de mort » pour évoquer les histoires de vie des enfants placés en Centre Éducatif Fermé¹⁴) et que cette difficulté se trouve certainement accentuée par les politiques de désinstitutionalisation qui, par la clôture des institutions, ferment également les espaces où pouvaient s'instituer la parole, la question soulevée est la suivante : Comment former les futurs travailleurs sociaux et futurs soignants à l'accompagnement biographique des personnes en situation de précarité, de difficultés diverses et variées ?

L'éducateur ou le soignant doivent donc nécessairement être formés à cette écoute et aux manières de l'accueillir et de l'accompagner. De plus, si nous reprenons les hypothèses formulées par Myriam de Halleux : « l'éducateur ne serait-il pas un individu résilient, c'est-à-dire quelqu'un qui, à travers les coups durs de sa propre existence, a trouvé les moyens de rebondir, de s'en sortir, un de ces moyens étant peut-être de faire école ? Le sens de ce « nouveau départ » dans la vie se nourrirait alors de la transmission au public accompagné d'une semblable potentialité. » (Halleux, 2007, p. 18) ; cela suppose que ces accompagnants vont éventuellement « retrouver » une part de leur histoire de vie dans celles des personnes accompagnées. Afin d'éviter toute confusion dans les relations transférentielles qui vont inévitablement se nouer entre accompagnant et accompagné, il est indispensable d'apporter aux étudiants suffisamment de repères et d'outils en la matière.

1.2.3. L'enchevêtrement des sphères d'activités chez les travailleurs sociaux

Dans l'ouvrage *Tenir, les raisons d'être des travailleurs sociaux*, Gaspar met lui aussi en lumière les zones de recouvrement des sphères privée, professionnelle, familiale, militante... Basée sur une catégorisation des travailleurs sociaux (selon trois types : les travailleurs sociaux

¹⁴ Cf Introduction page 13

« cliniques », les « normatifs », les « militants »), l'auteur montre, à partir d'entretiens, comment l'ensemble de ces catégories de travailleurs sociaux est traversé par l'articulation entre ces sphères, même si ces articulations sont pensées et vécues de manière différente.

En observant plus attentivement ces « catégories » de travailleurs sociaux, nous cherchons à identifier ce que les acteurs mobilisent (ou disent mobiliser) comme savoirs existentiels dans la constitution de leurs pratiques professionnelles. Cela nous semble être un préalable nécessaire pour traiter notre sujet. En effet, en nous interrogeant sur la formation des professionnels de la relation d'aide, et en particulier les éducateurs spécialisés, nous ne pouvons faire l'impasse sur qui sont ces travailleurs sociaux, notamment au regard du rapport qu'ils entretiennent entre leurs histoires de vie et la façon dont ils exercent leur métier.

Selon lui, les **travailleurs sociaux cliniques** ne font pas preuve « de séparation nette entre ces deux sphères. Certes, la priorité de la sphère privée sur la sphère professionnelle est mise en avant, certes la volonté de séparation entre les deux est annoncée, mais, en de nombreuses occasions, elles¹⁵ s'autorisent le passage de l'une à l'autre. Si nous pouvons ainsi évoquer une perméabilité entre les deux sphères, il est à remarquer que ce sont elles qui peuvent en user et non les usagers. Cette perméabilité que nous pouvons qualifier d'unilatérale peut s'expliquer à la fois par le processus d'importation des dispositions d'une sphère à l'autre et par les bénéfices croisés entre ces deux sphères » (Gaspar, 2012, p. 90). Nous constatons ici, chez ces travailleurs sociaux que Gaspar qualifie de cliniques, que la distinction vie privée et vie professionnelle n'est pas érigée en dogme ; si le discours exprime des déterminations à délimiter ces espaces, la pratique montre un tout autre usage de ces cadres. Il y a, de fait, dans le réel des rencontres avec les personnes accompagnées, des « perméabilités » entre les expériences vécues. Toutefois, Gaspar souligne la dimension unilatérale de l'utilisation qui est faite de ces « passages » entre sphère intime et sphère publique : seuls les professionnelles sont à même de solliciter et user de ces porosités, cela nous donne à voir « sur la manière dont elles opèrent pour taire les rapports de domination constitutifs non seulement de « la relation » – décrite comme « singulière » – qu'elles entretiennent avec le patient, mais également, plus globalement, de leur inscription et de celles des patients au monde. Il faut également remarquer que le type de sociologie essentiellement mobilisé (ici, mais aussi dans de nombreux autres travaux) pour rendre compte des pratiques de ces travailleurs sociaux cliniques – la sociologie d'Erving Goffman, dont l'intérêt heuristique est patent – est une

¹⁵ L'auteur évoque ici les travailleuses sociales qu'il a interviewé

sociologie qui, centrée sur l'actualité de l'interaction, délaisse, sans l'ignorer, l'analyse des rapports de forces, de l'histoire et des trajectoires des agents » (Gaspar, 2012, p. 88).

En résumé, les travailleurs sociaux cliniques explicitent dans leurs discours une intention de cloisonner les espaces professionnels et privés, mais dans les pratiques dérogent, de manière unilatérale, à cette volonté.

Les **travailleurs sociaux militants**, quant à eux, n'expriment aucune résolution à distinguer vie privée, familiale, personnelle et professionnelle. « On trouve peu d'échos, chez ces travailleurs sociaux, du dogme professionnel de la nécessaire séparation entre vie professionnelle et vie privée. Ce dogme, soutenu par le sens commun – « Il faut faire la part des choses » –, est souvent présenté sous une forme savante dans les instituts de formation : principalement par les enseignants qui s'inscrivent dans une perspective clinique ou normative. Pour les travailleurs sociaux militants, il ne s'agit pas d'une bipartition, mais d'une tripartition : à la sphère professionnelle et la sphère privée s'ajoute la sphère militante. [...] de fait, ces sphères se chevauchent. » (Gaspar, 2012, p. 169). Le discours de ces travailleurs sociaux militants revendique l'entrelacement des sphères, néanmoins cela ne s'exerce pas sans difficulté : ces endroits d'enchevêtrement peuvent aussi générer des contradictions, qui ne sont pas sans mettre à mal les professionnels, et particulièrement les étudiants. « Ces difficultés dans le rapport à la parole renvoient à l'inégalité de position entre eux, travailleurs sociaux et/ou militants, et eux, usagers et/ou membres de leur association. » (Gaspar, 2012, p. 172) Il y a ici une tension entre les deux parties (bénéficiaires de l'action sociale et professionnels) liée à « une coïncidence imparfaite des intérêts des dominés et de ceux des dominants-dominés qui se font les porte-parole de leurs revendications ou de leurs révoltes, sur la base d'une analogie partielle entre des expériences différentes de la domination » (Bourdieu, cité par Gaspar, 2012, p. 173). Gaspar souligne deux cas de figure : lorsqu'il existe « une analogie partielle objective des conditions de vie antérieures et une analogie partielle subjective fondée sur l'identification aux dominés. Ces deux cas de figure renvoient pour ces travailleurs sociaux à leurs origines familiale et sociale. » (Gaspar, 2012, p. 173) Pour le dire autrement, le militantisme de ces travailleurs sociaux (et ce malgré l'attachement qu'ils accordent à la façon de représenter et de parler du public accompagné) ne les prémunit pas de certaines confusions : le risque étant l'amalgame entre les épreuves vécues de domination. Ces analogies de classes sociales d'origine, de fonctionnements familiaux, de conditions de vie (économiques, matérielles, culturelles...), ces *habitus* communs entre les professionnels militants et les publics accompagnés impacte la complexité des engagements de

ces travailleurs sociaux. Dans la relation éducative, ces homologues de classe participent à réduire les violences, en minimisant, voire occultant ou effaçant les asymétries de place. Ces tentatives d'égalitarisation des rapports sociaux renforcent ainsi l'engagement militant. Les travailleurs sociaux militants affichent une grande perméabilité entre les sphères (privée, militante et professionnelle) dans leurs discours et leurs pratiques. Toutefois, les difficultés des mobilisations collectives et militantes (et leurs conséquences : sentiments d'impuissance, d'efforts et de luttres vaines, de fatalisme...) contribuent à structurer et agencer (de nouveau) leur propre militantisme, notamment leur engagement professionnel. Cet engagement, déjà ancré dans une trajectoire socialement, historiquement et institutionnellement marquée, vient s'inscrire alors dans un système vocationnel, à savoir « l'intériorisation progressive d'un projet de vie » (Suaud, cité par Gaspar, 2012, p. 187). Successivement qualifiés « d'empêcheurs de tourner en rond » ou « d'utopistes » (Gaspar, 2012, p. 188), ces travailleurs sociaux sont soumis à des tensions souvent paradoxales entre leur position sociale d'origine et leur position sociale acquise (notamment via les engagements associatifs, professionnels et militants).

Les **travailleurs sociaux normatifs**, selon Gaspar, sont des « modèles de professionnalité des travailleurs sociaux. Ils définissent ceux qui exécutent sans intelligence, sans créativité, qui reproduisent, vérifient, inspectent, s'en tiennent rigoureusement – < sans humanité > – aux directives, imputent les difficultés à l'incapacité individuelle des usagers, etc. » (Gaspar, 2012, p. 191). Se défendant d'être entrés dans le secteur social par vocation, ils veillent à faire respecter un certain ordre : le respect des règles, des normes, des hiérarchies, est considéré comme autant de contrats scellant le pacte républicain, et maintenant l'ordre et l'intégration. Le travail social est envisagé comme un « travail comme un autre », « une profession sans passion », pour reprendre le titre d'un chapitre de Gaspar. Malgré un discours sur leur orientation professionnelle présenté comme relevant du hasard, les travailleurs sociaux normatifs sont conscients de certaines déterminations sociales pouvant expliquer leur engagement dans ce secteur professionnel. En cherchant à la fois à masquer un défaut de capitaux culturels et économiques (permettant par exemple de faire d'autres choix d'études) et à se démarquer des travailleurs sociaux militants (et de toutes formes de vocations), ces travailleurs sociaux mettent en réalité à distance les fortes proximités existantes avec le public accompagné. Gaspar montre un ancrage territorial fort chez ces travailleurs sociaux (lieu de vie et lieu d'exercice professionnel confondu) accompagné d'une forte similitude de classe : « De plus, c'est parmi eux (et les travailleurs sociaux militants) que l'on trouve le plus de travailleurs sociaux issus des classes populaires. Ils se trouvent donc dans

un espace social et géographique d'interconnaissance. » (Gaspar, 2012, p. 226). Les travailleurs sociaux normatifs érigent la séparation entre vie privée et sphère professionnelle comme étant une norme et un gage de professionnalisme, révélant une distance adéquate entre accompagné et accompagnant. Cette volonté de scinder et de cloisonner les espaces, est affichée avec intransigeance dans les discours mais s'observe également dans les pratiques. Le principe de séparation donne à voir une recherche de mise à distance (sociale, émotionnelle) mais ne s'applique pas si aisément. En effet, ces travailleurs sociaux posent également des exceptions comme fréquentes : « La volonté de scinder vie privée et vie professionnelle est affichée par tous ces travailleurs sociaux, parfois de manière très virulente. Elle est cependant souvent exprimée avec une certaine réserve, que marque l'emploi fréquent du verbe « essayer » (assorti des dérogations à ce principe) » (Gaspar, 2012, p. 227). L'attachement émotionnel (par exemple à un territoire), la proximité de classes sociales, les contradictions vécues et intériorisées (par exemple avec l'institution scolaire) par ces travailleurs sociaux normatifs, les amène à élaborer des stratégies leur permettant des éloignements, des extractions, des mises à distance. Ces tentatives de distanciation (avortées par des dérogations de principe) révèlent la négation des implications personnelles et leur non-prise en compte dans la constitution des choix et des engagements professionnels.

« L'analyse des trajectoires des travailleurs sociaux permet de montrer ce que les investissements professionnels doivent à des dispositions intériorisées au fil de leur socialisation primaire, de leur parcours scolaire et à des conditions sociales de possibilité (familiales, matérielles et professionnelles) [...]. Si les principes qui sous-tendent leur mode de présentation d'eux-mêmes ne suffisent pas à expliquer sociologiquement ce qui structure leur économie – pas plus la « souffrance » (pôle clinique) que « l'impossibilité de rester sans rien faire » (pôle militant) ou la « nécessité de respecter les règles pour être intégré » (pôle normatif) ne parviennent, en effet, à rendre compte de la totalité et de la complexité de leurs investissements –, ils n'en définissent pas moins la formule générique de leur ethos, de leurs dispositions « naturellement » vécues car incorporées, qui organisent leur appréhension du monde et, en particulier, leur existence professionnelle. » (Gaspar, 2012, p. 272). Pour le dire autrement, il semble donc que l'ensemble des parcours des professionnels du social (qu'ils soient qualifiés de cliniques, militants ou normatifs) montre un fort ancrage des « dispositions » à être travailleurs sociaux dans des sphères privées et familiales (notamment lors des socialisations primaires). Si le constat est le même dans chacune des catégories élaborées par Gaspar, à savoir une forte corrélation entre l'histoire de vie personnelle (les déterminismes sociaux, familiaux, de classe) et la manière dont ils exercent le

travail (voire le fait même d'être travailleur social), leurs positionnements et discours varient significativement. En effet, les travailleurs sociaux normatifs s'en défendent et s'évertuent à mettre à distance (permettant ainsi de réguler une trop grande proximité ?), notamment en érigeant des volontés de distinction et de séparation franches et nettes (au moins de prime abord, puisque les discours pondèrent cette apparente délimitation). Les travailleurs sociaux cliniques présentent également un discours mettant en avant des cloisonnements entre les sphères, tout en explicitant comment ils dérogent à cette règle.

L'enjeu devient alors, pour le champ de la formation, de prendre en compte les savoirs existentiels (« ce que je fais avec ce que je suis »), donc l'histoire de vie des apprenants, comme étant un espace et support premier de la constitution des apprentissages et savoirs. L'étude de la prise en compte (ou non) de ces savoirs existentiels nous permettra de voir dans quels espaces les approches biographiques se déploient (ou non). Comment, au sein des espaces de formation (ce qu'en disent les apprenants, les référentiels métiers et les référentiels de formation), l'histoire de vie des apprenants est-elle considérée et intégrée à un processus professionnalisant ?

Pour terminer cette première partie, le détour biographique que nous avons effectué, nous a permis de saisir l'importance et le sens que prenaient ces questions dans notre parcours. De plus, cela nous a permis d'affiner notre pré-enquête et nos questions de départ. La partie suivante, à partir d'une approche socio-historique, traitera des évolutions des soins en psychiatrie. Il s'agira de mettre en perspective les accompagnements réalisés auprès des personnes présentant une vulnérabilité psychique, et ce, afin de consolider notre problématique. Celle-ci portant sur la formation aux métiers de la relation d'aide, il nous semble que les travailleurs sociaux et les soignants sont les principales catégories concernées et que le champ de la psychiatrie est un secteur où ils se retrouvent et peuvent se rejoindre.

Chapitre 2 Histoire des folies

« On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses fous. »

Lucien Bonnafé

Il ne peut exister de société sans fous, ou alors ce serait une société folle. La folie est une manifestation de l'esprit humain universelle : un invariant social présent dans toutes les sociétés du globe, à toutes les époques ; si son nom, son acceptation, son accueil et la considération que les sociétés lui portent diffèrent et varient, son existence ne peut être niée. Phénomène de la pensée, distorsion des réalités et de l'esprit, il existe une multitude de raisonnements étranges, d'attitudes et de comportements bizarres, englobés sous le terme générique de folie, que les sociétés, les institutions et les personnes concernées cherchent (ou pas...), parfois conjointement, parfois avec des logiques, des intérêts, des stratégies diverses, à prendre en charge, à accompagner, à soigner ou à éduquer. L'expérience de la folie et ses manifestations posent de multiples questions à tout un chacun, tant de façon individuelle et personnelle que de façon collective et sociétale, comme nous le rappelle Bonnafé. La folie a traversé les siècles et les époques de façon singulière, révélatrice à bien des égards de la façon qu'adopte une société de « vivre ensemble ». Il convient de revenir à son histoire et de réfléchir à son actualité, afin de penser la place de son accueil dans les sociétés. Quel type « d'hospitalité » est proposé pour les fous ? Afin de répondre à cette interrogation, une « archéologie » des institutions psychiatriques nous semble indispensable.

Difficile à définir, à cerner, la folie a fait l'objet de multiples processus de ségrégation, de stigmatisation et d'enfermement, la société ne sachant quels mots poser sur ces maux. Exilés, enfermés, maltraités ; depuis La Nef des fous, où les bateliers se chargeaient de « débarrasser » les villes des insensés (Foucault, 1972, p. 22), jusqu'au Centre Médico-Psychologique, où les équipes en ambulatoire accompagnent les patients autour de leurs projets et parcours de vie ; la société a considéré, veillé et surveillé les fous de manière singulière et particulière à chacune des époques. En ce début de XXI^e siècle, quelle place notre société accorde-t-elle aux folies et comment tente-t-elle de les accueillir, de les accompagner, d'y faire face ? C'est par ces questions à la fois simples et complexes, que démarre notre recherche. Ces interrogations, triviales de prime abord, en soulèvent cependant bien d'autres dans une multiplicité de champs. En effet, la folie renvoie à l'énigme de la condition humaine. Propre à l'humanité, la folie est inhérente à l'espèce humaine, et elle en constitue l'une de ses formes. Elle a provoqué, au cours des siècles, de

multiples réactions de la part des hommes et de la société. Partagée d'une part, entre la fascination, l'association au génie, voire au divin et d'autre part, à l'inquiétude et la peur qu'elle suscite, l'expression de la folie ne laisse personne indifférent. « L'inquiétante étrangeté » qu'elle peut donner à voir, la déstabilisation qu'elle entraîne dans son jaillissement, ont amené au fil des siècles toutes sortes de réponses et d'approches. Si la société ne peut être indifférente à la folie et si celle-ci suscite souvent rejet ou peur, elle ne saurait pour autant être évincée des préoccupations de la cité.

De quelle manière la société a-t-elle pensé/pansé la folie hier et que fait-elle de cette question aujourd'hui ? Comment l'histoire, par le biais des évolutions de la médecine et du travail social, a déterminé des façons de faire et en a créé de nouvelles ? Nous tenterons dans cette section de revenir sur l'histoire de la folie, d'en comprendre les mécanismes et les ressorts. Une approche archéologique de la folie sera notre point de départ et d'accroche pour étudier l'existence ou non du soin, la manière de soigner ainsi que la création d'institutions dédiées à l'accueil des « fous ». Nous étudierons la naissance de la psychiatrie en tant que discipline, et les évolutions qui s'y trouvent liées. Pour ce faire, nous nous attacherons à examiner les politiques en la matière, les pratiques professionnelles ainsi que les formations qui s'y rattachent. En effet, ce dernier aspect, celui de la formation, semble incontournable : quelles sont aujourd'hui les personnes qui s'occupent des « fous » ? Quelles formations ont-elles reçues ? Quels enseignements reçoivent-elles ? Comment leurs postures professionnelles se construisent-elles au sein de l'espace de formation ? Les accompagnements proposés aux dits « fous » puisent-ils leurs racines au sein de cet espace de formation ou sont-ils déterminés par la culture professionnelle ou institutionnelle ? L'ensemble de ces questions, posées en introduction, situe notre réflexion à différents niveaux :

- **Un niveau « micro »** : d'un point de vue individuel, comment les personnes concernées par le phénomène de la folie vivent-elles cette expérience ? Qu'en disent-elles ? En quoi leurs discours et paroles sur leur pathologie nous éclairent sur les phénomènes à l'œuvre dans ces expériences existentielles ? D'un point de vue clinique, comment favoriser, à travers une position institutionnelle et une posture individuelle de clinicien, les facteurs propices à un éventuel rétablissement ?
- **Un niveau méso** s'attachant à décrire et analyser les structures, dans leurs typologies et fonctionnements. Il s'agit ici d'explorer le mouvement des idées dans lesquelles elles s'inscrivent (l'histoire des institutions). Une étude comparative de deux systèmes organisationnels d'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques

(l'un médical, l'autre social) enrichira, par comparaison, les réalités existantes et la compréhension que nous avons de celles-ci.

- **Un niveau macro** veillant à contextualiser ces évolutions dans une histoire plus large (« l'histoire avec un grand H ») et à replacer le phénomène de la folie dans la société, d'un point de vue historique, social, économique et philosophique.

Cette première sous-partie tentera, de manière non-exhaustive, de parcourir les deux derniers niveaux, à savoir l'histoire des institutions en psychiatrie au sein de l'histoire française (notre recherche sera principalement ethnocentrée, même si des détours vers des expériences fondatrices à l'étranger seront abordées. Nous pensons notamment à la désinstitutionnalisation italienne et à l'apport de Basaglia). Cet éclairage permettra, dans un premier temps, de cerner le contexte, de percevoir comment se sont construites les institutions, qui aujourd'hui, accueillent des personnes présentant des troubles de la sphère psychique.

L'étude de cet environnement nous mènera ensuite, à un niveau plus micro, dans lequel l'histoire de vie des personnes sera mise en avant. Une approche « en entonnoir » sera privilégiée, permettant ainsi de poser un cadre de référence théorique plus clinique et singulier. La sociologie, et notamment la sociologie clinique, nous paraît susceptible de permettre une approche intéressante, sinon novatrice, pour pouvoir étudier, comprendre et analyser un phénomène aussi complexe que celui de la folie. Nous souhaitons ancrer nos travaux dans ce champ car cette approche se donne pour ambition d'étudier les liens entre phénomènes sociaux (le poids des déterminismes, de l'histoire familiale, institutionnelle) et phénomènes intrapsychiques. En effet, le terme « clinique » renvoie à l'idée d'être « au chevet de », et donc au fait d'adopter une position *au plus près du vécu* de la personne, et du discours sur ce vécu. Ce principe est un fondement dans notre recherche et notre pratique, il sera un fil conducteur tout au long de nos expérimentations et recherches, que celles-ci se déploient auprès des personnes en situation de souffrance psychique ou auprès des étudiants.

2.1. Approche socio-historique des lieux d'accueils

2.1.1 De l'Antiquité à la révolution : mutation des lieux d'asile

Au cours de l'Antiquité, la folie est considérée comme une « maladie de l'âme ». Ce terme illustre bien un débat important de l'époque, à savoir la question du monisme et du dualisme : l'âme et le corps ne font-ils qu'un, ou sont-ils deux entités irréductiblement liées l'une à l'autre ? De plus, cette façon de définir et de nommer la folie (« une maladie de l'âme ») fait apparaître une double conscience : la conscience médicale avec le terme de « maladie » et la conscience philosophique mettant en jeu la notion « d'âme ». À cette époque, ce sont les médecins et les philosophes qui réfléchissent, expérimentent et écrivent sur ce thème. Cicéron, avocat (et philosophe Stoïcien du premier siècle avant notre ère) nous explique « qu'entre les émotions, les passions, les vices et la folie, il n'y a pas une différence de nature mais de degré. » (Collée & Quétel, 1987, p. 10) En posant ce postulat, Cicéron vient contrecarrer l'idée qu'il y aurait une autre nature chez l'homme : celle du « fou ». Pour lui, la folie ne revêt pas un caractère inhérent à l'existence de certains hommes, tel un « tempérament » dont les individus seraient dotés à la naissance, de manière quasi-ontologique. Cicéron fonde plutôt l'idée d'un défaut, d'une imperfection humaine dû à « l'absence de surveillance de soi-même » (Collée & Quétel, 1987, p. 10). Selon lui, l'homme est responsable de sa folie, car il détient la possibilité de « se surveiller », et en est le seul garant. Il a la possibilité de s'observer avec attention et de veiller sur lui-même. Cicéron, en posant ce principe, reprend l'assertion bien connue de Socrate « Connais-toi toi-même ». En effet, Socrate¹⁶, considéré comme un des pères de la philosophie, indique, à travers cette injonction, que l'exigence de l'homme doit se porter sur sa nature. La folie, en tant que « maladie de l'âme », n'est donc pas un état distinct et d'un autre type de nature que l'état de santé. Elle serait plutôt une conséquence (et pas un état nécessairement irréversible et incurable) d'un manque d'examen sur, de, et par soi-même. Cicéron et « les stoïciens récusent la conception platonicienne du dualisme de l'âme et du corps, l'une et l'autre constituant à leurs yeux un « recto verso » indissociable » (Quétel, 2009, p. 32). En partant de ce postulat, qui sera repris bien plus tard par Pinel, Cicéron cherche à « arracher la folie au registre du corps, auquel elle ne cesse d'appartenir pour les médecins. Il n'en est pas de même pour l'âme dont la philosophie doit être le médecin. » (Quétel, 2009, p. 33).

¹⁶ Philosophe grec du V^e siècle av. J-C

C'est donc ce sillon qu'empruntent une partie des philosophes de l'époque (les stoïciens) : en effet, si la folie, au sens large, est une maladie de l'âme, alors la philosophie doit en être la réponse la plus adaptée. La philosophie, dans son étymologie même ; du grec *philein* « amour » et *sophia* « la sagesse » ou « savoir » ; cherche finalement à répondre à la question de la folie et de la déraison, en cherchant les voies et chemins de la sagesse. Pour les philosophes grecs de l'Antiquité, Démocrite¹⁷ entre autres, « La sagesse libère l'âme des passions » (Quétel, 2009, p. 33). La pratique de la philosophie, sa rigueur et ses exercices sont en soi une réponse à la question du « fou ». Si les « fous sont des non-sages » (Quétel, 2009, p. 33), alors les philosophes monistes, notamment Sénèque dans la Lettre à Lucilius, estiment que la santé de l'âme n'est pas naturelle mais qu'elle est guérison : « Il n'est personne chez qui la sagesse est venue avant la déraison. Nous sommes tous investis d'avance : apprendre les vertus, c'est désapprendre les vices. » (Quétel, 2009, p. 33). Les philosophes de l'Antiquité réfléchissent donc à l'apport de leur pratique philosophique dans le soin dispensé aux fous ; celle-ci étant considérée comme une potentielle démarche de guérison des « maladies de l'âme ». Claude Quétel, dans son ouvrage dédié à l'histoire de la folie, reprend et poursuit une thèse de Jackie Pigeaud (Quétel, 2009, p. 33) : ce dernier comprend le concept d'*euthymie*, (tranquillité d'esprit, idéal de constance sereine), développé par Démocrite comme étant l'endroit le plus avancé de la philosophie vers la médecine.

Si les philosophes s'intéressent à la question de la folie et tentent d'y apporter des réponses, c'est bien évidemment également le cas pour les médecins, qui eux définissent la folie au travers de l'entité « maladie ». La folie, et les malades eux-mêmes, relèvent alors de l'expertise de la communauté médicale. Hippocrate est une des plus grandes figures de la médecine, qui a largement contribué à initier l'aspect déontologique dans cette discipline, particulièrement à travers le fameux « serment d'Hippocrate ». C'est le premier à vouloir « démystifier » la médecine, en l'éloignant du caractère religieux et de la « pensée magique » qui l'accompagne. Convaincu que toute pathologie a une cause, il cherche à les identifier (par l'observation) pour en trouver les remèdes. Il élabore peu à peu une doctrine médicale qui restera valide jusqu'à la fin du XVIII^e siècle : la théorie des humeurs. Hippocrate est souvent considéré comme un des premiers à distinguer médecine et philosophie. Selon la théorie des humeurs, la santé de l'âme dépend d'un équilibre et d'une juste proportion des humeurs, au nombre de 4 : le sang, la bile jaune, la bile noire et le phlegme. Cette théorie cherche à fournir une grille d'interprétation de la maladie en la replaçant dans un cadre cosmique. Partant du principe que tous les organismes

¹⁷ Philosophe Grec né vers 460 av. J-C, et mort vers 357 ; penseur métaphysique et fondateur du concept de l'atome

terrestres sont des dérivés des quatre éléments, (l'eau, la terre, le feu et l'air), Hippocrate pense que c'est un déséquilibre entre ces éléments qui entraîne la maladie, ou menace l'état de santé du sujet.

L'idée ici n'est pas de développer la théorie humorale, mais d'observer le déplacement qui a lieu à cette époque. Ainsi, la question de la folie n'est, peu à peu, plus du ressort de la philosophie, mais se trouve alors investie par le champ médical. La folie est pensée, que ce soit en philosophie ou en médecine, comme une maladie provenant du corps et de l'esprit. Pour revenir au concept d'*euthymie*, « dans le roman philosophique intitulé *Lettres à Hippocrate*, Démocrite répond à Hippocrate « *que la connaissance de la philosophie est sœur de la médecine et vit sous le même toit* ». La première délivre l'âme des passions, tandis que la seconde débarrasse le corps des maladies. Cependant, le médecin est plus important que le philosophe, car la santé du corps est la condition de la possibilité de la santé de l'âme » (Quétel, 2009, p. 33).

Cette introduction historique vise à mieux identifier les personnes qui se préoccupent des « fous », de quelle manière et sur quels fondements théoriques. Si les philosophes prennent part au débat, c'est pourtant l'univers médical qui va progressivement s'imposer. Claude Quétel cite Caelius (médecin romain) à propos d'une des pathologies liées à la folie, la manie : « Se trompent enfin ceux aussi qui pensent que la maladie est essentiellement une maladie de l'âme, et secondairement du corps, car aucun philosophe n'a jamais guéri cette maladie. » (Quétel, 2009, p. 41). La folie revient donc au champ d'expertise du corps médical, et durant la seconde moitié du II^e siècle après J.C., les philosophes sont ainsi évincés de la sphère du soin psychiatrique. Toutefois, si philosophes, puis médecins, se posent la question de la folie et de son traitement, aucune structure n'existe ou n'est pensée pour leur accueil, et ce, jusqu'aux environs du XII^e siècle. La réponse, d'abord philosophique, puis médicale, nous éclaire peu sur la réponse sociale ou sociétale apportée à cette population. À cette époque, il n'existe ni asiles, ni hôpitaux, pour accompagner et soigner. On peut supposer, *a priori*, que les fous sont isolés (si besoin) dans, et par leurs familles, la communauté locale (le village par exemple) s'occupant elle-même de les exclure, les laisser errer ou vagabonder en fonction de leur état. On peut raisonnablement penser, que le sort réservé aux fous par la communauté, dépendra de leur capacité à participer à la vie du groupe, et à respecter ses codes¹⁸. Le mode d'organisation et de solidarité de la famille, de la communauté, de la société devait également impacter la vie des fous. Néanmoins, Claude Quétel dans son ouvrage nous explique que « l'Antiquité a toujours soigné les fous » (Quétel, 2009, p. 43). Il existe

¹⁸ En particulier les codes et normes liés à la religion catholique : par exemple, le suicide est considéré par l'Eglise chrétienne comme un péché, et non comme une manifestation pathologique d'une maladie mentale.

des sanctuaires et des temples dès le VI^e siècle avant Jésus-Christ, notamment le sanctuaire d'Asclépios en Grèce. Certains malades s'y rendent, mais on imagine aisément la difficulté d'accès à ses lieux pour une partie de la population, et ce, en raison du peu de moyen de transport à l'époque. Malgré cela, un premier lieu est proposé aux malades. « L'antiquité a toujours soigné ses fous même lorsque, dans les temps archaïques, il ne s'agissait que de les mener dans un temple » (Quétel, 2009, p. 43). Tenus par des « prêtres-médecins », cette corporation se fait « diététicien, pharmacien, chirurgien, musicothérapeute, et aussi, avant le mot, psychothérapeute » (Quétel, 2009, p. 23). Si les lieux de soin ne sont pas institués, ces « prêtres médecins » vont entamer le développement de techniques de soin, et un corpus médical va commencer à se constituer. Un peu plus tard, Hippocrate enrichira ces techniques et proposera à chaque description de maladie un remède. Les premiers soins sont divers : nous pouvons y trouver des soins allopathiques, des bains adoucissants, des applications de cérat, des lavements d'eau (clystères), des régimes alimentaires. Les « évacuants » sont également mis à l'honneur par les saignées ; des ventouses, des sangsues et les « irritants » s'y ajoutent. La racine d'ellébore est très utilisée comme évacuant ; prescrite très souvent, elle s'avère très puissante et dangereuse, comme le note Aulu-Gelle (érudit latin), cité par Quétel : « Il fait certes sortir les principes de la maladie mais il risque bien de faire sortir aussi le principe de vie » (Quétel, 2009, p. 44). Tous ces soins s'originent dans la connaissance des plantes et de la nature, mais également dans les légendes et mythes, constituant à l'époque les principaux fondements de la société.

Ces traitements s'accompagnent également de toute une « thérapie relationnelle ». Les continuateurs d'Hippocrate (notamment Caelius) proposent d'accompagner ces médications par des prescriptions sociales, relationnelles ou éducatives : la musique, le théâtre, le mime sont conseillés, visant à extirper le malade de ses obsessions, en le distrayant. Les voyages sont pensés comme des démarches permettant au malade de s'aérer et de changer d'air (donc d'influer sur le raisonnement et les fixations d'idées). L'exercice physique (même simple, comme les promenades) est recommandé. La lecture et la conversation sont également des supports au soin : en tant que stimulants, ils participent de ce même mouvement. Quétel cite un exemple de prescription de Caelius : « Les symptômes disparus et le malade devenu moins impressionnable, il faudra songer [...] aux leçons de philosophie, qui dissipent souvent la tristesse, la crainte, les emportements, et peuvent ainsi contribuer puissamment au rétablissement de la santé » (Quétel, 2009, p. 46). Au V^e siècle après Jésus-Christ, Caelius, médecin romain, évoque donc à partir d'approches de soin basées sur la relation, (l'art, l'activité physique et intellectuelle), les possibilités d'un rétablissement, d'un retour à un état de santé soulagé de ses maux. Une certaine

posture soignante et des principes de thérapie commencent à émerger. Ceux-ci se basent entre autres sur ce qui sera théorisé bien plus tard par Pinel, à savoir : s'adresser à la « partie raisonnable » du malade. Ces considérations de l'homme écartent les pensées magiques de l'époque et considèrent l'homme comme un être capable de changement, ayant toujours en lui une part de raison, à laquelle doit s'adresser le médecin ou le philosophe. Les « prescriptions » décrites précédemment, comme la lecture, la conversation ou les leçons de philosophie, viennent également nous éclairer sur un point essentiel : la folie (au sens large du terme) est loin de n'être qu'une pathologie du corps, mais bien une « maladie de l'âme », d'où des traitements particuliers. Ce point est primordial : en effet, nous verrons comment à l'heure actuelle cet aspect peut être négligé, ou sous-estimé, à la faveur de traitements davantage axés sur des soins physiologiques ou neurologiques.

Les écrits des philosophes ou médecins de cette époque nous éclairent sur la façon dont ils percevaient le phénomène de la folie, au regard des connaissances qu'ils avaient, de l'avancée des sciences et des soins dispensés aux malades. La considération de la folie, toutefois, n'est pas instituée par l'État. En effet, à l'époque, aucune institution, aucun lieu pour accueillir les malades, qu'ils soient fous ou non d'ailleurs. L'assistance, l'aide et l'hospitalité existent et se pratiquent pourtant, mais dans les maisons privées. Le soin n'est en rien une obligation d'État, mais bien un devoir familial ou communautaire. « Nous étions jusqu'ici dans la réponse médicale (et de surcroît théorique) mais celle-ci s'interpénètre forcément avec la réponse sociale. Le groupe social ne réagit pas comme le médecin devant un fou, surtout si celui-ci se montre importun, violent et dangereux » (Quétel, 2009, p. 45). La communauté sociale doit alors, en l'absence d'institution, s'occuper elle-même de ses malades, et le traitement de force existe. L'isolement, la contention par les liens et les chaînes sont utilisés. Quétel s'appuie sur le traité *De Medica* de Celse (naturaliste encyclopédiste romain exerçant la médecine) pour étayer l'existence des traitements de force. En effet, dans son traité, Celse évoque le recours à diverses violences : faim, soif, obscurité, réprimandes, châtiments corporels (fouet, coups), enfermement (chaînes...) ... Il argumente l'emploi de ces techniques comme étant un moyen de traitement de la folie, visant à « réprimer l'audace des malades » (Quétel, 2009, p. 45). Certaines voix, notamment celle de Caelius s'opposent à ce type de traitement, en mettant en avant des techniques différentes, exposées ci-dessus.

Bien qu'il y ait quelques sanctuaires dédiés aux divinités guérisseuses, il faudra attendre la fin de l'Antiquité, au V^e siècle de notre ère, pour voir apparaître les prémices de l'hôpital, avec la création des premiers hospices. L'ère chrétienne a débuté et c'est sous l'influence de la religion

que la charité prend forme et se réalise par les hospices. La diffusion du christianisme amène à penser la notion de charité et d'assistance. C'est sous le règne de l'empereur Justinien 1^{er}¹⁹ (milieu et fin du V^e siècle de notre ère) que les établissements vont commencer à se développer et surtout à être encadrés juridiquement par l'État : dans son *Corpus juris civilis*, Justinien 1^{er} codifie l'administration de ces hospices par la législation. C'est une première pierre à l'édifice hospitalier, qui servira de modèle et de référence pendant des siècles, et qui vise à instituer et fonder une assistance publique. Nous pouvons alors considérer l'apparition de ces hospices comme les prémices de l'institutionnalisation.

La chute de l'empire romain fait entrer les hommes dans une nouvelle ère : le Moyen-âge. La civilisation du Moyen-Âge est empreinte du christianisme : c'est une société éminemment religieuse, où la théologie est à l'honneur. Quételet évoque un statu quo de la réflexion théorique, mais se refuse à penser le Moyen-Âge comme étant « mille ans de silence conceptuel sur la folie » (Quételet, 2009, p. 49) ; selon lui, il y a effectivement un « sommeil » de la pensée et des réflexions en Occident (notamment en philosophie et en médecine) pendant environ cinq ou six siècles (de la chute de l'empire romain jusqu'au XI^e siècle). Certains penseurs vont venir « réveiller » les réflexions liées à la folie (et plus largement à la médecine, la philosophie...), notamment des espagnols, des italiens (Saint-Thomas d'Aquin entre autres). Le Moyen-Âge constitue une période très longue durant laquelle le poids de la religion a certainement réprimé nombre de réflexions et de pensées. Deux valeurs centrales sont prônées au sein de la société médiévale : la charité et l'assistance (« Caritas et infirmitas »). C'est dans cet esprit évangélique que l'hôpital (renvoyé au sens premier « *hospitalis* » : maison où l'on reçoit des hôtes) va être pensé et va pouvoir s'installer. Les premiers hôpitaux, aussi nommés « Hôtels Dieu » sont des établissements de petite taille (une vingtaine de lits maximum) créés à partir du XIII^e siècle, mais qui, rapidement, faute de moyens, se retrouvent en situation de surpeuplement. « Toute la problématique de l'assistance (et ipso facto des insensés indigents), telle qu'elle va se poser dès la fin du Moyen-Âge, va naître de la contradiction totale entre cette utopie de la charité et la pratique sur le terrain de l'hôpital, l'une et l'autre se mesurant bientôt à l'aune des contraintes financières. » (Quételet, 2009, p. 56). Tout au long du Moyen-Âge, le médecin n'est pas la figure principale de ces Hôtels Dieu : on peut le trouver plutôt en ville, où il soigne les familles ayant les moyens de le rétribuer. Les ecclésiastiques sont alors ceux qui s'occupent de cette partie de la population. Toutefois, héritiers de l'Antiquité, les hommes du Moyen-Âge, disposent à cette période d'un véritable « arsenal

¹⁹ Principale figure de l'Antiquité tardive, Justinien 1^{er} ou Justinien Le grand est un empereur romain qui a largement contribué à la mise en œuvre de la législation romaine, avec le *corpus juris civilis*, entre compilation et codification du droit ; accordé sur les principes du christianisme.

thérapeutique » : décoctions, infusions, sirops, pilules, cataplasmes, huiles, sternutatoires (pour faire éternuer), purgatifs, sangsues, hydrothérapie, ainsi que des médicaments issus de plantes et utilisés comme calmants (opium), toniques, antispasmodique ou évacuants (la théorie humorale est toujours de référence). Les « méthodes fortes » commencent également à faire leur apparition ; Claude Quétel prend l'exemple d'Arnaud de Villeneuve (médecin et théologien espagnol du XIII^e siècle) qui « propose qu'on fasse pleurer les maniaques en leur faisant peur ou en les battant à coup de fouet » (Quétel, 2009, p. 59). Loin d'être une période sans médication, ou proche d'un « néant thérapeutique », les pèlerinages sont également très prisés pendant le Moyen-Âge. Issus de l'Antiquité, ils sont monnaie courante dans un contexte de profonde foi chrétienne. Ces pèlerinages sont l'occasion d'une mise en scène publique de la folie : les insensés, tête rasée, portent des coiffes, des casques, des robes... S'ils ne se plient pas à ce rituel, ils reçoivent des coups de fouet. Ces derniers sont d'autant plus utilisés qu'ils sont finalement adressés au « diable » qui habite le malade : ce n'est donc pas le malade qu'on fouette, mais le « démon » installé dans son corps.

Même si les premiers Hôtels Dieu existent, les fous ne sont pas tous accueillis dans ces lieux. En effet, d'après Quétel, « il est fort probable que dans un milieu très majoritairement rural, une relative tolérance à l'égard des idiots, crétins et autres benêts, s'appuyant sur l'Évangile (« Heureux les simples d'esprits ») a laissé croire que le Moyen-Âge était l'âge d'or de la folie. Rien n'est moins sûr. » (Quétel, 2009, p. 63). Le fou au Moyen-âge sert d'exutoire pour la population et est désigné, non pas nécessairement comme dangereux, mais à tout le moins comme une figure dont on doit se prémunir (exemple d'un dicton médiéval reflétant bien cet état d'esprit : « De fol, l'on doit se garder » (Quétel, 2009, p. 63). De plus, Quétel nous explique que, si certains insensés devaient rester au sein de leur famille, cela devait être très variable et en fonction de plusieurs critères (manifestations des symptômes, intensité et persistance de ceux-ci, capacité du malade à travailler et œuvrer pour la famille). Certains, certainement « trop fous » étaient donc enfermés par leur famille. Enfin, pour ceux qui sont « sans aveu », c'est-à-dire sans répondant, sans famille pouvant s'occuper d'eux et payer pour eux, ils sont expulsés des villes. Les fous considérés comme dangereux sont enfermés, mais la question du coût d'entretien revient inlassablement. La contention des « fous furieux » existe : enfermés par de lourdes chaînes, ils sont enfermés par précaution plutôt que par punition. Leur irresponsabilité peut être reconnue par les juges, en invoquant la folie. Fondé par le droit Romain, l'incapacité civile est souvent édictée à l'encontre des fous. C'est notamment le cas pour les suicidés. Considéré comme un crime

sacrilège, blasphématoire, la question de la folie se pose dans ces situations. Les familles, menacées par la ruine (les biens du suicidé sont confisqués) et le déshonneur, peuvent faire appel au juge pour faire reconnaître le caractère pathologique du geste : en invoquant la folie de la personne concernée, les familles tentent de préserver leurs biens et de restaurer leur honneur.

La folie au Moyen-Âge ne se cantonne pas uniquement à la médecine ou à la philosophie, mais est pensée à l'aune de la foi chrétienne. L'ambivalence dans la considération du fou est prégnante : il fascine, et fait peur en même temps, on le nourrit ou on le chasse, il fait rire et on le méprise... Une « récupération » de la folie s'opère pendant cette période : en effet, ceux que l'on nomme les « bouffons » (le mot apparaît au XVI^e siècle) ou les « fous à gages » sont attachés aux cours (royales, seigneuriales). La fonction du fou prend ici une nouvelle forme : il est censé amuser, divertir, faire rire dans les châteaux. Ce nouveau rôle du « bouffon » soulève de nombreuses questions autour de la liberté de parole : que peut dire le bouffon ? En quoi sa folie (avérée ou jouée) lui offre-t-elle un espace de liberté de parole ? Cette situation témoigne, dans les derniers siècles du Moyen-Âge, d'une « politisation du fou de cour dans sa représentation. [...] La symbolique de l'Ordre et de la mesure s'affronte, ou plutôt dialogue, avec celle du désordre et de l'excès. Parfois le roi lève un doigt moralisateur. La représentation est volontairement ambiguë. Quel est le plus grand pouvoir ? celui de la raison ou de la déraison ? » (Quétel, 2009, p. 72).

La « fête des fous » est également une autre mise en scène publique de la folie : dès le début du Moyen-âge, cette parade devient une véritable institution. Ce rite d'inversion s'origine dans les saturnales romaines (où les esclaves prenaient la place de leurs maîtres), ici, il s'agit de créer un espace autorisant tous les débordements (excès de boisson, déguisement, élection « d'un abbé des fous », d'un « pape » ou d'un « évêque » des fous...). On imagine aisément à quel point ce genre de festivités déplaisait à l'Eglise, qui n'aura de cesse de les condamner.

La dernière période du Moyen-Âge se caractérise par une forte inquiétude sur la fin des temps (les populations ont subi de mauvaises récoltes, des famines, des épidémies, des guerres...). L'autorité papale, et plus généralement l'Eglise, est en déclin et on observe un retour en force de la démonologie ainsi qu'une montée des hérésies. C'est le temps des grands procès de sorcellerie visant les femmes et de l'Inquisition (tribunal ecclésiastique pour combattre l'hérésie). Ces procès de sorcellerie sont considérés par certains, entre autres Joachim du Bellay, mais on peut également citer Montaigne, comme des aberrations collectives, créant l'amalgame entre la folie et la culpabilité. C'est sur cette situation que s'achève le Moyen-Âge et que va débiter la Renaissance.

2.1.2. De la Renaissance vers le monde moderne : naissance du mouvement désaliéniste et amorce de liberté citoyenne

D'après Foucault, c'est à la Renaissance que « La Nef des fous » fait son apparition : les fous peuvent être bannis de la société, même si ce n'est pas systématique. Les pratiques sont variées et diffèrent suivant les territoires. L'exclusion prend des formes plurielles, et la Nef des fous est en cela représentative d'une volonté ferme d'expulser les insensés hors de la cité. « Car ils ont existé, ces bateaux qui d'une ville à l'autre menaient leur cargaison insensée. Les fous avaient alors une existence facilement errante. Les villes les chassaient volontiers de leur enceinte ; on les laissait courir dans les campagnes éloignées, quand on ne les confiait pas à un groupe de marchands et de pèlerins. La coutume était surtout fréquente en Allemagne ; à Nuremberg, pendant la première moitié du XV^e siècle, on avait enregistré la présence de 62 fous ; 31 ont été chassés ; pour les cinquante années qui suivirent, il y a des traces de 21 départs obligés ; encore ne s'agit-il que des fous arrêtés par les autorités municipales. Il arrivait souvent qu'on les confiât à des bateliers : à Francfort, en 1399, on charge des marins de débarrasser la ville d'un fou qui s'y promenait nu ; dans les premières années du XV^e siècle, un fou criminel est renvoyé de la même manière à Mayence. » (Foucault, 1972, p. 22). La navigation des fous les rend prisonniers de leurs exils forcés, et en les livrant aux marins, ils sont envoyés sur des eaux imprévisibles, loin de la ville où l'on ne veut pas les y voir errer, rôder ou blasphémer. Foucault nous explique (1972, p. 22) que « l'accès des églises est interdit aux fous » : l'Église catholique, à cette époque, ne veut pas entendre ni voir cette frange de la population. L'Église est également porteuse de la voix du miracle. Or, il n'est pas impossible que ces bateaux aient été des navires de pèlerinage, un lien peut alors se créer entre l'exil des fous et l'attente ou l'espoir d'une guérison par ce voyage ; cet exil cherchant l'absolution. « Le souci de guérison et celui d'exclusion se rejoignent ; on enfermait dans l'espace sacré du miracle. Il est possible que le village de Gheel se soit développé de cette manière, lieu de pèlerinage devenant enclos, terre sainte où la folie attend sa délivrance, mais où l'homme opère, selon de vieux thèmes comme un partage rituel. » (Foucault, 1972, p. 25). L'expérience de la « Nef des fous » et la restitution historique et philosophique que nous transmet Foucault, nous éclairent sur certains points : il est visible que déjà, à cette époque, la folie est dérangement, et l'exil, utilisé comme un rituel (pouvant avoir des vertus purificatrices et aidant à retrouver le chemin de la raison), vise à régler les troubles à l'ordre public au sein de l'espace social. Si ces bateaux et ces exils se mettent en place à la Renaissance, c'est parce qu'ils font suite aux peurs et aux inquiétudes du Moyen-Âge. L'efficacité de ce départ forcé semble

incontestée : en les chassant et les faisant embarquer sur ces navires, les fous, confiés aux marins, ne reviendront pas rôder et errer dans les villes qui les expulsent. En s'assurant qu'ils partent loin, qui plus est sur l'eau, la société éloigne surtout les folies, bien plus que les fous eux-mêmes, de ses cités. La symbolique du bateau et de l'eau est très forte : en effet, l'eau (à travers toutes ces formes : mer, océan, torrent, rivière, fleuve, fontaine ou source) est chargée de divers symboles. Elle porte en elle des valeurs et des croyances communes héritées des contes, chants et mythes : elle représente la purification (libations, baptêmes), la fécondité, la protection ainsi que la pureté, par sa transparence. Mais si l'eau peut être liée à la naissance ou à la régénération ; l'eau qui rafraîchit est la même que celle qui engloutit, qui noie ou qui suffoque. « [...] et puis la navigation livre l'homme à l'incertitude du sort ; là, chacun est confié à son propre destin, tout embarquement est, en puissance, le dernier. C'est vers l'autre monde que part le fou sur sa folle nacelle ; c'est de l'autre monde qu'il vient quand il débarque. » (Foucault, 1972 ; p. 26)

Le renvoi des fous à travers les eaux du monde symbolise à la fois l'expulsion et l'épuration : le fou qui embarque, « libère » la ville de sa déraison et potentiellement le fou qui débarque arrive assaini. « L'eau et la navigation ont bien ce rôle. Enfermé dans le navire, d'où on n'échappe pas, le fou est confié à la rivière aux mille bras, à la mer aux mille chemins, à cette grande incertitude extérieure à tout. Il est prisonnier au milieu de la plus libre, de la plus ouverte des routes : solidement enchaîné à l'infini carrefour. Il est le Passager par excellence, c'est-à-dire le prisonnier du passage. Et la terre sur laquelle il abordera, on ne la connaît pas, tout comme on ne sait pas, quand il prend pied, de quelle terre il vient. Il n'a sa vérité et sa patrie que dans cette étendue inféconde entre deux terres qui ne peuvent lui appartenir. » (Foucault, 1972 ; p. 26)

À cette époque, le fou est une figure majeure dans la société : présent au théâtre et dans la littérature, la mise en lumière de la folie sert la satire et la critique sociale. Image de l'animalité, de la déraison et de tout ce qu'il peut y avoir de « mauvais » en l'Homme, la folie concentre l'idée d'une menace et fait, dans le même temps, l'objet de dérisions sur et par l'Homme. Elle devient aussi une figure de fascination : « Dans le domaine d'expression de la littérature et de la philosophie, l'expérience de la folie, au XV^e siècle, prend surtout l'allure d'une satire morale. » (Foucault, 1972 ; p. 43) La folie, par le discours qu'elle suscite, crée et justifie, notamment dans les sphères littéraires, artistiques et scientifiques, apporte une « conscience critique de l'homme », selon Foucault. Ce discours de la folie est composé de fragments : la folie ne peut alors jamais être pensée comme un tout uniforme, complet et entier. Diffuse, latente ; elle surgit et disparaît, sans cesse déséquilibrée par tout ce qui lui fait défaut. « C'est un ensemble déséquilibré par tout ce qui lui manque, c'est-à-dire par tout ce qui le cache. Sous la conscience critique de la folie, et

ses formes philosophiques ou scientifiques, morales ou médicales, une sourde conscience tragique n'a cessé de veiller. » (Foucault, 1972 ; p. 47) C'est notamment parce qu'elle pointe de façon inévitable la question de la mort que l'expérience de la folie est tragique. Comme le lépreux, le fou symbolise la présence de la mort, de la finitude et l'achèvement de l'Homme de son vivant ; ce qui justifie sa mise à l'écart. C'est à travers diverses formes d'exclusion de la folie (internement, « Nef des fous ») que se matérialise ce que Foucault nomme « *l'expérience tragique de la folie* ». À la Renaissance, la folie n'est pensée et n'existe que relativement à la raison. La Renaissance, qui verra émerger la pensée des humanistes et le courant des Lumières (Érasme, Montaigne...) amène une nouvelle approche : c'est au travers de la raison que se définit la folie, et inversement. La folie devient une des formes même de la raison ; indissociables l'une de l'autre, elles s'entremêlent et ne permettent pas une ligne de partage, une distinction nette et franche.

Telle est la pire folie de l'homme ; ne pas reconnaître la misère où il est enfermé, la faiblesse qui l'empêche d'accéder au vrai et au bien ; ne pas savoir quelle part de folie est la sienne. Refuser cette déraison qui est le signe même de sa condition, c'est se priver d'user jamais raisonnablement de sa raison. Car s'il y a raison, c'est justement dans l'acceptation de ce cercle continu de la sagesse et de la folie, c'est dans la claire conscience de leur réciprocité et de leur impossible partage. La vraie raison n'est pas pure de toute compromission avec la folie, au contraire, elle se doit d'emprunter les chemins que celle-ci lui trace : « Approchez donc un peu, filles de Jupiter ! Je vais démontrer qu'à cette sagesse parfaite, qu'on dit citadelle de la félicité, il n'est d'accès que par la folie » (Érasme, cité dans Foucault, 1972, p. 53).

Ainsi pensées, la folie et la raison deviennent deux sœurs qui ne peuvent être dissociées. Telle une ressource cachée, une force vive et secrète de la raison, la folie prend place dans la société, adossée à la sagesse. Si la raison est faite de folies, ou du moins d'expériences traversées par les folies, il s'agit de l'accueillir et l'accepter comme telle, en soi ; avec légèreté, fraîcheur, et avec les égards que l'on peut lui accorder, qui ne sont pas ceux, sérieux, que l'on prête à la raison : en bref, lui réserver « *un accueil souriant* ».

Ces premières pages sur l'histoire de la folie s'ancrent notamment dans les travaux de Quétel et Foucault. Il est particulièrement intéressant d'aller étudier ces deux ouvrages (« Histoire de la folie à l'âge classique » de Michel Foucault et « Histoire de la folie, De l'Antiquité à nos jours » de Claude Quétel), parce que ces deux pensées se confrontent, se heurtent et nous montrent des réalités différenciées. Claude Quétel, dès le début de son livre, se situe en contre point de Foucault, notamment en interrogeant sa thèse du « grand renfermement ». Foucault, en effet, vient interroger, à travers la problématique de la folie, les questions de pouvoir et de domination. Selon lui, la création de l'hôpital général, en 1656, vient servir un pouvoir royal autoritaire visant à

ostraciser les insensés, mais surtout les « asociaux » (terme très actuel) à savoir : les prostitués, les mendiants, les impies, les homosexuels ou encore les « débauchés ». Il insiste sur le caractère exclusif de la répression de l'oisiveté.

Quétel, s'il réfute la thèse Foucauldienne du « grand renfermement » (en relativisant l'importance des chiffres constituant l'enfermement réel), ne contredit pas Foucault quant à la répression des pauvres, mais dénonce une confusion entre le XVII^e siècle et le XVIII^e siècle. « Par ailleurs, il nous paraît anachronique d'invoquer pour le XVII^e siècle un nouveau discours sur les passions. Nous verrons que ce discours ne se « psychiatrise » qu'à la fin du XVIII^e siècle et n'est d'abord lié en rien à la question de l'enfermement. [...] Foucault veut-il mettre les fous parmi tous ces déraisonnables visés par l'enfermement ? Nous allons voir que l'enfermement, indépendamment du fait que l'auteur attribue à ce mouvement une importance qu'il n'a jamais eue, ne s'attaque pas à la déraison mais au problème déjà fort ancien de la mendicité et des errants. » (Quétel, 2009, p. 95) Tout l'enjeu de Quétel est de démontrer que l'internement, s'il a bien existé en France, ne représentait pas des proportions importantes et qui plus est, ne se destinait pas uniquement aux fous, mais finalement davantage aux pauvres, mendiants, et autres errants, et ce, longtemps avant la création de l'hôpital général. Claude Quétel revient alors sur deux dates constituant des moments charnières dans l'histoire de l'internement : 1656 la création de l'hôpital général et 1793 la « libération des enchaînés » de Bicêtre par Pinel.

1656 est effectivement une date bien connue et incontournable dans l'histoire de la folie et de l'internement. Quétel va venir interroger cette date : « Qu'en est-il donc de ce « Grand Renfermement » et de coup de tonnerre qu'aurait été la fondation de l'hôpital général de Paris en 1656 ? Et en quoi les insensés auraient-ils été directement concernés ? [...] Que s'est-il passé ? » (Quétel, 2009, p. 99) Les législations européennes concernant la répression de la mendicité sont très anciennes et bien antérieures au XVII^e siècle ; en effet, au cœur du Moyen-Âge, dès le X^e siècle, on voit apparaître, par le biais d'ordonnances et d'édits, des interdictions de mendier et d'errer (spécifiquement pour les « valides »). « Qui sont-ils ces errants ? Ils sont chômeurs saisonniers et chômeurs « professionnels », vrais et faux pèlerins ou prêcheurs, « bêtâtes » [soldats débandés], prostitués, « décrépits », infirmes, aveugles, galeux, et autres « mal figurés » (et parmi ces derniers, des insensés et des épileptiques), Bohémiens, « Egyptiens » et Tziganes immigrant en Europe occidentale consécutivement à la conquête turque, bannis en rupture de ban, francs marauds et « guetteurs de chemin », enfants abandonnés et on en passe... » (Quétel, 2009, p. 101) On perçoit ici la vaste hétérogénéité des mendiants, qui à la fin du Moyen-Âge constitue environ 20% de la population pour le Bassin méditerranéen. Les pouvoirs publics, dans toute

l'Europe, cherchent à endiguer le phénomène massif de paupérisation, qui est devenu un problème d'ordre public. Une « négativisation » de la pauvreté se développe et on adresse plusieurs reproches aux errants : d'amener les maladies tant craintes durant le Moyen-Âge (la peste, la syphilis), d'être des impies, des hérétiques et d'être improductif, donc inutiles à la société. « Le terme d'hôpital général qui apparaît alors se définit comme une structure d'hospice où sont accueillis et maintenus de force les errants et les mendiants. Ainsi s'instaure une dualité charité-répression dans laquelle le second terme va l'emporter progressivement sur le premier. [...] Les pouvoirs publics vont ainsi se substituer progressivement à la compétence ecclésiastique : laïcisation des hôpitaux, dévolution de l'assistance aux magistrats locaux [...] Les théoriciens de l'assistance, tels que Vivès et Médina, développent avec succès l'idée que la charité ne peut ni ne doit être exercée sans discernement et qu'il convient désormais d'opérer une distinction entre les vrais pauvres et les mendiants professionnels, entre les invalides et les valides. Aux premiers l'aumône, aux seconds l'enfermement. » (Quétel, 2009, p. 102-103) C'est ici, notamment que Quétel contredit Foucault : si l'hôpital général a bien enfermé (tout en relativisant le phénomène), ce sont d'abord les pauvres qui en ont pâti. En France, c'est sous François 1^{er} que les premiers édits contre la mendicité apparaissent, en 1526, 1532 (déclaration du parlement de Paris envoyant les mendiants curer les fossés de la capitale), édit royal en 1537, déclaration d'Henri II en 1547, ordonnance de Moulins (article 73) en mars 1566... C'est en 1557 que l'ancienne maladrerie de Saint-Germain est réhabilitée sous le nom « d'hôpital Saint-Germain » « pour y loger, enfermer et nourrir sobrement les hommes et femmes et autres pauvres incorrigibles ou invalides et impotents. » Un siècle donc avant la création de l'Hôpital Général sous Louis XIV, l'hôpital commence à exister et prend forme sous la volonté des directives politiques et royales. En 1611, par une publication, les statuts des « hôpitaux des pauvres enfermés » sont créés ; ils viennent asseoir la volonté autoritaire de « nettoyer » la France de ce problème national : la pauvreté. Faute de moyens, cette volonté d'écarter les mendiants des villes françaises se solde par un échec de l'enfermement en 1612. Néanmoins, les ordonnances royales se poursuivent sous Louis XIII et la stigmatisation de la population en grande précarité se répand, laissant apparaître au début du règne de Louis XIV la classe pauvre comme une « classe dangereuse » (Quétel, 2009, p. 105). Louis XIV, à la fin de la régence, en 1656 (il n'a que 18 ans), promulgue l'édit de 1656 pour la création d'institutions, nommées « hôpitaux généraux », et en faveur de la suppression de la mendicité. À l'époque, où ces hôpitaux existaient déjà (rappelons le, les premiers apparaissent un siècle plus tôt), cet édit apporte des nouveautés : l'importance et le nombre des hôpitaux sur le territoire français, il établit un règlement déterminant le public

accueilli, et enfin affecte des revenus fixes afin de financer le fonctionnement général. Toutefois, les insensés n'apparaissent nulle part dans cet édit, pour la simple et bonne raison que l'hôpital n'est pas pensé ni considéré à ce moment-là comme un lieu de soin. Il est le lieu de l'exclusion de la part de la population que le pouvoir ne veut pas voir en liberté dans les rues. La « chasse aux mendiants » va se poursuivre, en Europe, jusqu'au XVIII^e siècle. Une multitude de structures voient le jour : des lieux d'enfermement pour les pauvres (« casa de misericordia » en Espagne), des « workhouses », des petites prisons (« bride wells » en Angleterre) ou encore des établissements de correction. Les fous ne sont ni directement visés ni réellement concernés par ce mouvement ; leurs situations et leurs traitements ne diffèrent pas tellement du Moyen-Âge : on ne sait pas vraiment comment, ni où les prendre en charge et les accompagner. La cible de ces directives n'est pas tant la déraison en soi, que la paresse, l'impiété et la dangerosité.

Il n'y pas de locaux ou d'établissements réellement spécialisés dans la prise en charge de la folie (contrairement aux pays voisins l'Angleterre, l'Espagne ou l'Allemagne, chez qui le début de la spécialisation a démarré au XIII^e siècle). Toutefois, les fous peuvent être accueillis dans les Hôtels Dieu (par exemple à Saint-Omer où deux annexes sont réservées à l'accueil des « débiles d'entendement ») ou encore à l'hôpital Saint-Germain, mais ils y sont minoritaires et n'ont pas de soins spécifiques. La Salpêtrière et Bicêtre, accueillant respectivement femmes, enfants et hommes, logent également des « fols » et, même si dans ces lieux de véritables quartiers psychiatriques se mettent en place, les personnes présentant des troubles psychiatriques y sont encore une fois en minorité. Cela durera encore longtemps, puisqu'en 1769 La Salpêtrière loge 7800 femmes et enfants et accueille parmi eux 700 fous. C'est ici certainement l'une des plus grandes concentrations d'Europe mais, pour autant, 90% de ces internés ne relèvent pas du champ psychiatrique. Cette discipline n'existe pas encore à l'époque, et comme nous le rappelle Quéstel, ces lieux ne sont pas des lieux de soin : « Le médical, de toute façon, ne prévaut pas à La Salpêtrière où, en 1769, l'on réclame encore une infirmerie digne de ce nom. » (Quéstel, 2009, p. 118) Les troubles psychiatriques sont, en cette fin du XVIII^e siècle, une maladie ou plutôt un « mal » dont on ne se préoccupe guère : « Quant aux folles et aux épileptiques, si nul ne songerait à contester qu'elles sont des malades, nul ne songerait non plus à soigner une maladie considérée comme incurable si elle n'a pas été traitée à son commencement. » (Quéstel, 2009, p. 119)

2.2. Évolution du soin et des traitements : problèmes et débats épistémologiques actuels

2.2.1 Entre sociothérapie et « clinique de l'écoute » : la psychothérapie institutionnelle ou une philosophie politique du soin

Dans cette partie, nous reviendrons sur le mouvement porté par la clinique de Chailles : la psychothérapie institutionnelle. Par des détours à Saint-Alban, et des voyages dans le temps (seconde guerre mondiale, et après-guerre), nous découvrirons l'histoire de ce courant de pensée ainsi que ses fondements théoriques, philosophiques et politiques. À travers les pratiques de soin, l'organisation sociale et culturelle de ces lieux de soin, nous verrons comment les « moniteurs-soignants », ces porteurs de savoirs (savoirs faire, savoirs être et savoirs théoriques) pensent, font et « bris-collent » avec la folie.

Le terme utilisé ci-dessus de « bris-collage » fait référence, nous semble-t-il, à plusieurs aspects du travail soignant et thérapeutique au sein du mouvement institutionnel. Un premier aspect est issu de la psychanalyse avec la notion de « morcellement » qui est évoquée dans cette expression : l'angoisse de morcellement (concept psychanalytique développé en 1968 par Heinz Kohut, un psychanalyste américain du XX^e siècle) est une angoisse vécue par un sujet psychotique comme étant une menace à son intégrité, ou plutôt à son unicité. Ces angoisses peuvent parfois être ressenties sous la forme de rupture de l'image corporelle, ou de désorganisations importantes (les organes vitaux pouvant, par exemple, être l'objet de transformations terrifiantes). Un exemple concret peut illustrer cette angoisse : lors d'un atelier « kalothérapie » à la clinique de Chailles, nous rencontrons Abdel, venu se faire raser. La monitrice-soignante l'installe devant le miroir, lui passe la crème sur le visage, et le rase. Jusqu'ici tout va bien, en revanche, lorsqu'elle va passer derrière lui avec le rasoir pour aller le rincer, Abdel, dans le reflet du miroir, voit le rasoir qui lui traverse le crâne. Là, il se met à crier, l'angoisse de morcellement s'exprime pleinement : il est persuadé que le rasoir l'a réellement coupé. Le terme de « bris-collage » renvoie à un aspect thérapeutique important : il appartient au personnel d'accompagner le patient sur la prise en compte et la compréhension de ces angoisses. Il s'agit de travailler à l'unicité corporelle ressentie et vécue par le patient, en tentant finalement de « coller ces bris de corps ».

De plus, l'étymologie du mot *bricoler* nous éclaire sur le travail du moniteur-soignant : en effet, *bricoler* signifie « Exécuter [...] de petits travaux qui réclament de l'ingéniosité et de l'habileté manuelle ; Arranger, réparer, fabriquer en amateur. » (<https://www.cnrtl.fr>). À partir de cet éclairage étymologique, on peut également percevoir ce qui constitue un des piliers de

l'action soignante et sociale en psychothérapie institutionnelle, à savoir : expérimenter quotidiennement des actions, si petites soient-elles, elles seront composées d'ingéniosité, de ruse, d'habileté manuelle et d'adresse intellectuelle. Le « bris-collage », ainsi explicité, peut également faire référence à certaines notions éducatives que l'on retrouve notamment dans les mouvements d'éducation nouvelle (par exemple « l'agir » de Gisèle de Faily ou encore le « tâtonnement expérimental » de Célestin Freinet).

C'est au sortir de la seconde guerre mondiale que naît la psychothérapie institutionnelle, sous l'influence de François Tosquelles et de la « matrice albanaise » selon l'expression d'Oury. Le terme de psychothérapie institutionnelle apparaît pour la première fois en 1952 dans un article (dans la revue : *Anais Portugueses de Psiquiatria*) écrit par Georges Daumezon et Philippe Kœchlin. Ce courant de pensée va métamorphoser la façon d'appréhender le soin en psychiatrie, et marquer une époque et des lieux particuliers (La Borde, la Chesnaie, Saumery). Les années d'après-guerre seront riches d'idées et d'initiatives ; des nouvelles inspirations et perceptions humanistes naissent : la psychothérapie institutionnelle en fait partie. Une critique des conduites répressives et de la négation de l'Homme s'exprime haut et fort. Mais si la psychothérapie institutionnelle et ses précurseurs souhaitent une réhabilitation des dits « fous », s'organisant autour de la notion de liberté ; ces conceptions ne sont pourtant pas répandues dans l'ensemble de la société : elles restent en marge des règles prescrites. Des personnalités comme Jean Oury vont alors à l'encontre de ces prescriptions, pour créer et mettre en œuvre une autre façon de faire et de penser, des nouvelles manières de soigner.

Afin de bien cerner dans quelles conditions cette pensée s'est développée et mise en pratique, nous allons dans un premier temps revenir sur certains événements de la seconde guerre, qui ont marqué l'esprit des psychiatres. La guerre ravage les principes humanistes, la dignité, les droits de l'homme et bien d'autres valeurs. « Plus jamais ça ! », c'est le sentiment et la formule criée, haut et fort, après l'histoire tragique que ces hommes et femmes viennent de vivre. Trois expériences et événements sont à noter :

- *la famine dans les hôpitaux psychiatriques* : à partir de septembre 1940, des rations alimentaires furent distribuées à la population, il s'agissait de « ration de famine », trop insuffisantes, celles-ci conduisaient inéluctablement à une mort lente par malnutrition. Les gestionnaires des hôpitaux finirent par ne plus pouvoir obtenir ces rations, et le taux de mortalité dans les hôpitaux psychiatriques augmenta de façon sidérante. Après la libération, on estima le nombre de morts entre 40 000 et 50 000, soit près de la moitié des internés de l'époque. À l'hôpital de Saint-Alban, où Jean Oury travailla quelques années (entre la fin de

la guerre et son arrivée à la clinique de Saumery en 1953), le docteur Tosquelles et son équipe n'ont, eux, aucun décès de patients dans leurs services... Étonnant ? pas vraiment..., l'instinct de survie stimulé par des concepts humanistes et des pensées libertaires, a amené l'hôpital à s'ouvrir : « open-door ». Les patients et les soignants sortent de l'hôpital, vont dans les villages et les villes aux alentours, rencontrent les habitants de ces cités et échangent, trouvent de la nourriture. C'est parce qu'ils pouvaient sortir que les patients ne sont pas morts de faim. C'est grâce à cette liberté, qui n'est pas seulement accordée, ni autorisée, mais bien voulue, pensée, soutenue et rendue nécessaire face au tragique humain : l'instinct de survie et la liberté couplé à des formes de solidarité ont alors permis la survie effective de tous les patients de Saint-Alban. Cet épisode sera fondamental, dans la façon dont, par la suite, les penseurs et les acteurs de la psychothérapie institutionnelle défendront farouchement la liberté des hommes et des femmes.

- *le bombardement des hôpitaux psychiatriques* : ces événements furent à l'origine de plusieurs évacuations des hôpitaux. Le Dr Le Guillant, médecin chef de l'hôpital de la Charité-sur-Loire, mena une enquête, après-guerre, pour retrouver les malades disparus. Il se surprit alors, à constater qu'une part non négligeable d'entre eux (qu'il estima à environ 30%) avaient été recueillis dans leurs familles et ne posaient plus de problèmes de comportement. Un autre tiers fut réhospitalisé en raison de l'insistance des troubles, et enfin le dernier tiers fut considéré comme disparu. On supposa alors que certains avaient dû décéder, d'autres être hospitalisé ailleurs, et qu'une partie d'entre eux avaient peut-être repris une vie normale. « Ces conséquences ne manquèrent pas d'interroger les psychiatres sur le bien-fondé du maintien de certains malades à l'hôpital » (Chanoit, 1995, p. 16). À l'époque, on commence tout juste à questionner la dimension carcérale de l'institution psychiatrique et la légitimité de celui-ci dans les soins ou la réhabilitation. C'est le début d'une idée de la refonte de l'hôpital : nous insistons sur le fait qu'il ne s'agit alors que d'une idée, car 60 ans plus tard, si la psychiatrie a vu naître de nouveaux dispositifs, l'hôpital psychiatrique, notamment public, n'a pas subi en soi de transformations majeures. Ce que Oury dénonçait et dénonce encore est toujours présent et vivace, à savoir l'enfermement, le manque de liberté de circulation, de liberté de parole et le présumé d'irresponsabilité, voire de dangerosité du malade. Nous pouvons nous appuyer sur plusieurs exemples de patients que nous avons rencontrés, qui étaient hospitalisés à l'hôpital psychiatrique en hospitalisation libre, c'est-à-dire de leur « plein gré ». On sait que même si ces hospitalisations sont libres, elles sont souvent incitées ou suscitées par le médecin et

l'entourage familial : toutefois, ce type d'hospitalisation permet éventuellement un premier recul sur la maladie et le besoin d'aide. Or, ces patients auxquels nous pensons étaient, faute de place ailleurs, hospitalisés dans des unités fermées. Ils avaient donc, d'après les dires des infirmières, le droit de sortir quand ils le souhaitaient, mais devaient de toutes façons (puisque c'est fermé) demander au personnel de leur ouvrir la porte... Chaque journée passée dans ces institutions, que l'on peut penser coercitives (du fait de cet enfermement qui s'instaure de façon tacite, justifié par un manque de moyens, légitimé et étayé grâce au pouvoir de l'autorité médicale), entérine inéluctablement le préjugé d'irresponsabilité que la société leur prête. Symboliquement, cette situation forge l'irresponsabilité et dépossède peu à peu les patients de leur sentiment de liberté, de leur pouvoir d'agir. Étrange conception de la liberté ; très éloignée de celle que l'on pense et que l'on pratique en psychothérapie institutionnelle...

- *l'expérience de Saint-Alban* : nous sommes en 1940, en pleine débâcle, l'hôpital de François Tosquelles (psychiatre catalan du XX^e siècle) ouvre ses portes. L'hôpital s'ouvre en accueillant des personnalités qui cohabitent alors avec les psychiatres et les « aliénés ». Saint-Alban devient un refuge pour nombre d'intellectuels, de médecins (Daumezon par exemple), d'artistes, de peintres, de poètes (Eluard), de réfugiés politiques, de résistants... Les grilles disparaissent, les murs tombent : peu à peu l'hôpital devient un lieu ouvert. Cette réunion d'hommes et de femmes, de personnalités, dans ce contexte si particulier, va contribuer à alimenter les réflexions autour de la psychiatrie, en théorisant et posant les premières bases de la psychothérapie institutionnelle.

Comme indiqué précédemment, il est question de centrer le travail thérapeutique sur trois temps : la liberté, la responsabilisation du malade et la maîtrise du milieu, avec une étude des résistances émanant du personnel de l'hôpital. Il s'agit donc, pour l'institution, de « se soigner pour être soignante ». On trouve dans cette assertion l'un des piliers de la psychothérapie institutionnelle : mettre le malade à sa place première : un sujet à part entière. Cette orientation est au cœur de la psychothérapie institutionnelle, et c'est d'après ce principe et le vécu de Saint-Alban que de nouvelles pratiques en psychiatrie naissent alors. En effet, à Saint-Alban, il faut bien que cette nouvelle population de l'hôpital s'organise : chacun participe donc à la vie collective ; et c'est cet aspect, très fort, qui fera émerger certains principes de fonctionnement tels que la polyvalence, la libre-circulation de la parole et la multiplication des occurrences de rencontre. L'institution est porteuse de germes, d'aliénation : c'est pourquoi il faut mobiliser une approche

sociologique, en quelque sorte une « sociothérapie » (terme parfois utilisé pour décrire ce mouvement) : il faut traiter l'institution, les soignants et les soignés, avec des outils pratiques, que nous définirons et décrirons ultérieurement, à partir de concepts philosophiques humanistes et éthiques.

Les outils pratiques de cette « sociothérapie » sont multiples et divers. Nous pouvons tout d'abord distinguer les espaces de parole et de participation à la vie institutionnelle comme étant les fondements concrets et quotidiens de ce mouvement. Les réunions, commissions et comités rythment la vie quotidienne de l'institution. Il existe une « grille journalière » de fonctionnement, distribuée par un patient dans toute la clinique à différents endroits, laquelle récapitule l'ensemble des activités du jour. C'est un outil judicieux permettant aux soignants et aux patients de s'orienter et de se repérer dans cet espace et dans un temps donné, la journée. On y trouve le personnel présent ce jour-là (avec les horaires de chacun), les ateliers, l'endroit où ils se déroulent et les personnes qui les animent, les heures et lieux de réunions, commissions, comités ainsi que les événements spécifiques ou particuliers. C'est également à partir de cette grille que les patients vont pouvoir avoir accès à des informations précieuses : quel soignant fait le lever ? qui distribue les traitements ? qui fait les « chauffes » (accompagnements sur l'extérieur) ? qui sera là pour le coucher ? ... Autant d'éléments qui, du point de vue des soignants, peuvent paraître anecdotiques, mais primordiaux pour les patients, qui sont, rappelons-le, présents en permanence dans la clinique.

Les espaces de parole et de participation sont des leviers indissociables du mouvement de psychothérapie institutionnelle. Il y a deux types de réunions : les réunions paritaires, où les patients sont présents, et les réunions soignantes. Elles sont l'endroit privilégié pour discuter des stratégies soignantes, des positionnements des professionnels, pour partager les observations cliniques des personnes accueillies etc... Elles fondent et constituent le cœur même de la pratique : en effet, c'est au travers de ces espaces de parole que la pratique soignante et éducative est analysée. Jean Oury a toujours estimé que « soigner les malades sans soigner l'hôpital, c'est de la folie ! ». Ces propos résonnent tout particulièrement au regard de la situation sanitaire actuelle française et mondiale. En France, les manifestations des soignants (par exemple celles des urgentistes en 2019) rappellent cette exigence, en témoigne un des mots d'ordre des participants : « donnez-nous les moyens d'être humains » (Parant, 2019). La crise de la Covid-19 a ramené sur le devant de la scène l'importance de la place accordée au système de soins et la nécessité vitale de cet enjeu.

C'est notamment au travers de ces espaces de discussion, d'échange et de coopération que cette antienne prend tout son sens. Finalement, « soigner l'hôpital », ce serait prendre soin de la clinique (dans les deux sens du terme) et des soignants pour qu'ils puissent à leur tour en prendre soin. Ce soin accordé à la clinique se matérialise dans ces espaces de parole institués. Il nous semble important d'insister sur ce dernier terme, « *institué* », ces espaces de parole sont bel et bien institués ; ils sont portés par l'institution, et si ces manières d'agir et de penser sont créées par une communauté d'hommes, finalement ils existent en dehors et au-delà d'eux. En multipliant les scènes d'expression, on intensifie et on diversifie les « lieux pour dire », et on espère favoriser l'expression du symptôme, qui à partir de cette expression pourra être traité.

Afin de limiter les rapports de domination et de violence, particulièrement liés aux statuts, qu'ils soient entre soignant/soigné ou entre soignants (cadres/ employés de différents niveaux), les commissions sont des formes de médiatisation de ces rapports. Cette « non-distinction apparente » se traduit concrètement par des pratiques simples mais parfois très symboliques : le non-port de la blouse blanche par les soignants en est l'illustre exemple. Citons également la commission emploi du temps (« CEDT ») qui gère les horaires de chaque soignant, en vérifiant la cohérence de la présence de l'équipe, l'équité entre les salariés, le réajustement de ce qu'il convient de modifier etc... Cette commission est composée de membres du personnel, eux-mêmes élus pour une certaine période, par le personnel. Cela teinte les relations et il est clairement établi que la polyvalence va limiter les rapports de force et de domination, donc de violence. Or, la psychothérapie institutionnelle, c'est peut-être « la mise en place de moyens de toute espèce pour lutter, chaque jour, contre tout ce qui peut faire renverser l'ensemble du collectif vers une structure concentrationnaire ou ségrégative. » (Oury, 2016, p. 9) Il s'agit alors à travers les réunions de *travailler le milieu* : « Il fallait faire un minimum, et ce minimum est souvent très lourd, de réunions d'information, et en même temps de formation tout court, avec du personnel très hétéroclite : aussi bien avec des médecins que des femmes de ménage, des cuisiniers, des éducateurs, des infirmiers, des psychologues. **Ces réunions n'ont de sens que si elles se répètent, s'il y a un certain rituel qui fasse partie du travail.** » (Oury, 2016, p. 24) À travers ces mots de Jean Oury, nous percevons bien autour de quoi les outils de cette « sociothérapie » vont s'articuler : la parole, pensée comme le principal support à la clinique. La polyvalence s'exerce également très concrètement : les soignants émettent des vœux à l'approche de chaque nouvelle saison, et vont être affectés par une commission à certaines fonctions. Une vingtaine de « fonctions » constituent les secteurs de la clinique : les secteurs hôteliers, secteurs de chambre, secrétariat etc...dans lesquels vont être répartis les soignants pour une saison, ou plus s'ils

renouvellent leur demande. Il est important de signifier qu'à chaque changement de fonction la totalité de l'équipe ne change pas, et ce, afin de passer le relais, faire le lien avec les patients. Cela nécessite pour les soignants de s'adapter, savoir se renouveler, recréer des dynamiques, être inventif. Cela permet également d'éviter des sentiments de lassitude, de redonner de la liberté au travail. De plus, c'est un support intéressant de transfert : cela peut amener les patients à se déplacer dans la clinique, quitte à modifier leurs trajets, afin de rencontrer le soignant avec qui ils avaient « accroché ». « S'il est admis qu'on peut créer une autre structure, qui ne sera pas verticale, mais horizontale, qui n'aura pas une espèce d'axe rigide, mais qui aura plein de petits axes, ce que j'appelle une *structure polycentrique* (recentrée par un secrétariat, une assemblée générale, des ateliers, etc. afin que les gens puissent prendre des responsabilités), on se trouvera devant la nécessité d'inventer des ateliers de toutes sortes, qui résistent longtemps ou qui disparaissent- *d'inventer quelque chose de très mouvant, qui puisse s'adapter à la demande des malades qui sont là*. On ne peut rien prévoir quand on est pris dans une structure pyramidale, même avec la meilleure volonté. Cependant, la structure polycentrique est l'instrument de mise en place d'un ensemble où l'on va multiplier les occasions d'échanges, de rencontres, et où l'on va pouvoir régler les systèmes de conflits. » (Oury, 2016, p. 33) Cette phrase nous semble particulièrement pertinente pour comprendre le mouvement de psychothérapie : le terme « **polycentrique** » éclaire de façon judicieuse le fonctionnement de ces cliniques, les buts qu'elles cherchent à atteindre (multiplier les occurrences de rencontres) et les outils mis en œuvre pour appliquer ces principes.

La psychothérapie institutionnelle naît donc sur ces bases, en s'appuyant sur des actes faisant liberté et courage de manière très volontariste. Par exemple, revenons un peu sur l'itinéraire de Jean Oury : après son passage à Saint-Alban, il va travailler à la clinique de Saumery quelques années. Il en part en 1953 après un désaccord avec le « gestionnaire » de la clinique, mais il n'en part pas seul : il s'en va avec patients (au nombre de 12) et soignants. Il explique que l'administration était au courant et que c'était « bien vu par les autorités ». On n'imagine pas à l'heure actuelle, ou difficilement, un psychiatre partir avec l'ensemble des gens qui composent l'hôpital psychiatrique (soignants et soignés), dormir à l'hôtel, en attendant de trouver un lieu « habitable ». C'est pourtant ce qui se passe en 1953, et c'est comme ça, par hasard, selon ses propres mots, que Jean Oury va découvrir et acheter La Borde pour y installer la clinique que l'on connaît aujourd'hui.

La psychothérapie institutionnelle vient montrer une autre manière de penser le soin et l'éducation en psychiatrie, différente de ce qui existe majoritairement dans les institutions : en effet, par ses fondements philosophiques, politiques et au travers des applications concrètes qu'elle propose, elle vient décloisonner les fonctions soignantes ou éducatives, pour en faire un « tout ». L'approche devient globale, le patient est au cœur de l'accompagnement ; et l'accompagnement est fait de multiples maillages. Les moniteurs-soignants ont la possibilité d'occuper des fonctions variées, (que celles-ci relèvent du soin ou non), quelles que soient leurs formations, leurs diplômes... Le désir et l'envie de faire sont omniprésents, ils sont suscités quotidiennement, tant du côté des patients que de celui des soignants. On pense et on crée des lieux pour dire et accueillir la folie. On cherche à faire advenir le patient à lui-même et par lui-même, en faisant émerger des paroles jusqu'alors impossibles ou indicibles. Ces espaces où sont déposés ces paroles un peu folles, ces comportements souvent bizarres, parfois très étranges, voire absurdes, drôles ou inquiétants sont essentiels : au travers de leurs existences, on vient reconnaître et admettre la maladie ; dans le même temps, le décloisonnement, la polyvalence, la participation de tous à la vie en communauté, au « vivre ensemble » tente d'éviter une fixation des places, du rôle de chacun, notamment celui de « malade ». Tous ces aspects (pratiques et théoriques) constituent la forme « poly dimensionnelle » (Oury, 2008) de l'accompagnement en psychothérapie institutionnelle : l'accueil de la folie, son « traitement » est inévitablement poly dimensionnel, car la folie impacte tous les domaines de la vie de la personne ; et c'est par cette hétérogénéité qu'on accède à différents niveaux de réalité, à diverses scènes, que celles-ci soient psychiques (individuelles) ou institutionnelles (collectives). Cette hétérogénéité permet d'introduire l'altérité, la différence et donc de faciliter rencontres et échanges. Or, ce sont ces domaines relationnels qui mettent principalement en difficulté les personnes accompagnées. La diversité est également présente au sein des moniteurs-soignants recrutés : si ceux-ci sont souvent (principalement d'ailleurs) des infirmiers, avec quelques travailleurs sociaux, on trouve également des « personnalités ». Nous entendons par là des personnes qui ont un vécu, un parcours de vie intéressant (par exemple des personnes ayant voyagé ou ayant des expériences antérieures dans d'autres domaines).

Cette acceptation de la folie, envisagée comme facette inhérente à l'être humain, n'est pas si courante. Nous avons vu précédemment, à travers notamment l'exemple d'une structure sociale, qu'il existe des formes de négation contemporaines de la folie. Cette négation prend des formes différentes, plus ou moins implicites. Pourtant, la folie, nébuleuse complexe et polymorphe, imprègne la société. Elle est présente partout, et ce depuis que l'humanité existe. À force de

vouloir la nier, chose probablement tout à fait vaine, la frontière entre le normal et le pathologique devient poreuse, voire inexistante. « Nier la folie constitue la pire des folies » (Coupechoux, 2009, p. 338).

La psychothérapie institutionnelle est alors, comme indiqué dans le titre du chapitre, à la fois une sociothérapie (car elle se donne pour ambition de « soigner l'institution », en adoptant une vision globale de la folie dans la société et des rapports de force ou de domination qui s'y jouent) et une clinique de l'écoute. Il semble important de revenir sur ce terme avant d'aller plus loin. Le terme « clinique » vient du latin « clinicus » qui signifie incliner, coucher. La clinique, au sens premier du terme renvoie donc à « une méthode médicale consistant à examiner le malade au lit » (<https://www.cnrtl.fr/>). Cette définition nous montre en quoi la clinique médicale, en tant que méthode, s'est basée sur une observation du patient à son chevet. Les pratiques médicales sont donc fondées sur l'observation des symptômes présentés par le malade : ce dernier est passif, soumis au regard du médecin qui investigate et cherche le traitement. Le corps médical ne fait pas appel à la subjectivité du patient ; son vécu, ses ressentis ne sont pas sollicités : le médecin est l'expert, et cet expert observe. La production du savoir et des connaissances médicales se développe sur un rapport d'extériorité et d'objectivation. Ce postulat d'objectivité impose au soignant de se situer dans une extériorité radicale vis-à-vis du patient, ou plus largement de l'objet (et non du sujet) étudié. Cette « clinique du regard » va être fondamentalement bouleversée avec les découvertes de Freud durant la seconde moitié du XIX^e siècle. Freud, en effet, en introduisant la psychanalyse, va faire basculer la clinique du regard vers une clinique de l'écoute. On ne peut aborder la clinique de l'écoute, et l'ensemble de ses déclinaisons (sociologie clinique, clinique narrative, etc...) sans faire référence à l'histoire et à la naissance de la psychanalyse. Charcot est un médecin neurologue français, du XIX^e siècle, qui fut médecin-chef à la Salpêtrière. Quand Freud arrive à Paris, à la fin de ce siècle, il découvre et assiste aux leçons de Charcot. Ce dernier « présentait » les malades, particulièrement les hystériques, et donnait à voir les symptômes : lors de ces sessions, le corps des hystériques était offert ou soumis au regard des spectateurs. Nous retrouvons ici de manière très marquée la clinique du regard. Freud, en créant la psychanalyse, pense le malade comme un sujet qui parle et qui a à dire sur sa maladie. Il révolutionne alors la clinique en développant une « clinique de l'écoute ». Il est question pour lui de favoriser une meilleure écoute du patient en proposant des espaces de parole, qui laisseront au sujet la place pour laisser parler l'inconscient. Qui plus est, Freud va, dans l'élaboration de la posture de la clinique psychanalytique, s'attacher à l'importance de la prise en compte de la subjectivité du

clinicien. À travers l'analyse de sa participation et de son implication, le clinicien devra assumer sa subjectivité et prendre en compte ses effets dans la cure, ce qu'il théoriserà à travers les notions de « transfert » et « contre-transfert ».

Cette révolution clinique est importante à souligner car elle va impacter les rapports entre soignants et soignés, et ce particulièrement en psychiatrie. Il semble également important de rappeler que le mouvement de psychothérapie institutionnelle est souvent désigné comme ayant deux jambes : le marxisme et la psychanalyse, d'où une importante prise en compte de la parole du sujet, et cela même si celle-ci est délirante.

2.2.2. La « clinique du sujet » à l'heure de l'émergence d'une nouvelle ère neurobiologique et comportementale

Lorsque le mouvement de psychothérapie institutionnelle naît, la pharmacopée n'en est encore qu'à ses balbutiements et la psychiatrie soigne encore sans guère de traitements chimiques. L'arrivée de molécules spécifiques sur le marché du soin psychiatrique va révolutionner la façon de penser le traitement et la relation thérapeutique. La médecine en général, et la psychiatrie en particulier, vont entrer dans une nouvelle ère, bousculant et revisitant les paradigmes contemporains de cette époque ; une ère chimique, hormonale, biophysique étouffant doucement l'intersubjectivité et la parole. Nous avons vu précédemment que la prise en compte de la parole du patient apparaît avec la psychanalyse, soit moins d'un siècle avant l'arrivée des traitements chimiques. La médicalisation de l'existence plus globalement (Gori & Volgo, 2009) est corrélée à des intérêts financiers et des lobbys pharmaceutiques : de plus en plus de médicaments sur le marché pour de plus en plus de maladies... Un exemple frappant (Gori, 2013) : en 1952, le DSM (1^{er} de sa génération) compte dans sa première publication une centaine de troubles du comportements, ou troubles mentaux (dont, il faut le rappeler, l'homosexualité...) ; en 1994, soit un peu plus de quarante ans plus tard, le DSM IV en comptabilise plus de 400... ! L'humanité de plus en plus malade ? avec un besoin croissant de traitement médicamenteux ? Roland Gori qualifie ce processus de fasciste : un « rêve positiviste qui vire au cauchemar, à la folie nazie ». Les exigences normatives sont de plus en plus fortes et sont liées à l'évolution de la société : il cite la crise des grands récits, une société post-moderne qui a traversé et vécu des « grandes sidérations » (les deux guerres mondiales et l'émergence du néolibéralisme). La médication systématique est selon nous toujours à questionner, et une approche historique de l'évolution en psychiatrie permet l'adoption d'une posture moins aut centrée, un relativisme temporel : on

soigne la folie avec des benzodiazépines (Xanax, Lexomil, Tranxène...), des antipsychotiques, aussi appelés neuroleptiques (Tercian, Largactil...) ou des antidépresseurs depuis à peine 60 ans, ce qui n'est rien comparé à l'histoire de la folie, existante elle, depuis que l'humanité est.

L'année de création du terme de psychothérapie institutionnelle, 1952 est également l'année de la découverte des premiers neuroleptiques par Laborit (biologiste et pharmacologue) et de leur commercialisation, avec la découverte des effets de la molécule chlorpromazine (vendue sous le nom de Largactil) sur les patients atteints de schizophrénie, ou de troubles maniaques. Les effets observés sont souvent qualifiés de spectaculaires : les catatoniques retrouvent la parole, et accèdent plus facilement au travail de psychothérapie, les personnes agitées (maniaques) se calment, cessent de hurler. L'hôpital psychiatrique, décrit et vécu comme un lieu de fureur et de violence, change radicalement : une ambiance plus apaisée et sereine s'y installe. La médicalisation de la psychiatrie prend à ce moment un tournant considérable : le traitement médicamenteux est source d'espoirs. Les soins prodigués par une savante chimie prennent une autre forme. Cet inévitable soin par la chimie s'ancre dans une clinique du regard : l'observation des comportements et leurs modifications par un traitement alimentent celle-ci. Soixante ans plus tard, la prescription d'un traitement médicamenteux (par injection ou par voie orale) est devenue une base incontournable du travail de soin, un prérequis pour entamer la relation soignante (d'ailleurs les « fenêtres thérapeutiques » sont plutôt rares). La clinique de l'écoute, quant à elle, pense etpanse la parole comme base première de la relation soignante et du travail de soin engagé. Il faut une « parole parlante », des instants pour dire si on ne veut pas tomber dans ce que Gori nomme « la marchandisation de l'existence ».

La même année (1952), la circulaire 148 du 21/08, amène à faire disparaître le caractère carcéral des hôpitaux psychiatriques. L'enfermement physique et psychique (camisole par les neuroleptiques et la médication) est devenu la solution la plus courante pour canaliser la folie, et cela perdurera au-delà de cette note. Pourtant, ce texte vise à redonner de la dignité aux personnes hospitalisées, par des mesures concrètes : suppression des uniformes des malades, droit de conserver des objets personnels pendant leur hospitalisation, et aménagement des locaux en lieux conviviaux pour une vie quotidienne plus agréable. Enfin, le ministère de la santé nomme ces établissements « Centres psychothérapeutiques » afin de marquer la rupture avec le monde asilaire. L'idée consiste à faire sortir les malades de l'hôpital psychiatrique, et à accentuer davantage le « traitement » en extrahospitalier.

La perspective d'une psychiatrie de secteur germera à cette période ; dans un élan pour casser les murs de l'hôpital et proposer des soins au plus près du patient, dans son environnement. L'hôpital

est considéré comme un « instrument de soins » d'après Esquirol, et le malade un sujet de soins, non plus un objet de soins, que l'on regarde, observe, évalue, mesure... ; il devient un sujet que l'on écoute. La politique de sectorisation, au fil des décrets, puis d'une loi (loi du 25/07/1985), reste le modèle de l'intervention en psychiatrie aujourd'hui. Un secteur recouvre une zone géographique d'environ 70 000 habitants et a pour but d'offrir un panel plus large et plus diversifié de soins, à travers l'apparition de nouveaux dispositifs (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) ainsi que les visites infirmières à domicile. La visée de cette politique est double : on souhaite aborder le soin différemment, en déplaçant l'intervention des équipes, vers des lieux de soin au plus proche du domicile du patient afin d'éviter les effets chronicisant, aliénant et désocialisant de l'hôpital psychiatrique critiqué comme asile. La politique de secteur a également pour but de maintenir une continuité dans les soins, d'inscrire la relation thérapeutique dans une temporalité, un suivi historique. Un autre dessein, peut-être moins explicité, est le suivant : on cherche davantage à maîtriser les coûts, et ce en rationalisant l'intervention et en réduisant les dépenses ; la diminution du nombre de lits en psychiatrie est alors un moyen, une solution économiquement intéressante. Depuis les années 80, le nombre de lits en psychiatrie n'a cessé de baisser, et ce de façon considérable : en effet, le nombre de journées d'hospitalisation complète est passé de 40 323 en 1980 à 18 233 en 2008 (Coldefy, 2012). C'est cette suppression de lits qui indignent certains psychiatres, notamment Oury, qui évoque « une destruction massive de la psychiatrie » en train de se jouer depuis plusieurs décennies (Omélianenko, 2014). Il cite l'exemple de l'hôpital psychiatrique de Blois qui comptait 1200 lits avant-guerre et qui fut complètement liquidé pendant l'occupation ; aujourd'hui il peut accueillir 80 personnes en hospitalisation complète et un peu moins d'une trentaine de places en hôpital de jour.

Toutefois, ces chiffres qui indignent Oury, peuvent être compris très différemment. En effet, nous ne pouvons aborder le sujet de la psychiatrie et de la question des lieux d'accueil sans évoquer le nom de Franco Basaglia. Ce médecin psychiatre italien contribue activement, dans les années 1970, à la théorisation d'une critique institutionnelle. Partant de « situations-limites », il dépeint un univers institutionnel psychiatrique fait de violences, d'humiliations, de frustrations, de privations de dignité etc... Il en déduit que « la subdivision des rôles traduit *une relation d'oppression et de violence entre pouvoir et non-pouvoir, qui se transforme en exclusion du second par le premier*. La violence et l'exclusion sont en effet à la base de toutes relations susceptibles de s'instaurer dans notre société. » (Basaglia, 2012, p. 125). Les institutions (famille, école, prison, asile...) justifient la violence et l'exclusion qu'elles instaurent « au nom de la nécessité, en tant que conséquence de la finalité éducative pour les premières, de la < faute > et de

la « maladie » pour les secondes. Ces institutions peuvent être définies comme les *institutions de la violence*. » (Basaglia, 2012, p. 126). Toute la pensée de Basaglia s'attache à comprendre les enjeux de pouvoir et de contrôle qui s'établissent entre les institutions (particulièrement ces *institutions de la violence*, pour reprendre ses termes) et les individus qui y sont rattachés.

Critiquant vivement à la fois les approches traditionnelles de la psychiatrie et les approches plus contemporaines de son époque, dites « technicistes », Basaglia contribue à réinterroger les rapports à la norme, et au pouvoir. Il dit des professionnels, (en citant le « néo-psychiatre, le psychothérapeute, l'assistante sociale, le psychologue d'entreprise, le sociologue industriel ») que « Leur tâche - qui est qualifiée de *thérapeutique-orientatrice* - consiste à préparer les individus à accepter leur condition d'objets de violence, en leur donnant pour établi qu'au-delà des diverses modalités d'adaptation qu'ils peuvent choisir, être objet de violence est la seule réalité qui leur soit permise. » (Basaglia, 2012, p. 127). Considéré ainsi par Basaglia, l'acte thérapeutique et le mandat social qui lui est lié, doivent être alors niés. En effet, si la société organise des institutions, dont la nature même et la légitimation d'existence sont d'exclure et de prémunir la société, (par exemple de la folie, mais pas uniquement : des prisonniers, des migrants etc...) alors ces *institutions de la violence* ne vont faire que reproduire les rapports de force, de soumission, de stigmatisation et d'exclusion présents dans la société, et dont elles sont la traduction et l'expression. « La négation d'un système est la résultante d'un *renversement*, d'une remise en cause dans un champ d'action déterminé. [...] Cela signifie qu'au contact de la réalité institutionnelle - et en nette contradiction avec les théories technico-scientifiques -, des éléments se sont trouvés mis en évidence qui renvoient à des mécanismes étrangers à la maladie et à la cure. Une telle constatation ne peut que remettre en cause les théories scientifiques relatives à la maladie, ainsi que les institutions sur lesquelles reposent leurs actions thérapeutiques, et nous renvoyer à la compréhension de ces mécanismes étrangers qui ont leur source dans le système social, politique et économique qui les détermine. » (Basaglia, 2012, p. 128).

La négation d'un système institutionnel est donc une remise en cause fondamentale de son origine même, sa raison d'être. L'institution ne peut être pensée en dehors du système (économique, marchand, scientifique, artistique, politique, idéologique, social) qui la produit : elle est le reflet de ces systèmes. Les possibilités thérapeutiques sont étroitement liées aux conditions même de création des institutions. Or, ces conditions sont prédéterminées et structurées par un système principalement régi par une économie de marché et « où toute relation est strictement déterminée par des lois économiques » (Basaglia, 2012, p. 130)

Ce système, créateur d'institutions, prend ses sources dans des modèles économiques, sociaux, politiques et scientifiques. Là encore pour Basaglia, la critique est acérée et sans appel. Dans leurs tentatives de compréhension des mécanismes sociaux et psychiques menant à la maladie mentale, les sciences (biologiques, psycho-dynamiques et phénoménologiques) ont échoué, selon l'auteur, à déjouer les pièges de l'objectivation objectivante, au sens de rendre une personne « objet de... ». « De même, la contribution ultérieure de la pensée phénoménologique - malgré sa recherche désespérée de la subjectivité de l'homme - n'a pas réussi à l'arracher au terrain de l'objectivation où il se trouve *jeté* : l'homme et son objectalité sont encore tenus pour un donné sur lequel nous n'avons d'autre possibilité d'action qu'une compréhension générique. » (Basaglia, 2012, p. 129) C'est à travers ce « pouvoir déshistoricisant, destructif et institutionnalisant » (Basaglia, 2012, p. 133) que se sont construites les institutions psychiatriques.

Basaglia se préoccupe des enjeux et des rapports de pouvoir, notamment au regard d'un processus de dé-subjectivation qu'il observe chez les « internés ». Selon lui, les institutions opèrent une action objectivante (du corps présumé malade) et contribuent à renforcer les passivités et l'*objectalité* du dit malade. Basaglia emploie à plusieurs reprises ce terme, en insistant sur celui-ci, l'auteur entend, nous semble-t-il, souligner les contre-sens que prennent les institutions psychiatriques (et les théories sous-jacentes qui les fondent). Elles imposent « au malade le rôle objectif sur lequel se fondera l'institution qui l'a sous sa garde. L'approche de type objectivant influe finalement sur l'idée que le malade se fait de lui-même ; à travers un tel processus, il ne peut se vivre que comme *corps malade*, exactement de la même façon que le vivent le psychiatre et l'institution qui le soignent. » (Basaglia, 2012, p. 129). L'analyse et la critique sont radicales : l'auteur affirme sa volonté de, sans cesse, questionner et discuter les conditions qui objectivent le malade. La liberté du sujet est sa principale préoccupation : « Il n'y a d'approche et de *relation thérapeutique* possibles qu'au niveau du malade *libre* : malade qui échappe à l'internement forcé, et pour lequel les rapports avec le psychiatre conservent une marge de réciprocité en étroite corrélation avec son pouvoir contractuel. En ce cas, le caractère intégrant de l'acte thérapeutique apparaît à l'évidence dans la recomposition des structures et des rôles... » (Basaglia, 2012, p. 130). La recomposition des structures et des rôles dont parle l'auteur évoque le mouvement institutionnel et les créations de « communautés thérapeutiques ». Il est question dans ces nouvelles dimensions institutionnelles de se « laisser contester par la réalité du malade mental » (Basaglia, 2012, p. 130) En effet, ces mouvements se rejoignent sur ce point : l'intérêt porté au sujet et le soin accordé aux processus de (re) subjectivation des patients accompagnés.

L'écueil de la réification des malades mentaux par le fait de l'institutionnalisation est bel et bien un constat partagé par Basaglia, Oury, Tosquelles... Pour éviter des positionnements objectivants, contribuant à réifier le sujet, il est nécessaire alors de ne pas le « couper » de son histoire, de son vécu, de ses droits, de sa « valeur sociale et de son pouvoir contractuel » pour reprendre les mots de Basaglia. Le problème soulevé par l'institutionnalisation des malades mentaux se situe à plusieurs niveaux : il reflète, à un niveau macro, un système social aliénant (privant une partie de ses membres des droits et libertés communément admises), il produit des relations asymétriques, à un niveau méso, particulièrement en termes de pouvoir, induisant ainsi des rapports de force fondés en partie sur l'agressivité. Enfin, à un niveau micro, il déshumanise l'individu en l'objectivant et en le plaçant dans une situation limitant son pouvoir (d'agir, de faire, de penser, de choix) en tant que sujet.

« Le niveau de dégradation, d'objectivation, d'anéantissement total qu'il [le malade] présente, est bien moins la pure expression d'un état morbide que le produit de l'action destructrice d'une institution destinée à protéger les normaux de la folie. Cependant, une fois le patient débarrassé des superstructures et des incrustations institutionnelles, on s'aperçoit qu'il demeure l'objet d'une violence que la société a exercée et continue d'exercer sur lui, dans la mesure où - avant d'être un malade mental - il est un homme sans pouvoir social, économique et contractuel : un homme réduit à l'état de simple présence négative, aproblématique et acontradictoire, pour camoufler les contradictions de notre société. » (Basaglia, 2012, p. 138)

Basaglia dénonce avec acharnement les violences perpétrées au cœur des institutions et le recours à la force pour contenir des populations dites malades (sous réserve de soin) : « Il [le malade] est introduit, en somme, dans un espace conçu à l'origine pour le rendre inoffensif et le soigner, mais qui se révèle, en pratique et paradoxalement, comme un lieu construit pour anéantir son individualité : le lieu de son *objectivation* totale... » (Basaglia, 2012, p. 140)

Basaglia a œuvré durant toute sa carrière à lutter contre la déshumanisation des soins et des relations thérapeutiques ou éducatives. Son refus de l'institution psychiatrique traditionnelle se traduit concrètement par l'instauration de nouvelles libertés, la création de systèmes d'assemblées, la participation et la contribution de chacun aux discussions, aux échanges, choix et décisions. On parle de « communautés thérapeutiques » visant à *renverser* les rapports de force, de pouvoir. Il est donc question de maintenir, de susciter un niveau de tensions, « de conflit propre à stimuler, au lieu de les réprimer, l'agressivité et les forces de réaction individuelle de chaque malade. » (Basaglia, 2012, p. 142). Cela n'est pas sans risque : Basaglia ose la confrontation, vient chercher le niveau suffisant de « conflit » pour faire émerger le sujet, et recomposer les places et rôles de chacun. Reprenons l'étymologie latine de « conflit », « *conflictus* », participe passé de « con- » (ensemble) et « *fligere* » (choc, lutte, combat). Proche de celle du mot confluence, là où les fleuves

et courants se rencontrent... Si les différences et les divergences sont tout de suite présentes à l'esprit quand on évoque le terme « conflit », il s'agit de ne pas oublier qu'il est avant tout question d'une rencontre entre ces différences, de la possibilité de leurs expressions. Idem pour le mot « crise », rappelons-nous son étymologie grecque « krisis » qui signifie « décision ». La fonction des conflits et l'expression de la crise servirait potentiellement à prendre des décisions, à chercher ensemble des solutions. C'est cette expression qui permet la diversité des points de vue, la richesse des échanges, le dépassement de l'inertie, de l'immobilisme par et pour les rencontres. Le conflit peut donc être vu comme une possibilité de création : de solutions, d'innovations, de questions... Basaglia, comme les figures de la psychothérapie institutionnelle, réenvisage le conflit, pour mieux se préparer à le gérer, l'accueillir, l'accepter. La libre circulation de la parole est une condition préalable et nécessaire pour que le conflit s'exprime et les réunions, de tous types qu'elles soient, peuvent être des espaces pour le transformer.

« La communauté thérapeutique, ainsi conçue, ne peut que s'opposer à la réalité sociale dans laquelle nous vivons, car - fondée sur des postulats qui visent à détruire le principe d'autorité, tentant de programmer une condition communautairement thérapeutique - elle est nettement en contradiction avec les principes dont s'inspire une société désormais identifiée aux règles qui la canalisent... » (Basaglia, 2012, p. 143)

Pour le dire autrement, si la pensée de Basaglia diffère de celles des pionniers de la psychothérapie institutionnelle, celles-ci se rejoignent tout de même sur l'idée de « communauté thérapeutique » comme étant un espace collectif, qui, de fait par son fonctionnement, ses principes et sa raison d'être (accueillir les dits « exclus ») entre en confrontation, voire en opposition, avec la société. Basaglia pense cet espace comme « un lieu dans lequel les contradictions de la réalité sont l'humus d'où surgit une action thérapeutique réciproque. » (Basaglia, 2012, p. 144). Il se montre toutefois prudent à l'égard des communautés thérapeutiques, l'écueil selon lui étant de « tomber dans une idéologie communautaire » (Basaglia, 2012, p. 159) ; or il lui semble précieux de garder en tête l'esprit permanent de contestation évitant ainsi les prises de pouvoir et les processus d'objectivation.

Ces courants de pensées critiquent vivement les hôpitaux psychiatriques traditionnels, les considérant comme des « communautés complètement anti thérapeutiques » (Basaglia, 2012, p. 148). Cette condamnation s'appuie sur des observations et des constats qui nous semblent encore d'actualité. Nous pouvons les résumer en quelques points :

- Une objectivation du patient : en étant interné, ce dernier ne devient plus qu'un *corps malade*

- Une réification du malade : il devient un *objet* de soin, entravé, notamment, dans l'expression de son vécu
- Une organisation hospitalière « toute tendue vers l'efficacité du système » (Basaglia, 2012, p. 149)

En effet, ces dérives du système hospitalier sont encore à l'heure actuelle dénoncées avec force et vivacité par nombre de praticiens. À la suite de la crise de la Covid 19, l'année 2021 a été marquée par de nombreux cris d'alerte des soignants en psychiatrie, montrant un épuisement professionnel et un système à bout de souffle. Mathieu Bellahsen fait partie de ces médecins qui élèvent la voix ; dans son article paru en 2021 sur le site Médiapart « Assises de la psychiatrie couchée. Episode 1 : Consécration de la cérébrologie », il évoque l'avènement de la neuropsychiatrie de seconde génération, qui allie « antipsychiatrie gestionnaire, neuropolitique et santé mentale néolibérale ». Selon ce médecin, cette nouvelle « psychiatrie de tubes à essai » modifie en profondeur les pratiques soignantes. Celles-ci ne s'organisent plus autour des activités de soin (*iatros*) mais découlent des lois et des discours portées sur le cerveau. « Le véritable handicap de la psychiatrie, c'est la situation de sa recherche : elle est quasiment inexistante, limitée à la neurologie et à la mise au point de nouvelles molécules, ou confinée à des doxas qui ont pris la place de la psychanalyse. Elle ne répond pas aux questions qui se posent quotidiennement dans la clinique. » (Bertomeu, 2015, p. 84). La « cérébrologie » pour reprendre le terme qu'il utilise pour qualifier ce mouvement, conduit les pratiques soignantes à s'organiser autour des processus d'objectivation. « L'objectivation remplace l'activité de soins, où le *iatros* s'efface au profit du *logos*, où cerveau et neuro se substituent au psychisme. » À partir de ces constats, l'auteur conclut que le terme de neuropsychiatrie ne suffit plus à décrire les transformations en cours, d'où le terme employé de « cérébrologie ». Les processus d'objectivation, que ce soit au niveau des soins, des prises en charges et/ou des coûts, tentent de légitimer des fonctionnements gestionnaires des hôpitaux (on peut citer le principe de tarifications à l'acte ou les bascules progressives d'un financement par dotation global à un financement forfaitaire, individuel par « parcours »). Les soins et la psyché s'estompent face à ces logiques et ne constituent plus (ou moins) les organisateurs structurants de la psychiatrie. Cette « cérébrologie » se combine parfaitement avec l'utilitarisme néolibéral et les pratiques gestionnaires et rationalisantes de la santé mentale.

Dans ces conditions, la clinique du sujet et l'importance accordée à la singularité, la subjectivité et le vécu du patient deviennent presque obsolètes. Pour autant, si les acteurs de terrain en psychiatrie expriment actuellement avec autant de colère leur désarroi, c'est certainement en

partie lié à cette « ubérisation de la psychiatrie ». Malgré l'émergence de ce nouveau modèle de normalisation, et de ce paradigme fondé sur la réduction des coûts et sur des processus d'objectivation, les soignants montrent à travers leurs revendications, la nécessité des accompagnements singuliers à mettre en œuvre pour soigner, et ce qu'ils comportent d'incompressibles en termes de temps et de moyens humains et d'inévaluables dans les rencontres. Par leurs absences et parce qu'ils ont particulièrement été mis à mal durant les différents confinements, les liens sociaux se sont révélés d'une importance primordiale pour l'humanité. Or, la création de ces liens, quand elle est affaire d'éducation et/ou de soin, ne peut être évaluée ou estimée. Comme le pointe Jean Oury dans la préface de l'ouvrage de Patrick Coupechoux, il est question d'un travail inestimable : « Dans ces temps de précipitation absurde et quasi criminelle, il est bon de retrouver l'ordre de la marche, de la base (basis). C'est alors qu'on peut raconter < ce qui compte >, dans l'ordre de l'existence, l'ordre de l'inestimable et du < non-comptable >. » (Coupechoux, 2006, p. 7) La rencontre, le lien et l'accompagnement résistent malgré tout, mais non sans difficulté, aux logiques comptables et gestionnaires des structures. Dans quelle mesure ces logiques impactent-elles la rencontre et la création de liens ? En quoi les professionnels du secteur médico-social sont-ils impactés par ce nouveau paradigme ? Quels en sont les retentissements sur leurs pratiques éducatives et soignantes ?

Ayant l'ensemble de ces questions à l'esprit, nous souhaitons terminer ce second chapitre par une approche pédagogique mettant en avant les prérequis nécessaires à la création d'une relation éducative ou soignante.

2.2.3. Les possibilités « d'éducabilité » comme préalable à la rencontre et à l'accompagnement

Précédemment, nous avons étudié le mouvement de psychothérapie institutionnelle. Or, il nous est apparu que nous ne pouvions évoquer ce courant de pensée et cette pratique soignante sans examiner un concept majeur en pédagogie : celui de l'éducabilité. Il nous a semblé qu'une mise en perspective entre cette notion et le mouvement institutionnel pouvait être source de réflexions et de questionnements.

L'éducabilité est un néologisme utilisé au XX^e siècle dans le champ de la pédagogie. La notion apparaît en réalité au XVIII^e siècle sous la plume de Jean-Jacques Rousseau. Père de la pédagogie moderne, il traite entre autres de la question de la perfectibilité de l'homme. Par essence, l'homme naît avec la faculté de se perfectionner, avec des capacités innées, liées à sa nature même, capacités

pouvant l'amener à développer sa puissance de corps et d'esprit, grâce à des éléments extérieurs. « Après avoir montré que la perfectibilité, les vertus sociales et les autres facultés que l'homme naturel avait reçues en puissance ne pouvaient jamais se développer d'elles-mêmes, qu'elles avaient besoin pour cela du concours fortuit de plusieurs causes étrangères qui pouvaient ne jamais naître, et sans lesquelles il fût demeuré éternellement dans sa condition primitive. » (Rousseau, 2021, p. 49) Rousseau évoque ici les facultés naturelles de l'homme, dont la perfectibilité. Celle-ci est définie comme étant un pouvoir, une habileté propre à l'homme : celle de s'améliorer et de progresser de façon permanente et continue. Toutefois, cette propriété ne peut se développer sans l'intervention de « causes étrangères ». L'éducation fait partie de ces facteurs extérieurs à l'homme qui l'aide à se développer, s'améliorer. La perfectibilité est un mouvement sous tensions : à la fois naturelle et innée, elle conduit parfois l'homme à se parfaire, toutefois cette « caractéristique » ne peut se déployer sans une aide extérieure.

Au fil du temps, le terme de perfectibilité a laissé la place au mot « éducatibilité ». Philippe Meirieu définit ce concept comme « un postulat fondateur de toute activité éducative qui interdit d'attribuer une difficulté ou un échec d'un sujet à son "absence de dons". » (Meirieu, s.d.). L'éducatibilité repose sur le postulat que tous les êtres humains ont la capacité d'apprendre. C'est un pari fait sur l'homme. À l'image du pari de Pascal sur l'existence de Dieu, les pédagogues ont tout intérêt à parier sur l'existence de l'intelligence et des capacités intellectuelles, manuelles, artistiques, sportives... de l'homme car si elles existent, le pédagogue a tout à y gagner. Si elles n'existent pas, le pédagogue n'a rien à perdre, en revanche si ce dernier n'a pas misé et parié sur elles et qu'elles existent, il a manqué une occasion essentielle de les développer, voire il a échoué dans sa mission première. Supposer la capacité d'apprendre d'autrui c'est se donner les moyens de la faire advenir. Meirieu caractérise l'éducatibilité à partir de 4 aspects déterminants :

- « **Un présupposé logique** : il est impossible d'éduquer sans postuler l'éducatibilité des personnes... Sans cette postulation, l'éducation disparaît et devient une simple contemplation des aptitudes qui s'éveillent... Un système éducatif qui ne postule pas l'éducatibilité des personnes se nie lui-même.
- **Une nécessité heuristique** : c'est en postulant l'éducatibilité des « inéducables » que les pédagogues ont cherché et trouvé des outils et des méthodes pour faire progresser le « petit d'homme » dans le « cercle de l'humain »
- **Un postulat éthique** : au regard de ce que nous savons de [...] « l'effet Pygmalion » mis en évidence par Rosenthal et Jacobson et au regard du pari que nous devons faire sur l'intelligence de l'enfant...

- **Un gage de prudence** : parce qu'il y a une « opacité incontournable de la conscience d'autrui (Husserl), parce que nous ne pouvons jamais attribuer formellement une mauvaise « performance » à un déficit de « compétences », à fortiori de « don », parce que l'avenir n'est jamais définitivement écrit... » (Meirieu, s.d.)

Effectivement, l'éducabilité est bien un préalable nécessaire à toute action éducative, sinon quel sens celle-ci prendrait-elle ? Toutefois, si elle apparaît « logique » à Meirieu, elle n'est pas nécessairement conscientisée et mise en mots par les pédagogues eux-mêmes, or cette mise en lumière, notamment lors des actions de formations des éducateurs, permet justement de redonner du sens, une logique et une cohérence aux actions éducatives, ou à tout le moins d'éviter la négation du système éducatif par les acteurs eux-mêmes.

De plus, Meirieu pose cette notion comme un postulat éthique fort. Comme évoqué précédemment, Rosenthal et Jacobson ont montré que les représentations et préjugés que les professeurs ont sur les élèves influencent leurs attentes et leurs résultats effectifs des apprenants. Les performances, les apprentissages et les progressions des élèves dépendent moins des caractéristiques et facteurs internes de ceux-ci que du regard que les enseignants portent sur ces individus. Pour le dire autrement, si les enseignants ont des préjugés favorables sur l'apprenant, celui-ci a davantage de chances de réussite, en revanche si ces préjugés sont péjoratifs, il y a plus de probabilités pour que l'élève soit en échec. En effet, « désespérer » d'un enfant revient à l'enfermer dans un état, à l'étiqueter et à décréter son avenir à partir d'un présent, à renoncer à son éducation... Si nous adhérons pleinement à l'éducabilité comme étant un postulat éthique de base qui façonne la relation éducative à venir, il nous semble important d'attirer l'attention des futurs éducateurs, pendant leur formation, sur ce principe. En effet, comme le démontre Rosenthal et Jacobson, l'effet Pygmalion oriente de façon non-négligeable la relation à venir et teinte fortement la rencontre. Cette rencontre entre l'éducateur et l'éduqué est modelée par les représentations, les préjugés que portent les premiers sur les seconds et va déterminer le développement des capacités (ou non) de l'éduqué. Au regard de ces éléments, il nous apparaît alors fondamental que les centres de formation des futurs travailleurs sociaux étudient avec les futurs professionnels ces composantes de la rencontre éducative. Pour cela, il semble inévitable de se préoccuper de ce qui fonde leurs présupposés et de travailler à les déconstruire, afin que le pari d'éducabilité puisse avoir lieu, se jouer et se rejouer au fil de la rencontre. En formation de travailleurs sociaux, les GAPE (Groupes d'Analyse de la Pratique Éducative) font partie des espaces privilégiés pour travailler ces aspects.

Le pari d'éducabilité se couple parfaitement avec les principes de l'approche Rogérienne, notamment la considération positive inconditionnelle. Carl Rogers, psychothérapeute américain, a développé une thérapie basée sur la non-directivité et une approche centrée sur la personne.

Plusieurs principes de bases guident cette pensée :

- La congruence (ou l'authenticité) désigne la capacité de l'aidant à être en harmonie, en accord avec ce qu'il est (ce qu'il dit, ce qu'il pense, ce qu'il fait). Cela renvoie également à la conscience que l'aidant peut avoir sur la manière de vivre la relation avec l'aidé. Il s'agit d'un effort constant pour réduire le décalage entre l'image qu'il a de lui-même et ce qu'il affiche auprès de la personne accompagnée.
- La compréhension **empathique** correspond à la faculté de l'aidant à comprendre ce que vit et ressent la personne aidée. Elle se fonde sur deux aspects : la décentration et l'implication. La décentration est le renoncement ou l'abandon de ses *a priori*, de son système de valeurs (au moins temporairement, le temps de la rencontre et de l'accompagnement) et l'implication indique les dispositions de l'aidant à faire preuve d'empathie. En adoptant une posture basée sur l'écoute active, soutenue par une grande attention à l'éprouvé et au ressenti de la personne accompagnée, l'aidant s'immerge dans le monde intérieur de la personne qu'il accompagne, comprend et saisit davantage les significations que peuvent revêtir sa réalité. Ainsi, l'aidant est en mesure d'accompagner l'aidé à se développer de façon libre et de la manière lui convenant le mieux.
- La considération **positive inconditionnelle** repose sur la conviction de la singularité d'autrui ; l'expérience de vie de la personne aidée (son parcours, ses émotions, ses difficultés...) est unique et irremplaçable. L'aidant doit embrasser la réalité vécue et le monde intérieur de la personne qu'il accompagne, en se débarrassant de tout jugement négatif et de toute sympathie (pour laisser pleinement la place à l'empathie). C'est à cette condition, à travers une attitude positive et inconditionnelle, qu'un changement probable sera possible.

Les principes de l'approche centrée sur la personne portée par Rogers s'articulent et se combinent parfaitement avec le principe d'éducabilité. Ils nous apparaissent comme fondateurs d'une posture clinique attentive au sujet. C'est à partir de cette posture clinique que les rencontres se nouent et déterminent, façonnent la relation éducative ou soignante à venir. Le mouvement de psychologie institutionnelle est également très attentif à la manière dont vont se jouer les

rencontres entre soignants et soignés (en témoigne la rencontre avec François, p. 32) et les principes mis en œuvre étayent la construction d'une posture clinique attentive au sujet et fondée sur une écoute active et complexe. Un exemple illustre bien cela : à la clinique de La Chesnaie, les dossiers de patients ne sont jamais étudiés (ou même accessibles) par le personnel soignant, au moins le temps que la relation se soit établie. Si cela peut parfois être déstabilisant, l'exemple de François montre en quoi il peut être déroutant de ne pas savoir qui est l'autre, c'est également et surtout un gage, non pas de neutralité, mais d'une certaine « fraîcheur » ou spontanéité dans la rencontre et la création du lien. Notre rencontre avec François nous enseigne bien ce principe : ne sachant rien de lui au moment de la rencontre, nous lui avons laissé toute la place et la liberté de donner à voir de lui-même ce qu'il souhaitait, ce qu'il pouvait. Il exprime alors à ce moment-là autre chose que les symptômes psychopathologiques, se permettant ainsi une tentative de redéfinition de son identité. De plus, les relations s'instaurent et se fondent de façon très différente du rapport classique soignant/ soigné, qui nous l'avons vu, est souvent un rapport de pouvoir, voire de domination.

L'éducabilité ainsi posée, elle nous donne à penser les questions de postures des praticiens cliniciens, que ce soit dans le secteur de la santé ou de l'éducation. Elle vient interroger les pratiques éducatives et soulève des questionnements multiples, sur le plan éthique, pratique et méthodologique. Dans un de ces textes, « Le pari de l'éducabilité », Meirieu nous explique que « ce pari de l'éducabilité est probablement scientifiquement faux, bien qu'on n'en sache rien, mais éthiquement juste et nécessaire, parce qu'il est le pari sur l'humain. De même, [...] sa portée heuristique : c'est grâce à ce pari qu'on se met en route et qu'on invente des moyens pédagogiques pour aider les êtres à apprendre et à grandir. » (Meirieu, s.d.) Pensé ainsi, ce principe permet d'innover, de créer et de militer pour tenter de faire réussir les personnes sur lesquelles plus personne ne parie. Or, les éducateurs spécialisés ou les infirmiers en psychiatrie œuvrent auprès de personnes en marge de la société, exclues (de l'emploi, des familles, des institutions classiques...) donc des individus pour lesquels plus grand monde n'attend plus grand chose... Ce pari revêt donc, nous semble-t-il, un aspect fondamental de l'éducation et du soin, en ce sens qu'il porte les valeurs humanistes sous-jacentes à ces activités. Toutefois, si Meirieu le pose comme « probablement scientifiquement faux », c'est certainement car il mène les praticiens aux limites de leurs pouvoirs et puissances d'agir. En effet, la pédagogie moderne est habitée par une contradiction entre le principe d'éducabilité : *Tous les êtres peuvent apprendre* et le principe de liberté : *Nul ne peut contraindre quiconque à apprendre*. Tout le monde peut apprendre, grandir,

devenir un sujet, un citoyen libre et éclairé mais en même temps, on ne peut apprendre, grandir et se développer à leur place. Les limites de ce pari tiennent dans cette contradiction entre éducatibilité et liberté : à force de vouloir éduquer et de vouloir relever le pari, il est possible de basculer sur des dérives de toute-puissance, amenant davantage à du dressage, du conditionnement. Dans ce cas-là, l'éducation se trouve niée, tout comme le sujet, et l'on participe à la fabrication d'un objet et non à l'émergence d'un sujet.

Pour participer à l'éducation d'un sujet, l'éducateur doit travailler à partir et avec le désir, les capacités à différer, l'espace-temps, les responsabilités, les alliances etc... L'enjeu en formation est donc primordial et désigne un double mouvement : enseigner et transmettre aux futurs professionnels la capacité à faire ce pari d'éducatibilité auprès des publics vulnérables, et pour cela, nous devons (les acteurs de la formation et de l'enseignement) nous-mêmes faire ce pari auprès des futurs professionnels. Nous avons évoqué l'existence, en formation de travail social, des espaces de formation : les G.A.P. E. (p. 98). Un exemple vécu alors que nous animions un de ces G.A.P. E. auprès de futurs travailleurs sociaux nous semble révélateur à la fois de la nécessité de faire ce pari et de la difficulté de le tenir. Nous animons un G.A.P. E. auprès d'étudiants en première année, lorsqu'un étudiant, (que nous nommerons Abdou) d'habitude peu loquace et plutôt en retrait dans le groupe (pour plusieurs raisons : il est plus âgé, en reconversion, et est fortement marquée par sa culture d'origine : il a grandi et vécu en Mauritanie et est arrivé en France quelques années auparavant), répond à un autre membre du groupe qui évoquait une situation complexe auprès d'un jeune adolescent placé. Cet étudiant intervient et explique l'intérêt d'infliger des maltraitances ou des violences physiques sur cet enfant. Il nous mime alors comment une claque sur l'oreille ou un tirage de cheveux (à un endroit bien précis) pourrait amener cet enfant à respecter ces éducateurs. Certains membres du groupe (y compris nous-même) sont particulièrement choqués et un vif débat s'amorce. Nous clôturons ces échanges avec un rappel au cadre légal, notamment via la « Loi anti-fessée » qui avait été adoptée quelques mois auparavant. De notre côté, en tant que formatrice et au regard de nos expériences professionnelles et personnelles, nous ne pouvions pas admettre ce type de discours. Toutefois, il nous apparaissait important de laisser l'étudiant s'exprimer et d'aller le rejoindre là où il en était. Il a fallu, comme le préconise Carl Rogers, se décentrer et mettre en veilleuse notre système de référence et de valeurs (la compréhension empathique). Il a également fallu continuer à parier sur cet étudiant et sur ses capacités à apprendre, particulièrement la bienveillance et la douceur.

Enfin, nous souhaitons terminer cette partie en établissant un autre lien entre ces principes pédagogiques et le mouvement de psychothérapie institutionnelle : celui-ci existe notamment du côté du rapport entre l'institution et le personnel soignant. En effet, la polyvalence et la non-distinction apparente (notamment de diplôme entre les soignants) amène les professionnels de ces institutions, fondées sur le mouvement de psychothérapie institutionnelle, à être libres dans leurs apprentissages et à avoir des espaces pour les développer. Le champ de compétences peut se déployer de façon relativement très libre (notamment par les vœux qu'ils émettent quant à leurs choix de fonctions, cf. p. 83) et ces apprentissages sont suscités et soutenus par des conditions favorables à ce développement. L'institution, en proposant ce type de fonctionnement, fait le pari que les soignants peuvent et vont apprendre ; elle les responsabilise par la liberté permise et la sécurisation offerte par les espaces tiers. Ces espaces de parole structurent ces apprentissages théoriques et empiriques. « Ils travaillent comme s'ils n'avaient qu'eux-mêmes comme garantie d'être soignants, sans doute grâce à ce que Lucien Bonnafé appelait « le formidable potentiel soignant populaire ». » (Bertomeu, 2015, p. 84). Ce « formidable potentiel soignant populaire » cher à Bonnafé relève du pari d'éducabilité, et à travers les politiques de sectorisation qu'il a contribué à mettre en œuvre, Bonnafé avait l'ambition de parier, non pas uniquement sur les professionnels de la santé, mais bien sur le « peuple », (entendu comme une communauté d'hommes) capable d'accueillir les individus les plus en marge (notamment psychiquement) et en capacité d'en prendre soin.

Le travail de recherche mené ici vise à interroger la construction du « potentiel soignant » chez les futurs professionnels, particulièrement chez les travailleurs sociaux et les infirmiers œuvrant auprès de personnes ayant des vulnérabilités psychiques. L'approche socio-historique et la mise en lumière des évolutions dans le domaine de la psychiatrie nous conduisent à examiner, de fait, la question de la formation de ces professionnels, ce qui sera l'objet de la partie suivante. Quelles sont les approches mises en œuvre par les acteurs de terrain ? Où ont-ils été formés ? Par qui ? Quelle part prend la question de la « clinique » dans les formations sociales et soignantes ? Dans quelle mesure les questions liées au *sujet* (nous évoquons ici le sujet de soin ou d'éducation, ou le sujet apprenant, en formation) sont-elles traitées ? Comment le sont-elles ? En quoi et comment les étudiants opèrent-ils des transformations dans leur rapport à l'institution, au pouvoir, à la liberté... ? Questions qui traversent le champ médico-social avec vivacité et force tout au long de l'histoire, questions qui sont inhérentes à l'exercice même des fonctions éducatives et soignantes, et qui s'actualisent et se rejouent en permanence.

Chapitre 3 : Histoire des formations : les métiers d'infirmiers et d'éducateurs

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'accueil de la folie en société ne va pas de soi. Son accompagnement, ses soins, sa prise en compte, sa « prise en charge » font entrer plusieurs acteurs sociaux en scène : le corps médical composé entre autres d'infirmiers, et les travailleurs sociaux, avec notamment les éducateurs spécialisés. Ceux-ci œuvrent, en acteurs de terrain, dans des structures parfois différentes, parfois au sein des mêmes institutions auprès d'un public souvent en grande précarité. Nous nous intéresserons ici à l'étude de ces acteurs (infirmiers et éducateurs) et particulièrement aux liens qui existent entre leurs métiers, notamment en psychiatrie, ainsi qu'à leurs formations. Par l'analyse comparée de ces deux métiers, en nous appuyant sur l'évolution des référentiels de compétences, nous essaierons de repérer les points d'universalités, ce qui constituerait un socle commun de valeurs, pratiques, références à ces métiers « d'aide », mais également les points de divergences, de différences tant dans le contenu didactique de formation, que dans les visées et les pratiques. L'analyse partira de l'étude sémantique des référentiels : quels termes sont utilisés pour définir ces métiers, leurs actions ? Quels sont les mots usités pour parler de ces pratiques qui s'entremêlent ? Nous nous intéressons à ces deux métiers car ils se rencontrent régulièrement dans l'exercice de leurs missions, et notamment en psychiatrie ; même si, en comparaison avec les infirmiers, les éducateurs y ont fait leur apparition depuis peu de temps. Nous viendrons alors interroger leurs liens, leurs pratiques et leurs langages.

Nous tenterons donc de démêler les enjeux de professionnalisation de ces deux formations, en tenant compte de l'évolution historique de ces métiers, avec un focus particulier sur la psychiatrie. Il s'agira de comprendre leurs rôles respectifs en santé mentale, au regard des évolutions sociétales, mais également au regard des choix politiques et des tournants philosophiques pris. L'évolution sociologique et politique de ces deux corps de métiers nous éclairera sur les enjeux présents dans les politiques de formations. La question latente ici étant : en quoi une formation, d'éducateur ou d'infirmier, professionnalise, particulièrement à l'accompagnement des troubles psychiques ou aux pathologies mentales ? Quels sont les savoirs transmis à ces futurs professionnels ? Quelles sont les visées des différentes politiques de formation ? Sur quels types de savoirs (théoriques, expérientiels, existentiels) sont fondés les formations de ces acteurs ?

3.1. Educateur spécialisé : évolutions du métier et transformations de la formation

3.1.1. Histoire du métier : des « éducateurs d'internat spécial » aux coordinateurs

Étudier l'histoire de la formation du métier d'éducateur spécialisé et traiter de ses évolutions ne peut se faire sans examiner l'histoire du métier, de sa naissance à sa forme actuelle. « Immanquablement, quand se pose la question de l'histoire des éducateurs spécialisés, vient la recherche éperdue des origines, comme une quête de sens. Celles-ci paraissent parfois d'autant moins lisibles qu'on insiste généralement sur une protohistoire où apparaissent, au risque des anachronismes, des racines très anciennes, au fil de l'eau des initiatives de personnages charismatiques : Saint-Vincent-de-Paul, Mère Marie-Euphrasie Pelletier, fondatrice du Bon-Pasteur d'Angers, ou des pédagogues comme le prêtre italien Don Bosco, le zurichois Henri Pestalozzi, disciple de Rousseau, Anton Makarenko et bien d'autres encore se succèdent dans ce qui fait figure de galerie de portraits aux allures de panthéon. » (Boussion, 2013, p. 15) Il s'agit donc, comme nous le suggère l'auteur, de faire preuve de prudence avec la « protohistoire ». L'ouvrage de Capul & Lemay (1996) retrace finement les débuts de l'éducation spécialisée à travers la présentation d'une dizaine de pédagogues.

« On s'accorde généralement à reconnaître le XIX^e comme époque fondatrice de « l'éducation spéciale », à la suite de la rupture inaugurale introduite par Itard. » (Capul & Lemay, 1996, p. 27) Itard (1774-1838) est un médecin français du XIX^e, spécialiste de la surdité et qui s'est rendu célèbre par la prise en charge de « Victor de l'Aveyron », un enfant sauvage trouvé dans le Tarn et recueilli vers ses douze ans. Jean Itard va exercer le pari d'éducabilité auprès de cet enfant et tentant de lui faire accéder au langage et de l'instruire. En effet, Victor est diagnostiqué comme étant un « idiot de naissance ». « Ce diagnostic est confirmé par le spécialiste de l'aliénation mentale de l'époque, le docteur Pinel, qui conclut, après un examen minutieux, à « l'idiotisme incurable ». » (Meirieu, 2018, p. 43). Jean Itard « obtient qu'on lui confie l'enfant et se propose de faire son éducation pour l'amener à ce qu'il considère comme la faculté des humains par excellence, le langage. » (Meirieu, 2018, p. 44). Il accompagne cet enfant dans son développement en montrant une grande créativité, notamment en matière d'outils pédagogiques (la nécessité heuristique). Si Jean Itard est considéré comme le père fondateur de l'éducation dite spéciale ou spécialisée, c'est au travers de l'accompagnement éducatif et soignant qu'il a mis en place auprès de Victor, l'enfant sauvage. Malgré un diagnostic fataliste, Itard décide de faire le pari de l'éducation : « en s'élevant contre des conceptions innéistes et fatalistes, il a fait progresser

considérablement la réflexion et l'activité pédagogique. En faisant le pari de l'éducabilité de Victor, il a bouleversé une vision résignée de l'éducation. » (Meirieu, 2018, p. 45)

Toutefois, Itard a également utilisé des méthodes parfois proches du dressage (Meirieu en évoque quelques exemples dans son article « Le docteur Itard et l'enfant sauvage »), touchant ainsi les contradictions de l'éducation : entre le principe de liberté et le pari de l'éducabilité. En ce sens, il nous donne à voir les limites du pari de l'éducabilité et est « très représentatif du caractère ambivalent du principe d'éducabilité : il en montre l'impératif philosophique et la fécondité pratique, tout en laissant entrevoir les dangers dont il est porteur. » (Meirieu, 2018, p. 45). En effet, par son volontarisme, il a pu faire preuve d'acharnement vis-à-vis de Victor, au prix de méthodes pédagogiques parfois discutables. Itard est emblématique à plusieurs égards : un des pères fondateurs de l'éducation spécialisée (voire de la pédopsychiatrie), c'est lui qui utilise pour la première fois le terme « éducation spéciale » en 1826 - en précisant « Il faut que cette éducation soit appropriée à la condition spéciale dans laquelle il (l'enfant) se trouve placé » (Capul & Lemay, 1996, p. 28) - et il nous interroge également sur l'exigence de maintenir un équilibre et une tension vive entre le pari d'éducabilité (qui nous enjoint à ne jamais se décourager de quiconque) et le principe de liberté (qui nous rappelle que l'éducation n'est pas la fabrication d'un objet mais bien l'accompagnement de l'émergence d'un sujet). De plus, Itard ouvre « la voie à une lignée de "médecins-éducateurs" » (Capul & Lemay, 1996, p. 33) prouvant, si besoin est, que l'éducation et le soin sont bien deux champs qui se recouvrent et s'entremêlent.

Édouard Seguin (1812-1880) s'inscrit dans la filiation de cette philosophie et de cette pédagogie. Cet homme de terrain que l'on nomme parfois « médecin-éducateur » n'est pourtant ni l'un ni l'autre. Fils de médecin, il entame une formation universitaire dans le droit puis en médecine, mais il ne terminera pas ses études. Très vite, il s'intéresse aux travaux d'Itard, et démarre son métier de pédagogue auprès d'enfants sourds-muets, puis par la suite d'enfants qualifiés d'anormaux ou d'arriérés. Il expérimente avec eux de nouvelles méthodes pédagogiques, qui deviendront la base de ce que l'on nomme aujourd'hui les pédagogies actives (par exemple le monitorat qui sera poursuivi par Montessori) et qu'il nomme, lui aussi, en 1846, « éducation spéciale ». Cet homme, qui n'a alors aucune formation théorique ou universitaire certifiée ou validée, va être nommé, en 1842, à la tête d'un service (un des premiers) dédié aux enfants « privés de raison ». Son expérience (et les relations de son père) lui permet d'accéder à ce poste. On lui proposera plus tard de terminer ses études de médecine, ce qu'il refusera de faire, entre autres pour poursuivre ses recherches de nouvelles pédagogies auprès des « arriérés » et rester sur le terrain. N'étant alors

pas médecin, il sera prié de partir. Il s'oppose à Pinel sur un certain nombre de points : notamment le travail des enfants inadaptés qu'il condamne. De plus, il postule que l'enfant est « *infirmes dans le mouvement, la sensibilité, la perception et le raisonnement, l'affection et la volonté, et c'est par l'éducation que l'on doit réparer* » (Jeanne, 2007, p. 144). Seguin adopte également une posture éducative et soignante basée sur la notion d'éducabilité, et contre les idéaux de son époque prônant « l'incurabilité ». Il place l'éducation au centre du développement de l'enfant, et s'appuie sur les « possibles » à réaliser avec l'enfant. La visée orthopédique du pédagogue est également présente : il s'agit de « réparer » l'enfant. L'orthopédie signifie « l'art de prévenir, de corriger les difformités du corps, surtout chez les enfants, à l'aide d'un appareil ou au moyen d'un traitement » (<https://www.cnrtl.fr/>). Bien que les pratiques orthopédiques aient certainement été mises en œuvre depuis plus longtemps, c'est en 1741 que ce terme fut créé par Nicholas Andry de Boisregard. Seguin fait fructifier l'héritage d'Itard et « établit les fondements de la construction des méthodes d'éducation spéciale. » (Capul & Lemay, 1996, p. 34). Seguin (cité par Capul & Lemay, 1996) définit son approche ainsi « une méthode qui tienne compte des anomalies physiologiques et psychologiques, une méthode qui, pour chaque enfant, parte du connu et du possible, si bas qu'il soit dans l'échelle des fonctions, pour l'amener graduellement et sans lacune au connu et au possible de tout le monde ». On entend ici les prémices et les soubassements de l'éducation spécialisée telle qu'elle s'est développée jusqu'à nos jours, avec des caractéristiques notables : des méthodes (comportant des outils, des techniques et la notion « *d'agir* »), une prise en compte des difficultés singulières de chaque individu et l'ambition, inclusive dirait-on aujourd'hui, d'amener cet individu au plus près de la norme.

Selon la thèse de Samuel Boussion, le métier d'éducateur spécialisé apparaît dans les années 1940. « Avant cette période, les « éducateurs spécialisés » n'apparaissent que sur le papier, et encore seulement dans quelques institutions considérées comme modèles. Le mot « éducateur », très ancien, est pourtant en vogue, notamment porté par le courant de l'éducation nouvelle. Il existe donc des « éducateurs », mais sont-ils pour autant « spécialisés » ? » (Boussion, 2013, p. 16). D'autres groupes professionnels se sont emparés de la question de l'enfance inadaptée, durant l'entre-deux-guerres, c'est notamment le cas des assistantes de service social, des médecins psychiatres (contribuant ainsi à la création de la pédopsychiatrie) ou encore des magistrats et ont cherché à éduquer, soigner, comprendre, juger... Ce mouvement a participé à une « objectivation de l'enfance, souvent à partir de ses déviances, indissociable des dynamiques professionnelles à l'œuvre » (Boussion, 2013, p. 16). Les éducateurs, quant à eux, se structurent dans les années

1940, notamment sous l'impulsion de la création de l'ANEJI (Association Nationale des Éducateurs de Jeunes Inadaptés) en 1947 et regroupant une quarantaine d'éducateurs. Le lancement de cette association se fait à l'issue d'un stage d'été organisé par les Éclaireurs de France, et en ce sens se situe dans le mouvement de l'éducation populaire. Cette association va donner corps à un groupe professionnel, composé d'individus que l'on nomme parfois moniteurs, ou éducateurs, voire rééducateurs. Elle cherche à structurer la profession, en militant pour la création et l'obtention d'un statut, en menant des négociations avec des groupements employeurs, en participant au débat sur la formation et en alertant et influençant les politiques publiques sur les conditions de ces travailleurs. Les objectifs sont les suivants : « d'unir et d'aider tous les éducateurs de jeunes inadaptés, à la fois sur le plan amical et professionnel, en dehors de toutes préoccupations politiques ou confessionnelles, de contribuer à l'organisation de leur profession, d'en écarter les candidats qui n'en seraient pas dignes. » (Boussion, 2013, p. 23).

Créé sous le giron des services sociaux et sous le parrainage des assistants de services sociaux (qui, sont eux, déjà structurés depuis le début de XX^e siècle et dont les écoles ont vu le jour entre 1907 et 1913), l'association voit le jour par la nécessité de disposer de professionnels spécialisés et formés. La faillite des maisons de correction et des méthodes de rééducation (inscrites dans un climat de violence et de précarité), appuie le sentiment qu'il est indispensable de recourir à des professionnels spécialisés, qu'il faudra former. L'inflation des années 1930 conduit l'État à se désengager des investissements économiques et financiers fondamentaux pour le bon fonctionnement des établissements accueillant les publics vulnérables. Dans un contexte économique, politique et social très difficile, la nécessité de formation devient de plus en plus marquante.

Les initiatives de formation sont jusqu'alors plutôt rares, Boussion souligne tout de même une première expérience (relativement brève) de constitution d'une école d'éducateurs en 1932, en Alsace, au sein d'une maison de rééducation pour jeunes garçons, l'établissement Oberlin. « L'école devait former des éducateurs et chefs de service pour des maisons d'éducation ou de rééducation, du personnel spécialisé pour les colonies de vacances, des chefs d'internat, etc. Alfred Tobler, le directeur, avait prévu un programme d'études sur deux ans et demi, durant lequel les élèves devaient suivre des cours de psychologie générale, de psychologie de l'enfant, de psychopathologie, de pédagogie historique, générale et appliquée, de pédagogie des enfants déficients et normaux, d'anatomie, d'hygiène, de médecine infantile, agrémentés de travaux pratiques. Un certificat de fin d'études devait sanctionner le cursus. » (Boussion, 2013, p. 28). Les

programmes identifiés ci-dessus sont intéressants à étudier car ils nous révèlent les prémices des futures formations des éducateurs spécialisés : on peut noter la prédominance de la psychologie (discipline universitaire encore relativement récente), ainsi que la primauté de la pédagogie. L'aspect pratique est également déjà présent, et prend une place importante car c'est par lui que le cursus est validé. Enfin, notons la présence d'enseignements ayant trait à la médecine (anatomie, hygiène...). De nombreuses voix font donc entendre la nécessité de former des personnels spécialisés, Boussion (2013) identifie des acteurs du ministère de la justice, des acteurs issus des milieux politico-administratifs, des juristes (en particulier une thèse de droit), des psychiatres... Ces individus plaident pour la formation d'un « éducateur d'internat spécial ». (Boussion, 2013, p. 31).

Cet éducateur a une tâche relativement vaste et polyvalente, qui recouvre plusieurs domaines : « il intervient sur le plan psychologique (il doit faire passer les tests), médical (pesée, surveillance psychiatrique, tâches « hygiénistes »), pédagogique (collaboration avec le maître, surveillance des études, des moments de lecture, animation d'activités telles que le chant ou la gymnastique, organisation des loisirs...) et aussi moral, autour des deux pôles que sont les sanctions et les récompenses. Ainsi, progressivement, se dessine le profil de celui qui va devenir l'éducateur. S'il est encore une figure de papier, ses caractéristiques à venir ont néanmoins été validées par les élites et les nouvelles conditions politiques et sociales à partir de 1940 vont contribuer à lui donner chair. » (Boussion, 2013, p. 31)

Cette association s'inscrit dans le sillon des organisations professionnelles qui concourent à une meilleure compréhension des enjeux et mécanismes liés à la professionnalisation, notamment parce qu'elle « effectuent un travail de définition et de délimitation du groupe socioprofessionnel en explicitant constamment ce que doit être la profession ; parce qu'elles sont en quête de reconnaissance sociale et institutionnelle, voire de monopole et de protection dans l'exercice du métier ; enfin, par le concours qu'elles prêtent à la technicisation de la pratique professionnelle, à la structuration du savoir et à la définition de normes professionnelles. » (Boussion, 2013, p. 18.). Boussion identifie cet acteur collectif (l'ANEJI) comme central pour comprendre la constitution de ce métier. L'obtention d'un statut des éducateurs est créée en 1958, par la signature d'accords collectifs entre l'ANEJI et les principales associations gestionnaires de protection de l'enfance de l'époque, les ARSEA (Association Régionales de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence). Cet accord préfigure de la signature de la convention collective nationale signée en 1966, toujours en vigueur aujourd'hui. Au terme de longues négociations, les signatures des accords de 1958,

puis de la convention collective de 1966, structurent la profession en lui donnant un cadre d'exercice réglementaire, en créant des statuts et en offrant des garanties sur les conditions d'exercice de l'emploi et de l'accès à la formation. Ces accords « reconnaissent une nouvelle fonction de l'éducateur spécialisé, reconnaissance nécessitant l'obtention d'un diplôme dispensé dans l'une des écoles d'éducateurs agréées. » (Lepage, 2017, p. 22)

L'éducation spécialisée a donc évolué en traversant différents modèles qui vont la structurer (Lepage, 2017) :

- Le **modèle assistanciel** qui va perdurer jusqu'au Moyen-Âge (l'histoire de la folie montre l'importance de la charité et l'assistance dans le soin et l'éducation)
- Le **modèle disciplinaire** qui va dominer au cours des XVII^e et XVIII^e siècles et qui deviendra un modèle répressif, au regard des dérives totalitaires présentes notamment dans les colonies pénitentiaires accueillant les jeunes délinquants. La colonie pénitentiaire agricole de Mettray, ouverte en 1839, est l'illustration même de l'existence de ces « bagnes d'enfants » (Paillet, 2007). L'architecture du secteur de la protection de l'enfance se construit au cours de ce siècle, notamment en différenciant deux domaines : celui de la protection de l'enfance (via les orphelinats voués à protéger l'enfance en danger) et celui de l'enfance délinquante (qui deviendra la PJJ), avec les colonies pénitentiaires dédiées à la rééducation des vagabonds et autres inadaptés.
- au XIX^e siècle et dans la première moitié du XX^e siècle, c'est le **modèle caritatif** qui s'impose, avec, entre autres, la création des « bonnes œuvres » (portées par des fonds privés), la création des premiers tribunaux pour enfants en 1912, la mise en place d'un cadre juridique resituant le mineur comme un enfant victime avant d'être coupable (l'ordonnance du 02/02/1945) et la professionnalisation des acteurs de terrain, via l'apparition des premières formations d'assistants de services sociaux (avant la création du diplôme). Notons que le fondateur de Mettray créé en 1838 « la première < école normale des contremaîtres > pour former son personnel – des anciens gardiens, militaires ou instituteurs, garantissant une bonne morale. Ils sont les < ancêtres > des éducateurs de < l'éducation surveillée >, devenue la Protection Judiciaire de la Jeunesse. » (Lepage, 2017, p. 21). Une nouvelle fonction se dessine : celle de l'éducateur spécialisé, se distinguant des fonctions de soin, d'enseignement et de surveillance.
- Plus récemment, c'est le **modèle technicien** qui est revendiqué, lors d'un congrès de l'ANEJI de 1962. Une nouvelle définition de l'éducateur y est proposée : « L'éducateur

de jeunes inadaptés est un travailleur social, technicien des relations humaines, qui contribue – en collaboration constante avec les autres techniciens du service ou de l'établissement – au soutien, à la restructuration et à l'épanouissement de la personnalité ainsi qu'à la normalisation des rapports sociaux des jeunes qui lui sont confiés ; notamment en utilisant la relation individuelle et les interrelations de groupe, à travers les actes de la vie quotidienne et diverses activités dirigées ou spontanées. » (Dreano, cité par Lepage, 2017).

L'avènement des accords de 1958 et la convention collective de 1966 ont permis la reconnaissance d'une nouvelle profession, et ont marqué de façon capitale la professionnalisation du métier d'éducateur. Teintée par ses modèles passés, la formation, nous le verrons, est largement empreinte du modèle techniciste, archétype à l'œuvre quand la formation d'éducateur spécialisé a dû se formaliser, en février 1967.

Trois éléments essentiels apparaissent dans la structuration de cette formation (Ladsous, 2017) :

- L'alternance, à savoir l'action et la réflexion sur cet agir, afin de « donner du sens au faire et l'enrichir » (Ladsous, 2017, p. 106)
- La clinique, fondée sur l'irréductible singularité des êtres accompagnés et permettant « un < vivre ensemble > adapté (J. Korczak), un < agir ensemble > harmonieux (Tony Lainé) » (Ladsous, 2017, p. 107)
- La laïcité, dans une conception ouverte, tolérant les convictions, cultures et modes de vie de chacun

La partie suivante cherchera à explorer les ressorts de cette formation, en étudiant comment et en quoi les évolutions de celle-ci façonnent les éducateurs de demain. Au regard de notre question de départ, notre préoccupation portera particulièrement sur les savoirs transmis permettant la construction d'une posture éducative basée sur les dimensions cliniques de l'accompagnement, celles-ci nous semblant fondamentales et incontournables. Comme le dit Jacques Ladsous : « Que voulez-vous ? Une relation cela ne s'apprend pas, cela se vit. Il y a des moyens, des attitudes, des comportements qui favorisent la relation mais il n'y a pas de < technicien de la relation >. Le moteur d'une relation réussie reste bien l'intérêt que l'on porte à l'autre – tel qu'il est. » (Ladsous, 2017, p. 107) Nous chercherons à observer les soubassements de cette formation et quels « types » de professionnels elle contribue à construire.

3.1.2. Naissance d'une professionnalisation (1967-2007)

Plus d'un siècle après Seguin, le diplôme d'état d'éducateur spécialisé naît en France. Quatre dates importantes vont marquer la formation des éducateurs spécialisés : le 22 février 1967 (date du décret inaugurant la première formation des éducateurs), 6 juillet 1990, première réforme du Diplôme d'État d'Éducateurs Spécialisés, 20 juin 2007, seconde réforme et enfin 22 août 2018, dernière réforme en date. Nous étudierons ces amendements successifs afin d'examiner les incidences de ces réformes sur la formation et par conséquent, sur la construction d'une posture professionnelle.

Comme nous l'avons dit précédemment, en 1967, l'éducateur est un travailleur social, « technicien de la relation humaine ». Son métier vise à soutenir et « restructurer » les dits anormaux. C'est un pédagogue au service des inadaptés, et le milieu associatif est son creuset. C'est donc en février 1967, soit relativement récemment, qu'apparaît la formation d'éducateur spécialisé. En 1968, sous l'impulsion du Comité d'Entente des Écoles et des Centres de Formations d'Éducateurs Spécialisés, le décret du 22 février 1967 instituant le diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé, est révisé et permet d'obtenir le financement de toutes les écoles agréées. La formation professionnelle apparaît comme une nécessité pour l'obtention d'un statut d'éducateur spécialisé et la reconnaissance de cette professionnalisation, mais elle vise également à sécuriser la profession. En effet dans les années 1950, on constate un taux d'abandon du métier très conséquent, « seuls 30 % des éducateurs qui étaient en fonction en 1950 le sont encore en 1955 » (Capul, 2010, p. 211). Cette « désertion » de la profession observée il y a plus de 70 ans résonne fortement avec les problématiques actuelles du secteur. Les difficultés de recrutement des travailleurs sociaux et des soignants que rencontrent les employeurs témoignent d'une « pénurie » de professionnels souhaitant s'engager durablement dans la profession. Les chiffres varient suivant les études et les textes publiés, toutefois nous pouvons citer une étude de 2020 réalisée pour l'employeur Nexem qui estime « à 65 000 le nombre de postes non pourvus sur l'ensemble du secteur sanitaire, social et médico-social » (Nexem, 2021, p. 16). Ce chiffre s'emballe si on comptabilise les potentiels départs à la retraite prévus d'ici 2025, estimés à 150 000. Ce phénomène, nommé parfois « crise des vocations », constaté au milieu du XX^e siècle perdure encore aujourd'hui et s'avère d'autant plus problématique que les besoins de la population ne cessent de s'accroître : progression de l'espérance de vie, augmentation des pathologies liées à l'allongement de la durée de vie, mais également augmentation des pathologies chroniques, amplification des troubles psychiatriques (accentués par la crise sanitaire), etc... Au regard de ces

enjeux majeurs (passés et actuels) pour le secteur social et soignant, la formation apparaît comme un puissant levier d'action dans les années 1970.

La première formation professionnelle des éducateurs spécialisés est conçue ainsi : c'est une formation en 3 ans (15 mois de formation théorique et 15 mois de formation pratique). Le décret du 22 février 1967 instituant le DEES spécifie que la formation comprend obligatoirement des enseignements théoriques et techniques ainsi que des stages. L'article 7 du décret du 22 février 1967 précise les modalités de réalisation de ces stages : ils doivent se dérouler dans trois établissements différents, donner lieu chacun à des appréciations, l'un d'eux doit durer au minimum six mois, les deux autres à minima deux mois. En outre, le décret fixe les conditions des examens à l'issue de la formation : le candidat doit présenter un dossier comprenant différentes pièces : le livret scolaire, les fiches d'appréciation des stages (rédigées par le directeur des établissements ou services où le candidat a réalisé ses stages), les fiches d'appréciation des aptitudes techniques (rédigées par le centre de formation), le carnet de stage (rédigé par le candidat) et enfin le travail monographique du candidat.

Il nous semble nécessaire, au regard de notre problématique, de définir ici ce que l'on entend communément par monographie. On peut la caractériser comme relevant de l'étude exhaustive d'un sujet ou d'un personnage (précis et limité). En sociologie, par opposition aux statistiques, la monographie est une « enquête ou étude approfondie limitée à un fait social particulier et fondée sur une observation directe qui, mettant en contact avec les faits concrets, participe de l'expérience vécue et relève de la sociologie compréhensive » (<https://www.cnrtl.fr/>). Une monographie n'a ni une vocation évaluative, ni normative, mais elle se propose d'être un outil engageant une réflexion approfondie sur un thème, un sujet ou une personne permettant ainsi de mieux formaliser et mettre en mots les enjeux, processus et mécanismes qui agissent le sujet. Elle permet de situer et de rendre visible, de façon fine, le positionnement des acteurs. Les dimensions cliniques sont prépondérantes dans ce type de travail : en effet, étant une étude complète d'un sujet, la monographie convoque alors les capacités de l'auteur (ici l'éducateur spécialisé) à observer finement une situation, des échanges, une histoire et à en rendre compte. Le travail monographique à réaliser par les éducateurs spécialisés formés en 1967 implique donc de leur part des compétences cliniques certaines, qui seront évaluées lors de l'examen final.

Il y a sept axes principaux de formation :

- Biologie et médecine (150h)

- Psychologie (120h)
- Psychosociologie (60h)
- Sociologie (60h)
- Pédagogie (200h)
- Droit et connaissances institutionnelles (60h)
- Etudes des inadaptations (200h)

Cette formation s'inscrit dans une logique correctrice, de réadaptation, et de re normalisation sociale. Pour autant, on peut observer qu'à l'origine, le métier d'éducateur, de pédagogue contient au cœur de sa formation, des enseignements relatifs à la médecine ainsi que des cours de biologie. Ceci est non négligeable : en effet, la médecine constitue à l'époque un axe de formation essentiel, il représente en termes de temps quasiment autant d'heures d'instruction que la pédagogie ou l'étude des inadaptations. Cela vient peut-être signifier que l'on considère l'éducateur (ou qu'on cherche à le rendre ainsi par la formation) comme un professionnel à part entière du secteur médico-social : du fait de sa fonction, il doit avoir des connaissances théoriques sur l'Homme en général, et l'apport de la médecine a donc toute sa légitimité.

De plus, si l'enseignement de disciplines de sciences humaines et sociales paraît également tout à fait légitime, afin de comprendre le fonctionnement de la société ; l'enseignement de la médecine peut certainement aider l'éducateur dans sa pratique à étayer son regard, son écoute et donc ses accompagnements. On peut aussi penser que des formations « transversales », des contenus didactiques communs avec le monde médical contribuent (peut-être...) à faciliter la rencontre entre ces professionnels en s'appuyant sur la maîtrise de savoirs et de langages communs. On verra par la suite, qu'au fil des réformes du diplôme, le travail éducatif et social tend à se distinguer beaucoup plus nettement du travail de soin. Peu à peu, on est passé d'une formation théorique médico-sociale à un enseignement purement social.

Selon l'article 3 du décret du 22 février 1967, les épreuves qui constituent l'examen final se décomposent en deux parties : l'une portant sur la culture générale, les connaissances théoriques et techniques et la seconde sur les aptitudes pratiques. La première partie est composée de trois épreuves écrites :

1. Une composition de psychopédagogie (maintenue avec la réforme de 1990) qui, avec le jeu des coefficients en fait l'une des épreuves principales. Les apports en termes de psychopédagogie s'inscrivent pleinement dans la lignée des figures précédemment

citées qui ont contribué à la construction du métier (notamment via les « médecins-éducateurs » qui se sont intéressés à ces questions : Itard, Montessori, Korczak...).

2. Une dissertation portant sur la culture générale (unité de formation qui disparaîtra avec la réforme de 2007, il est à noter que le terme de « culture générale » sera complètement abandonné dans le décret du 20 juin 2007, éclipsant ainsi le caractère « généraliste » que pouvait revêtir la formation, notamment via les enseignements philosophiques, sociologiques, économiques, anthropologiques etc., qui alimentait un esprit universaliste)
3. Un questionnaire de connaissances en deux parties, portant sur toutes les matières du programme (citées à la fin de la page 111) et sur une des options, au choix du candidat, parmi les catégories suivantes : déficience intellectuelle, déficience physique et troubles de la conduite.

Une fois ces épreuves écrites réalisées, le candidat devait, pour valider la partie sur la culture générale, les connaissances théoriques et techniques, se soumettre à deux épreuves orales :

1. Une interrogation sur l'une des matières suivantes (tirées au sort) : psychologie, pédagogie, sociologie et psychologie sociale, biologie et médecine, droit et institutions sociales.
2. Un entretien dit « libre » orienté vers l'évaluation de la culture générale (thème qui de fait prenait une part importante du diplôme) et la connaissance de la personnalité du candidat.

Si certaines modalités de ce premier diplôme vont perdurer et résister dans le temps, nous soulignons que les contenus de formation liés à la médecine et à la biologie vont complètement être dissous lors de la réforme de 1990. Cela annoncerait-il la fin des « éducateurs-médecins » ? Ou pour le dire autrement, le début d'une scission entre des sphères historiquement très proches et très liées : celle du soin et de l'éducation ? Il en est de même avec les évaluations liées à la personnalité du candidat : cette idée s'efface complètement en 1990 : qu'est-ce que cela nous dit de l'évolution du métier et de la formation ? En quoi la recherche d'une « personnalité » (d'ailleurs, laquelle ? rien n'est précisé à ce sujet dans le décret de 1967) était-elle, ou non, pertinente ? Cela met-il en lumière l'amorce d'une distanciation, voire une dissociation, entre le professionnel et son histoire de vie ?

En 1978, Guy Dréano, alors président du CEE/ CFES, écrit un texte « 10 ans de diplôme d'Etat d'éducateurs spécialisés- Bilan », dans lequel il revient sur les débuts de la formation

professionnelle des éducateurs. Il y souligne plusieurs idées directrices : le « diplôme, bien qu'imparfait, reste dans son esprit un outil de formation à la fois nécessaire et suffisant qui permet des pédagogies très diverses, et autorise une certaine souplesse d'adaptation. En revanche, l'insuffisance de définition au sens de finalité paraît très problématique, et ce quelles que soient les modalités de cette formation et les textes qui la régissent. » (Dréano, 1978, p. 3) Selon l'auteur, en l'espace d'une génération (de 1947 à 1967), éducateur spécialisé est devenu une profession à part entière : l'idée de vocation est discréditée par de nouveaux courants de pensée philosophiques, politiques, sociaux et économiques et c'est l'idée de métier qui s'impose (comprenant les notions de salaire, de conditions de travail etc.). De plus, les mutations profondes de la société française (l'après-guerre, l'avènement puis la fin des 30 glorieuses, les mouvements sociaux de mai 68...) « font de l'éducateur spécialisé un personnage providentiel, qu'il faut valoriser et développer. » (Dréano, 1978, p. 3) Durant cette période, le nombre d'écoles d'éducateurs et de centres de formation augmente de façon spectaculaire, tout comme celui des étudiants en formation. Toutefois, l'auteur interroge la fonction donnée à la profession : « Après 30 ans, les éducateurs sont-ils en mesure de donner du sens à leurs actions et d'expliquer le pour quoi faire ? » (Dréano, 1978, p. 3). De son point de vue, cette question est centrale et s'impose aux formateurs : en effet, comment former les éducateurs sans avoir préalablement défini la finalité de ce métier ? L'enjeu est donc majeur pour les acteurs de la formation : il s'agit de préciser la fonction d'éducateur pour envisager des contenus et programmes de formation adaptés aux pratiques professionnelles, venant les servir et les étayer.

Il souligne et affirme dans ce texte que la formation professionnelle est synonyme de formation personnelle et que cette orientation existe depuis l'origine de la profession, et s'ancre dès le début des premières écoles. Critiquant le modèle « techniciste » qui définit l'éducateur comme un « spécialiste technicien des relations humaines » (Dréano, 1978, p. 9), il considère ces descriptions comme des « clichés » réduisant la fonction et évinçant le cœur du métier : la rencontre avec ce qu'elle comprend ; à savoir des rencontres entre des histoires de vie. « L'éducateur travaille avant tout avec sa personne... » (Dréano, 1978, p. 9)

Toutefois, il pointe les limites de cette orientation notamment à travers « l'incapacité de la profession à définir une méthodologie transmissible en matière de formation ainsi qu'un ensemble cohérent théorique et technique » (Dréano, 1978, p. 9). Si il ne conteste pas ce postulat, à savoir la formation, fondamentalement, concourt à une « démarche-formation personnelle » (Dréano, 1978, p. 11), Dréano aborde les enjeux majeurs autour de la constitution et la transmission d'un

corpus de savoirs ; savoirs portant sur les dimensions expérientielles (en lien avec la pratique, les stages), les dimensions théoriques (le « savoir savant » enseigné particulièrement dans les centres de formation) et les dimensions existentielles (liées au parcours et à l'histoire de vie du futur éducateur). Il est question de construire et consolider ce corpus, afin de le transmettre et d'étayer les capacités des éducateurs à remplir cette fonction. « Nul ne peut mettre en question les capacités naturelles de certains individus à éduquer [...]. L'histoire personnelle de chacun le prépare plus ou moins à cette fonction. Cette constatation, quelles que soient les dispositions préalables du futur éducateur spécialisé, ne peuvent lui faire faire l'économie des trois démarches par ailleurs intimement mêlées, que sont les formations : théorique, technique et personnelle. » (Dréano, 1978, p. 15). La notion de compétence (qui surgit dans les années 1970) est abordée dans ce texte, notamment dans la conclusion où il désigne la dimension formation personnelle comme une « dimension essentielle de la compétence professionnelle, elle est partie composante de tous les moments de la formation et à ce titre ne doit pas être isolée. » (Dréano, 1978, p. 27). L'auteur affirme donc la nécessité de prendre en compte la dimension personnelle de l'étudiant en formation. Pour le dire autrement, l'histoire de vie de l'étudiant et les rapports que celle-ci entretient avec la manière dont il sera éducateur est un aspect de la professionnalisation incontournable, toutefois Dréano insiste sur le besoin de formaliser ces apports en formation, de les étayer scientifiquement pour les transformer en compétences professionnelles. Ce constat formulé en 1978 nous semble encore d'actualité plus d'un demi-siècle plus tard et constitue une de nos préoccupations centrales de notre travail de recherche. Pour finir, ce bilan conclut par la mise en lumière d'un « malaise réel et profond, que, ni le climat social actuel, ni l'imprécision de la fonction d'éducation spécialisée, ni la précarité de la situation faite aux élèves, ni l'incertitude en matière de financement des écoles, ni l'absence grandissante quant à l'emploi après le diplôme d'Etat, tendent à dissiper. » (Dréano, 1978, p. 29). Ce « malaise » repéré dix ans après la création du diplôme a certainement contribué à l'élaboration d'une nouvelle réforme de la formation.

1990 marque donc la première réforme de la formation d'éducateur spécialisé avec la publication du décret du 6 juillet 1990 : si la formation conserve son architecture de base (3 ans de formations dont la moitié en théorique et l'autre moitié en pratique), on passe de 7 axes de formation à 8 unités de formation :

- UF1 : Pédagogie générale, relations humaines (180h)
- UF2 : Pédagogie de l'expression et techniques éducatives (160h)

- UF3 : Approches des handicaps, des inadaptations et pédagogie de l'éducation spécialisée (240h)
- UF4 : Vie collective (160h)
- UF5 : Unité juridique (160h)
- UF6 : Économie et société (180h)
- UF7 : Culture générale et professionnelle (160h)
- UF8 : Unité de spécialisation (160h)
- Heures non affectées (50h) qui constituent un programme libre dédié aux renforcements d'une ou deux unités de formation, aux soutenances blanches, atelier mémoire, conférence etc...

On peut noter que les enseignements de biologie et de médecine ont complètement disparu : les contenus de formations s'axent autour des lieux de stages et se concentrent dans les sciences humaines et sociales uniquement (psychologie/sociologie/anthropologie...). Cet aspect est non-négligeable, particulièrement au regard de la place de l'éducateur et de son rôle en psychiatrie. D'une façon générale, l'éducateur, bien que nommé spécialisé, est un généraliste de la relation d'aide et il accompagne au quotidien des personnes présentant diverses difficultés, notamment et c'est quasiment inévitable, des problèmes de santé ; ce d'autant plus qu'il travaille avec des personnes ayant des handicaps (moteurs ; sensoriels ; mentaux...). Il a donc souvent à faire avec le corps médical, en tant que collaborateur, mais il est lui-même confronté, dans l'ordinaire de la vie, aux pathologies, maladies etc... « Le rôle des éducateurs est véritablement psychothérapeutique. » (Dr Adamo cité dans Capul, 2010, p. 198). On peut donc penser que l'apport théorique en formation de savoirs situés autour de la médecine (biologie, pharmacologie etc...) pouvait prendre sens sur le terrain, éclairer et aiguiller la pratique. De plus, cela participe, à notre avis, de la construction d'un langage commun. Or, le métier d'éducateur se loge dans la capacité à construire un vocabulaire partagé, et si nos missions sont de créer du lien et d'accueillir la parole, c'est à travers cette langue comprise par tous que nous tissons le lien. Cette suppression en 1990 alimente une prétendue spécialisation et participe de la destruction de certains savoirs, notamment psychiatriques ; dans la même période, en 1992, le diplôme d'infirmier psychiatrique sera supprimé lui aussi. En outre, le nouveau diplôme d'éducateur spécialisé revalorise la place du droit, en faisant plus que doubler sa part (de 60 heures prévues en 1967, on atteint les 160 heures en 1990).

Malgré ces modifications, cette nouvelle mouture ne rompt pas complètement avec la première version du diplôme, en témoigne la place de la pédagogie qui reste centrale. Les unités de

formation 1, 2 et 3 sont entièrement dédiées à cette dimension et représentent 580 heures de formation sur les 1450 heures du programme (soit 40% de la formation théorique totale). Nous pouvons alors soutenir que cette version remaniée du diplôme continue d'affirmer la fonction de l'éducateur comme pleinement inscrite dans la pédagogie et plus particulièrement la psychopédagogie. Avec l'essor de la psychologie sociale et les apports de la psychothérapie institutionnelle, l'idée d'un « éducateur psychopédagogue » prend tout son sens, et ce notamment parce qu'une large part de leurs interventions ont lieu dans les espaces soignants ou à dimension thérapeutique.

« L'éducateur doit entrer dans la catégorie des < pondérés >, des sujets qui ont résolu la plupart de leurs problèmes personnels importants ; [...] L'éducateur doit sentir qu'il a vraiment un métier, que ce métier consiste à contrôler les phénomènes inter-psychologiques et la dynamique de groupe. Il a donc acquis une technique qui le met en bonne place dans l'équipe de traitement... Il a une technique, et c'est sa propre personnalité qui sert d'outil thérapeutique... ; [...] C'est un rôle actif : en effet, l'éducateur n'est pas un psychothérapeute ; il est un psychopédagogue. » (Chaurand cité dans Capul, 2010, p. 197).

En d'autres termes, le métier de l'éducateur repose sur ses capacités à faire vivre un groupe, à comprendre les mécanismes psychologiques qui le régissent et à en réguler les effets, via des techniques. C'est par la pédagogie qu'il mettra en œuvre son action et c'est ce qui en fait sa spécificité, le cœur de son métier (le différenciant ainsi du personnel soignant ou des autres travailleurs sociaux, par exemple les assistants de service social).

De plus, cette citation rappelle l'importance de prendre en compte la dimension existentielle de l'éducateur dans l'exercice de sa fonction : celui-ci doit avoir « résolu la plupart de ses problèmes personnels ». Cette dimension apparaît dans les textes officiels régissant ce nouveau diplôme, même si cela reste à la marge. L'arrêté du 6 juillet 1990 qui fixe le programme de formation aborde la question de la prise en compte des savoirs existentiels de l'apprenant dans l'UF 3 « Approche des Handicaps, des Inadaptations et Pédagogie de l'éducation spécialisée ». Il y est mentionné que l'un des objectifs de cette UF est de « développer la réflexion de l'éducateur sur son identité personnelle et professionnelle dans la confrontation à d'autres identités en < difficultés d'être > et de le conduire à analyser son implication dans la relation éducative ».

Nous souhaitons souligner ici que nous avons nous-mêmes été formée au métier d'éducateur spécialisé à partir de ce diplôme (de 2005 à 2008). Cet aspect de la formation (la prise en compte des histoires de vie des étudiants dans la construction de leur posture professionnelle) apparaît dans les textes (de façon relativement secondaire ou tacite), néanmoins nous y avons été nous-mêmes sensibilisés dans divers espaces de formation. En effet, l'unité de formation 8 (Unité de

spécialisation) nous avait conduit à suivre un module sur les approches biographiques dans la littérature. De plus, les GAPE, à l'époque nommées Groupes de synthèse, auxquels nous participions ont clairement et nettement contribué à l'élaboration d'une démarche réflexive, mettant sans cesse en question nos pratiques et postures au regard de nos parcours et histoires de vie. Cependant, la perspective biographique n'étant pas une orientation majeure ou principale, au regard des textes régissant le diplôme, cette dimension était laissée à la main des écoles, voire des formateurs. En effet, il nous semble que si nous avons été particulièrement bien formés et accompagnés dans notre propre parcours à la sensibilisation et la prise en compte de la dimension existentielle (comme indissociable de la construction de notre identité professionnelle), c'est certainement dû en partie à des effets internes de notre école. Notre animatrice de GAPE était une psychologue clinicienne, s'inscrivant dans le courant psychanalytique, qui avait exercé plus de dix ans à la clinique de La Chesnaie (elle n'y est pas pour rien dans notre orientation de stage long au sein de cette clinique...). La formation initiale et le parcours de cette formatrice ont clairement orienté sa façon d'animer les GAPE et de nous former. Il est évident qu'il y avait des écarts importants en termes d'apports et de contenus dans ces espaces pour l'ensemble des promotions (y compris au sein d'une même promotion), notamment via ces « biais ».

Les 40 premières années de la formation d'éducateur spécialisé (1967-2007) sont marquées par une seule réforme. Si la formation présente certains changements (notamment la fin des enseignements liés à la médecine), elle se présente dans une certaine continuité de la version initiale du diplôme de 1967. Le maintien de la psychopédagogie comme étant un pilier du métier en atteste (d'ailleurs, l'examen final du diplôme est constitué d'une épreuve de psychopédagogie, qui avec le jeu des coefficients en fait l'une des principales épreuves). Nous pouvons également souligner la place conséquente de la culture générale (faisant l'objet d'une UF) et poursuivant ainsi les volontés du diplôme de 1967. En outre l'UF 8 dite de « spécialisation » visait à approfondir la connaissance de certains secteurs d'interventions (en fonction notamment du parcours de stage de l'étudiant). L'arrêté du 06 juillet 1990 mentionne : « Il n'y a pas de bon généraliste sans spécialisation sur un champ au moins ». L'arrêté prévoit une vingtaine d'options couvrant les secteurs du handicap, de la protection de l'enfance, de l'insertion, du milieu carcéral etc... En cela, le diplôme de 1990 répond à une des interrogations de Dréano : « Peut-on indéfiniment préparer des jeunes à être spécialistes en rien, et encore moins éducateur, surtout lorsque l'on sait que ces pratiques servent tous les pouvoirs, tous les intérêts, y compris ceux que l'on dénonce ? » (Dréano, 1978, p. 13). Enfin, l'approche par discipline (et non par compétences) est également réaffirmée. Ces enseignements s'ancrent dans des disciplines universitaires

communément appelées « Humanités » et désignent de manière générale les sciences liées à l'étude de l'Homme. Philosophie, psychologie, sociologie, anthropologie, démographie, économie, psychologie sociale... ont composé le programme de cette formation de 1990, qui, selon l'arrêté du 06 juillet 1990, cherchait à former un éducateur « capable de dépasser l'intervention purement relationnelle pour mettre en œuvre des supports d'une action éducative ». Encore une fois, cette mouture répond à Dréano qui dénonçait une formation de 1967 « qui reste insatisfaisante d'un point de vue professionnel puisqu'en définitive elle ne prépare réellement qu'à l'intervention relationnelle » (Dréano, 1978, p. 9). L'enjeu en 1990, avec la nouvelle réforme, est de poursuivre la professionnalisation des éducateurs spécialisés, d'affirmer et de consolider une identité de métier et d'accentuer la part éducative et pédagogique de ces derniers (en opposition à l'intervention purement relationnelle).

Pour conclure, il nous semble possible d'affirmer que les deux premières versions de la formation d'éducateur spécialisé visaient en premier lieu à professionnaliser la fonction (accès à un statut, une reconnaissance etc.), et à former des professionnels de la relation. La formation originale de 1967 était principalement axée sur la préparation de généralistes de la relation d'aide, dédiés tout particulièrement à la question de l'enfance, avec la création du lien social comme support élémentaire de formation. La seconde formation de 1990 maintient cet esprit (le lien social reste le pivot de toutes les actions de formation) mais cherche davantage à spécialiser l'intervenant, le « technicien de la relation éducative » à partir d'un double mouvement : la spécialisation dans le champ social (l'éducateur devient un expert des questions purement sociales), et la spécialité au sein des secteurs de ce champ (insertion, protection de l'enfance, handicap).

3.1.3. Deux réformes successives (2007 et 2018) : signe d'une instabilité de la fonction ?

En plus de cinquante années d'existence, la formation professionnelle d'éducateur spécialisé aura connu quatre moutures. La réforme de 1990 dure jusqu'en 2007, année de la seconde réforme de ce diplôme. Les deux premières formations courent donc sur une période assez longue (1967-2007 soit quarante ans), et regroupent deux générations d'éducateurs. Or, si les quarante premières années de vie du diplôme manifestent d'une certaine stabilité et continuité de « l'esprit » de la formation, en onze ans d'écart, celle-ci va connaître deux réformes successives.

Nous retenons deux lois qui amorcent et préfigurent la réforme de 2007. Depuis la réforme de 1990, une loi est entrée en vigueur dans le secteur médico-social : la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi réaffirme la place prépondérante des personnes accompagnées, entend promouvoir l'autonomie, la protection des bénéficiaires ainsi que l'exercice de leur citoyenneté. Elle vise à renforcer le droit des usagers, élargir les missions de l'action sociale, et ambitionne de mieux organiser et coordonner les acteurs du secteur médico-social, tout en améliorant la planification des interventions de ces derniers. Pour cela, elle se dote de différents outils, nous pouvons citer le livret d'accueil, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, le conseil de vie sociale, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement. Cette loi rappelle et précise les droits des personnes accueillies (et cherche à en rendre effectif l'accès), et pour ce faire elle rend obligatoire des instances, des procédures d'évaluations et des sanctions. Elle introduit la notion de projet individualisé de façon prédominante. Si les éducateurs spécialisés n'ont pas attendu la réforme de 2007 pour concevoir des projets avec les personnes qu'ils accompagnent, la loi 2002-2 les y oblige.

La même année, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, instaurant la VAE (Validation des Acquis et de l'Expérience), fait émerger un point de rupture qui conduit à l'obligation de rendre le diplôme d'éducateur accessible par cette voie. Pour rendre compatible le diplôme d'éducateur à ce mode d'accès, l'arrêté du 12 mars 2004 réécrit le métier sous la forme de référentiel de compétences. En 2007, l'arrêté du 20 juin vient transfigurer le diplôme d'éducateur spécialisé, dont l'esprit de 1990 (hérité de 1967) entre de plein fouet en contradiction avec les préoccupations de ce début de XXI^e siècle. Le diplôme est structuré à partir du référentiel métier. La réforme s'impose et bouleverse en profondeur l'architecture de l'ancienne formation.

La formation s'ancre cette fois entièrement dans une logique de compétences : on passe du registre des unités de formation à celui des domaines de compétences. Le parcours de formation s'oriente désormais autour de quatre domaines de compétences (DC) :

- DC1 : Accompagnement social et éducatif spécialisé (450 heures)
- DC2 : Conception et conduite de projet éducatif spécialisé (500 heures)
- DC3 : Communication professionnelle (250 heures)
- DC4 : Implication dans les dynamiques partenariales, institutionnelles et interinstitutionnelles (250 heures)

Un changement de paradigme s'opère et vient complètement métamorphoser la formation ; nous nous attacherons à l'étude de deux axes principaux de ce remaniement : l'introduction des notions

de compétence et de projet. La notion de compétence apparaît à la suite de la loi de 2004 mettant en place la VAE. Après la formation initiale, l'apprentissage et la formation professionnelle, cette quatrième voie permet d'accéder au diplôme (et donc au statut) sans passer par l'école. Pour se réaliser, la VAE introduit alors les compétences : ce que doit « savoir » un éducateur pour exercer sa fonction. Les domaines de compétences servent alors à définir de façon très précise les attendus en termes de connaissances et de savoirs que l'éducateur doit présenter. Il s'agit de définir de manière très complète le métier, en cela la réforme de 2007 apporte une réponse exhaustive aux interrogations de Dréano (Dréano, 1978). La mutation est profonde et d'une grande ampleur. La comparaison des récurrences des termes compétence et savoirs entre le décret du 06 juillet 1990 et l'arrêté du 20 juin 2007 le manifeste très clairement. Les mots compétences et savoir ne sont utilisés chacun qu'une seule fois dans le décret de 1990, or en 2007, on comptabilise 47 fois l'utilisation du mot compétence et 80 fois le mot savoir. Les 20 pages d'annexe de la réforme de 2007 sont frappantes par l'utilisation massive de tableaux répertoriant successivement le référentiel professionnel, le référentiel fonctions/activités, les domaines de compétences, le référentiel de certification puis, enfin le référentiel de formation. À la lecture de ces multiples tableaux, nous sommes également saisis par l'impression que toutes ces compétences se situent au même niveau : aucune distinction ou pondération n'est faite entre les compétences attendues. « Savoir adopter une posture éthique » (Domaine de Compétence 1) prend alors la même valeur que « Savoir utiliser les nouvelles technologies » (Domaine de Compétence 3). Si la caricature semble facile au travers de cet exemple, il n'en reste pas moins qu'aucun élément, parmi l'ensemble de ces listes, ne vient fonder une quelconque hiérarchisation dans les savoirs attendus et donc transmis. Nous pouvons légitimement nous interroger sur la capacité des étudiants à lier et articuler ces (si nombreux !) savoirs entre eux, afin de leur donner une forme globale cohérente, et prenant sens dans leurs pratiques professionnelles. De plus, cet inventaire participe à une dissolution des contenus, qui n'apparaissent plus sous la forme disciplinaire, les rendant ainsi parfois plus opaques, car moins situés, explicités et formalisés. Par le fractionnement et la segmentation des savoirs, compétences et pratiques, le risque d'un morcellement de ces éléments apparaît. « La réforme des formations d'éducateurs dans le champ de l'éducation spécialisée suscite bien des interrogations quant à l'émiettement qu'elle institutionnalise entre savoirs et compétences par domaines circonscrits et séparés, selon des logiques étrangères à des réalités humaines réfractaires à la catégorisation et aux divisions arbitraires » (Qribi, 2010, p. 145). En effet, de manière très concrète, il peut paraître incongru, voire absurde de chercher à distinguer et séparer des compétences qui dans la pratique s'articulent inévitablement. Prenons une situation

concrète vécue lorsque nous exerçons le métier d'éducateur spécialisé : travaillant à l'époque dans un foyer d'hébergement accompagnant des adultes en situation de handicap (moteur et/ou intellectuel), nous sommes amenés à accueillir une jeune femme qui souhaite intégrer le foyer. Nous la rencontrons, avec sa famille, chez qui elle a toujours vécu. Dans cette situation, nous mobilisons différents savoirs ou compétences, selon la sémantique en vigueur. Est-il judicieux de compartimenter le « savoir développer une écoute attentive et créer du lien » (du DC1), avec le « savoir instaurer une coopération avec la famille et les proches » (dans le DC2), ou le « savoir donner du sens aux informations pour une aide à la décision » (propre au DC3) avec les « savoir accueillir » et « savoir négocier avec les personnes » (retrouvés dans le DC4) ? Il est évident que la pratique professionnelle ne se segmente jamais de cette façon. « Mais n'est-ce pas le propre d'un référentiel que de séparer les éléments très reliés d'un tout unifié pour en simplifier la présentation, au risque de faire croire que la réalité est aussi simple que le schéma, et que l'éducation est un métier fondamentalement technique, appelant la maîtrise d'un ensemble de savoirs techniques qu'il s'agit de cumuler et de perfectionner pour fabriquer un éducateur performant qui maîtrise son sujet et sa matière » (Qribi, 2010, p. 149). Pour le dire autrement, l'écueil serait de penser ces savoirs (dont le terme, nous l'avons déjà dit, a connu une inflation époustouflante dans la réforme de 2007) de manière autonome, de distinguer sans articuler les blocs de compétences, participant à la construction d'un « mythe de la possibilité d'un savoir absolu en matière éducative » (Qribi, 2010, p. 149). L'enjeu pour les centres de formation est de relier ces compétences et de les mailler en luttant contre ce compartimentage et cette parcellisation des savoirs. De nombreuses critiques épistémologiques sont venues abonder la contestation contre cette réforme, plutôt mal vécue par les centres de formation.

Le projet devient le cœur de l'action de l'éducateur : il occupe la première place dans le programme. En témoigne également la récurrence du mot « projet » dans l'arrêté du 20 juin 2007, où ce terme apparaît 67 fois (contre 16 en 1990). L'éducateur est maintenant un spécialiste de l'intervention sociale ; « projet » et « autonomie » sont les maîtres mots de la formation. Toujours éloigné des enseignements médicaux, non-soumis (ou protégé) par le secret médical ou l'obligation de secret professionnel (comme les assistants de services sociaux), l'éducateur spécialisé devient « expert du social », et ne doit surtout pas être qualifié de soignant (par exemple dans des associations comme Interval), même s'il « prend soin » des gens, particulièrement en psychiatrie. C'est lui qui est érigé comme garant du projet personnalisé et individualisé.

En 2018, le décret n° 2018-733 du 22 août 2018 relatif aux formations et diplômes du travail social vient modifier pour la dernière fois, à ce jour, les formations en travail social. Cette réforme vise plusieurs formations : celles des ASS (Assistants en Service Social), des ETS (Éducateurs Techniques Spécialisés), EJE (Éducateurs de Jeunes Enfants), CESF (Conseillers en Économie Sociale et Familiale) et celle des ES. Les deux réformes précédemment citées s'inscrivent dans une démarche globale engagée notamment par le processus de Bologne, déclaration signée en 1999 par 29 pays européens (dont la France) visant à harmoniser à l'échelle européenne les diplômes. Cette harmonisation passe par une structure commune des niveaux de diplôme et de qualification (le système LMD, Licence, Master, Doctorat), ayant pour ambition de permettre plus de mobilité (mobilité géographique, en Europe, mais également mobilité professionnelle chez les étudiants, notamment via des passerelles vers l'université). Ce processus d'homogénéisation se traduit concrètement par la mise en place des ECTS (European Credits Transfer System) afin d'acter ces transitions possibles des étudiants vers l'université, ainsi que par le passage vers un rythme découpé en semestre (calqué sur le modèle universitaire). Pour les diplômes en travail social, cela signifie également que les formations ne sont plus uniquement sous la gouvernance de la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale) mais également sous celle du ministère de l'enseignement supérieur.

Cette « universitarisation » réhausse le niveau de qualification des travailleurs sociaux (ceux précédemment cités) à un niveau VI (grade licence), homogénéisant ainsi le niveau de qualification des travailleurs sociaux à l'échelle européenne.

Concrètement, il n'y a pas de modifications profondes dans les enseignements et contenus par rapport à la réforme de 2007, ni dans les modalités, en effet le nombre total d'heures est inchangé ; toutefois on observe quelques changements à la marge sur la répartition de ces heures : le DC1 redevient dominant et passe de 450 heures en 2007 à 500 heures en 2018, le DC2 perd 100 heures et le DC3 est gonflé de 50 heures. Néanmoins, nous pouvons souligner une révision dans les contenus : la réforme de 2007 découpe le DC3 (Communication professionnelle en travail social) en deux parties égales : l'une est dédiée au travail en équipe et la seconde à la coordination. Il est intéressant de noter que dans la réforme de 2018, le terme « coordination » a complètement disparu. Comment comprendre et analyser cette suppression, alors que l'enjeu de la coordination est pointé comme incontournable dans de multiples rapports ? (Piveteau, 2014 ; CNSA, 2020 ; ANESM, 2018). Dans chacun de ces rapports et de ces recommandations, qui désormais sont devenus des éléments centraux dans la réorientation du travail social, la

question de la coordination est fondamentale. La formation des ES de 2007 s'appuyait sur cette dimension de manière conséquente, mais force est de constater que la dernière réforme de 2018 ne fait plus apparaître cette notion dans les référentiels. Cela nous semble révélateur, à bien des égards, des contradictions et des implicites qui traversent le secteur : en effet, la fonction de coordination a été, à la suite de la réforme de 2007, décriée à maintes reprises (Alix et al, 2017), toutefois si elle a été gommée au sein des espaces de formation, elle reste un impératif dans les pratiques professionnelles exigées sur les terrains. Les étudiants, n'étant *a priori* (si l'on suit les référentiels) plus formés à cette notion, comment peuvent-ils appréhender cette fonction sur les terrains ?

Les changements notables de cette réforme ont surtout à voir avec la mise en place d'un socle commun entre les cinq formations concernées par celle-ci. « Ce socle commun a pour finalités : une approche intégrée des situations des personnes accompagnées ; l'acquisition d'une culture commune propre à favoriser la coopération et la complémentarité entre les travailleurs sociaux. » (Décret n° 2018-734). Cette modification mérite d'être soulignée car dans la pratique de formation, elle implique une mise en commun des savoirs. Ce socle varie suivant les écoles, car il n'est pas précisé dans les textes mais il correspond en moyenne à deux ou trois semestres (sur six) et tend à s'atténuer au fur et à mesure de la formation, laissant place ainsi progressivement à la spécialisation vers les métiers. Ce socle commun est construit autour de différentes thématiques telles que l'histoire du travail social et des métiers, l'éthique et les valeurs du travail social, l'accès aux droits ou encore la participation et la citoyenneté des personnes accompagnées et vise à l'apprentissage de compétences partagées, à savoir : concevoir une intervention, accueillir, favoriser l'expression et l'autonomie des personnes ou encore analyser la demande et les besoins.

La mise en place, en 2019, de la plateforme Parcours Sup, au niveau national, a également modifié de façon notable les processus de sélection et par conséquent, d'entrée en formation. Un des premiers points serait « un nombre accru de candidats » (Chaudieu, 2019). À partir des chiffres fournis par la DREES (Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques), collectés grâce aux « enquêtes écoles » réalisées, nous pouvons constater sur une période récente (de 2012 à 2020) que le nombre de candidats se présentant aux sélections d'entrée en formation étaient en

perte de vitesse, passant ainsi de 102484 candidats²⁰ en 2012 (sur l'ensemble du territoire français) à 75030 en 2017 (Drees, 2021). Mais depuis 2018 (dernière année avant la mise en place de Parcours Sup), le nombre de candidats ne cesse d'augmenter : de 75578 candidats en 2018 à 104199 en 2020. Nous constatons donc qu'il y a un accroissement notable, entre 2018 et 2020, de presque 38%, du nombre de candidats se présentant aux épreuves de sélection. Toutefois, cette augmentation est à pondérer : en effet, ce nombre est relativement stable entre 2012 et 2020 (il y a une légère augmentation, de moins de 2%). Le nombre de candidats ne semble plus, alors, être un élément marquant des conséquences de la réforme liée à la mise en place de Parcours Sup.

En revanche la manière dont ces individus intègrent les écoles a, elle, été profondément modifiée. Désormais, les candidats se préinscrivent sur la plateforme, puis sont présélectionnés sur dossier et ensuite ils passent un entretien oral au sein du centre de formation. Le tournant majeur se situe certainement là ; dans la suppression des épreuves écrites. Celles-ci avaient pour objectif d'évaluer, à partir d'un sujet de rédaction ou d'un texte d'actualité, le niveau et la qualité d'écriture (rédaction, syntaxe, argumentation, pertinence des éléments mis en lumière, capacité d'analyse, etc.) des futurs professionnels du secteur social. « La performance scolaire requise n'est pas uniquement celle qui est supposée attendue lors des épreuves de sélection, mais aussi celle qui est attendue dans l'exercice futur de la profession avec les prérequis ou les savoir-faire anticipés *ex ante* formation » (Molina, 2015, p. 124). L'écriture faisait partie intégrante de ces savoirs attendus pour entrer en formation et jugés comme nécessaires et incontournables pour exercer les professions du secteur social (ceci est particulièrement vrai pour les métiers de niveau VI : éducateurs spécialisés, assistants de service social...). L'épreuve écrite constituait alors un premier « filtre » qui allait exclure une partie des candidats, particulièrement ceux ne répondant pas à ces exigences requises en termes d'écriture. L'enquête de Molina nous montre « une invisibilité des attendus de la sélection » (Molina, 2015, p. 127) et met en lumière un « hiatus entre les représentations communes au moment de l'orientation et les exigences réelles des écoles au moment de la sélection » (Molina, 2015, p. 127) ainsi qu'un « décalage assez prononcé entre < candidats > et < admis > en formation, selon les parcours des individus qui tentent les concours d'entrée en formation sociale » (Molina, 2015, p. 127). En effet, il apparaît que les candidats dits « autres », soit ceux n'étant ni issus du lycée ou de l'enseignement supérieur, ni demandeurs d'emploi, (comprenant donc ceux étant en emploi) représentent la partie la moins importante chez les candidats (16%), ils sont surreprésentés chez les personnes admises en formation (46%, dont

²⁰ Comme le précise la Drees, sont considérés comme candidats, les personnes ayant passé une épreuve de sélection ou ayant déposé un dossier. Certaines écoles ont des épreuves communes, il peut donc y avoir des doublons.

37% en emploi). En d'autres termes, cela signifie que les épreuves d'admissibilité avant Parcours Sup visaient la sélection de profils dont le projet professionnel était déjà « mature » (puisque plus d'un tiers était déjà en emploi dans le secteur) et qui avaient une maîtrise de l'écrit correcte (puisque l'épreuve écrite constituait une étape importante dans le processus d'admission, qui excluait une majorité de candidats).

Désormais, les candidats, après avoir émis leurs vœux sur la plateforme, sont sélectionnés sur dossier puis par un entretien oral. Cet oral, organisé librement par les centres de formation, vise à vérifier que les candidats présentent les capacités nécessaires à l'apprentissage des compétences indispensables pour exercer le métier. L'arrêté du 10 janvier 2019 explicite ces attendus : « disposer de qualités humaines, d'empathie, de bienveillance et d'écoute ; montrer une capacité à gérer ses émotions et son stress face aux situations difficiles et complexes et développer la maîtrise de soi ; montrer un intérêt pour les questions sociales et une ouverture au monde [...], manifester de la curiosité et de l'intérêt pour l'engagement et la prise de responsabilité dans les projets collectifs, [...] ; savoir mobiliser des compétences d'expression orale et écrite ». L'arrêté précise que cette dernière compétence est nécessaire car l'exercice du métier implique la rédaction de courriers, rapports etc... Mais la nouvelle formule avec Parcours Sup ne permet pas de vérifier si le candidat dispose de ces prérequis. Il est possible lors de l'entretien de vérifier la maîtrise de l'expression orale, mais nous n'avons, hormis le dossier, aucune indication sur les compétences à l'écrit. Enfin, l'épreuve orale vient explorer les possibilités du candidat à acquérir les compétences citées par l'arrêté, mais là encore il n'est fait mention nulle part de son parcours, son histoire, ses engagements... Or, l'enquête de Molina nous a montré que par le passé, ces éléments étaient des marqueurs forts de l'entrée en formation. La réforme Parcours Sup étant très récente, il est difficile d'avoir le recul nécessaire et les données²¹ nous permettant de voir l'évolution du public en formation de travail social. Toutefois, nous nous interrogeons sur les impacts de ces nouvelles modalités d'admission, et ce à deux niveaux : sur le profil du public admis en formation et sur les remaniements pédagogiques et didactiques que les centres de formation vont potentiellement devoir opérer au regard des éventuelles mutations et transformations des profils d'étudiants.

La réforme du diplôme de 2018 apporte également d'autres nouveautés comme l'enseignement d'une langue vivante, l'enseignement des pratiques numériques ainsi qu'une initiation à la recherche. Ce dernier apport dans les contenus, sur l'initiation à la recherche, s'inscrit, comme dit précédemment, dans le processus de Bologne et vise à donner aux étudiants des facilités dans la

²¹ Annuelle jusqu'en 2017, l'enquête sur les écoles de formation aux professions sociales est devenue quadriennale. La prochaine aura lieu en 2022, et à l'heure où nous écrivons celle-ci n'est pas encore publiée.

poursuite de leurs études (notamment dans le cursus universitaire). Néanmoins, cela n'est pas sans modifier les formations en travail social : en effet, si les contenus dit « universitaires » peuvent, sans nul doute, étayer la formation théorique des travailleurs sociaux, il convient (au-delà des enjeux liés aux mobilités professionnelles précédemment citées) d'interroger les apports d'une *initiation* à la recherche dans leurs pratiques professionnelles (nous soulignons volontairement le terme initiation, car les mémoires des étudiants n'étant pas publiés et restant dans les archives des bibliothèques des centres de formation, les écrits ne sont pas valorisés et n'ont pas comme visée d'enrichir et d'abonder la recherche en sciences sociales) .

« La recherche n'a pas pour finalité de défendre une pratique professionnelle ni de favoriser une réflexion avec pour seule finalité de fonder des méthodes d'action. Cette réflexion, amenée par Jean-Philippe Bouilloud et Vincent de Gaulejac, [Bouilloud, J.P. & Gaulejac, V. « Itinéraires de sociologues (suite...) : histoires de vie et choix théoriques », dans *Actes du colloque. Bilan et Perspectives de la recherche qualitative*, HS n° 3, Université Paul Valéry-Montpellier III, 2007] est essentielle. Il ne s'agira pas de questionner ce travail de Mémoire en formation initiale autour de son utilité en termes d'actions pour des futurs professionnels, mais bien en termes d'acquisitions de compétences, dans un cursus formatif, en vue d'exercer le métier [...]. Un palier essentiel est ainsi repéré et circonscrit : la recherche permet l'acquisition de compétences multiples qui favorisent la capacité de l'étudiant à se situer dans l'action. » (Perret, 2014, p. 205) L'initiation à la recherche est une démarche censée infuser et traverser l'ensemble des contenus dispensés et qui se matérialise notamment autour de la rédaction d'un mémoire dit de « pratique professionnelle ». Notons qu'il s'agit de la seule épreuve qui se déroule en centre d'examen et organisée par le Rectorat ; toutes les autres, à savoir sept épreuves, sont organisées et certifiées par le centre de formation, ce qui constitue également une nouveauté dans le diplôme 2018. Dans l'annexe V de l'arrêté de 2018, l'épreuve est définie ainsi : « Le mémoire de pratique professionnelle doit montrer l'appropriation des compétences à mettre en œuvre dans l'exercice du métier et la mobilisation de compétences méthodologiques et de connaissances en sciences humaines et sociales au service des pratiques professionnelles du travail et de l'intervention sociale. ».

Les objectifs de l'épreuve visent à évaluer les capacités du candidat sur plusieurs points, nous en relevons certains ici, par exemple :

- « Analyser une question sociale ou un questionnement professionnel en montrant l'articulation entre théorie et pratique »

- « Prendre de la distance vis-à-vis de la réalité sociale, déconstruire ses représentations et les reconstruire par rapport à des références théoriques et la réalité du terrain »
- « Faire le lien entre son engagement professionnel, les apports théoriques et cliniques et les propositions éducatives »

Ces objectifs contribuent à une ouverture pour les étudiants à la multiplicité des savoirs, des méthodes et des disciplines qui fondent les sciences humaines, et en cela, ils participent à questionner et réinterroger les évidences et les certitudes acquises au fil du temps.

« En s'adossant aux dites < sciences humaines > et aux savoirs universitaires, il n'est pas à douter que les cadres du travail social évoluent (ou tentent d'évoluer) dans la perspective d'une reconnaissance de la < légitimité > de ces professions, en mettant en exergue la < scientificité > des savoirs et la < fiabilité > des méthodes sur lesquelles elles s'appuient. En ce sens, nous assistons aujourd'hui à une < hyperspécialisation > des métiers du social. » (Prouvez, 2020, p. 123). Le travailleur social revêt alors ici une nouvelle figure, celle de « l'expert ». Or, cette posture, basée sur la notion d'expertise, doit amener les formateurs, les professionnels de terrain ainsi que les étudiants à être vigilants et doit être prise avec préoccupation. En effet, s'agissant de diplômés visant à former des futurs professionnels de la relation d'aide, soit des professionnels qui seront toujours confrontés à la question du sujet (de son être, son autonomie, ses droits, son expression...), il convient de faire preuve de prudence quant à l'élaboration d'une posture, peut-être supposée surplombante d'experts. « Canguilhem repère ainsi que les méthodes et techniques thérapeutiques (ou éducatives) qui s'appuient sur ces théories prétendument scientifiques pour revendiquer sur le savoir < profane > des sujets une position d'expertise participent plus ou moins consciemment d'une démarche de < rectification > quasi mécanique des comportements humains vers un idéal de normalité. » (Prouvez, 2020, p. 127).

La formation des futurs professionnels nous semble être mise sous tension entre d'une part, une généralisation des référentiels de compétences qui effacent toutes les questions liées aux dispositions subjectives des futurs professionnels (celles-ci, dans le meilleur des cas, sont redéfinies comme des outils de travail standard) et d'autre part un contexte de travail en forte mutation, avec des changements institutionnels majeurs, qui modifient en profondeur à la fois les conditions d'exercice et les missions. L'emploi, devenu systématique et normalisé, de la notion de compétence « traduit < un surcroît d'exigence vis-à-vis du salarié, celui d'avoir à s'organiser

lui-même pour répondre aux insuffisances du travail prescrit [...], développer une nouvelle forme de performance centrée sur le service rendu aux clients ». Nous sommes là dans le cadre d'un projet qui consiste à « mobiliser la subjectivité de tous », en quelque sorte, il s'agit d'une injonction pour que le sujet construise son expérience. » (Wittorski, 2008, p. 13) Le contexte actuel du travail (qu'il soit dans le secteur social ou non), par ses nouvelles formes et organisations, vient mobiliser les capacités subjectives des individus, notamment pour tenter de donner un sens à son action. Or, les nouveaux référentiels de compétences n'énoncent jamais explicitement les questions liées à la subjectivité des futurs professionnels.

« Les discours sur la professionnalisation sont progressivement associés à ce que T. Périlleux nomme « souci d'employabilité », identifiés dans la volonté d'une définition sectorielle plus que professionnelle des activités (et associée aux termes de polyvalence, d'adaptabilité, de mobilité). De la même manière, l'organisation en pôles, plateformes, la promotion de la responsabilité individuelle des usagers sont quelques-unes des expressions de cette nouvelle rationalisation de l'activité dans le champ médicosocial. L'employabilité travaille donc les discours mais aussi les pratiques associées à la professionnalisation des activités. Si dans la période précédente c'étaient les modèles de la qualification et de la profession qui contribuaient à définir les parcours de professionnalisation, aujourd'hui ce sont les modèles de la compétence et l'employabilité qui tendent à redéfinir les processus de professionnalisation. » (Saint-Martin, 2017, p. 43).

La professionnalisation des futurs travailleurs sociaux, et donc inévitablement le champ de la formation pour adultes, sont traversés par de multiples tensions, notamment entre les dimensions économiques et marchandes, (le « souci d'employabilité » des apprenants et les exigences de rentabilité des organismes de formation) et les dimensions cliniques (les contenus et enseignements contribuant à la compréhension des situations vécues sur les terrains). Dans une perspective socio clinique, la formation vise à « se tenir au plus près de leurs préoccupations, des tensions qu'ils vivent, des situations dans lesquelles ils sont pris, pour tenter avec eux de comprendre les processus à l'œuvre et d'amorcer une mise en mouvement. [...] La formation mobilise les personnes qui y prennent part non plus seulement comme des sujets apprenants, mais dans leur globalité : comme sujets désirants et empêchés, comme sujets calculateurs et imaginants, inscrits dans un espace social à la fois structurant et contraignant. » (Lambelet, 2019, p. 293) Les enjeux des organismes de formation sont alors multiples : il s'agit d'être dans une écoute fine pour saisir les mouvements traversés les terrains professionnels, de porter une attention particulière sur ce qu'en disent les étudiants (Comment vivent-ils ces mutations ? Quels discours portent-ils sur les mécanismes en jeu ? Quel impact sur leurs pratiques professionnelles, notamment en termes d'implication et de capacités réflexives ?), et enfin de proposer des espaces de formation contribuant à mieux saisir l'ensemble de ces évolutions (sur différents

niveaux : macro, méso et micro) et la place qu'ils y prennent, en tant que « sujets désirants et empêchés ».

En conclusion, le métier d'éducateur spécialisé, après un peu plus d'un demi-siècle d'existence, voit sa forme, son fond et ses contours profondément modifiés. Les réformes décrites sont à mettre en perspective avec les changements sociétaux, politiques et économiques actuels. Les deux réformes successives de la formation nous semblent révéler une instabilité de la fonction, qui, au vu des nouvelles orientations de politique publique, demande à être redéfinie. Les pratiques et activités des organismes de formations sont complexes et problématiques car la « professionnalisation-formation » ou « le processus de fabrication d'un professionnel par la formation » (Wittorski, 2008, p. 14) doit relever le défi de transformer les tensions, contradictions et épreuves que vivent au quotidien les futurs professionnels en apprentissages. Pour ce faire, il convient d'avoir des enseignements dédiés à l'étude des phénomènes sociétaux (à travers des disciplines telles que la sociologie, l'anthropologie ou l'histoire) mais ces enseignements peuvent rester « froids » pour les étudiants, s'ils ne sont pas articulés à une approche plus « sensible ». Il nous semble que les approches biographiques participent au maillage entre ces enseignements et la place vécue par ces futurs professionnels. Or, comme nous avons pu l'observer au travers de l'étude historique des différentes réformes et de l'étude des référentiels actuels, la place pour la subjectivité et la clinique est quasi inexistante. Toutefois, si elle n'apparaît pas dans les référentiels, cela ne veut pas dire qu'elle n'est jamais mise en œuvre, mais que celle-ci va surgir en fonction des sensibilités, parcours et formations des formateurs, et certainement en partie de l'histoire héritée de l'institution.

3.2. Le métier d'infirmier

Après avoir étudié l'émergence du métier d'éducateur spécialisé et les évolutions qui ont jalonné sa formation, nous allons ici nous attacher à comprendre les fondements du métier d'infirmier et les mutations que celui-ci traverse. En effet, nous avons, dans le chapitre qui précède, détaillé l'histoire des folies et il apparaît que dans l'accompagnement des personnes présentant des troubles de la sphère psychique, la formation des infirmiers n'est pas sans liens historiques avec la professionnalisation des anciens « gardiens des fous ». Si nous souhaitons aborder ici la question de l'évolution de cette formation, à la suite de celle des éducateurs spécialisés, c'est parce

que ces deux professionnels de la relation d'aide interviennent spécifiquement dans ce champ d'action. Si les infirmiers ont constitué pendant longtemps le métier principal œuvrant dans ce secteur, à l'heure actuelle, les travailleurs sociaux se trouvent également en première ligne face à ces problématiques.

Effectivement, les évolutions contemporaines de la société ont profondément transformé le paysage du secteur médico-social. La désinstitutionnalisation en est le symbole le plus actuel : c'est « le signe tangible d'un mouvement historique de bascule qui remet en cause les formes organisées héritées du passé qui ne correspondent plus aux aspirations de ce temps. » (Janvier, 2012). La contestation des formes traditionnelles de l'institution s'origine historiquement dans le secteur de la psychiatrie, où la volonté de mettre un terme à la chronicisation des pathologies et aux violences institutionnelles perpétrées à l'encontre des personnes accueillies est venue justifier les critiques à leur égard. « Dans la première moitié du XX^e siècle [...], l'hospitalisation dans de grands établissements spécialisés constitue la seule modalité de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. C'est à l'époque un indicateur de qualité des soins, il n'existe alors pas de traitement pharmacologique et le traitement dans des établissements spécialisés apparaît comme un progrès eu égard à la situation antérieure où les malades étaient mélangés aux détenus et autres indigents. » (Coldefy, 2012) Même si elles ont fondé l'action sociale, les formes historiques des institutions et organisations de l'action sociale n'apparaissent plus en adéquation avec les défis et les valeurs de l'époque actuelle. Basée sur le droit de vivre dignement, la liberté et l'autonomie, la société du XXI^e siècle rejette les institutions passées, qui ont dévoilé leurs erreurs et abus. « Ainsi, la plupart des pays européens sont passés d'un modèle de prise en charge de la maladie mentale excluant les patients de leur milieu de vie pour les traiter dans les asiles du XIX^e siècle à un modèle promouvant l'intégration sociale du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité. Les mêmes facteurs ont en général présidé à la désinstitutionnalisation dans les années 1970 dans les pays concernés : développement de nouvelles techniques de traitement, notamment médicamenteux, évolution de la perception de la maladie mentale et affirmation que l'insertion des soins au plus proche du lieu de vie des patients permet des traitements plus efficaces et moins stigmatisants. L'enjeu central a été d'établir un juste équilibre entre l'orientation vers l'hôpital et le recours aux services de proximité, tout en cherchant à « dé spécifier » la psychiatrie pour en faire une discipline médicale comme les autres. » (Coldefy, 2012) Si les années 1970 sont identifiées à l'échelle européenne comme un tournant majeur dans les politiques publiques, engageant une

désinstitutionnalisation massive, il est à souligner qu'en France, celle-ci s'est amorcée plus précocement.

En effet, les circulaires Rucart, de l'entre-guerre (1937-1938), sur la mise en place de service de prophylaxie mentale initient l'idée des premiers services ambulatoires. Les premières politiques de déshospitalisation (terme plus adapté à celui de désinstitutionnalisation, en tous cas pour la France) sont alors enclenchées. Marc Rucart, ministre des solidarités et de la santé entre 1938 et 1940, amende les textes législatifs sur la question avec deux circulaires : la première (du 13 octobre 1937) « propose dans chaque département la création de dispensaires d'hygiène mentale avec consultations externes, l'institution d'un service social, l'organisation des services libres d'observation et de traitement, le développement et la modernisation des services fermés, le dépistage des enfants anormaux. » (Caire, 2012). La seconde, en date du 7 décembre 1938, relative au régime des aliénés, replace « l'importance historique de l'incitation au travail extrahospitalier » (Bonnafé, 2002, p. 41). Ce document s'intéresse aux personnes qui « stagnaient dans les lieux les plus insolites avant d'être conduits à l'asile [...]. Celle de la *Transformation du placement d'office en placement volontaire*, qui, *n'étant pas prévue par la Loi* ne se faisait pratiquement pas ; et surtout la question du *Placement volontaire gratuit* car il vaut mieux savoir que la règle était alors en France de placer les pauvres *d'office* et les riches *volontaires*. » (Bonnafé, 2002, p. 41).

La désinstitutionnalisation s'attaque alors de façon relativement frontale aux organisations du secteur social, désignées comme des lieux de ségrégation car « ils ont en commun le fait de séparer et d'isoler les personnes de la communauté, violant leur droit de choisir et maîtriser leur mode de vie et d'accompagnement, tout en limitant considérablement leur décision au quotidien. » (Devandas-Aguilar, 2017). La rapporteuse de l'ONU insiste « sur le fait qu'il n'existe pas de " bons établissements " dans la mesure où tous imposent un mode de vie donné, qui entrave la capacité de l'individu à mener une vie décente sur la base de l'égalité avec les autres. » (Devandas-Aguilar, 2017). Le constat, établi dans ce rapport, désavoue donc l'ensemble des institutions médico-sociales françaises et invite à fermer ces établissements pour progressivement « fournir des solutions véritablement inclusives. » (Devandas-Aguilar, 2017). Les professionnels du secteur sont donc exhortés à transformer leur outil de rencontre et de médiation (l'institution) ainsi que leur façon d'accompagner. Le passage des institutions en dispositifs et en plateforme est déjà engagé et n'est pas sans susciter des modifications profondes dans l'exercice du métier, dans le rapport à l'activité et dans les métiers concernés. Ce mouvement de désinstitutionnalisation

conduit alors inévitablement les professionnels de l'action sociale à accompagner les personnes ayant des troubles de la sphère psychique, alors que ces derniers étaient historiquement pris en charge majoritairement par les professionnels soignants. Notons que les pionniers de la psychothérapie institutionnelle ont toujours défendu une politique favorisant l'intégration au cœur de la cité (notamment en œuvrant activement dans la mise en place de la circulaire du 15 mars 1960), mais celle-ci était pensée comme étant une modalité de plus à la prise en charge institutionnelle, non pas comme la seule et unique possibilité d'accompagnement. C'est pour cela qu'en France (contrairement à d'autres pays européens tels que l'Italie ou la Grande-Bretagne), la « déshospitalisation » paraît plus adaptée que la « désinstitutionnalisation » pour décrire les politiques réellement mises en œuvre. Les principaux acteurs du champ de la psychiatrie sont les personnels soignants (médecins et infirmiers en particulier), toutefois, les mouvements décrits précédemment ont amené les travailleurs sociaux à intervenir dans ce secteur, ce qui n'est pas sans soulever de nouvelles problématiques, notamment liées à la formation et aux compétences de ces professionnels.

Celles-ci ont été décrites et explicitées au début de ce chapitre, nous allons, pour le terminer, nous intéresser à l'histoire du métier et de la formation de ces acteurs principaux que sont les infirmiers. La perspective socio-historique nous apparaît comme étant une approche adaptée pour comprendre et saisir les enjeux et phénomènes actuels, dans le domaine de l'évolutions des professions et des formations, en examinant particulièrement les modalités et contextes à partir desquels celles-ci se sont construites. « Le choix de cette entrée vise à dépasser les discours dominants et les allant-de-soi qui caractérisent les savoirs des infirmiers en psychiatrie. L'objectif est d'interroger et < de lutter contre la naturalisation de constructions sociales arbitraires qui ont fini par faire oublier que d'autres possibilités existaient qui, elles, ne se sont pas réalisées [...] afin de rompre avec les fausses évidences des représentations dominantes >. » (Brucy, 2008, cité dans Krzyzaniak & Miribel, 2016, p. 164).

3.2.1. De « gardiens des fous » à « infirmiers de secteur psychiatrique » : la difficile naissance d'une profession

Le mot « infirmier » apparaît en 1398, et est issu du terme latin *infirmus* qui signifie infirme, faible, impotent, invalide. D'abord utilisé dans des maisons religieuses, les premières infirmières sont des sœurs ayant en charge les soins. C'est à la fin du XVIII^e siècle qu'elles seront remplacées

par un personnel laïc. Sous le règne de Louis XIV, l'hôpital général fait son apparition en 1656 (avec l'édit royal du 27 avril de la même année). Voué à supprimer la mendicité, il a pour objectif d'accueillir tous les « insensés », les personnes en marge des normes sociales, morales et économiques de l'époque. S'il accueille donc aussi les « fous », son objectif premier est bien d'isoler les pauvres, les mendiants, les enfants abandonnés, bref tous ceux pouvant troubler l'ordre public et créer des désordres dans la cité. Le personnel qui intervient au quotidien avec les internés est d'abord nommé couramment « gardien des fous » ou « surveillant ». Cette terminologie nous révèle *a priori* l'absence d'existence de l'aspect soignant dans leurs activités. « Leur profil était le même dans toute l'Europe : issus d'un milieu très modeste, bien souvent illettrés, recrutés parfois parmi d'anciens malades ; ils sont souvent choisis pour leur physique, pour pouvoir contenir les furieux. Pendant de nombreuses années, ces personnels sont nourris et logés à l'hôpital. Ils doivent rester célibataires et partagent totalement la vie de ceux qu'ils gardent. Leur statut en est d'ailleurs bien proche. Leur rôle est très limité, ils sont soumis et doivent obéissance aux médecins. » (Leyreloup, 2010, p. 121). Le surveillant a un rôle proche de celui de gardien de prison, et cela était déjà présent depuis fort longtemps : « dans l'Antiquité, Celse se souciait déjà du « choix scrupuleux des gardiens », à la fois pour assurer une surveillance attentive, mais aussi pour « dompter » les frénétiques » (Jaeger, 2016a, p. 105).

Par la suite, avec les modifications successives de l'hôpital général, ce dernier va se spécifier dans les troubles psychiatriques et deviendra le vivier des infirmiers. Mais avec les « gardiens », on cherche des personnes exécutant les directives de l'autorité médicale, capable de « contenir les furieux », de vivre avec eux pendant que les médecins essayent de les guérir. Les savoirs que ces « gardiens » possèdent ne sont pas reconnus ou identifiés, et l'absence de formation en est le marqueur le plus probant. Nous nous attacherons ici, de la même manière que pour les éducateurs spécialisés, à étudier les conditions de création de la formation d'infirmiers ainsi que les modalités de la constitution de leurs savoirs.

Pinel (médecin français), 40 ans avant l'arrivée de Seguin à Bicêtre, va, dans ce même hôpital « libérer les aliénés » de leurs chaînes en 1793 sous l'impulsion et les conseils de JB Pussin, à l'époque « gardien des fous », devenu aujourd'hui une figure emblématique de l'infirmier en psychiatrie. C'est à partir d'une critique du traitement asilaire que ce bouleversement des pratiques s'opère. Pinel l'explique fort bien (dans Pelletier & Davidson, 2015, p. 24) : « C'est une admirable invention que l'usage non interrompu des chaînes pour perpétuer la fureur des maniaques avec leur état de détention, pour suppléer au défaut de zèle d'un surveillant peu éclairé, pour entretenir

dans le cœur des aliénés une exaspération constante avec un désir concentré de se venger, et pour fomenter dans les hospices le vacarme et le tumulte. ». Pinel a la capacité d'émettre cette critique institutionnelle (et de réadapter les traitements) grâce à l'écoute qu'il porte à Pussin. C'est donc cet « infirmier », rappelons-le, sans formation (à l'époque les écoles d'infirmiers n'existent pas encore) qui va poser, à travers ce geste inaugurateur, les bases de la psychiatrie actuelle, notamment avec l'introduction d'un traitement moral de la folie et en redonnant au fou un statut de sujet. « En France, la prise en charge du fou, de l'indigent ou du malade mental, dans sa vie quotidienne, par des travailleurs se consacrant à cette tâche, relève ainsi d'une pratique sociale plus ancienne que celles issues des actes thérapeutiques conçus par la science médicale psychiatrique. Ce postulat, véhiculant l'idée selon laquelle l'infirmier prodiguant des soins aux personnes atteintes de troubles psychiques aurait préexisté au psychiatre, trouve son fondement dans la figure allégorique de la relation entre l'aliéniste Philippe Pinel (1745- 1826) et le surveillant qui le secondait, Jean-Baptiste Pussin (1745-1811). » (Krzyzaniak & Miribel, 2016, p. 165) Pinel s'appuie sur la pratique, les observations, les notes, bref sur le travail du quotidien fait par Jean-Baptiste Pussin pour motiver, construire et forger une orientation capitale dans le traitement desdits « aliénés ». C'est donc grâce à Pussin que Pinel va pouvoir étayer et développer sa pensée : « De lui, Philippe Pinel apprendra tout un éventail de possibilités dans le travail relationnel avec les aliénés et y verra surtout la démonstration pratique des bienfaits de la liberté dans la maîtrise des supposés furieux » (Jaeger, 2016a, p. 106). Ce « geste inaugurateur », posé par Pussin, a souvent été attribué à tort à Pinel, pourtant « la lecture attentive des textes de Philippe Pinel oblige, en effet, à prendre au sérieux la dette qu'il exprime, clairement et à plusieurs reprises, à l'égard de son surveillant » (Jaeger, 2016a, p. 106). Cette confusion perpétrée autour de ce « geste inaugurateur », exercé par Pussin mais souvent décerné à Pinel, notamment par son fils et par Esquirol (Jaeger, 2016a) donne à voir les enjeux de pouvoir et de savoir entre les infirmiers et les médecins psychiatres. Les premiers étant, par l'histoire et au sein de la société, souvent dévalorisés et déconsidérés ; et les second, au contraire, occupant une position sociale dominante. L'orientation soignante que vont prendre Pinel et Pussin constitue les premières bases du traitement moral de la folie, est également le signe d'une certaine reconnaissance par les psychiatres (à tout le moins, par un psychiatre, Pinel) des savoirs de ceux qui sont en première ligne (que l'on ne nomme pas encore infirmiers). Toutefois, si les savoirs et les enseignements issus de la pratique quotidienne de Jean-Baptiste Pussin (et de sa femme, Marguerite, souvent oubliée pourtant bien présente) sont écoutés, entendus et reconnus par Pinel, c'est en partie parce

que Pussin dispose de « compétences relationnelles réelles » (Leyreloup, 2010, p. 122) et qu'il y a eu une « rencontre exceptionnelle de deux hommes » (Jaeger, 2016a, p. 106).

Plus tard, ces savoirs issus et étayés par la pratique du quotidien auprès des personnes internées, vont faire l'objet de vifs débats et d'oppositions au sein du corps médical, entre les médecins psychiatres et les infirmiers en soins psychiatriques. En effet, ces savoirs sont validés, intégrés et reconnus par le médecin, ce qui souligne les rapports de subordination existants entre ces deux professions et met à jour les enjeux de pouvoir liés à la reconnaissance de ces savoirs. Ces luttes de pouvoir ont étayé la conception et la structuration des programmes de formation des infirmiers en psychiatrie. (Krzyzaniak & Miribel, 2016). Le point de vue défendu par Krzyzaniak & Miribel soutient l'idée « selon laquelle l'identité infirmière s'est fondée dans un rapport indissocié à la profession médicale plutôt que dans l'optique de constituer une identité propre fondée sur la reconnaissance de savoirs spécifiques issus de son activité professionnelle quotidienne » (Krzyzaniak & Miribel, 2016, p. 164). Les auteurs pointent une contradiction sur laquelle se serait construite l'identité des infirmiers : le groupe professionnel des infirmiers dispose de savoirs propres à sa pratique, mais la reconnaissance de ceux-ci, et leur formalisation dans les programmes de formation, est soumise à l'approbation du corps médical. La coopération entre Pussin et Pinel, est rare et plutôt avant-gardiste, tout comme certains de leurs constats et propositions, particulièrement celle concernant « l'hypothèse traditionnelle d'incurabilité » (Pelletier & Davidson, 2015, p24). En effet, Pinel souligne que la « folie (ou la manie) peut être épisodique et peut être déclenchée en réponse à des événements extérieurs, sociaux ou environnementaux ; et qu'elle peut affecter ou compromettre certaines fonctions tout en laissant les autres intactes, même lorsque la personne est dans une phase active ou aiguë. » (Pelletier & Davidson, 2015, p24). À travers ces constats, Pinel pose les prémices d'une nouvelle compréhension des troubles de la sphère psychique, celle-ci intégrant l'environnement (donc par voie de conséquence l'institution), ce qui apparaît comme nouveau (la folie n'est plus une possession démoniaque). Il n'est pas tant question ici de « réhabiliter » Pussin, mais plutôt de comprendre et de « remettre à jour l'intérêt porté par un médecin sur l'action du non-médecin, et de souligner le rôle décisif d'un gardien dans la naissance de la psychiatrie ; ce dernier faisant de la confiance aux furieux une affaire d'humanité, mais montrant surtout un savoir-faire par le biais duquel a pu se développer une stratégie médicale originale. » (Jager, 2016, p. 107)

La libération des fers des aliénés et son attribution à Pinel ont contribué à masquer l'affirmation d'un savoir et d'un savoir-faire non médical dans l'accompagnement des personnes présentant

des troubles psychiatriques. Pour autant, il fut un moment (court et très circonscrit) où la reconnaissance de ce savoir commençait à prendre forme. En 1800, Pinel publie le *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale*, dans lequel « l'affirmation d'un savoir et d'un savoir-faire non médical, dont plusieurs aspects sont mis en valeur » (Jaeger, 2016a, p. 108). En effet, dans ce traité, Pinel va souligner, la démarche de soin qu'exercent les surveillants : il ne s'agit pas d'une simple observation passive mais bien de la mobilisation de compétences multiples, notamment celles à entendre et écouter les sujets aliénés afin d'ajuster ces interventions au regard de ce qui est observé et de ce que dit vivre le sujet. De plus, la fonction de « surveillance », selon Pinel, ne concerne pas tant les malades que les « gens de services », les employés. Par exemple, Jean-Baptiste Pussin, ayant le titre de « chef de la police intérieure des Loges », assure cette fonction de contrôle, or celle-ci ne doit pas s'adresser aux malades (qu'il faut traiter sans violence), mais elle doit faire preuve « d'une discipline sévère pour contenir les gens de service et prévenir tout mauvais traitement, tout acte de violence » (Pinel, cité dans Jaeger, 2016a). En outre, Pinel reconnaît au surveillant des savoirs notamment concernant sa « maîtrise de la parole comme médiation dans la relation et surtout dans le soin » (Jaeger, 2016a, p. 108). Cette aptitude à utiliser le langage, la parole et les échanges comme espace de médiation dans la relation font du surveillant un non-médecin soignant. Il nous semble important ici de souligner que cette capacité de médiation (constituant l'un des premiers savoirs non-médicaux reconnus comme pertinent dans la démarche soignante) est une compétence partagée avec les travailleurs sociaux, et tout particulièrement l'éducateur spécialisé, chez qui la question de la médiation par la parole apparaît comme un pilier de la relation éducative. Enfin, dans son traité médico-philosophique, Pinel « montre aussi qu'un non-médecin peut apporter des innovations bénéfiques sur le plan thérapeutique » (Jaeger, 2016a, p. 109). Pour cela Pinel cite plusieurs exemples, notamment certains mettant en scène la femme de Pussin, Marguerite. Le traité de Pinel marque une étape considérable dans la reconnaissance des savoirs et savoir-faire du personnel soignant non-médical, il met à jour les bénéfices mutuels tirés de la porosité entre la pratique effective du quotidien par le surveillant et les élaborations soignantes du médecin. Toutefois, même si ce texte est incontournable dans la compréhension de l'évolution des traitements des maladies psychiques, il convient de pondérer et nuancer l'importance de celui-ci, notamment à l'égard de la formation des infirmiers. En effet, la collaboration entre Pinel et Pussin reste une exception à l'époque (le fait même qu'elle existe, qui plus est la qualité de celle-ci...). Les inégalités de positions entre ces deux professionnels et la relation hiérarchique existante, tout de même, a peu à peu laissé « place

à une relation de concurrence entre deux compétences ; ce qui ne sera pas sans poser quelques problèmes » (Jaeger, 2016a, p. 111).

La mort de Pussin, en 1811, va sceller pour quelques temps la fin d'un mirage : celui d'une coopération et d'une complémentarité entre médecins et infirmiers²². En effet, quand Pussin décède, Esquirol (1772-1840) est nommé « médecin-surveillant » à la Salpêtrière et le remplace, en prenant ce titre. Le rôle de « surveillant » que justement Pussin avait adopté, préfigurant alors des fonctions soignantes de l'infirmier. L'écart et la distinction se creuse alors entre les employés et les surveillants. Les premiers, les « gens de services » sont censés, nous dit Charles Giraudy (médecin à la même époque à Charenton) : « être capables d'imprimer aux aliénés un sentiment de puissance, de « maintenir le calme dans leur âme, y compris par la force » ; c'est pourquoi, « quant à la stature, il est indispensable qu'elle soit imposante » » (cité dans Jaeger, 2016a, p. 113). Pour le dire autrement, on n'attend pas de compétences soignantes chez ce personnel, qui doit uniquement disposer de certaines aptitudes physiques afin d'exercer son rôle de gardien. Les seconds, les surveillants, forgés par l'image de Pussin, doivent quant à eux avoir de l'éducation, de l'instruction, car leur rôle auprès du malade va s'inscrire dans une démarche pleinement soignante. Or, avec la prise de poste d'Esquirol en 1811, cette fonction soignante dite de « surveillance » va de nouveau être attribuée aux médecins.

Esquirol, poursuivant le traitement moral initié par Pinel et Pussin, il utilise le terme de « domestiques » pour nommer le personnel. « Il n'utilise pas le terme gardien : on peut supposer que, dans le contexte de la différenciation amorcée entre l'asile et la prison, ce terme évoque trop une surveillance passive, incompatible avec l'affirmation de la curabilité de droit des aliénés. Il n'utilise pas non plus les termes infirmier et surveillant : l'infirmier n'est censé exercer que dans le local spécial de l'infirmerie, pour les soins somatiques ; quant au surveillant, le fait qu'Esquirol, médecin, se soit vu attribuer cette qualification rend difficile l'emploi de ce terme pour un non-médecin. Il appelle d'ailleurs Jean-Baptiste Pussin « inspecteur ». » (Jaeger, 2016a, p. 114) Le terme de domestique, renvoie par son étymologie (*domus*) à la « maison » ; l'adjectif domestique concerne la vie de la maison et s'arrime ainsi aux conceptions prônées par Esquirol (l'hôpital devient une maison pour les aliénés). Mais le nom domestique désigne les personnes employées pour le service ou l'entretien d'une maison et peut recouvrir des connotations péjoratives et renvoyer à des rapports de subordination (entre le maître et le domestique, ou ici entre le médecin

²² Il n'est pas question ici d'affirmer qu'il n'y a pas de coopération possible ou existante entre les médecins psychiatres et les infirmiers, mais que cette relation étroite de collaboration a mis du temps à exister, et qu'encore aujourd'hui, elle peut être « brouillée » ou parasitée par les rapports hiérarchiques et les enjeux de pouvoir qui y sont liés.

et le domestique). Cette subordination est pensée comme une « soumission totale du domestique, tant vis-à-vis du médecin que vis-à-vis de l'aliéné : < Chaque malade doit avoir un domestique qui cherche à le contenter en tous points [...]. Tous les domestiques doivent obéir sans réplique devant leurs malades >. » (Esquirol, cité dans Jaeger, 2016a, p. 115). Selon Jaeger, la subordination du domestique existe à la fois vis-à-vis du malade et du médecin. Toutefois, si la « surveillance » soignante revient au médecin avec Esquirol, il n'en reste pas moins que le personnel ne doit pas se cantonner uniquement à un rôle de gardien. Esquirol met en lumière plusieurs conditions à son « utopie médicale » (Jaeger, 2016a, p. 115) ; l'une concerne la nécessaire présence auprès des malades, qu'Esquirol veut individualisée et permanente, créant ainsi une relation de soin symétrique en apparence (les domestiques placés à égalité dans la relation avec les malades). La réciprocité souhaitée par Esquirol est quasiment de l'ordre de l'intime : il « partage son sort, couche auprès de lui pour le rassurer. Il doit être < son confident, son ami [...] son consolateur >. » (Jaeger, 2016a, p. 114). Ce partage jour et nuit du quotidien configure un modèle où il n'a y pas de distinction entre les sphères (privées, familiales, professionnelles...), « ce que Georges Daumezon appellera < l'intériorisation >. » (Jaeger, 2016b, p. 107). De plus, Esquirol souligne que ce compagnonnage sera d'autant plus efficace que le domestique et l'aliéné partageront des traits communs dans leurs profils et parcours de vie. Il cite l'exemple d'un domestique anciennement militaire s'occupant d'un aliéné lui aussi ancien militaire : pour Esquirol, le domestique partageant ici des expériences de vie similaires avec le malade pourra mobiliser celles-ci pour soutenir les actions soignantes du quotidien. Le terme et la notion de « capital biographique » ne sont pas encore, à l'époque, utilisés et conceptualisés, toutefois c'est bien de cela dont il s'agit : Esquirol, en posant cette condition vient affirmer que l'histoire de vie du soignant peut être une ressource mobilisable dans le soin. La seconde condition au traitement moral (tel que le conçoit Esquirol) met en lumière les rapports de pouvoir entre les domestiques et les médecins : en effet, Esquirol exige « une soumission totale du domestique, tant vis-à-vis du médecin que vis-à-vis de l'aliéné » (Jaeger, 2016b, p. 115) Le domestique doit être pleinement au service du malade, et exécuter tout aussi pleinement les ordres émanant de l'autorité médicale. Il n'évoque pas la possibilité de prises d'initiative par le personnel, ni même des marges d'autonomie ou de liberté dans les actions mises en œuvre. Enfin, la dernière condition à l'exercice de sa thérapie redonne, malgré tout, une place au personnel : ce dernier doit participer au projet médical. Le domestique a un rôle de tiers, il utilise la médiation pour établir une relation de confiance avec le malade, il distribue les médicaments, apaise l'aliéné mais doit également jouer un rôle d'information auprès du médecin « Souvent on connaît par le domestique les idées, les pensées, les projets de l'aliéné

et on obtient de lui une multitude de choses utiles au rétablissement de la santé. » (Giraudy cité dans Jaeger, 2016a, p. 115). Avec cette dernière condition, le médecin reconnaît en partie les savoirs que possèdent les domestiques, savoirs issus du quotidien partagé avec les malades, et savoirs auxquels le médecin, ne participant pas à ce quotidien, ne peut avoir accès. Esquirol reconnaît les compétences relationnelles que le personnel doit avoir pour mener à bien sa fonction : il doit être diplomate, tacticien, cadrant mais sans faire preuve de dureté, et « utiliser plus l'imagination de l'aliéné que son raisonnement, comme le fait le médecin de son côté, tout en ayant un rôle éducatif » (Jaeger, 2016a, p. 115).

Pour résumer, au début du XIX^e siècle, les savoirs médicaux des futurs infirmiers ne sont pas reconnus et affirmés par les médecins, en revanche l'aspect éducatif de leurs missions, les aptitudes relationnelles et les capacités à créer des liens sociaux s'établissent de manière plus précise. Lors de cette période charnière, le personnel est reconnu comme soignant (du fait des compétences citées précédemment, compétences indispensables pour que le médecin ait un regard clinique aiguisé sur le malade). Mais dans la même période, il est complètement soumis à l'autorité médicale, qui réaffirme son pouvoir :

Cette prise de pouvoir par un médecin des attributions jugées trop étendues du surveillant est un véritable coup de force administratif et médical qui relègue, au nom d'une théorie de l'institution et du pouvoir, le personnel soignant non médical au second rang. Ce personnel est désormais officiellement exclu de la relation médecin-malade, en étant fondu dans le premier terme de la relation institution-malade : plus de spécificité d'une pratique non médicale, plus de risque de fusion entre deux formes de savoir. Aux velléités de médicalisation de ces « auxiliaires » se substitue leur enracinement forcé dans le monde des serviteurs et servants dont ils sont issus. (Jaeger, 2016a, p. 116)

Cette étape marque des mutations profondes dans le traitement apporté aux malades et dans l'organisation même de l'asile : les ancêtres de l'infirmier voient leurs compétences soignantes commencer à être reconnues mais ils sont, dans le même mouvement, pris dans un statut de subalternes, de domestiques. Cette fixation de leur statut est une « option décisive historiquement qui conduira à sous-estimer les possibilités de transformation des gardiens et contribuera à faire échouer le projet asilaire initial » (Jaeger, 2016a, p. 117).

La multiplicité des termes pour nommer ces « auxiliaires » révèle une difficulté initiale pour ces professionnels à se constituer en corps soignant : dans le même moment, on note des doubles discours pointant une contradiction dans la genèse et la constitution originelle du métier. En effet, l'ensemble de ces personnels font « écran » entre les malades et les médecins. « Le double sens du mot écran (qui protège pour mieux voir/qui empêche de voir) permet de comprendre la

coexistence de deux types de discours contradictoires concernant les gardiens : les uns marqués par la dénonciation de domestiques exerçant un pouvoir abusif, les autres par la sollicitude pour des auxiliaires dévoués » (Jaeger, 2017a, p. 104). Gardien, surveillant, domestique, infirmier, infirmier gardien de bain, infirmier en chef, infirmier 1^{ère} et infirmier 2^{ème} classe, chef de la police intérieure des Loges... sont autant de dénominations montrant le tâtonnement et la confusion sur la place des futurs infirmiers au sein de l'asile. Il est à noter que si le terme de « gardien » renvoie particulièrement à la prison, il n'est pas évident à l'époque que le terme d'infirmier soit moins péjoratif. En effet, comme l'écrit le psychiatre Camille Bouchet :

L'infirmier n'est qu'une des formes du gardien. Il soigne l'aliéné malade ; et à ce titre, ses fonctions participent plus de celles de l'infirmier que de celles du gardien proprement dit ; néanmoins, à beaucoup d'égards, les règles de conduite sont celles du gardien. Le gardien est quelque chose de plus que l'infirmier ordinaire : il a la garde de l'aliéné ; il a la commission de le garder, de le conserver, de le défendre, de le soigner, de le surveiller. (Cité dans Jaeger, 2017a, p. 106)

Si cette position semble isolée (Jaeger, 2017a), il apparaît néanmoins que les aliénistes du début du XIX^e siècle alternent, sans distinction, dans l'utilisation des termes gardiens et infirmiers ; montrant ainsi une forme d'équivalence dans ces appellations. Malgré quelques tentatives au début du XX^e siècle pour remplacer le terme de gardien par celui d'infirmier, et malgré la création des premières formations d'infirmiers, force est de constater que la nature des relations hiérarchiques entre les médecins et ces professionnels (et des rapports de pouvoir et de dominations qui sous-tendent cette relation) a rendu difficile et lente l'effacement d'une sémantique empruntée au milieu carcéral et à la domesticité. « Si le mot gardien résiste, sans que l'on sache trop s'il faille le prendre au sens propre ou au sens figuré, c'est que le gardiennage reste une réalité essentielle de la vie des asiles, au moins jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale. » (Jaeger, 2017a, p. 108). Scipion Pinel (le fils aîné de Philippe Pinel) est le premier à suggérer une formation des « subalternes » en 1836. La loi de 1838 dite « loi sur les aliénés » va venir structurer l'accompagnement de la folie. Cette loi introduit la notion de « placement volontaire » et « placement d'office », elle institue un établissement psychiatrique par département, crée le statut de « malade mental » ; elle place également tous les instituts de soins psychiatriques qu'ils soient privés ou publics sous l'autorité publique.

Le processus de professionnalisation au métier d'infirmier en psychiatrie va se créer et se structurer entre la fin des années 1870 et les années 1930. « En 1877, une décision déposée au conseil municipal de Paris propose d'ouvrir les premières écoles d'infirmières d'asile. C'est un militant de la formation professionnelle des infirmiers et un combattant anticlérical, le docteur

Bourneville, qui soutient ce projet. Il souhaite que le personnel infirmier ait des connaissances sur les maladies mentales. « Il est impossible de soigner les aliénés si l'on n'est pas auparavant prévenu des principales particularités de l'affection dont ils sont atteints ». » (Leyreloup, 2010, p. 122) Le docteur Bourneville (médecin, interne dans le service de Charcot) en sera le principal initiateur, militant pour une professionnalisation, une formation nécessaire aux infirmiers, notamment en psychiatrie. Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909) a également la charge d'un service accueillant des enfants (dits idiots et épileptiques) à Bicêtre, dont il prend la direction en 1879, devenant ainsi, bien avant l'existence de cette discipline, l'une des figures de la pédopsychiatrie (la première chaire de la psychiatrie de l'enfant verra le jour en 1949). C'est donc en 1878 que les premières écoles municipales ouvrent leurs portes, d'abord sur les bancs de La Salpêtrière, puis à Bicêtre. Ces établissements instituent un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP). Sur un an, des cours sont donnés le soir et pris en charge par les médecins hospitaliers ; la journée les élèves sont sur le terrain, placés sous la responsabilité d'un membre du personnel. Ceci vient marquer un tournant : après Pinel et la libération des aliénés, on cherche à enseigner le traitement moral et on prend en compte la nécessité de former ce personnel. La mise en place de cette formation va s'avérer très difficile à mettre effectivement en œuvre et la fin du XIX^e siècle est marquée par des débats vifs sur la nature des savoirs à dispenser dans cette formation. Bourneville publie en 1878, un *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière*, de 700 pages qui fait l'objet de critiques notamment sur le fait que les savoirs dispensés à ces « garde-malades » seraient trop étendus et feraient obstacle à la pratique des médecins, voire renverraient à une « pratique illégale de la médecine » (Jaeger, 2017b, p. 110).

Pour conclure, le XIX^e siècle constitue une étape importante dans l'évolution de la prise en charge des personnes présentant des troubles de la sphère psychique (avec le traitement moral) ; il se termine par de vives discussions autour de l'épineuse question de la formation du personnel. Ces multiples controverses révèlent néanmoins un intérêt nouveau et certain porté sur la professionnalisation des « gardiens des fous ».

3.2.2. Tensions et enjeux modernes autour du diplôme d'infirmier en soins psychiatrique : fin d'une spécialisation

Les circulaires « Combes » (du nom du ministre de l'intérieur de l'époque) en date du 17 juillet 1899 et **du 28/10/1902** rendent obligatoire la création d'écoles d'infirmiers et définissent pour la

première fois le métier d'infirmier. Le métier se distingue de celui des servants et domestiques et place directement l'infirmier au cœur de l'activité soignante. L'infirmière (terme utilisée au féminin dans le texte) est la « collaboratrice disciplinée mais intelligente du médecin et du chirurgien » (Jeanguiot, 2006, p. 84). Si les dimensions philanthropiques et scientifiques y sont soulignées, ce personnel reste soumis au médecin, qui va lui dicter ses savoirs.

À l'issue du congrès des aliénistes et neurologues, qui se déroule à Limoges en 1901, deux vœux sont émis au sujet de la formation des infirmiers. Le premier concerne la création d'écoles d'infirmiers, comprenant des examens, des certificats d'aptitudes ou des diplômes. Ces écoles ne sont pas imposées à tous les asiles de France mais pourraient voir le jour dans les villes où il y a des facultés de médecine, toutefois, malgré cette disparité territoriale, les participants du congrès souhaitent que les programmes de formation soient harmonisés. Le second vœu cherche à rendre obligatoire le diplôme d'infirmier pour être recruté à des postes de surveillants ou de sous-surveillants. Toutefois, ces souhaits ne paraissent pas réalisables à l'époque, en témoigne ce commentaire du président du congrès : « Le congrès peut voter sans crainte cette mesure dont la lenteur administrative bien connue ne permettrait pas la réalisation immédiate. » (Ballet, cité dans Jaeger, 2017b, p. 111). Ces mots dépeignent bien la difficulté effective qu'aura la formation infirmier à se mettre en place, durant la première moitié du XX^e siècle. Le mouvement de professionnalisation des infirmiers est un mouvement européen visant à reconnaître les savoirs de ces derniers par l'obtention d'un diplôme. Le 24 décembre 1902, le conseil général de Paris adopte une proposition visant à réorganiser les examens de l'école départementale des asiles d'aliénés de la Seine. S'en suit une expérimentation d'un programme de formation en 1906-1907, qui donne lieu à l'arrêté du 04 avril 1907 qui introduit, en plus des deux épreuves écrites, deux autres examens : une épreuve orale et une épreuve pratique. La même année, en septembre à Amsterdam, le premier congrès international de neuropsychiatrie, psychologie et assistance aux aliénés se réunit. Le rapporteur d'un atelier sur le personnel infirmier des asiles, le médecin Van Deventer réaffirme la nécessité de formation : « Il est désirable que tout candidat garde-malade, avant d'être attaché à un hôpital pour aliénés, ait fréquenté avec succès, comme élève interne dans une école spéciale pour garde-malades, un cours où il aurait été préparé pour la tâche difficile qui l'attend » (Jaeger, 20127b, p. 111). En 1905, il faut avoir obtenu ce diplôme pour accéder au titre d'infirmier.

Le diplôme d'infirmier départemental voit difficilement le jour. Les formations ont lieu au sein des asiles, 88 leçons sont dispensées sur une durée de 3 ans. Le bilan est mitigé : en 1910, seuls

28% des inscrits dans les six asiles de la Seine obtiennent le diplôme. Plusieurs difficultés apparaissent : les étudiants doivent suivre leur formation après leurs journées de travail (la fatigue contribue à un manque certain de disponibilité aux apprentissages) et les « tutorats » de terrain, assurant les cours pratiques s'avèrent défailnants. De plus, les initiatives de formation restent à une échelle locale, aucune politique nationale n'est menée (avec les volontés et les moyens nécessaires à sa réalisation).

Doucement, toutefois, la définition de la profession se précise et est revalorisée. Dans son *Manuel des gardes-malade dans les hôpitaux pour maladies mentales* paru en 1907, Jules Morel appuie sur l'appellation de ce personnel : ils ne sont plus des domestiques mais pas encore des infirmiers : ils deviennent des « gardes-malade » (le terme gardien est encore fréquemment utilisé). La littérature sur la fonction s'étoffe, nous pouvons citer Théodore Simon qui publie *L'aliéné, l'asile, l'infirmier* en 1911 : cet ouvrage consacré aux activités et pratiques soignantes de l'infirmier met en avant les qualités relationnelles et éducatives dont doivent disposer ceux-ci : la « présence renforcée » (Jaeger, 2017b, p. 114) servira à supprimer les contentions (l'image de Pussin est érigée comme modèle à suivre). Sont également pointées les techniques de soin (hydrothérapie, massage, surveillance en lien avec le diagnostic) et les activités que l'on peut qualifier de « sociales » (travail et distraction des malades). La question de l'accompagnement des malades hors de l'asile y est également noté, mais cet accompagnement ne peut se faire qu'avec « un personnel éprouvé » (Jaeger, 2017b, p. 114) et il est spécifié que la formation ne peut avoir lieu qu'au sein des asiles : « Ce n'est pas en soignant un malade à domicile qu'un infirmier apprendra son métier ; il ne peut le faire qu'à l'asile, où il verra toutes les variétés de folie possibles » (Jaeger, 2017b, p. 114). Un autre ouvrage collectif paru en ce début de siècle mérite d'être cité, le *Mémento des diplômés d'État de l'infirmière et de l'infirmier* : en effet, celui-ci fait également apparaître les qualités relationnelles : « Aussi l'infirmier d'asile a-t-il à déployer dans sa tâche ingrate des qualités morales aussi essentielles que les qualités techniques [...] L'infirmier sera avant tout un observateur et un psychologue » (Jaeger, 2017b, p. 115). La psychologie y est nommée comme étant une discipline (relativement récente) nécessaire à mobiliser dans l'accompagnement des malades. Bref, la volonté est clairement nommée : il est nécessaire que les infirmiers soient formés (même si cette formation en est encore à ses balbutiements). En 1913, le décret du 2 mai rend obligatoire l'obtention du certificat d'étude primaire pour être embauchés (ou ils devront passer un examen probatoire d'un niveau équivalent) : les infirmiers doivent savoir lire, écrire et compter.

En **1922**, le diplôme d'Etat d'infirmier apparaît via le décret du 27 juin. La profession n'est pas unifiée : les enseignements théoriques et pratiques font l'objet d'un programme rien qui concernent les asiles d'aliénés. Cinq ans plus tard, le décret du 25 décembre 1927 y remédie. En effet, l'absence de formation et d'enseignements spécifiques font défaut et ne sont pas sans poser problèmes dans les asiles : des incidents multiples démontrent « la nécessité absolue de doter les infirmiers d'asile d'un enseignement professionnel sérieux » (Jaeger, 2017b, p. 116). Un examen d'Etat est prévu et la formation, qui se déroule en cinq années, prévoit une année d'enseignement théorique et quatre ans de stage pratique (dont un an en médecine générale, le reste en psychiatrie). L'arrêté du 26 mai 1930 vient encore modifier le précédent : cette fois, le programme d'études de 36 mois (à répartir sur cinq ans) est sanctionné par un diplôme d'Etat d'infirmiers des asiles publics d'aliénés. « Ce texte n'eut pas beaucoup plus de succès que les précédents : « L'application de ces textes [ceux de 1927 et de 1930] fut pratiquement négligeable et n'aboutit guère qu'à la distribution de diplômes d'État par équivalence, source de confusions très souvent regrettables ». » (Jaeger, 2017b, p. 116).

En 1937, les asiles deviennent des hôpitaux psychiatriques et les infirmiers y travaillant ne sont pas assimilés aux infirmiers de l'hôpital général. Un an plus tard, le décret du 18 février 1938 entérine cette position : un diplôme d'Etat (dit « unique ») d'infirmier est créé, « le sort des infirmiers des hôpitaux psychiatriques [...] est joué » (Jaeger, 2017b, p. 118). Cette situation place les infirmiers de secteur psychiatriques dans une position très inconfortable : « En effet, le diplôme d'État est d'une « nécessité absolue » pour être reconnu infirmier, cela implique soit une déqualification massive des infirmiers d'asiles, qui redeviendraient de simples servants, soit la conservation du titre d'infirmier à des non-diplômés » (Jaeger, 2017b, p. 118). Pour sortir de cette impasse, des autorisations d'exercice sans diplôme sont délivrées quelques années plus tard.

L'arrêté du 3 février 1949 limite l'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique à ce seul domaine (ce qui n'est pas valable pour les infirmiers de soins généraux, qui toutefois ne vont pas travailler en psychiatrie...) et établit une liste de onze diplômes d'hôpitaux psychiatriques permettant d'exercer. Pour le dire autrement, malgré les tentatives et les volontés affichées depuis un demi-siècle, le diplôme d'Etat n'a pas d'existence, ni de valeur, contrairement aux diplômes locaux.

Les formations proposées ont un goût d'inachevé : elles sont très en deçà des ambitions déclarées au début du siècle, selon le psychiatre Paul Bernard : « Le niveau de nos infirmiers actuels constitue certainement un des aspects les plus affligeants de l'état d'arriération de nos hôpitaux

psychiatriques » (cité dans Jaeger, 2017b, p. 119). En 1949, la circulaire du 30/11 sur la formation professionnelle des soignants rend obligatoire le programme de Paul Bernard : la formation du personnel psychiatrique s'articule autour de deux axes : « *l'acquisition de connaissances techniques et la formation de personnalité des infirmiers à une attitude psychiatrique* ». Les infirmiers psychiatriques sont alors formés pour la psychiatrie et voient leur exercice professionnel limité à la psychiatrie.

Cette période, si elle est dense en décrets, arrêtés et autres circulaires, se montre également riche d'initiatives : les rencontres du Groupe de Sèvres à la fin des années 50 en sont un exemple, mais notons également la place fondamentale de l'association Céméa (Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active). Fondée par Gisèle de Failly en 1937, cette jeune association va contribuer activement à la formation et la professionnalisation des infirmiers exerçant en psychiatrie. Sous l'impulsion particulière de Georges Daumezon, ils furent sollicités pour animer des stages à destination des infirmiers, dont l'enjeu principal résidait dans l'humanisation de l'hôpital. Daumezon ainsi que les autres médecins, particulièrement ceux s'inscrivant dans le mouvement de psychothérapie institutionnelle (Bonnafé, Oury, Tosquelles) avait une image de l'infirmier et des coopérations à entretenir avec lui quelque peu différente : « L'infirmier était alors envisagé par ces psychiatres comme dépositaire de savoirs singuliers, entraînant la nécessité pour le corps médical de collaborer avec ses auxiliaires » (Krzyzaniak & Miribel, 2016, p. 167). En 1948, Germaine Le Guillant rencontre Georges Daumezon pour organiser ces sessions de formation. Germaine Le Guillant est marié à Louis Le Guillant (psychiatre et médecin-chef de l'hôpital la Charité-sur-Loire). Ce médecin a déjà été évoqué dans le premier chapitre (p. 79) et s'inscrit pleinement dans le mouvement d'après-guerre visant à bousculer les pratiques soignantes de la psychiatrie. En effet, la seconde guerre mondiale est passée par là et 40 000 malades mentaux sont morts dans les hôpitaux psychiatriques. Les acteurs veulent faire tomber les murs de l'asile, en sortir, repenser et recréer la relation entre soignants et patients. Il faut donc former les infirmiers afin qu'ils soient compétents. Les rapports de pouvoir sont des thèmes centraux au Céméa, et la question de l'émancipation est fondamentale pour comprendre l'ensemble des actions qui y sont menées. L'objectif de ces stages est également de sortir de la dépendance hiérarchique des médecins, et de modifier les rapports de domination, au sens large, à l'hôpital (médecins-infirmiers/ soignants-patients). « Cela eut pour effet de transformer et d'humaniser les institutions en bousculant la nature des relations exclusivement hiérarchiques et pyramidales entre soignés et soignants, mais aussi entre infirmiers et médecins » (Krzyzaniak & Miribel, 2016, p. 168). Une dynamique émancipatrice est initiée et augure « une évolution dans les rapports sociaux à l'hôpital

psychiatrique et l'émergence d'une possible accession à l'identité infirmière, qui serait non plus assujettie, mais associée au corps des psychiatres » (Krzyzaniak & Miribel, 2016, p. 168). Comme l'écrit elle-même Germaine Le Henaff (elle deviendra Mme Le Guillant en 1953) : « Nous avons poursuivi un double but : 1° d'une part, provoquer un < choc psychologique > tendant à faire prendre conscience aux infirmiers des conditions pénibles dans lesquelles vivaient les malades, de la possibilité de les transformer et des heureux résultats de cette transformation ; 2° fournir aux stagiaires des moyens pratiques leur permettant, dès le retour dans leur établissement, de réaliser ces réformes » (Le Henaff, s.d., p. 29). Si les stages avec les Céméa suscitent des évolutions réelles dans les apprentissages (des techniques éducatives, de médiation), dans la compréhension clinique des maladies ainsi que dans les rapports de domination à l'œuvre à l'hôpital, « Il en découlait un changement radical dans leur attitude professionnelle et le désir de la mise en place de structures désaliénantes et thérapeutiques. Ce faisant, ils se heurtaient au traditionalisme de la hiérarchie infirmière et médicale. On peut dire pour schématiser que c'est du constat de l'inadéquation entre le potentiel révolutionnaire des stages et l'attitude conservatrice du pouvoir médical et administratif que naissait l'idée qui a donné naissance au groupe de Sèvres » (Aymé cité dans Leyreloup, 2010, p. 123).

L'avènement des neuroleptiques, la psychothérapie institutionnelle, les stages avec les Céméa, les rencontres du groupe de Sèvres constituent autant d'initiatives qui imposent de nouvelles exigences en matière de formation du personnel et vont alors considérablement modifier les pratiques des infirmiers et par la suite leur formation. L'arrêté du 28 juillet 1955 rend obligatoire la formation professionnelle pour le personnel travaillant en psychiatrie, celle-ci passe à 2 ans et comprend 120 cours théoriques, notamment grâce à l'appui de certains précurseurs (Daumezon. Tosquelles...). La formation regroupe les enseignements suivants : médecine, chirurgie, pharmacie, hygiène, anatomie, physiologie, soins aux malades mentaux, et elle a toujours lieu sur le temps de travail.

Les années 60 marquent un tournant majeur en psychiatrie : c'est la création du secteur psychiatrique. Les équipes de soins s'ouvrent à de nouvelles professions (notamment celles du social : éducateurs, assistants sociaux...), les lieux d'exercice se diversifient (temps d'hospitalisation réduit, accueil de jour, service de soins de suite à domicile etc.). En 1969 (l'arrêté du 7 mai), la dénomination officielle de « l'infirmier de secteur psychiatrique » fait son apparition et institue une profession à part entière. Elle vient consolider des savoirs, et souhaite marquer une revendication ainsi qu'une rupture avec les pratiques asilaires de gardiennage.

L'arrêté du 16 février 1973 modifie la formation ; celle-ci s'étend sur 28 mois, avec presque 1600 heures d'enseignements théoriques (soit un volume de formation théorique multiplié par treize) et cinquante semaines de stages. Puis, avec l'arrêté du 26 avril 1979, elle s'allonge à 33 mois (conformément à des accords européens) et les enseignements théoriques s'étoffent (1880 heures) avec 59 semaines de stages. La première année de formation est commune entre les infirmiers de secteur psychiatrique et les infirmiers de soins généraux. Toutefois, la différence entre ces infirmiers est encore marquée : les infirmiers de secteur psychiatrique ont encore un exercice limité de leur fonction et les enseignements transmis en formation s'orientent davantage sur les maladies mentales (800 heures dont 200 heures en pédopsychiatrie).

Avec l'arrêté du 23 mars 1992, les IFSI (Instituts de Formations en Soins Infirmiers) émergent, et avec eux la formation spécifique des infirmiers psychiatriques disparaît pour laisser place à une formation unique. Le programme de formation s'avère chargé : 2240 heures d'enseignements théoriques et 2380 heures de stages cliniques et insiste sur la polyvalence des infirmiers, devant être capables à l'issue de leur formation d'exercer dans tous les secteurs. Les sciences humaines et sociales font leur apparition dans le curricula, des stages obligatoires en « santé mentale » de 280 heures prennent place, avec possibilité d'effectuer des stages optionnels générant une quasi-spécialisation. S'inscrivant dans une logique européenne d'équivalence des diplômes, cette réforme est venue modifier profondément le paysage psychiatrique (notamment de formation). Les anciens « infirmiers psy » effectuent en effet tout leur parcours de formation sur des terrains de stage en psychiatrie : lorsqu'ils achevaient leur formation, diplômés, ils disposaient donc d'un bagage de presque trois ans de pratique à l'hôpital psychiatrique, contrairement aux deux mois actuels. Certains syndicats professionnels et psychiatres se sont élevés contre la disparition de cette spécificité, souvent en mettant en avant l'aspect clinique des soins et de la relation. Dans « La borde, une clinique psychiatrique toujours hors-normes », Oury fustige l'arrêt de cette formation, dénonçant une « destruction massive de la psychiatrie » avec des jeunes diplômés qui n'ont aucune formation de terrain, ni formation théorique solide de la maladie mentale (notamment initiation à la psychanalyse parmi d'autres courants théoriques ou a théoriques, comme le DSM.); ils arrivent souvent avec un préjugé de dangerosité du malade (image véhiculée sans cesse par les médias et les politiques) et sans aucune notion de prise en charge du milieu asilaire, avec ce que cela comporte de la création d'ambiance, de la vie, des échanges, de la responsabilité partagée etc...(indispensable si on veut traiter et soigner l'institution). De plus, la disparition du diplôme d'infirmier en secteur psychiatrique est le marqueur d'une époque où les paradigmes se renversent. Le concept de folie s'efface et tend à disparaître derrière celui de

santé mentale ; « Là où les aliénistes du XIX^e siècle ont cherché à imposer leur compétence dans le domaine de l'hygiénisme, les psychiatres de la fin du XX^e siècle ont réussi à établir leur rôle d'expert en « santé mentale », terme suffisamment imprécis pour qu'il concerne plus du quart de la population » (Fousson, 2006, p. 819)

Ancrée dans les logiques de compétences européennes, avec une volonté de se calquer sur le modèle universitaire (LMD), la formation d'infirmier a été réformée récemment (2009), le diplôme est maintenant validé par l'obtention d'ECTS (European Credits Transfer System). La formation s'axe autour des compétences que doit acquérir l'étudiant, et comporte :

1. Sciences humaines, sociales et droit
2. Sciences biologiques et médicales
3. Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes
4. Sciences et techniques infirmières, interventions
5. Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière
6. Méthodes de travail

Les modules de formation 3, 4 et 5 sont ce que l'on peut nommer des compétences « spécifiques », elles relèvent directement de la pratique infirmière et de ce corps de métier. En revanche, les trois autres modules (1, 2 et 6) contiennent des savoirs plus généraux, moins professionnels et plus universitaires comprenant des disciplines enseignées justement à l'université). L'infirmier d'aujourd'hui, comme l'éducateur, d'ailleurs, voit sa formation s'universitariser, lui donnant donc un équivalent de diplôme universitaire (licence). La modification des contenus de formation et les changements notamment en terme de temps ; temps passé en stage, temps de formation : par exemple, le nouveau diplôme d'infirmier a été vivement critiqué sur ce point, dénonçant une augmentation considérable, injustifiée et infondée du temps de travail personnel des étudiants (estimé à 40% du temps de formation global) et d'après ses détracteurs servant uniquement une logique comptable, visant à faire des économies à travers la réduction du nombre d'enseignants (moins d'heures de cours = moins de professeurs, ou de formateurs à rémunérer). « L'universitarisation » de ces deux formations (infirmier et éducateur spécialisé) permet aux étudiants d'accéder à un certain niveau de diplôme, de créer des passerelles entre formation professionnelle et études universitaires ; laissant ainsi la possibilité de reprendre ou de poursuivre ces études. On modifie là, nous semble-t-il, profondément la nature mêmes de ces deux formations : créées pour professionnaliser ces pratiques, étayer des savoir-faire, développer un

corpus de savoirs généraux ; elles visent à transmettre les savoirs d'un métier, et les étudiants s'y inscrivent pour apprendre un métier. Actuellement, ce point est moins à l'ordre du jour : il s'agit davantage de former des étudiants à la maîtrise de certaines compétences, dans une formation à visée propédeutique.

Chapitre 4 : Histoire des histoires de vie et émergence des courants biographiques

Dans cette partie, nous souhaitons présenter les axes théoriques qui ont sous-tendus notre travail doctoral, et en particulier celui de la recherche biographique, dans lequel nos travaux de recherche s'inscrivent pleinement. Après avoir, lors des trois premiers chapitres, défini le périmètre de nos réflexions, (centrées sur la « folie » en général et la formation des futurs accompagnants de personnes en situation de vulnérabilité, notamment psychique), nous aspirons ici à présenter la recherche biographique et ses multiples approches. Ces dernières ont animé le cœur de nos préoccupations et nous ont donné une grille de lecture particulièrement intéressante pour comprendre et appréhender notre problématique. Nous nous attacherons dans un premier temps à l'étude des soubassements épistémologiques des histoires de vie, puis nous examinerons les différentes formes sous lesquelles elles se sont constituées.

4.1. Fondements épistémologiques

Avant de développer les différents courants qui composent la recherche biographique, nous souhaitons faire une « histoire des histoires de vie ». Comme nous avons pu le faire pour les trois premiers chapitres, une amorce historique nous semble ici incontournable : depuis quand les histoires de vie, au sens large, ont-elles participé à la réflexion scientifique dans le champ des sciences humaines et sociales ? Quels en sont les territoires épistémologiques ? Comment les différents courants qui participent à ce champ d'études et de recherches ont-ils constitué progressivement une catégorie désormais nommée la « recherche biographique » ? Cette approche historique et épistémologique nous permettra par la suite de mettre en perspective l'évolution des pratiques professionnelles et particulièrement celles liées à la formation des futurs éducateurs et des futurs soignants.

4.1.1 Anthropologie et philosophie aux origines des pratiques

« Sous des formes très biodiversifiées, les histoires de vie, en tant que démarches bio narratives de réflexions temporelles sont aussi vieilles que l'humanité, pour autant que celle-ci se forme en tentant de conjuguer les temps et les contretemps de la vie [...] Comme pour la prose et la poésie, l'humanité fait des histoires de vie sans le savoir. » (Pineau, 2019, p. 355)

Les histoires de vie apparaissent comme indissociables de l'humaine condition : étant des pratiques ordinaires et courantes (l'homme n'a de cesse de se raconter, dans divers espaces et pour différentes raisons), elles font partie intégrante de la condition humaine. « Les pratiques ordinaires, quasi réflexes, pour chaque individu de retour sur ses moments passés semblent bien pointer un mouvement biocognitif fondamental. » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 4) Le mot « histoire » vient du grec ancien *historia* qui signifie « enquête » et désigne notamment les connaissances acquises par cette exploration. Il est donc question avec les histoires de vie de mener des recherches et d'émettre une narration sur des faits passés qui concernent un peuple, un groupe et/ou un individu. En cela, elle est « abordée comme pratique autopoïétique, c'est-à-dire qui travaille à produire elle-même sa propre identité en mouvement et à agir en conséquence. » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 4). Considérée comme un phénomène anthropologique, l'histoire de vie est un processus humain, mobilisant les propriétés d'autocréation de l'homme par lui-même. Ces pratiques d'autocréation existent sous de multiples formes et s'inscrivent dans la vie courante de chacun. D'après Pineau et Le Grand (2019, p. 7-8), elles prennent formes sous différents pratiques :

- « Pratiques intergénérationnelles et mémoire familiale » : celles-ci renvoient aux transmissions au sein des familles. Elles désignent l'ensemble des échanges entre les enfants et leurs ascendants et traitent des questions liées aux origines familiales, aux conditions de vie de manière large (vie professionnelle, mobilités, vie amoureuse, vie sociale, conditions historiques, héritages, etc...). Ces témoignages peuvent se dérouler dans le quotidien, particulièrement dans la période enfantine, à travers les questions posées par l'enfant à ses parents et grands-parents sur ses origines. La volonté de connaître et comprendre le monde par ces derniers entre en résonnance avec « le désir de témoigner des aînés » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 7). Ces transmissions peuvent également se matérialiser à travers des supports transmis (arbre généalogique par exemple). Ces narrations apparaissent indispensables pour le « petit d'homme », en effet, c'est à partir de celles-ci que vont se constituer la mémoire familiale et l'identité de chacun (à travers ce qui est dit de ses origines). Quand ces mémoires familiales n'arrivent pas à se mettre en mots, l'individu se trouve, bien souvent, plongé dans une méconnaissance telle de son histoire qu'il va chercher à mener « l'enquête » pour la reconstituer et lui redonner forme et sens. Les non-dits et les tabous « donnent lieu à une recherche quasi initiatique des origines » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 7).

- « Paroles intragénérationnelles entre pairs », ici il s'agit de toutes les conversations (orales, écrites, numériques) que vont échanger les individus hors de la sphère familiale. Le fameux « Alors, qu'est-ce que tu deviens ? » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 7) auquel nous sommes tous confrontés, en particulier dans les sphères affectives, amicales, amoureuses et qui donnent à voir une épaisseur existentielle forte.
- « Les anniversaires » considérés comme des points de passage, d'ailleurs, souvent célébrés. Ceux-ci mettent en lumière le temps qui passe et sont l'occasion de mettre au travail ses désirs, ses projets, de réactualiser ses priorités, de dresser un bilan sur ce qui a été vécu.
- « Les pratiques des traces » constituées par l'ensemble des objets et des documents accumulés et conservés tout au long de la vie (photos, souvenirs de voyage, cadeaux etc...) et qui, rassemblés, composent « des documents précieux d'histoire personnelle, familiale et sociale » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 7).
- Enfin, les « pratiques transitionnelles et de C.V. », généralement mises en œuvre à des moments précis (fin d'étude, recherche d'emploi), contribuent à l'élaboration de l'histoire de vie. Souvent pour répondre à une demande, l'individu est contraint de « faire le point », de mettre par écrit son parcours, les grandes étapes de sa vie, ses expériences, ses compétences... Il va donc devoir se rappeler son passé, l'écrire précisément (en le datant) dans un objectif de l'adresser à quelqu'un, donc de le faire lire.

Ces « enquêtes » sur soi contribuent à la connaissance de l'homme et des mondes qu'il traverse et ont été intégrées dans le domaine scientifique, particulièrement en philosophie, depuis plus de deux millénaires. « Dans la culture grecque, les histoires de vie écrites seraient apparues au V^e siècle av. J.-C. sous le nom de *bios*. » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 23). La quête de sens n'est plus uniquement recherchée dans le divin, mais bien dans les histoires d'hommes vivants sur terre et en cela, ces *bios* constituent une révolution culturelle, identitaire et scientifique, qui va « conférer un statut épistémologique radicalement nouveau et instruire de nouvelles voies de connaissances. » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 24). Les socratiques vont créer une « pratique pédagogico-philosophique importante pour tenter de répondre au précepte de Delphes « Connais-toi toi-même et tu connaîtras l'univers et les dieux » [...] à travers la connaissance de soi, l'art de parler de soi et de la vie, avec ses contradictions, ses bégaiements, ses ambiguïtés » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 24). C'est ainsi que va émerger la notion de maïeutique : « accouchement non de soi mais des idées logées dans le soi » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 25).

Cette approche va se déployer au fil des siècles : on peut noter les *Confessions* de Saint-Augustin, au V^e siècle après J.-C., qui marque « une des références les plus connues de cette époque » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 25). Cet ouvrage représente la première œuvre autobiographique. Empruntant le titre à Saint-Augustin, Rousseau s'engagera lui aussi dans l'écriture de ses *Confessions* au XVIII^e siècle. Si le terme « confession » fait spontanément référence à une dimension religieuse (étant alors entendue comme l'action d'avouer des péchés), le mot et ses synonymes désignent également la « déclaration de ce qu'on a fait, [...] la reconnaissance, [...] l'acceptation, l'exploration » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 26). Ce type d'écriture participe de l'élaboration d'une alternative pour la recherche de sens et de compréhension du monde ; alternative située entre une narration des faits historiques basés sur une chronologie (souvent linéaire) et une présentation des modèles et des lois régissant le monde qui seraient hors-temps. Entre Saint-Augustin et Rousseau, *Les Essais* de Montaigne, écrits au XVI^e siècle, concourent à la conception d'un type d'écriture, fondé sur l'examen de sa propre vie et dédié à l'introspection.

L'ensemble des pratiques jusqu'alors décrites, très empiriques quant aux manières de faire vivre les histoires de vie et d'agir avec et sur elles, ainsi que les ouvrages qui ont constitué un socle de référence en la matière, nous montrent avec force la vivacité et l'enracinement anthropologique et philosophique des histoires de vie. Plus récemment, la phénoménologie et l'existentialisme, en tant que nouvelles branches de la philosophie du XX^e siècle, ont renouvelé les points de vue et les manières de penser l'homme et sa vie. La phénoménologie, soit la science des phénomènes, désigne un discours, un traité (*logos, logie*) des phénomènes vécus par l'homme. « Le terme signifie étude des < phénomènes >, c'est-à-dire de cela qui apparaît à la conscience, de cela qui est < donné >. Il s'agit d'explorer ce donné, < la chose même > que l'on perçoit, à laquelle on pense, de laquelle on parle, en évitant de forger des hypothèses, aussi bien sur le rapport qui lie le phénomène avec l'être de qui il est phénomène, que sur le rapport qui l'unit avec le Je pour qui il est phénomène. » (Lyotard, 2004, p. 5). Il s'agit alors d'une nouvelle manière d'appréhender la vie de l'homme, en partant du sensible, du vécu, des sens et de l'expérience. La phénoménologie peut alors être désignée comme la science des *vécus* par opposition à la science de l'inanimé, des objets du monde extérieur. La phénoménologie prend donc comme point de départ l'expérience, comme étant une intuition et appréhension sensible des phénomènes, afin de tenter d'en dégager les structures et les dispositions principales (en les arrimant aux affects). La phénoménologie étudie les phénomènes et les choses tels qu'ils apparaissent dans les expériences individuelles. En s'intéressant à la façon dont les expériences vécues par les individus prennent sens pour eux, les

philosophes relevant de cette école (Husserl, Merleau-Ponty, Heidegger...) cherchent à comprendre comment celles-ci vont façonner le regard que les hommes portent sur le monde. En d'autres termes, un phénomène peut être vécu comme quelque chose de tout à fait normal pour un individu et paraître, à l'inverse très étrange pour quelqu'un d'autre.

Cette philosophie ramène la question du vécu de l'expérience comme point nodal de sa grille de lecture. « La phénoménologie dévoile le style fondamental, ou l'essence, de la conscience de ce donné, qui est l'intentionnalité. [...] elle révèle une conscience qui < s'éclate vers > (Sartre), une conscience en somme qui n'est rien, si ce n'est rapport au monde. Dès lors les méthodes objectives, expérimentales, bref calquées sur la physique, que psychologie, la sociologie, etc., utilisent, ne sont-elles pas radicalement inadéquates ? » (Lyotard, 2004, p. 6). Cette définition interroge l'intérêt des sciences, souvent appelées « dures », et prend du relief au regard de notre problématique. En effet, comment accueillir les histoires de vie (notamment celles jalonnées par des ruptures, des drames, etc.), « si ce n'est rapport au monde » propre du narrataire ? En cela, la phénoménologie nous semble être une grille de lecture intéressante, car elle permet de venir mobiliser l'expérience des narrataires (dans notre cas, celle des futurs travailleurs sociaux et soignants) pour comprendre comment ils accueillent et interprètent l'histoire qui leur est racontée. La phénoménologie se rapproche de l'existentialisme, autour des notions d'expérience et de perceptions du monde. En mettant au cœur de leurs pensées la notion d'expérience (avec ce que celle-ci implique en termes d'apprentissages singuliers, de sens donnés à ces enseignements et de construction identitaire réalisée tout au long de la vie, au regard, justement, de ces expériences successives), ces deux philosophies réfutent et affrontent les théories essentialistes. Ces dernières considèrent que l'homme peut être appréhendé en fonction d'une identité « fixe » et cette identité serait déterminée à partir d'un ensemble d'éléments immuables constitutifs de l'homme, c'est-à-dire une « nature » permanente qui ne changerait pas. Dans les représentations collectives et les usages courants, cette théorie s'illustre très régulièrement : par exemple le « cancre » de la classe, ou à l'inverse, l'élève qui aurait « la bosse des maths ». L'essentialisme présuppose donc qu'il y aurait chez tout homme des prédispositions naturelles immuables susceptibles de le façonner. Ces théories ne sont pas sans poser de nombreux problèmes philosophiques et éthiques, et peuvent conduire à des dérives telles que les discriminations (racisme, sexisme, homophobie...). Certaines études scientifiques ont d'ailleurs particulièrement bien démontré les effets néfastes de ce courant, en mettant en lumière les prophéties auto-réalisatrices (par exemple l'effet Pygmalion et Golem de l'expérience de Rosenthal et Jacobson). L'essentialisme va également à l'encontre du pari d'éducabilité de Meirieu (détaillé en fin de chapitre 2).

Remettant en cause le courant essentialiste, Jean-Paul Sartre est un des pionniers de l'existentialisme moderne de l'après-guerre, qui va développer un courant plus actuel, notamment par son détachement à la religion. En effet, la philosophie de Sartre s'origine dans un présupposé métaphysique dans lequel il n'y a pas de Dieu qui détermine l'existence humaine. En ce sens, « L'existence précède l'essence » signifie que, contrairement à l'idée d'un Dieu (qui serait « l'essence » parfaite de l'homme), l'homme a à se définir par et pour lui-même. Concernant ces préoccupations, Paul Ricœur, philosophe du XX^e siècle, quant à lui, replace la subjectivité au centre de la croyance : « la certitude alléguée de l'existence de Dieu est frappée du même sceau de subjectivité que la certitude de ma propre existence ; la garantie de la garantie que constitue la véracité divine ne constitue alors qu'une annexe de la première certitude. » (Ricœur, 1996, préface). L'individu n'est alors pas déterminé à l'avance, et ce sont ses actions et ses choix qui vont façonner son identité et son être. Si l'on suit ce raisonnement, l'individu n'étant pas déterminé par essence, celui-ci ne saurait être étiqueté et réifié, car de son vivant, il a toujours la possibilité et la liberté de choisir ces actes. Il n'y a qu'à la mort de ce dernier qu'on peut définir celui qu'il a été, au travers des actes qu'il a posé durant son existence. L'action humaine précède ainsi « l'essence », l'homme se définissant et affirmant son identité au fur et à mesure des actes qu'il construit.

D'après la philosophie existentialiste de Sartre, l'existence de l'homme revêt un caractère irréductible dans sa réalité vécue (encore une fois par opposition à une essence qui serait abstraite, générale et naturelle). Cette philosophie, à travers les questions qu'elle soulève en termes de liberté et de déterminisme, s'inscrit dans une tradition herméneutique (entendue comme la science de la compréhension et de l'interprétation), et se distingue fondamentalement des sciences dites « positivistes » (sciences de l'explication). « Dans le champ philosophique de l'Europe d'après-guerre, de nombreux philosophes utilisent ou sont sensibles à l'histoire de vie [...] cherchant une pensée émancipatrice, [...] refusant la position dominante d'un positivisme structural, [ils] sont sensibles à la notion de personne. » (Pineau et Le Grand, 2019 p. 47).

Ricœur envisage un existentialisme « modéré ». En effet, il considère la liberté comme située entre les déterminismes et la liberté « absolue » telle qu'elle est pensée par Sartre. « En tant qu'involontaire absolu, je l'assignais [...] à la couche de notre existence que nous ne pouvons changer, mais à quoi il nous faut consentir. » (Ricœur, 1996, chap. 5). D'après lui, la liberté est limitée par des éléments extérieurs, qui vont venir entraver la volonté de l'individu ; le caractère fait partie de ces éléments (entre autres, nous pouvons également évoquer l'inconscient et la vie elle-même). « Le caractère, dirais-je aujourd'hui, désigne l'ensemble des dispositions durables à

quoi on reconnaît une personne. » (Ricœur, 1996, chap. 5). En fonction du « caractère » de l'homme, la liberté n'est pas absolue : tout est possible, mais de façon restreinte, délimité au regard de ces « dispositions ».

Pour terminer cette sous-partie, il nous semble que plusieurs éléments majeurs renvoient au champ des histoires de vie : tout d'abord, il s'agit d'une nécessité anthropologique à toute condition humaine (l'homme ne saurait exister sans se raconter, même à minima). De plus, l'histoire de vie s'est toujours enracinée dans des préoccupations philosophiques, qu'elles soient anciennes ou actuelles (des socratiques aux philosophes modernes) ; et ces philosophies sont venues interroger le sens des histoires de vie, leurs « valeurs » scientifiques, la portée et le sens (politique, pratique...) qu'elles prenaient dans la vie des hommes, en cherchant sans cesse à comprendre les contradictions et les tensions traversées. « La science de la biographie telle que nous la comprenons a essentiellement pour tâche de saisir les structures, les contradictions, la dialectique de la vision personnelle » (Sève, 1968, cité par Pineau & Legrand, 2019, p. 47). Lucien Sève, philosophe marxiste, à travers la biographie, s'est attaché à construire « une science de l'individuel » (Pineau & Legrand, 2019, p. 47). Ce dernier pensait que « l'individualité, liant l'intime au social, est le lieu où tente sans relâche de se construire l'unité du penseur et de sa pensée » (Garo, 2020). Cette façon de concevoir l'individu, soulève des questions politiques et épistémologiques, qui nous semblent très actuelles et qui abondent nos réflexions (notamment sur la désinstitutionnalisation) : « Et si désormais la plus directe des menaces était celle d'une désintégration anthropologique par le totalitarisme de la rentabilité – non plus destruction physique de l'espèce, mais asphyxie morale du genre humain ? » (Garo, 2020)

Enfin, la phénoménologie et l'existentialisme nous paraissent être des fondements épistémologiques centraux pour appréhender les concepts que mobilise l'histoire de vie : la liberté et les déterminismes tels qu'ils sont pensés et interrogés, notamment par Ricœur et Sartre, sont indissociables de nos réflexions en matière d'éducation et composent la nature même du pari d'éducabilité de Meirieu. En effet, celui-ci ne peut émerger, nous semble-t-il, qu'à la condition de venir interroger la liberté (et ses limites) de l'homme ; et en cela, ces philosophies sont des approches qui nous apparaissent comme fondatrices d'une posture clinique sensible à l'écoute complexe.

4.1.2 Histoire, littérature : histoire de chevauchements

Comme nous l'avons vu précédemment, la narration des histoires de vie n'a pas attendu d'être nommée pour exister. En effet, « le mot < histoire > est apparu dès le XII^e siècle avec le sens de < représentation figurée >. Au cours de ce même siècle apparaissent < chroniques > [...] et < généalogie >. Au XIV^e siècle, < histoire > signifiait < raconter > et au XV^e siècle < historique > était né. » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 28), pour autant les hommes n'ont pas attendu le Moyen-Âge pour se raconter et chercher, explorer dans cette narration de nouvelles connaissances sur eux-mêmes et sur l'humanité. « Cette fonction vitale de connaissance [...] a été amorcée par les socratiques et portée à son apogée par Augustin. » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 28). Toutefois, avec la révolution technique, scientifique et culturelle de la Renaissance, l'Histoire avec un grand « H » (l'histoire du monde, du vivant, d'un peuple etc.) et les histoires de vie vont s'articuler et s'entremêler pour se nourrir mutuellement. L'invention de l'imprimerie par Gutenberg au milieu du XV^e siècle est une avancée majeure, qui va permettre aux histoires d'être diffusées et relayées. La Renaissance voit fleurir de nouveaux genres littéraires : les écritures des histoires de vie se multiplient. Purs produits de la Renaissance, l'apparition des Mémoires en est une des illustrations. Celles-ci relatent des événements politiques et sociaux vécus par le narrateur et peuvent être des témoignages d'expérience, par exemple « Philippe de Commines publie en 1524 ses *Mémoires* consacrées au règne de Louis XI dont il a été le conseiller » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 29). Cette forme d'écriture cherche à transmettre le point de vue d'un acteur de premier plan (ou se considérant comme tel) sur l'histoire vécue et vient abonder les connaissances dans tel ou tel domaine (par exemple ici sur les coulisses du pouvoir et les jeux diplomatiques). Cette littérature, d'un genre nouveau, est au carrefour entre l'histoire de vie singulière et personnelle et l'histoire collective d'une communauté, l'histoire des faits et des événements officiels. Dans le domaine religieux, les hagiographies vont également faire leur apparition de façon concomitante. La construction de la discipline historique, qui va se structurer au cours du XIX^e siècle, se fonde en partie sur cette histoire, à savoir par la documentation et l'archivage de textes littéraires relevant de l'écriture de et sur soi. En d'autres termes, l'édification de cette branche scientifique est basée sur des témoignages et des mémoires ; cela « renforce et relégitime l'apports des mémoires individuelles dans la construction de ce vaste continent d' < histoire à trois vitesses > et trois niveaux : lente et profonde des relations de l'humanité à son environnement matériel ; moyenne et médiane des relations des sociétés entre elles ; rapide et de surface des relations individuelles. » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 14). Si la science historique s'est donc construite à partir des textes

littéraires, il convient de distinguer ce qui relève de la fiction ou de l'autobiographie. Nous y reviendrons un peu après dans cette partie avec les apports de Philippe Lejeune.

Si ce type d'écriture publique se développe (les mémoires, les hagiographies, les essais, confessions etc.), c'est également le cas dans la sphère privée, quotidienne et individuelle. L'écriture, entre autres de journaux, émerge et s'accroît considérablement. Ces journaux qu'ils soient diplomatiques, commerciaux, d'exploration ou de voyage fournissent quantité de renseignements et d'indications sur une époque, un secteur et constituent une base de documentations utile aux historiens. L'histoire, en tant que science, et les histoires de vie, en tant que pratiques anthropologiques, sont étroitement liées et sont pénétrées par un double mouvement : les histoires de vie concourent et contribuent à la discipline historique, et celle-ci est désormais mobilisée dans l'élaboration des histoires de vie.

Depuis le siècle des Lumières, mémoires, journaux, confessions, et autres histoires de vie n'auront de cesse de se développer jusqu'à nos jours. Les révolutions culturelles, scientifiques, citoyennes et techniques qui ont jalonné cette période (du XVIII^e siècle à nos jours) ont favorisé et facilité ce type d'expression de soi. La biographie et l'autobiographie sont devenus des genres littéraires à part entière : « Le mot < autobiographie > désigne un phénomène radicalement nouveau dans l'histoire de la civilisation, qui s'est développé en Europe occidentale depuis le milieu du XVIII^e siècle : l'usage de raconter et publier l'histoire de sa propre personnalité. » (Lejeune, 1971, cité par Pineau & Le Grand, 2019, p. 31). Philippe Lejeune dans l'un de ses ouvrages, *Le Pacte autobiographique*, s'attache à cerner les contours de ce genre : « Ce qu'on appelle l'autobiographie est susceptible de diverses approches : étude historique, puisque l'écriture du moi qui s'est développée dans le monde occidental depuis le XVIII^e siècle est un phénomène de civilisation ; étude psychologique, puisque l'acte autobiographique met en jeu de vastes problèmes, comme ceux de la mémoire, de la construction de la personnalité et de l'auto-analyse. » (Lejeune, 1996, p. 7). Il défend le genre autobiographique comme étant « d'abord un *texte* littéraire » (Lejeune, 1996, p. 7). En d'autres termes, il nous donne cette définition de l'autobiographie : « Récit rétrospectif en prose qu'une personne réelle fait de sa propre existence, lorsqu'elle met l'accent sur sa vie individuelle, en particulier sur l'histoire de sa personnalité. » (Lejeune, 1996, p. 14). Si l'autobiographie est donc un récit qui raconte la vie de l'auteur (écrit par lui-même), cela suppose qu'il y ait une corrélation entre le nom de l'auteur, le personnage évoqué et le narrateur ; le lecteur doit être en mesure d'identifier et de faire correspondre cette même identité. Dans la majorité des cas, l'autobiographie est écrite à la première personne, cela

n'empêche toutefois pas certaines incertitudes « sur la manière dont s'établit l'identité de l'auteur et du narrateur-personnage. » (Lejeune, 1996, p. 19). Il est nécessaire, selon Lejeune, que cette identité soit endossée par l'auteur, et que ce dernier ne se dérobe pas à celle-ci : l'autobiographie « suppose d'abord une identité assumée au niveau de l'énonciation » (Lejeune, 1996, p. 25). C'est un critère simple mais qui va permettre de distinguer l'autobiographie d'un roman autobiographique. En effet, pour les romans autobiographiques, même si le lecteur identifie des ressemblances entre le personnage et l'auteur, ce dernier « lui, a choisi de nier cette identité, ou du moins de ne pas l'affirmer. Ainsi défini, le roman autobiographique englobe aussi bien des récits personnels (identité du narrateur et du personnage) que des récits < impersonnels > (personnages désignés à la troisième personne) ; il se définit au niveau de son contenu. À la différence de l'autobiographie, il comporte des degrés. » (Lejeune, 1996, p. 25). L'autobiographie comporte donc en ce sens une certaine radicalité : il n'y a pas de doute, ni de degré ou de nuances : le lecteur sait que la vie du personnage est bien celle de l'auteur. Pour citer Lejeune : « L'autobiographie n'est pas un jeu de devinette, c'est même exactement le contraire. » (Lejeune, 1996, p. 26). Il semble important de s'attarder sur ce que Lejeune nomme « pacte autobiographique », selon lui, c'est « l'affirmation dans le texte de cette identité, renvoyant en dernier ressort au nom de l'auteur sur la couverture. Les formes du pacte autobiographique sont très diverses : mais, toutes, elles manifestent l'intention d'honorer sa signature. Le lecteur pourra chicaner sur la ressemblance, mais jamais sur l'identité. » (Lejeune, 1996, p. 26). Ce pacte détermine la manière et l'attitude du lecteur face à l'ouvrage : sachant que l'auteur parle de lui, les enjeux de la lecture se trouvent posés très différemment que pour un roman. En effet, dans une fiction, le lecteur sait que les éléments rapportés sont inventés, imaginés, même si pour partie ceux-ci peuvent s'enraciner dans une réalité vécue, le lecteur ne prend pas pour « argent comptant » le récit qu'il lit. Or, dans une autobiographie, le lecteur sait que le récit narré a été vécu, et quand bien même celui-ci se trouve sublimé et transformé par moments, il a connaissance de l'authenticité que veut donner l'auteur à son récit, notamment en assumant son identité.

Lejeune examine les catégories mises en jeu dans la définition de l'autobiographie. Il en dénombre quatre : les deux premières sont la forme du langage et le sujet traité : « Le texte doit être *principalement* un récit [...], la perspective, *principalement* rétrospective et le sujet doit être *principalement* la vie individuelle, la genèse de la personnalité » (Lejeune, 1996, p. 15). Concernant ces deux premières catégories, celles-ci peuvent être (et le sont généralement) remplies de façon partielle, d'où les « principalement » soulignés en italique dans le texte. Il

apparaît qu'effectivement les récits peuvent contenir parfois du discours, être composés de structures temporelles complexes ou encore aborder les questions politiques, sociales, environnementales, historiques, etc. Toutefois, c'est parce que le récit va porter *principalement* sur la vie de l'auteur, sous forme de récit rétrospectif que ce dernier pourra être classé dans le genre autobiographique. Les deux autres catégories, moins nuancées, la situation de l'auteur et la position du narrateur « sont affaire de tout ou rien [...] Ici, il n'y a ni transition ni latitude. Une identité est, ou n'est pas. Il n'y a pas de degré possible, et tout doute entraîne une conclusion négative. » (Lejeune, 1996, p. 15).

À partir d'un croisement entre les deux critères suivants, « rapport du personnage et du nom de l'auteur et nature du pacte conclu par l'auteur » (Lejeune, 1996, p. 27), un classement de toutes les situations possibles rencontrées peut être effectué afin d'établir si oui ou non il s'agit bien d'une autobiographie. Pour chacun de ces critères, il y a plusieurs possibilités : soit le personnage n'a pas de nom ; soit il a le même nom que l'auteur, ou il porte un nom différent. Il en est de même concernant le « pacte » conclu : tantôt autobiographique, tantôt romanesque, tantôt absent. À partir d'un tableau qu'il élabore, il décline les différentes formes possibles et les analyse en les illustrant à partir de textes littéraires (*Les Mots* de Sartre, *À la recherche du Temps Perdu* de Proust, *Les Confessions* de Rousseau...). Cela lui permet d'affirmer qu'il y a quatre situations dans lesquelles le lecteur est sûr d'avoir affaire à une autobiographie :

- 1) le nom du personnage est absent mais l'auteur confirme le récit autobiographique à travers un pacte initial (par exemple en préface),
- 2) le pacte est clairement présenté comme autobiographique (dans le titre et/ou tout le long du récit),
- 3) il n'y a pas de déclaration affirmant que c'est une autobiographie mais le lecteur le constate au fil de la lecture,
- 4) la situation est indéterminée car il n'y a ni pacte, ni correspondance entre le nom du personnage et le nom de l'auteur. Dans ce dernier cas, il convient au lecteur de choisir le registre sur lequel il lit l'ouvrage.

Après avoir effectué quinze ans de recherches dans ce domaine, Philippe Lejeune reformule et modifie sa vision de l'autobiographie : « Je n'exigerai pas que les autobiographes mettent l'accent sur l'histoire de leur personnalité, je ne privilégierai pas la < variété > psychologique et intime (et littéraire) qui domine le genre depuis Rousseau. Car, pour beaucoup de gens, l'histoire de leur personnalité, c'est d'abord l'histoire de leur accomplissement social : un métier, une carrière, une œuvre. Il me suffira que l'auteur parle de ce qui est vraiment le < projet > de sa vie, et qu'il

l'envisage de manière globale. » (Lejeune, 1986, cité par Pineau & Le Grand, 2019, p. 32). La contribution de Lejeune sur l'autobiographie nous éclaire sur les entrelacements qui s'opèrent entre histoire, littérature et récit de vie ; la phénoménologie et l'existentialisme ont largement participé à asseoir l'autobiographie comme un genre littéraire et à lui laisser une place dans le champ des sciences humaines. « Il se confirme que le changement apporté par Sartre à la structure traditionnelle de l'autobiographie n'est qu'une conséquence et un aspect de la révolution qu'il a apportée dans le récit biographique en général, et que celle-ci manifeste, en l'appliquant phénoménologiquement à des individus, une nouvelle anthropologie. » (Lejeune, 1996, p. 241). En effet, Sartre va proposer une « méthode dénommée progressive-régressive pour analyser la praxis humaine. Celle-ci se propose de partir de la notion de projet qui articule passé, présent et avenir » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 46). Cette méthode, par le dialogue entre histoire et sociologie, vise à analyser les phénomènes sociaux vécus par les individus. Par l'articulation de différents niveaux de complexité : « horizontale (analyse de la structure sociale) et [...] verticale (analyse de temporalités historiques), il s'agit d'une approche qui part de l'actuel pour remonter dans le passé sans s'y installer » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 46). Sartre, à travers cette méthode, nous expose une conception de la temporalité questionnant le récit chronologique ordinaire : en effet, selon lui, le passé d'un individu n'existe pas en soi, mais bien qu'au travers du présent vécu. Il considère comme erroné, voire aberrant, de ne pas prendre en compte la façon dont ce passé est perçu au moment où il est narré et de ne pas interroger cette perception et la manière dont elle façonne le rapport au passé (et donc ce qu'il en dit, retenu, exposé...). « Il n'y a de passé que par mon présent actuel. » (Lejeune, 1996, p. 235). L'illusion du « passé en soi » est intimement lié à la recherche biographique et est présentée d'ailleurs par Lejeune comme étant peut-être une nécessité à la « quête biographique ». Il nous en explique les mécanismes, les ressorts et les limites : « chacun s'imagine que c'est l'être en soi du passé qui est l'objet de son récit (d'où le souci d'exactitude, la recherche des recoupements, la construction d'une histoire chronologique), et perçoit sa relation actuelle à ce passé comme un empêchement (trous de mémoire, confusion, déformation, etc.), comme un facteur négatif et limitatif. » (Lejeune, 1996, p. 235). L'autobiographie ne peut pour autant se soustraire à l'exigence d'exactitude (il convient de donner sa pleine mesure à l'historicité, de situer les actions, dater les événements), toutefois, l'exigence de signification demeure un principe premier, qui va modeler et agencer la structure du texte et qui « a pour fonction de restituer l'être-pour-moi du passé. » (Lejeune, 1996, p. 237).

De plus, la conception de la temporalité Sartrienne renverse les schémas classiques et traditionnels. En effet, selon lui, tout récit suivant un ordre chronologique linéaire suppose une logique mécanique, automatique et limitée, impliquant un rapport à la causalité qui induit en erreur (le lecteur et l'auteur). Le récit, déroulé chronologiquement, présume que le sens se trouve dans l'ordre des événements et dans leur succession temporelle. Or, il y a ici une confusion soulignée par Sartre : on prend comme étant la cause ce qui n'est finalement qu'antérieur. En d'autres termes, il y a un amalgame entre un rapport de succession et un rapport de causalité, confusion amenant à exclure et à prendre en compte d'autres facteurs permettant justement de mettre en lumière des éléments donnant une signification au récit. « L'homme n'est pas un système causal, il est une liberté ; placé dans une certaine situation, il ne la subit pas, il lui invente une issue, à l'intérieur du champ du possible. Cette invention de l'avenir ne se situe pas dans le cadre du temps : c'est elle qui constitue le temps. Toutes les conduites qu'invente ainsi la liberté manifestent un projet fondamental et unique, élaboré au cours de l'enfance, et qui est devenu un élément permanent et intemporel de l'histoire de l'individu. » (Lejeune, 1996, p. 238). À partir de là, « L'autobiographie, pour Sartre, ce ne sera pas < l'histoire de mon passé >, mais < l'histoire de mon avenir >, c'est-à-dire la reconstruction du projet. » (Lejeune, 1996, p. 237). La notion de « projet » est donc une condition à la fois suffisante et centrale de l'autobiographie. À l'aube du XXI^e siècle, pas de doute, le projet devient un élément déterminant et essentiel de l'histoire de vie et dans les histoires de vie. Ces apports, qu'ils soient issus de la phénoménologie, de l'existentialisme, viennent éclairer notre problématique. En effet, étant préoccupés par la manière dont les futurs professionnels de la relation d'aide accueillent les histoires de vie des personnes qu'ils accompagnent, nous ne pouvons faire l'impasse de nous interroger sur ce qu'est une « histoire de vie », avec les implications que cela comporte, notamment en termes de temporalité. Les éducateurs, en particulier, ont à faire avec des histoires de vie souvent complexes et jugées « difficiles », et la notion de « projet » est très présente depuis vingt ans, dans leurs pratiques et dans leurs formations. Ils doivent, depuis la loi 2002-2, mettre en place un projet personnalisé avec et pour la personne accompagnée. Quelles sont les méthodes et les approches utilisées pour la mise en œuvre de celui-ci ? En quoi les approches biographiques peuvent-elles être un support pertinent ? Après examen de leur formation, nous pouvons d'ores et déjà affirmer que la philosophie (de manière générale, et plus particulièrement la phénoménologie et l'existentialisme) ne fait pas (plus ?) partie des enseignements de formation. La réforme de 2007 a marqué le sens de ces projets ainsi que des méthodes et des approches étayant leurs pratiques professionnelles. Enfin, la révolution technologique et numérique moderne amène d'autres façons de se raconter et

de dire sa vie, qui méritent d'être, elles aussi, interrogées au regard des approches philosophiques évoquées plus avant. L'arrivée des domaines de compétences, absorbant l'entrée par discipline, efface progressivement ce type d'approches. Notre expérience vient également conforter ce constat : en effet, la philosophie n'est pas (ou très peu) enseignée, c'est encore moins le cas concernant les disciplines citées. Pour autant, il nous semble que celles-ci permettraient aux étudiants d'avoir une base de réflexion théorique permettant d'étayer leur posture clinique, particulièrement à l'endroit du travail de réception et d'écoute des histoires de vie.

4.1.3. Arts et technologie : des supports à la narration de soi

Si, dans cette sous-partie, nous avons développé l'intérêt de la littérature pour les questions biographiques, nous pouvons également affirmer que l'écriture de la vie, notamment autobiographique, déborde ce champ, particulièrement dans le domaine artistique. Par exemple, la chanson nous semble être un domaine très révélateur du besoin anthropologique de l'homme d'écrire sur soi et de la façon, si l'on considère le rayonnement et l'écho de ces textes auprès du public, dont l'autobiographie convoque l'universalité de la condition humaine. Nous pouvons citer certains auteurs-compositeurs de différentes époques dont les textes sont clairement issus de leurs vies :

- La chanson *Nantes* de Barbara (1964) évoque le décès de son père (qui avait abusé d'elle lorsqu'elle était enfant), constitue une forme de catharsis pour la chanteuse : elle arrive « trop tard » à Nantes (son père est déjà décédé, elle ne pourra pas lui dire au revoir, ni son pardon). Nous pouvons également citer *L'aigle noir* dont les paroles, derrière un voile très poétique, transposent le drame vécu par la chanteuse (viol par son père à l'âge de 10 ans).
- Anne Sylvestre chante *Bye Mélanco* en 2007 et nous livre une partie de son enfance en évoquant avec beaucoup de pudeur la figure de son père (qui fut un collaborateur des nazis pendant la seconde guerre mondiale)
- La chanson *Midi 20* de Grand corps malade (2006) aborde l'accident dont il est victime à l'aube de la vingtaine, et qui va le paralyser.
- *Petit pays* de Gaël Faye (2012) traite de ses origines en Afrique, au Burundi. Né d'une mère Rwandaise, il évoque ses souvenirs d'enfance, la vie avant la guerre, le génocide du Rwanda et l'exil.

- La chanson *Anxiété* de Pomme, issue de l'album *Les failles* (2019) met en lumière ses difficultés à être.
- Dans le même registre, la chanson *L'enfer* de Stromae (2022) où la dépression vécue par l'auteur est au cœur du titre. *Papaoute* est également une chanson autobiographique parlant de l'absence de son père.

La chanson présente, de manière générale, pléthore de textes autobiographiques. Si la chanson est un art qui, via l'écriture, expose particulièrement bien les impulsions narratives de l'homme, d'autres champs artistiques s'y prêtent également fort bien.

En effet, la peinture, le cinéma, la photographie sont également des supports d'écriture de soi, qui participent au rayonnement du genre autobiographique. Les autoportraits sont en cela très significatifs, et nous ne pouvons en dresser la liste exhaustive, car cela serait l'objet d'un travail titanesque. Toutefois, nous pouvons ici prendre quelques exemples : Vincent Van Gogh a peint de nombreux autoportraits (une quarantaine), non par prétention ou abus narcissique, mais parce qu'il voulait apprendre à peindre et à dessiner des visages humains et, n'ayant pas les ressources financières suffisantes pour se payer des modèles, il s'est pris comme sujet de ses toiles. Van Gogh a, sa vie durant, souffert d'une maladie mentale (le diagnostic n'a jamais été précis, mais l'on évoque parfois des troubles bipolaires ou de la schizophrénie) et ses toiles reflètent à bien des égards sa maladie. Sur certaines de ses peintures, il se peint en montrant l'oreille qu'il s'est coupée (l'oreille est bandée par exemple). Cette automutilation nous renseigne sur l'état psychique du peintre et en dit long sur la détresse qu'il traverse (cet épisode se déroule 18 mois avant son suicide). Dans l'une d'elles, *Autoportrait à l'oreille bandée*, sa mélancolie et sa tristesse sont clairement identifiable par celui qui contemple l'œuvre. « Il convient de se demander pourquoi Van Gogh a-t-il choisi de se représenter ainsi ? [...] Van Gogh cherche à rassurer les autres, il cherche aussi à se rassurer lui-même, à se prouver que la crise est désormais terminée et qu'il est à nouveau capable de travailler. » (Roque, 2008). De même, nous pouvons évoquer les autoportraits de Gustave Courbet, qui représentent une partie significative de son œuvre. *Le désespéré* est certainement l'un de ses autoportraits les plus célèbres ; le personnage est « en proie à la détresse, avec une expression saisissante proche de la folie. La saisie de l'expression est très réaliste et frappante : Ses yeux sont écarquillés et égarés, ses narines dilatées, sa bouche entr'ouverte, ses bras déployés dans une **posture dramatique** prêt à s'arracher les cheveux, etc... On a l'impression que son visage va se projeter hors de la toile. [...] Courbet, ce sont des vérités crues, parfois de l'arrogance et de la provocation, mais il est aussi habité par le doute et un désarroi

intérieur à peine voilé. "Avec ce masque riant que vous me connaissez, je cache à l'intérieur le chagrin, l'amertume, et une tristesse qui s'attache au cœur comme un vampire", écrivait Courbet lui-même, en 1854 à son mécène Alfred Bruyas. » (Mik-Art, BPA, 2016). Nous constatons là encore, l'usage d'un média (ici la peinture) pour exprimer une partie de la vie, des émotions qui traversent l'auteur. Un dernier tableau nous semble également éloquent en ce sens : *L'autoportrait avec passeport juif* de Félix Nussbaum. Ce peintre fut déporté à Auschwitz en 1944 (où il mourut avec sa femme) et cet autoportrait résonne comme un témoignage de l'atrocité qu'il a vécu sous le régime nazi.

La photographie est également un support largement utilisé pour se raconter. Par sa puissance émotionnelle, et la multitude de possibles qu'elle offre, l'autoportrait en photographie est devenu au cours du XX^e siècle un genre à part entière. « En 1983, la pensée conjointe de la photographie et de l'autobiographie, élaborée autour d'un groupe d'écrivains et de plasticiens (Mora, 1999, p. 107) a permis l'émergence d'un concept, la photobiographie, développé par Gilles Mora dans son *Manifeste photobiographique* : « La photographie, donc, redoublera notre vie. Témoin biographique par essence, nous la ferons rebondir de toutes nos forces au cœur de notre projet autobiographique, jusqu'à ne plus savoir s'il convient de vivre pour photographier, ou l'inverse. » (Mora, 1983, p. 103). » (Montémont, 2008, p. 44). L'utilisation de la photographie fait également irruption dans le domaine littéraire, et en cela l'exemple de *L'usage de la photo*, ouvrage écrit par Annie Ernaux et Marc Marie en 2005 illustre bien notre propos. Le livre est construit à partir d'un enchaînement de photos montrant des habits à terre, après l'amour ; chacun leur tour, les amants commentent ces photos. Souffrant d'un cancer du sein, Annie Ernaux utilise la photographie dans ce livre « pour dire ce qui est « ob-scène », interdit de représentation sociale : la sexualité, et le cancer. Le lecteur, qui ne voit ni le corps jouissant, ni le corps souffrant, ne peut que l'imaginer à partir de descriptions très précises et de ces empreintes vides, troublantes. Avec ce livre, A. Ernaux et M. Marie questionnent en réalité les limites du tolérable en matière d'autobiographie et de monstration de la maladie » (Montémont, 2008, p. 49). L'image et le texte se confrontent, se rencontrent dans ce type de réalisations, et l'image est loin d'avoir uniquement une fonction d'illustration du texte, elle fait partie intégrante de la manière de se représenter et doit elle-aussi, pour conserver son sens et sa charge affective répondre aux exigences exposées par Philippe Lejeune : « on pourrait postuler, pour mieux lire la photobiographie, la nécessité d'un double pacte. Celui-ci serait, d'une part, composé du pacte autobiographique tel qu'il a été défini par P. Lejeune, et d'autre part, il engagerait un pacte de cohérence entre le caractère autobiographique du texte et la nature autobiographique des photographies, qui se traduirait par

une non-contradiction entre le discours textuel tenu sur la photo ou son *representamen*, et l'existence de l'image elle-même. » (Montémont, 2008, p. 49).

En se développant, ce genre autobiographique s'affine, mute et se transforme au regard des évolutions sociétales. « Dans quel sens l'évolution des médias est-elle en train de métamorphoser la manière dont chacun se vit comme sujet et vit ses relations avec d'autres sujets ? Les Essais de Montaigne sont fils de l'imprimerie, qu'engendrera l'ère du magnétoscope... De la lisière de l'ère de Gutenberg, je regarde le choc en retour des médias audiovisuels sur l'écriture... » (Lejeune, 1980, cité par Pineau & Le Grand, 2019, p. 33).

Or, une des révolutions sociétales majeure actuelle est la révolution numérique. Les nouveaux usages sociaux et médiatiques qu'elle implique sont certainement en train de modifier profondément l'expression de soi et le rapport aux autres ; d'une part, compte tenu du fait de l'évolution du média (le Web), de son accessibilité (à travers les Smartphones) et de sa permanence (difficultés ou questions posées concernant la « déconnexion), d'autre part, en raison de « l'adresse » de ces histoires et des liens (ou de l'absence de lien) entretenus entre le narrateur et les narrataires. Se raconter et raconter son, ou ses, histoires peut désormais exister sous la forme de blog via internet. Le *storytelling*, étant défini par le Larousse comme une « technique de communication qui consiste à promouvoir une idée, un produit, une marque, etc., à travers le récit qu'on en fait, pour susciter l'attention, séduire et convaincre par l'émotion plus que par l'argumentation » est désormais devenu monnaie courante et sert de support (marchand) à l'expression de soi. La pandémie et les confinements successifs ont fait entrer de plein fouet l'homme dans une ère clairement et amplement numérique : les « zooms », les « chats », les visioconférences se sont introduites de manière stupéfiante dans la vie de l'homme et vont, à n'en pas douter, métamorphoser les façons de communiquer. Faisant désormais partie de nos pratiques quotidiennes, sur un plan personnel et professionnel, ce type de communication présente certains avantages : cela fait économiser du temps de déplacement et éviter certains coûts (les frais liés au transport). Mais quels sont les effets sur la rencontre de ces mutations ? Qu'en est-il de « l'adresse » de nos histoires de vie ? Le locuteur, face à son écran rempli de petites cases où apparaissent des visages plaqués (sur des fonds visuels déconnectés de sa réalité vécue et sensible) « se retrouve devant un néant dont il est bien obligé de supposer qu'il l'écoute. [...] Mais que reste-t-il du vivant ? C'est en réalité, et malgré les apparences, à une communication tronquée à laquelle nous avons affaire [...] dans un face-à-face de visages vus et perçus sur un plan unique, justement « de face », où le reste du corps reste en « off ». » (Delory-Momberger, 2021b, p. 19).

Ces présences désincarnées, le manque de sensations, de « ressentis », l'absence d'éléments essentiels à la communication, notamment les informations non-verbales et infra verbales que nous donnent le corps et le visage, (et qui constituent l'essentiel de ce qui est transmis pour l'expression des sentiments), d'après le psychologue Mehrabian (Van Laethem & Josset, 2020, p. 146), disparaissent derrière les écrans lumineux de nos ordinateurs. Malgré une illusion de proximité et d'immédiateté, la communication « se trouve en réalité dans un lointain par le fait de ne pas pouvoir le < ressentir > dans sa présence incarnée. Les micromouvements du visage, les expressions fines, la substance charnelle disparaissent pour laisser place à un visage < lissé > et opérationnel dans une communication qui se veut la plus efficace possible et adaptée à tous les espaces, privés ou professionnels. » (Delory-Momberger, 2021b, p. 19). Ces visages, devenus « lissés », ne sont pas sans impacter la manière dont nous allons nous raconter et dont nos paroles, nos histoires vont être accueillies. Le visage, comme « lieu d'une intersubjectivité et d'un partage » (Delory-Momberger, 2021b, p. 19) invite à la rencontre et est l'expression première, à nue, de soi-même. « Levinas voit dans le visage l'expression d'une vulnérabilité constitutive de l'existence humaine, il voit aussi dans le face-à-face avec le visage de l'Autre la responsabilité que nous avons de cet Autre dans sa radicalité et son irréductibilité. Il promeut une éthique de la rencontre et de l'altérité, un < prendre soin >, un < care > qui engage notre dignité d'humain et qui peut être également attendu en retour de cet Autre. » (Delory-Momberger, 2021b, p. 20). Au regard de ces évolutions technologiques, quelle est la nature des relations créées à travers ces écrans ? Comment les liens humains se nouent, et se dénouent-ils, à l'ère du numérique ? L'inflation massive de ce mode de communication répond et « colle » aux exigences de la société postmoderne, avec un « besoin grandissant et impératif d'immédiateté dans l'échange, une consommation rapide de son potentiel dans une visée d'efficacité et de rentabilité, une instrumentalisation de l'humain. » (Delory-Momberger, 2021b, p. 21). Ces mutations sociétales impactent bien évidemment les personnes accompagnées mais également les étudiants en formation de travail soignant ou infirmier. Ces derniers ont évolué, en effet, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les réformes liées à la formation et à l'admission, ont modifié le profil des étudiants. L'âge est un indicateur permettant de voir à quelle génération appartiennent ces étudiants et peut nous donner des indices quant au rapport qu'ils entretiennent avec les nouvelles technologies. Jusqu'en 2017, la DRESS réalisait des études annuelles où l'âge, le sexe, le niveau de diplôme avant la formation étaient collectés ; depuis cette date, désormais ces informations sont récoltées tous les quatre ans (la prochaine étude devant donc sortir à la rentrée de septembre 2022). Néanmoins, nous pouvons examiner les derniers chiffres de 2017 : pour les

étudiants en soins infirmiers (âge à l'entrée en formation), 17% ont moins de 20 ans et 59,3% ont entre 20 et 25 ans, soit un total de plus de 76% d'étudiants en première année ayant moins de 25 ans. (DREES, 2017). Pour les étudiants éducateurs spécialisés, les chiffres sont les suivants : 9,4% ont moins de 20 ans et 62,3% ont entre 20 et 25 ans, soit un total de 71,7% d'étudiants en première année ayant moins de 25 ans. Nous constatons donc que dans ces deux formations, les trois quarts des étudiants sont relativement jeunes, avec une proportion non négligeable chez les étudiants infirmiers d'apprenants ayant moins de 20 ans. Ces données chiffrées nous donnent à voir que la grande majorité des étudiants, en travail social ou en soins infirmiers, ayant moins de 25 ans, appartiennent à la génération du XXI^{ème} siècle, et sont nés avec les outils informatiques et numériques. Si ces données ne nous donnent pas d'éléments sur l'usage et la maîtrise qu'ils ont de ces outils, nous pouvons toutefois supposer qu'ils ont été imprégnés par le « bain numérique » présent dans nos rapports sociaux actuels. Si nous manquons de recul pour percevoir finement l'ensemble des influences que cette révolution numérique a eu sur les jeunes générations, nous nous questionnons quant aux incidences qu'elle a pu avoir sur la nature des liens sociaux créés, le rapport qu'ils entretiennent avec les outils numériques et la façon dont ils interrogent les éventuelles tensions entre ces deux pôles (les liens sociaux réels et les liens sociaux dits virtuels). « Espace d'autopublication sans précédent, le Web a été massivement investi par les internautes, pour devenir le lieu par excellence de l'exploration et de la construction du soi » (Monjour, 2019, p. 438), constituant ainsi le lieu privilégié et relativement exposé de nouvelles formes de mise en récit de soi. À travers les réseaux sociaux, la publication des profils, des journaux, la frontière entre domaines privés et publics s'est décalée. Cela soulève de nombreux débats qui participent à notre réflexion sur la construction identitaire (particulièrement des jeunes générations), et ce d'autant plus que les algorithmes qui filtrent et orientent les contenus jugés en adéquation avec les préférences et goûts des utilisateurs sont désormais bien connus. Ces « filtres », en conduisant l'utilisateur, vers des pages et des profils similaires à celui qu'il a publié, ne contribuent pas à une ouverture vers l'inconnu et la différence, bien au contraire, ils encouragent les échanges avec « les communautés qui sont le reflet de nous-mêmes » (Monjour, 2019, p. 439) ; en cela nous nous demandons en quoi le rapport à l'altérité va-t-il être modifié. Comment les jeunes futurs professionnels que nous formons ont-ils construit leur identité, au regard de ces nouveaux espaces de médiation, et comment accompagnent-ils, eux-mêmes, les jeunes dont ils s'occupent dans leur construction identitaire ? « En d'autres termes, dans quelle mesure notre identité réelle est-elle concurrencée par une identité numérique entièrement calculée ? Un récit de soi n'est-il pas en train de s'écrire à notre insu- et si tel est le cas, qui en sont les lecteurs ? » (Monjour, 2019, p. 440)

4.1.4. Sociologie et psychologie : des sciences mobilisant les histoires de vie

Pour compléter cette sous-partie consacrée aux territoires épistémologiques des histoires de vie, nous ne pouvions faire l'impasse sur l'étude de deux disciplines qui ont largement contribué au rayonnement des histoires de vie : la sociologie et la psychologie.

Dans la tradition anthropologique, l'étude des trajectoires personnelles, militantes et professionnelles (les biographies sociales) ont, depuis l'École de Chicago, composé une partie des études sociologiques. L'expression d'« École de Chicago », utilisée à partir de en 1930, soit après le début du mouvement, fait référence à l'ensemble des travaux de recherches sociologiques menés dans l'université du même nom durant la première moitié du XX^e siècle. Ce courant ne se caractérise pas par une théorie commune ou encore des approches semblables, mais elle « offre cependant plusieurs caractéristiques qui lui donnent incontestablement une grande unité et lui assignent une place particulière et distincte dans la sociologie américaine. La sociologie de Chicago se caractérise avant tout par la recherche empirique et elle marque un tournant dans l'impact que la recherche sociologique va avoir sur la société » (Coulon, 2020, p. 3). Créé en 1892, le département de sociologie de l'université de Chicago est le premier au monde à être institué. Si celui-ci se trouve à Chicago, ce n'est pas un hasard : ce département s'enracine dans une ville qui s'est transformée massivement en moins d'un siècle, et on pourrait dire que la naissance de la sociologie s'origine dans la volonté et la nécessité de comprendre ces mutations et de résoudre les problématiques qui y sont liées. Trois facteurs principaux sont repérés :

- Une forte croissance de la population urbaine (la ville passe de moins de 5000 habitants en 1840 à plus d'un million en 1890),
- Des mouvements de migration importants,
- Une criminalité en augmentation, signe d'une désorganisation sociale forte

L'École sociologique de Chicago et ses travaux s'ouvrent donc dans une ville où les déracinements multiples et variés sont omniprésents (dus à une urbanisation de sa population en pleine expansion, celle-ci liée à des migrations en interne et en externe), et où on constate une diversité sociale et culturelle extrême ainsi qu'une désorganisation forte de la société. Chicago devient à la fois la ville par excellence de la rencontre et de la confrontation entre des cultures différentes et le symbole de la criminalité et de la délinquance. Visant à étudier les phénomènes sociaux et à proposer des grilles de lecture qui permettraient de remédier à ces problématiques urbaines, l'École de Chicago développe des nouvelles méthodes de recherches et d'étude sociologique. L'approche empirique et la prise en compte du point de vue de l'acteur vont être

deux caractéristiques de ce mouvement. En effet, « l'une des contributions majeures des sociologues de l'École de Chicago aura été de développer des méthodes originales de recherche : utilisation scientifique de documents personnels, travail sur le terrain systématique, exploitation de sources documentaires diverses. Nettement orientées vers ce qu'on appelle aujourd'hui la sociologie qualitative, ces méthodes ont été contemporaines des premiers développements, à Chicago même, d'une sociologie quantitative » (Coulon, 2020, p. 4). La « première école de Chicago » a largement participé à l'élaboration d'une sociologie qualitative, par un travail empirique original et l'intérêt porté au matériel biographique. « Pour comprendre la conduite d'un individu, on doit savoir comment il percevait la situation, les obstacles qu'il croyait devoir affronter, les alternatives qu'il voyait s'ouvrir devant lui ; on ne peut comprendre les effets du champ des possibilités, des sous-cultures de la délinquance, des normes sociales et d'autres explications de comportement communément invoquées qu'en les considérant du point de vue de l'acteur. » (Becker, 1966, cité par Coulon, 2020, p. 75).

La subjectivité de l'acteur apparaît prédominante dans la manière d'étudier les phénomènes sociaux, et l'attention donnée à sa parole, son récit et son point de vue est mise pour la première fois à l'honneur à travers *Le paysan polonais en Europe et en Amérique*, ouvrage magistral (5 volumes, 2000 pages), publié à la fin des années 1920 par deux auteurs : William I. Thomas (sociologue de l'université de Chicago) et Florian Znaniecki (sociologue polonais émigré en Europe puis aux États-Unis). Cet ouvrage, qui met l'accent sur la dimension subjective du comportement des acteurs et sur le travail de terrain, est fondateur de ce que l'on nomme l'École de Chicago. Les deux auteurs soutiennent la validité scientifique des histoires de vie comme matière pertinente pour la sociologie.

On peut affirmer sans risque de se tromper que les récits de vie personnels, aussi complets que possible, constituent le type parfait de matériau sociologique, et que si la science sociale est amenée à recourir à d'autres types de matériaux quels qu'ils soient, c'est uniquement en raison de la difficulté pratique qu'il y a actuellement à disposer d'un nombre suffisant de tels récits pour couvrir la totalité des problèmes sociologiques, et de l'énorme quantité de travail qu'exige une analyse adéquate de tous les matériaux personnels pour caractériser la vie d'un groupe social. (Thomas & Znaniecki, 1998, cité par Frétygné, 2019, p. 204)

C'est à partir de cette première étude que la sociologie va accorder de l'attention aux supports autobiographiques et porter un intérêt à la démarche biographique comme soubassement possible de la recherche. « L'apport le plus significatif des sociologues de Chicago, et le plus fondamental pour la recherche biographique, tient dans ce que l'on désigne aujourd'hui du nom de « théorème de Thomas » [...] : « Quand les hommes définissent des situations comme réelles, elles deviennent

réelles dans leurs conséquences ». » (Thomas & Thomas, 1928, cité par Frétiigné, 2019, p. 205). Il apparaît nécessaire d'examiner le point de vue avec lequel les individus considèrent leurs situations, car c'est ce point de vue qui va déterminer leur rapport à leur propre vie, aux autres et de façon plus générale, au monde. Or, « cette reconnaissance de la parole des acteurs et de ses effets performatifs [...] constitue un postulat de base pour la recherche biographique. » (Frétiigné, 2019, p. 205)

Cette étude, portant sur l'analyse des transformations des comportements des paysans polonais, prend racine dans des référencements théoriques multiples : William I Thomas se situe du côté de l'anthropologie, particulièrement de l'anthropologie culturelle, et de la psychologie. « Thomas a en effet rencontré cette spécialité – la psychologie des peuples – en son lieu de naissance, l'Allemagne, lors d'un voyage. C'est sans ambiguïté à celle-ci et à l'anthropologie – et non à la sociologie – qu'il se rattache » (Chapoulie, 2001, p. 148). La discipline de la sociologie n'est pas encore bien délimitée et « on trouve parfois *Social Science and Anthropology*, parfois *Sociology and Anthropology* et *Sanitary Science* [...]. Ces trois spécialités sont en fait celles auxquelles se rattachèrent durablement les premiers enseignants permanents » (Chapoulie, 2001, p. 147). La psychologie, l'anthropologie et les sciences sociales constituent le corpus théorique à partir duquel Thomas va élaborer ses recherches. Ces références théoriques s'inscrivent également dans un rapport de lutte et de pouvoir contre d'autres approches ; en effet l'ouvrage *Le paysan polonais* « exprime une réaction critique à l'encontre des approches des comportements sociaux en termes biologiques » (Chapoulie, 2001, p. 152). En introduisant la notion « d'attitude », Thomas et Znaniecki cherchent à contrer les approches essentialisantes, qu'elles soient biologiques ou psychologiques) : selon lui, l'attitude correspond à un état d'esprit d'un individu envers un objet, ou une valeur. Elle est façonnée socialement par les conditions matérielles, économiques, sociales puis modelée au regard du point de vue que l'individu porte sur ces conditions. Cette notion s'oppose à certains courants et « constitue principalement un moyen pour récuser l'approche biologique des comportements. L'attitude, socialement façonnée, prend la place occupée antérieurement par l'instinct. De nombreux développements du paysan polonais sont destinés à illustrer l'interdépendance entre transformations sociales et transformations des attitudes. » (Chapoulie, 2001, p. 150). De plus, la pensée développée par les auteurs va à l'encontre de certaines méthodes, notamment « la sociologie de bureau dont Thomas se démarque quand il qualifie sa démarche pour découvrir des < lois > de la société < d'analytique et inductive >. » (Chapoulie, 2001, p. 150) et la « sociologie du sens commun ». Par ce dernier terme, les auteurs montrent une conception de la société que l'on peut retrouver dans les classes possédant un capital

culturel plutôt élevé, et présente chez les travailleurs sociaux. Ce sont « les leaders du travail social en cours d'institutionnalisation avant 1914, que vise Thomas dans sa critique de la « sociologie du sens commun ». Ces « sociologues du sens commun » admettent [...] que les conditions matérielles déterminent directement les comportements. À cette interprétation, Thomas oppose l'existence d'un intermédiaire, la définition de la situation, c'est-à-dire l'interprétation subjective de la situation considérée. » (Chapoulie, 2001, p. 151). La méthodologie mise au point par Thomas pour cette étude s'appuie sur les axes suivants :

- « Une charpente conceptuelle autour des notions telles qu'attitudes et valeurs » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 41).
- « Un projet épistémologique » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 41) qui cherche à lier les niveaux interpersonnels (les individus dans leurs groupes) et macroscopiques (les mutations des sociétés, en l'occurrence de la Pologne et des États-Unis).
- Une démarche empirique, ancrée sur les observations de terrain.
- « Une technique documentaire » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 41) importante : plus de 8 000 documents sont collectés.

Cette méthodologie témoigne d'un projet se situant « au cœur de l'articulation entre, d'une part le projet sociologique de Max Weber – avec notamment l'insistance sur le sens subjectivement visé de l'activité sociale et la construction d'idéaux types- et, de l'autre, celui de Durkheim qui insiste essentiellement sur le caractère de donné objectif du phénomène social qui produit l'individu » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 43).

Chapoulie, dans l'article précédemment cité, discute des raisons de la notoriété de l'œuvre de Thomas et Znaniecki, de ses ancrages disciplinaires et de sa contribution à l'élaboration de la sociologie américaine ; il fait mention, à cinq reprises dans son texte, d'un élément qui nous semble introduire de nouvelles manières d'enquêter sur les phénomènes sociaux, à savoir la prise en compte de la dimension subjective de l'acteur. « Il s'agit là d'une des questions centrales développées dans *Le paysan polonais*, qui contient une longue argumentation en faveur de la prise en compte de la dimension subjective dans l'interprétation des comportements des immigrants. » (Chapoulie, 2001, p. 151). Or, cet élément, s'il semble évident de s'en préoccuper aujourd'hui en recherche biographique, apparaît à l'époque comme une nouveauté en sciences sociales. Cette nouveauté méthodologique et épistémologique participe de la création de la sociologie, par ailleurs souvent considéré comme l'acte fondateur de la sociologie américaine.

Néanmoins, comme cela est fort bien souligné dans l'article de Chapoulie, dans l'entre-deux-guerres, *Le paysan polonais* cessa d'être un modèle pour la recherche sociologique : c'est la sociologie quantitative, via les enquêtes statistiques et les questionnaires, qui prit le pas et domina les études sociologiques qui suivirent. Cette méthode, par un traitement moins analytique et plus systématique, permit d'élargir les enquêtes à un niveau national (notamment concernant les études sur la criminalité et la délinquance). Si les approches biographiques ont connu un essor important depuis le XVII^e siècle avec entre autres les travaux de Montaigne, cet intérêt porté à la dimension biographique va perdre de son rayonnement au milieu du XX^e siècle. Les approches qualitatives se développent massivement à partir des années 1940 :

Les enquêtes par questionnaire, traitées statistiquement, deviennent alors la norme pour quantifier les faits sociaux. Ce faisant, elles relèguent d'autant plus aisément les récits de vie au domaine restreint des pré-enquêtes exploratoires que leur subjectivité supposée et leur coût de mise en œuvre, comparativement aux approches par questionnaires, apparaissent disproportionnés. L'usage des récits de vie en sociologie, alors même qu'ils constituent les fondements historiques de la discipline, s'amenuise alors drastiquement. (Niewiadomski, 2019, p. 80).

C'est le cas en France, où Daniel Bertaux débute, dans les années 1970, « une vaste réflexion sur la méthode sociologique dans un environnement professionnel profondément marqué par les seules enquêtes statistiques ». (Pineau & Le Grand, 2019, p. 16). On observe une « éclipse » pour reprendre les termes de Pineau et Le Grand, entre 1940 et 1970, où étouffée par les méthodes quantitatives, « l'approche biographique semblent être vouée à terminer dans la « poubelle de l'histoire » des méthodes » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 44). Des critiques, émanant notamment de l'université de Columbia et du courant fonctionnaliste, jugent ces « méthodes archaïques » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 44), d'une part car elles ne sauraient démontrer leur scientificité (contrairement aux enquêtes menées sur des bases mathématiques comme les statistiques), d'autre part, car le temps de collecte, la « délicatesse » de celle-ci, ainsi que le temps de traitement rendent cette entreprise plus longue et fastidieuse. Une de ces critiques donna lieu à la création d'une commission chargée d'examiner la pertinence et la validité scientifique de ce type d'approche mobilisant du matériel biographique. Les membres de la commission « furent unanimes à reconnaître la grande richesse du document autobiographique et considèrent que bien des problèmes sociologiques ne peuvent être abordés que par ce biais » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 44). Malgré cette conclusion, la sociologie quantitative va supplanter les approches biographiques pendant près d'un demi-siècle.

En France, le développement d'un courant structuraliste (Lévi-Strauss en anthropologie, Bourdieu en sociologie, Foucault en philosophie, Lacan en psychanalyse) a contribué à « faire disparaître le sujet derrière la structure » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 45) et en cela, a contribué à écraser la dimension biographique dans les recherches et études menées dans les sphères académiques et universitaires. Toutefois, la période post-soixante-huitarde est propice à un renouvellement d'intérêt autour du matériel biographique. En effet, les luttes menées pour l'acquisition de nouvelles formes de liberté recouvrent un large panel d'individus et de faits sociaux. L'émancipation requise par le peuple s'étend autour de domaines larges et variés (la famille, le féminisme, le racisme, la sexualité, le travail...), toute une partie de la population est rendue visible par ses combats et cherche à s'exprimer. L'utilisation des récits de vie reprend alors sens en répondant, en partie, à une volonté de se faire entendre. Nous pouvons également retrouver ces usages des récits de vie en psychologie, même si « curieusement la psychologie n'est pas une discipline qui se réfère directement à l'histoire de vie » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 17). Cet état de fait est effectivement étonnant car dans les pratiques psychothérapeutiques, bien souvent l'histoire de vie du patient est convoquée, l'anamnèse est emblématique de cet usage. Il y a néanmoins des distinctions notables entre l'anamnèse et l'histoire de vie : le terme « anamnèse » signifie se rappeler à la mémoire, se souvenir. Il est fréquemment utilisé en médecine et en psychologie pour désigner une partie de l'enquête diagnostique que va mener le médecin. En faisant recours à la mémoire du patient, le thérapeute va établir les antécédents médicaux, personnels, héréditaires du patient. Comme une pathologie s'inscrit toujours dans une histoire biologique, physiologique, psychologique, le travail d'anamnèse va permettre au praticien d'établir des hypothèses, un diagnostic. Le récit que va faire le patient de ses antécédents va donc constituer une aide pour le médecin (ou le psychologue) dans l'établissement du diagnostic. Cependant, force est de constater, dans le domaine de la psychologie, que si l'anamnèse est dans les pratiques un « passage quasi-obligé : que ce soit en psychopathologie avec la mise à jour des antécédents (le travail d'anamnèse) ou encore en psychologie du travail avec les bilans professionnels » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 17), il n'est pas question (ou très exceptionnellement) d'histoires de vie. Pineau & Le Grand nous donnent des pistes d'explication pour comprendre pourquoi en psychologie, malgré l'usage évident qui est fait de l'histoire de vie et sa mobilisation dans la relation thérapeutique, cette notion ne fait pas référence ; il s'agit selon eux « d'une double tendance contradictoire : d'un côté, celle d'une recherche d'un certain idéal de scientificité [...] ; de l'autre, la psychanalyse freudienne qui sert de référent dans le domaine clinique et pour qui l'inconscient n'a d'histoire que celle qui se réfère aux expériences précoces

de la prime enfance » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 17). On retrouve ici, comme vu précédemment avec la sociologie, comment la quête de « l'idéal de scientificité » recouvre les démarches cliniques et qualitatives. Cet idéal (perçu comme valide et recevable s'il met en jeu des données chiffrées et objectives ; nous reviendrons sur ce thème dans le chapitre suivant), voile et masque les études portant sur des petits groupes et travaillant à partir de singularité, et fait taire, par là-même la notion de sujet. La démarche psychanalytique, parfois appelée « anamnèse prolongée », convoque de fait, par l'espace de parole qu'elle ouvre, l'histoire de vie de la personne en soin. Malgré cela, l'élaboration proposée dans la cure analytique est nettement différente de celle proposée dans le cadre des approches biographiques ; en effet si l'inconscient est un appui théorique souvent utilisé par ces dernières, il n'en demeure pas moins que les méthodes, le cadre, les objectifs et le contrat diffèrent entre ces deux courants. Toutefois, malgré ces différences, les frontières entre psychothérapies et biographies nous semblent poreuses et perméables : dans les deux approches, la médiation créée par la mise en récit de soi, « permet la création d'un sens nouveau et participe de la conquête de l'identité du sujet » (Soumet-Leman, 2011, p. 27). En d'autres termes, la psychothérapie ne saurait faire l'impasse d'un travail sur l'histoire du sujet (pour expliquer et comprendre les pathologies rencontrées). Le travail biographique, par la mise en intrigue de l'histoire de vie et la recherche de sens, peut s'avérer producteur « d'effets d'allègement du symptôme [...] [qui] contribuent à alimenter la question des articulations et des frontières avec le domaine des psychothérapies » (Niewiadomski, 2017, p. 64).

Pour comprendre et cerner ces différences d'usage, il convient de distinguer anamnèse et histoires de vie :

« L'anamnèse, bien qu'elle aborde aussi l'histoire du patient, est centré sur les troubles dont il souffre. Son objectif est, d'une part, de comprendre la genèse de la pathologie et, d'autre part, en donnant un aperçu de la situation passée et présente, de mettre en lien le vécu du patient avec sa problématique actuelle. Contrairement à l'histoire de vie, le but de l'anamnèse n'est donc pas de donner du sens au vécu. Ce dernier ne surgit que pour le praticien, ses connaissances lui permettant d'associer les événements évoqués aux troubles manifestés. Cette mise en sens n'est pas effective pour le patient. L'anamnèse se rapproche ainsi plus d'une perspective « explicative », à la recherche d'effets de causalité, que d'une perspective « compréhensive » recherchée par l'histoire de vie. » (Soumet-Leman, 2011, p.27)

Le récit de vie, contrairement à l'anamnèse, est un acte de langage qui va permettre à la personne, à travers le souvenir des événements vécus et, selon des choix subjectifs, de présenter ses expériences. Cette démarche de narration, impliquant souvenirs, paroles et mémoires, amène la

personne, à travers les choix qu'elle fait dans les éléments de vie qui vont constituer la présentation d'elle-même et de sa vie, à exprimer ses expériences et son vécu d'une façon souvent nouvelle, notamment parce que cette parole est distanciée et faite avec recul. Le travail sur et autour de l'histoire de vie est donc à la fois travail de remémoration et de réagencement des expériences vécues. Cette réorganisation est souvent productrice de sens et participe à la (re)construction identitaire. « L'expérience doit être ré-exprimée, en différé et au ralenti, pour être saisie : le vécu n'accède donc à l'histoire, à un sens ordonné et daté, que s'il se représente. C'est un processus de mise en forme de l'expérience qui impose de trouver une cohésion là où n'existe qu'un ensemble incertain d'événements dispersés, qu'une *« masse chaotique de perceptions et d'expériences de la vie »*. » (Soumet-Leman, 2011, p. 27)

Toutefois, comme pour la sociologie, les années 1970 préfigurent d'un regain d'intérêt pour les approches biographiques dans le champ de la psychologie. En effet, les thérapies familiales vont utiliser le génogramme comme support à la narration de soi, mobilisant ainsi la démarche biographique à travers cet outil. Entre les années 1990 et 2010, de nombreux auteurs vont marquer, par la publication d'ouvrages, l'intérêt de ces approches dans le domaine psychologique et/ou thérapeutique ; nous pouvons citer Michel Legrand en 1993 qui « enracine *L'approche biographique* dans le projet initial de fonder une psychologie concrète et dramatique articulé au projet clinique » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 18). De même, les ouvrages de Christophe Niewiadomski, notamment *Souci et soin de soi. Liens entre frontières entre histoires de vie et psychothérapie* (2002) s'attachent à ancrer théoriquement les approches biographiques dans le domaine de la clinique. Enfin, les livres de Boris Cyrulnik sont également des belles illustrations sur les ponts entre récits de vie et processus de résilience.

Ce dernier, dans la postface d'un ouvrage de Vincent de Gaulejac (2017) soulève la question suivante, fondamentale pour comprendre les chevauchements entre travail biographique et psychothérapie : « Pourrait-on concevoir une thérapie sans Autre ou faire un récit de soi coupé du contexte social ? » (Cyrulnik, 2017, p. 241). Il pointe fort bien les liens existants entre le champ psychologique au sens large (incluant la question du traitement de la souffrance et des traumatismes) et les territoires biographiques : « Les faits sont les faits, même s'ils sont passés, mais la connotation affective aide au remaniement de la mémoire. Comme disent les patients quand ils se sentent mieux : *« Je ne vois plus les choses comme avant. »* Les choses sont les choses, mais on ne les éprouve plus de la même manière. Alors, puisqu'un remaniement est possible, pourquoi n'en ferait-on pas une élaboration psychothérapeutique ? [...] En ce sens, faire un récit de soi est un outil thérapeutique. » (Cyrulnik, 2017, p. 242)

Pour conclure, il nous paraît indéniable que l'histoire de vie est un outil favorisant la compréhension de soi, et par là pouvant aider ou faciliter des processus thérapeutiques. Dans le cadre des pathologies psychiques, l'histoire de vie nous semble être un levier considérable à la fois pour le patient (dans la mise en mots et en sens que peut revêtir l'évènement « maladie » à la suite de ce travail biographique) mais également du côté des accompagnants. « Le travail d'histoire de vie contribue ainsi à une évolution de la représentation soignante allant dans le sens de l'humanisation du soigné. La perception du soignant va au-delà des informations médico-sociales et des symptômes. » (Soumet-Leman, 2011, p. 29). L'accueil de l'histoire de vie par les professionnels offre une possibilité de poser un nouveau regard sur la personne, regard qui n'est plus uniquement centré sur le statut de malade (en réduisant la personne à ses symptômes, sa souffrance, etc.) La prise en compte de l'épaisseur et de la complexité de l'existence du patient par les praticiens (dans sa globalité, avec ses aléas, ses richesses, ses surprises) concoure à lui restituer un statut de « sujet », voire à redynamiser le désir d'accompagnement.

4.2. Naissance de courants pluriels et multiples

Si les histoires de vie font partie intégrante de l'humanité, telles des « pratiques quasi-réflexes de la vie courante » (Pineau, 2019, p. 355), elles ont progressivement fait leur apparition dans les domaines scientifique, professionnel et éducatif dans les années 1970-1980. Dans le domaine des sciences de l'éducation, l'émergence de différents courants, d'abord distincts, existe de façon concomitante dans les années 1970 : les histoires de vie en formation avec Gaston Pineau à Tours, les récits de vie avec Daniel Bertaux, la sociologie clinique avec Vincent de Gaulejac. La sociologie qualitative, étant entendue comme l'étude des phénomènes individuels pour comprendre les phénomènes sociaux, sera une approche particulièrement féconde qui viendra nourrir l'ensemble de ces courants. Sur le plan international, nous pouvons également citer Michel Legrand et Guy de Villers à Louvain (Belgique), ainsi que Pierre Dominicé à Genève, qui à cette période, œuvrent également dans ce domaine. Pendant environ un quart de siècle, ces différentes approches vont être expérimentées, étayées, étoffées... Tous ces mouvements vont à la fois entretenir des liens de compagnonnage et développer des tensions, notamment en ce qui concerne les territoires épistémologiques et les références d'appartenance.

4.2.1. La recherche biographique

Les disciplines précédemment citées sont mobilisées par des chercheurs et par des praticiens des histoires de vie, même si, comme nous le verrons dans la sous-partie suivante, elles participent à des niveaux et à des intensités différentes à l'élaboration des courants biographiques. Dans les années 1970, certaines approches et certains courants vont progressivement se structurer ; c'est le cas notamment des Sciences de l'éducation : « L'on date généralement de l'année universitaire 1966-1967 l'émergence des sciences de l'éducation en France, avec la création d'une licence (décret du 22 juin 1966 réformant l'enseignement supérieur et arrêté du 2 février 1967), puis celle d'une section spéciale du CNU en 1969 (arrêté du 10 mai) qui sanctionnent l'institutionnalisation de la nouvelle < discipline > dans l'Université. » (Prost, 2015). Cette période verra également naître des courants tels que les récits de vie et la sociologie qualitative (avec Daniel Bertaux), la sociologie clinique (avec Vincent de Gaulejac et Michel Legrand), les histoires de vie en formation (avec entre autres Pierre Dominicé, Guy de Villers et Gaston Pineau). L'émergence de la notion « d'histoire de vie » dans l'espace francophone des sciences humaines et sociales est donc relativement récente ; comparativement aux disciplines étudiées dans la première partie de ce chapitre, on peut dater son apparition dans les années 1970-1980. En effet, en 1986, les principaux acteurs de ces différents mouvements se réunissent lors d'un colloque international à l'université de Tours, lequel va donner lieu à l'écriture d'un numéro de la revue *Education Permanente* « Les histoires de vie, entre la recherche et la formation » et surtout à la rédaction d'un ouvrage en deux tomes : Pineau, G & Jobert, G. (coordonnateurs), 1989, *Histoires de vie*, Tomes I et II. Paris, L'harmattan. Á l'époque, ces courants constituent des spécialités et des pratiques dont les frontières ne sont pas toujours claires. Elles développent et entretiennent à la fois des liens de proximité et des conceptions de l'usage des récits de vie qui alimentent des tensions disciplinaires. Comme l'indique Pineau (2019b, p.230), d'autres ouvrages parus dans cette période ont contribué à stimuler la naissance et la structuration de ces approches, tels que *Histoires de vie ou récits pratiques ? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie* de Daniel Bertaux (1976), un numéro des *Cahiers internationaux de sociologie* intitulé « Histoire de vie et vie sociale » (vol LXIX, 1980), l'ouvrage de Franco Ferrarotti, *Histoire et histoires de vie* (1983) ainsi que *Produire sa vie : autoformation et autobiographie* de Pineau et Marie-Michèle, (1983). Cette naissance est largement discutée et contestée :

Elle heurte de front le paradigme structuraliste, disciplinaire et objectiviste dominant, dont l'objectif était de construire une histoire sans sujet. Un des plus illustres représentants du Collège de France de l'époque, Pierre Bourdieu, tente d'enrayer cette genèse en l'illégitimant comme « une de ces notions du sens commun qui sont entrées en contrebande dans l'univers savant » et en la taxant d'« illusion biographique » (Bourdieu, 1986). Double condamnation donc : de par son origine récente non savante et de par une parenté à un courant biographique plus ancien mais source d'illusion pour une vraie science objective. (Pineau, 2019b, p. 231)

Malgré une émergence marginale et les controverses qualifiant parfois les histoires de vie de « mode », les années 1970 et 1980 marquent un retour de crédibilité de celles-ci dans les sciences humaines et sociales. En effet, cette période d'après-68 est marquée par le militantisme et la politisation de la culture ouvrière qui affirme sa volonté de « rompre avec la seule histoire des élites. [...] Aussi, cette génération de sociologues, de sensibilité militante, s'intéresse de près à des approches qualitatives qui rompent avec une certaine « quantophrénie », propension à n'accorder de validité qu'aux seules données chiffrées, qui guette les sciences sociales » (Pineau & Le Grand, 2019, p. 51). En 1986, comme nous l'avons rapidement évoqué précédemment, un premier colloque international sur les histoires de vie en formation s'organise à Tours. Les actes paraissent en 1989 : *Histoires de vie en formation*, livre en deux tomes sous la direction de G. Pineau et G. Jobert.

Le premier présente une émergence multiforme et multilocalisée d'une cinquantaine de pratiques : dans différents secteurs professionnels, avec différents acteurs [...], pour différentes finalités [...]. Le tome 2, intitulé *Approches multidisciplinaires*, situe les différents problèmes posés dans la problématique d'une crise paradigmatique en éducation, les reliant souterrainement les uns aux autres et tissant leur complexité [...]. Le traitement collectif et progressif de cet ample relevé de problèmes paradigmatiques posés par cette émergence foisonnante de pratiques d'histoires de vie entraîna une série de fondations d'associations de recherche-formation dans les années 1990. (Pineau, 2019b, p. 356).

La décennie suivante (les années 1990) institutionnalise ces approches, notamment par la création d'associations s'employant à soutenir l'apport des histoires de vie dans les sciences humaines et sociales et rassemblant des praticiens et des chercheurs sensibilisés aux enjeux de l'éducation, attentifs aux liens entre histoires de vie et formation, et engagés dans cette démarche. En 1990, l'ASIHVIF (Association Internationale des Histoires de Vie en Formation) est créée à Tours, avec comme membres fondateurs Guy Bonvalot, Bernadette Courtois, Guy de Villers, Pierre Dominicé, Christine Josso, Guy Jobert et Gaston Pineau. Il est indiqué dans le préambule des statuts de l'association qu'elle « se propose de développer l'histoire de vie, par des activités de recherche, de formation, de publication. La recherche d'une utilité sociale des travaux entrepris se

démarche d'une intention thérapeutique ainsi que d'une conception uniquement instrumentale. Les travaux de l'association sont articulés aux préoccupations sociales de : la reconnaissance des acquis ; le projet ; la formation des adultes. » (ASIHVIF, 2022) Nous pouvons souligner plusieurs éléments alimentant notre recherche, comme la notion de projet, particulièrement prégnante chez les travailleurs sociaux, qui fait partie intégrante des préoccupations de l'association. De plus, celle-ci ambitionne de réaliser des travaux de recherche autour de la formation des adultes. Enfin, elle veut se distinguer d'une démarche thérapeutique, ce qui n'est pas sans susciter chez nous quelques interrogations sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

Le paysage associatif va s'étoffer, à la suite de cette première association, avec la création de nombreuses autres. Parmi elles, à l'échelle internationale, on peut noter : « L'Association romande des histoires de vie en formation (ARHIV) fondée en Suisse en 1992, [...] Les Québécois ont suivi, en 1994, avec la création du Réseau québécois pour les histoires de vie (RQPHV). [...] Des liens avec l'Amérique du Sud accompagnent la création de l'Associação Norte-Nordeste de Historias de Vida em Formação (2006) et de l'Association brésilienne de la recherche (auto)biographique (2008) » (Pineau, 2019, p. 357). En France, des associations régionales voient également le jour, en Bretagne, dans le Sud-Ouest, le Grand-Ouest et la région Nantaise. La création de toutes ces associations démontre plusieurs choses :

1. L'élargissement du réseau d'acteurs se préoccupant des questions biographiques
2. Le regain d'intérêt porté sur cette thématique
3. La volonté d'instituer les approches biographiques comme vecteur de travaux permettant de mieux comprendre la complexité des dynamiques à l'œuvre dans la formation des adultes

En 2008, l'ASIHVIF s'est complétée par un ajout de sigle : RBE (Recherche Biographique en Éducation) devenant ainsi ASIHVIF-RBE. « Cette modification découle de la volonté affichée de s'ouvrir à d'autres domaines d'investigation que le seul registre de l'usage des histoires de vie en formation d'adultes, et de développer plus avant des liens internationaux déjà engagés de longue date » (Niewiadomski, C. & Delory-Momberger C., 2021, p. 16).

Les années 2000 sont la résultante des multiples liens et entrecroisements entre les différents courants s'intéressant aux questions biographiques et vont bâtir une nouvelle structuration des approches biographiques. Avec l'amplification et la recrudescence des mouvements s'inscrivant dans ces thématiques de recherche, le début du XXI^e siècle voit la recherche biographique s'institutionnaliser. L'un des temps forts de cette institutionnalisation fut notamment le colloque international organisé en mai 2011 à Lille « La recherche biographique aujourd'hui : enjeux et

perspectives », qui proposait de faire « un état des lieux de la recherche biographique contemporaine et d'explorer quelques-uns de ses territoires » (Niewiadomski & Delory-Momberger, 2021, p. 15). Ce colloque est concomitant de la création du CIRBE (Collège International de la Recherche Biographique en Éducation) à la fin des années 2000.

La recherche biographique pourrait être définie comme une « méta catégorie » recouvrant différentes approches. Ces approches, dites biographiques, étant entendues comme « un ensemble de pratiques, relativement hétérogènes dans leurs méthodes et leurs objectifs, mais qui portent toutes attention à l'expérience vécue des individus en situation sociale et au récit biographique qui peut en être fait » (Niewiadomski, 2019b, p. 79), sont issues dans leurs pratiques et leurs fondements épistémologiques de disciplines diverses. Ainsi, la recherche biographique se situe au carrefour de multiples champs disciplinaires des sciences humaines, tels que l'histoire, l'anthropologie, la philosophie, la littérature, la sociologie, la psychologie et les sciences de l'éducation. La recherche biographique, comme nous l'avons vu précédemment, puise largement ses inspirations dans une tradition herméneutique et phénoménologique. Le « biographique » appelant nécessairement la prise en compte d'angles multiples, il peut être mobilisé sous des perspectives philosophiques et littéraires, engager des points de vue psychologiques, sociologiques et historiques, et susciter des approches anthropologiques, ou sociopolitiques. En bref, la recherche biographique est, de façon constitutive, une approche multi référentielle. Avant de préciser sur quels courants spécifiques nous nous sommes appuyés pour mener cette recherche, nous examinerons son objet, son projet fondateur, ses ancrages disciplinaires, puis dans la sous-partie suivante, les courants qui la constituent et ses déclinaisons pratiques.

La recherche biographique a comme projet de « répondre à une des questions centrales de l'anthropologie sociale, qui est celle de la constitution individuelle : comment les individus deviennent des individus » (Delory-Momberger, 2021a, p. 30). Cette question posée sur les modes de construction et de composition de l'individu est éminemment anthropologique et philosophique et vient, d'emblée, solliciter d'autres réflexions : celles de la complexité des liens que l'individu entretient avec les autres, mais également avec lui-même (notamment les représentations qu'il se fait de lui-même), – celles portant sur la temporalité et le rapport que l'individu a avec cette dimension (le temps passé, le temps vécu, le temps éprouvé...) – et enfin celles qui interrogent les rapports entre l'individu et ses ancrages environnementaux, sociaux, familiaux, culturels, et politiques.

La recherche biographique se donne pour tâche de mieux appréhender cette opération ininterrompue de *genèse socio-individuelle* de rendre compte des formes d'activité qu'elle requiert et des processus qu'elle met en mouvement. D'une manière schématique, si l'objet de la sociologie est l'individu saisi dans ses structures et ses déterminations sociales, si celui de la psychologie est l'individu saisi dans ses affects et ses fonctionnements psychiques, l'objet que se fixe la recherche biographique est l'étude des modes de constitution de l'individu en tant qu'*être social singulier*. (Delory-Momberger, 2021a, p. 30).

Cette citation de Christine Delory-Momberger nous montre le caractère interdisciplinaire de la recherche biographique, nécessaire pour saisir l'ensemble des composantes et des dimensions qui constituent l'histoire de vie d'un sujet. La recherche biographique a donc pour ambition « la reconnaissance et l'exploration du biographique comme dimension constitutive des processus d'individuation, de subjectivation, de socialisation » (Delory-Momberger, 2021a, p. 28). Si l'enjeu est de comprendre les mécanismes sociaux, psychologiques, intrapsychiques et historiques présents dans la constitution du sujet, alors ce champ de recherche se confronte, par essence, « à l'hybridation des savoirs et au dialogue interdisciplinaire » (Niewiadomski, 2021, p. 39). En effet, « chacun d'entre nous se trouve en permanence confronté à l'épaisseur de la complexité des dimensions biographiques qui traversent l'existence humaine. » (Niewiadomski, 2021, p. 44). Il apparaît donc inévitable d'aller mobiliser des ressources et des apports théoriques variés. Ce champ de recherche est résolument anthropologique : au sens étymologique du terme, à savoir *anthropos* (homme, humain) et *logos* (science, discours, parole). La recherche biographique s'inscrit bien dans cette perspective puisqu'il est question d'étudier la constitution d'un sujet, à partir de la parole et du discours que celui-ci porte sur son histoire et son vécu. La recherche biographique « s'interroge sur la manière dont les individus donnent forme à leurs expériences, comment ils font signifier les situations et les événements de leur existence, comment ils agissent et se construisent dans leurs environnements historiques, sociaux, culturels et politiques ». (Niewiadomski & Delory-Momberger, 2021, p. 17)

Comme indiqué précédemment, les termes *biographie* ou *biographique* ne désignent pas une réalité objective, factuelle et vérifiable, mais bien « le champ des représentations et de constructions selon lesquelles les êtres humains perçoivent leur existence » (Delory-Momberger, 2019b, p. 252). L'objet de la recherche biographique repose donc sur des savoirs singuliers, sur une parole individuelle, une histoire particulière, un récit original et propre à l'individu. Ces matériaux relatifs aux biographies individuelles sont interrogés et étudiés dans le rapport qu'ils entretiennent avec le monde social. L'analyse combinée des processus de socialisation et de subjectivation, comme des formes et des modèles individuels d'appropriation de l'histoire

collective, réalisée en recherche biographique, nécessite et suppose d'avoir recours à des grilles de lecture empruntées à disciplines variées et larges. La recherche biographique s'intéresse donc particulièrement aux pratiques individuelles par lesquelles l'individu définit et personnalise les structures sociétales, historiques et politiques qui façonnent et modèlent son existence. Une des préoccupations de la recherche biographique est de porter une attention soutenue à la façon dont les individus vont interroger ces structures et ces déterminations et à la manière dont ils vont leur attribuer une signification. De façon simultanée, le sens donné à leurs expériences va permettre d'articuler réalité intime, personnelle et réalité sociale. Les récits individuels relatifs à ces différentes réalités participent alors notamment à faire exister la réalité sociale (et à la reproduire). « Et dès lors, la problématisation de la *question biographique* n'est plus de savoir comment démêler dans les récits personnels la subjectivité individuelle de ce qui serait l'objectivité sociale, elle ne consiste plus à interroger la validité du *matériau* biographique pour la mise au jour de constantes et de règles générales ; elle consiste prioritairement à prendre en compte le fait biographique lui-même, à en définir l'espace et la fonction dans le rapport de l'individu et du social » (Delory-Momberger, 2019b, p. 253).

Etant donné que la recherche biographique cherche à saisir les processus psychiques, sociaux, historiques, politiques de la constitution individuelle, elle ne peut investiguer que par le biais d'entrées toujours uniques et singulières : les histoires de vie. Cela soulève des questions méthodologiques et épistémologiques fondamentales, relatives au « savoir du singulier » (Delory-Momberger, 2019b, p. 253) convoité. Effectivement « prise entre la singularité en quelque sorte définitionnelle de son objet et la nécessité d'une formalisation scientifique » (Delory-Momberger, 2019b, p. 254), il semble alors impérieux d'établir une position et une méthode permettant de relier et d'unir ces deux aspirations. Celle-ci ne peut se bâtir qu'à partir d'une implication de l'individu concerné, et de la co-construction d'un savoir partagé.

Les futurs professionnels de la relation d'aide, formés à partir de champs disciplinaires multiples, doivent également avoir la capacité de mettre en œuvre des processus de co-construction, particulièrement autour des projets d'accompagnements et de soins auprès des personnes qu'ils accompagnent. Pour autant, les apports de la recherche biographique, des courants herméneutiques, ou des approches telles que la phénoménologie, ou l'existentialisme sont peu, voire pas, abordés en formation. Nous ne pouvons, au regard des apports évoqués ci-dessus, que nous interroger sur l'étayage théorique et pratique de la posture d'écoute et d'accueil des histoires de vie par les étudiants et sur leur possibilité de mettre au travail ces histoires et d'en faire advenir

des récits, par et pour les personnes accompagnées, mais également par et pour eux-mêmes, tant sur le plan méthodologique qu'éthique.

Les mutations sociétales, économiques, politiques et technologiques que traversent les individus à l'ère de la postmodernité ont modifié la « configuration du rapport de l'individu à la société, dans laquelle la *biographie*, en tant que processus de construction de l'existence individuelle, devient le centre de production de la sphère sociale. » (Delory-Momberger, 2019b, p. 250) Nous y reviendrons plus longuement dans le chapitre suivant, en particulier autour des notions de condition et de société biographique.

Les travailleurs sociaux et les soignants, par la nature même de leur fonction, ont toujours à faire et affaire au *fait biographique* et celui-ci « appelle constitutivement une approche multi référentielle en tant qu'il s'agit d'éclairer les dynamiques de la constitution individuelle dans leurs dimensions tout à la fois anthropologiques et historiques, psychiques et sociales, physiques et symboliques, politiques et éducatives ». (Delory-Momberger, 2021a, p. 33). Dans un contexte de société dite hypermoderne, ces professionnels de la relation d'aide devront être particulièrement attentifs à cet aspect de l'accompagnement, dimension parfois cachée et/ou tacite ; que les exigences du monde contemporain rendent centrales, tout en les rendant, paradoxalement, invisibles.

4.2.2. Histoires de vie en formation et Récit de vie

Les individus sont confrontés, tout au long de leur parcours, à des mondes et des environnements comparables ainsi qu'à des institutions communes (par exemple, en France, l'école comme lieu de socialisation primaire). Toutefois la manière dont ils vivent et traversent ces espaces sociaux et collectifs s'avère très différente pour chacun d'entre eux. Ce vécu hétéroclite « renvoie de fait à des disparités de représentations qui trouvent racine dans le croisement de facteurs psychologiques, sociologiques, historiques, culturels, familiaux, territoriaux. » (Niewiadomski & Delory-Momberger, 2021, p. 18). Il convient alors, si on s'intéresse aux histoires de vie, de convoquer l'ensemble des savoirs permettant de comprendre l'entremêlement de ces facteurs. La recherche biographique nous a semblé être une grille de lecture particulièrement adaptée et pertinente pour nos travaux de recherche, en ce sens que, ceux-ci portant sur la formation des futurs professionnels de la relation d'aide, elle pouvait éclairer, à bien des égards, la pratique de ces aidants, notamment en termes d'accompagnement biographique. Le chapitre trois a permis de mettre en lumière que ces professionnels, en particulier les éducateurs spécialisés, sont des

« généralistes » de la relation d'aide, et qu'ils ont affaire à un public très large et très varié. De fait, leur formation s'enracine sur des apports théoriques issus des sciences humaines, leur permettant ainsi de mieux saisir les problématiques multiples auxquelles ils sont confrontés sur les terrains professionnels. Toutefois, nous l'avons souligné précédemment, la dimension « clinique » de la profession et des axes de formation, tend à s'estomper, et ce, malgré son impérieuse nécessité. Les travailleurs sociaux accompagnent toujours des histoires de vie, ils cheminent avec et au côté de personnes sur un temps donné, temps où, du fait même de l'accompagnement, ces histoires sont « mises au travail ». Leurs accompagnements se déclinent dans différents domaines (social, éducatif, scolaire, professionnel, administratif), mais ils comportent toujours une part d'accompagnement biographique. Celui-ci n'est pas toujours explicité, formalisé, ni même conscient, mais il existe bel et bien, constituant, d'une part, un point commun à ces divers accompagnements réalisés, et d'autre part, une des caractéristiques du processus d'accompagnement et d'éducation. En effet, est-il possible (et si oui, comment ?), d'accompagner sans tenir compte de l'histoire de vie de la personne aidée ? Il est alors légitime et nécessaire de s'intéresser à un courant historique de la recherche biographique : celui de l'histoire de vie en formation. Comment et en quoi cette dimension du travail éducatif et soignant peut-elle être abordée dans le cadre de la formation ? S'inscrivant dans un territoire plus large, l'histoire de vie en formation constitue aujourd'hui un espace devenu incontournable pour les acteurs : en effet, le développement de la formation tout au long de la vie a profondément modifié le rapport au savoir, à l'école, à la formation et au travail et ces mutations viennent impacter à la fois les apprenants et les formateurs.

Entrée d'abord marginale aux frontières des systèmes formels, avec élargissement au début des années 1990, au fur et à mesure de la découverte du capital cognitif caché que représente l'expression des expériences vécues au cours de la vie. Raconter sa vie s'est imposé peu à peu comme une voie incontournable pour faire le point, dresser périodiquement des bilans, reconnaître les acquis d'abord professionnels, puis expérientiels. (Pineau, 2019, p. 355).

Dans les années 2000, l'approche biographique regroupe alors des espaces d'expression sociale très variés, qui ont été regroupés en huit domaines :

- « 1. Les histoires d'enfance et de relations familiales intergénérationnelles [...]
2. les histoires d'écoles et de formations formelles [...]
3. les histoires de vie professionnelles réinterrogeant les rapports entre formation et travail [...]
4. les histoires de santé [...]
5. les croisements interculturels [...]

6. les histoires sociopolitiques maintenant et développant une visée émancipatrice de la formation [qui] rappellent que la vie n'est pas un long fleuve tranquille ;
7. les histoires de vie aux frontières du social (histoires de violence sociale, de prison, de situation borderline) [qui] obligent la formation à des ouvertures transdisciplinaires. [...] » (Pineau, 2019, p. 357).

Enfin, le huitième secteur, entendu comme un secteur de synthèse, qui a été nommé :

« 8. Histoires de recherche de sens et anthropo-formation. Il regroupe les productions s'attaquant frontalement à la quête de sens qui, pour nous, définit le plus directement les histoires de vie en formation » (Pineau, 2019, p. 357).

Catégorisés ainsi, ces secteurs mettent en lumière la démarche de formation sur laquelle s'adosent les histoires de vie. Plus spécifiquement, les histoires d'école et de formation formelle, les histoires de vie professionnelle, les histoires sociopolitiques, et les histoires de vie aux frontières du social sont des secteurs particulièrement éclairants pour notre problématique, car elles ont toutes à voir, à différents niveaux, avec les questions que se doivent résoudre les étudiants en travail social, et, par voie de conséquence, sont des questions qui doivent venir interroger les formateurs.

Dès les premières lignes de son ouvrage *L'histoire de vie comme processus de formation* (2002), Pierre Dominicé nous alerte sur le point suivant : « Nous ignorons toutefois ce que la formation d'un adulte doit aux activités de formation continue ; ce qui dans la vie d'un adulte, tient respectivement à ses diplômes ou à son expérience de vie. La compétence résulte-t-elle de connaissances transmises ou tient-elle d'habiletés empiriquement acquises ? Quelle est, en conséquence, la nature des savoirs qui justifient un enseignement ? » (Dominicé, 2002, p. 15) Attentifs et vigilants aux questions biographiques, nous souhaitons interroger, au regard de ces questions, la place qu'occupent les histoires de vie dans l'espace formel de la formation professionnelle ainsi que l'investissement des formateurs à ce sujet. Est-ce une préoccupation de leur part ? Si, tel est le cas comment celle-ci se traduit-elle dans les enseignements ?

Inévitablement, l'approche des histoires de vie en formation s'est construite en tenant compte de l'expérience du sujet. Fondateur de la pédagogie progressive, John Dewey, psychologue et philosophe américain du XIX^e siècle, est l'initiateur d'une pédagogie basée sur le « *Learning by doing* », soit « Apprendre en faisant ». Partant du postulat que l'apprenant est trop souvent mis dans un rôle passif, Dewey bouscule les méthodes dites classiques et traditionnelles en insistant sur le rôle actif de l'apprenant. Ce dernier doit être mis en situation et impliqué pour apprendre.

C'est par ce chemin qu'il va mobiliser ses expériences et les solliciter dans un processus d'apprentissage. « Au milieu des incertitudes qui nous environnent, il y a au moins un système de référence permanent : la connexion organique entre l'éducation et l'expérience personnelle [...]. Proclamer que toute éducation authentique provient de l'expérience ne signifie pas que toutes les expériences sont immédiatement ou également éducatives. Expérience et éducation ne sont pas une seule et même chose. [...] Une expérience peut entraîner un durcissement, un manque de sensibilité et de réaction. » (Dewey, 2011, p. 465). Deux éléments saillants nous semblent à retenir de cette phrase :

1. Il y a une « connexion organique » entre expérience personnelle et éducation ; autrement dit, l'éducation ne peut se penser sans la prise en compte de l'expérience personnelle.
2. Si ces deux dimensions sont étroitement liées et indissociables, elles ne signifient pas la même chose et sont à ne pas confondre : si certaines expériences facilitent le processus d'apprentissage et, de manière générale, l'éducation, certaines, bien au contraire, vont entraver ces processus.

Cela semble donc exiger de la part des formateurs qu'ils soient particulièrement attentifs au poids de l'expérience dans le processus d'apprentissage, avec ce qu'il peut comporter de leviers mais également de freins. En effet, l'expérience peut faire « écran face à l'inconnu et sert aussi souvent de justification au maintien d'une position ou d'une habitude. Elle nourrit les systèmes de défense. » (Dominicé, 2002, p. 17). Nous pouvons, entre autres exemples, reprendre la situation d'Abdou (p. 103) : cet étudiant a été durant la première partie de sa formation « pris » par son expérience personnelle et celle-ci, à différents égards, pouvait venir entraver les processus d'apprentissage et l'acquisition des savoirs de base, attendus et requis pour l'obtention du diplôme de moniteur-éducateur. En effet, il avait vécu, jusqu'à l'âge adulte, en Mauritanie, et il était fortement marqué par la culture de son pays d'origine, notamment dans ses rapports à la loi, aux règles. Il en avait solidement intériorisé les habitus de classe et culturels, en particulier dans le domaine de l'éducation. Il n'a pas été simple, ni pour cet étudiant, ni pour nous-mêmes (en tant que formatrice « référence », via le GAPE que nous animions et dont il faisait partie) de « mettre au travail » cette expérience. N'ayant pas d'espace dédié pour cela, nous disposions du GAPE et des espaces classiques d'enseignements (les cours) pour aborder cela. Comme expliqué précédemment (p. 103), lorsqu'au sein d'un GAPE, cet étudiant fait l'apologie de la domination physique et de la violence comme moyen éducatif, nous le laissons, dans un premier temps, exprimer son point de vue et ses arguments. Puis, dans un second temps, après avoir tenté d'apaiser le vif débat qui s'installait dans le groupe, il nous a fallu faire preuve à la fois de

prudence, de délicatesse ainsi que de franchise et de fermeté : en effet, ces propos (et les pratiques qu'ils impliquaient) ne pouvaient être défendus ; le rappel à la loi française comme cadre s'est donc imposé. Nous étions alors convaincus que son discours s'enracinait dans sa culture d'origine, et que si nous ne mettions pas ceci au travail, le simple rappel au cadre législatif français ne prendrait pas sens. Toutefois, nous n'étions pas dans un espace de formation consacré à l'histoire de vie des apprenants, mais bien à l'analyse des pratiques. Or, cette analyse des pratiques ne pouvait prendre sens qu'au regard de son histoire personnelle, de son rapport à son pays natal, ainsi que de son vécu de la migration et de son intégration dans la société française. Il nous a donc fallu expliciter cela lors du GAPE, à lui mais également au groupe, et ce, de manière relativement succincte et plutôt brève (le GAPE n'étant pas le lieu pour un travail biographique à proprement parler). Cela soulève du côté des formateurs des questions qui peuvent s'avérer « embarrassantes » pour reprendre le terme de Pierre Dominicé : « Doit-on reconnaître les résistances des adultes face aux savoirs contemporains qui les déroutent, et troublent les connaissances qu'ils pensaient avoir définitivement acquises ? » (Dominicé, 2002, p. 41). Si nous sommes tentés de répondre positivement à cette question, cette réponse amène d'autres interrogations, notamment méthodologiques, concernant la manière de reconnaître ces résistances et de les accompagner. Quelques mois plus tard, lors d'un cours portant sur la notion de pouvoir, cet étudiant prend la parole à la suite d'un visionnage de différentes vidéos (autour notamment de l'expérience de Milgram). Il livre alors au groupe une expérience professionnelle vécue en Mauritanie permettant de comprendre l'intériorisation de la violence comme moyen de « se faire respecter ». Avec ce témoignage et à travers la narration qu'il en fait, Abdou vient réinterroger ses « évidences » notamment culturelles, et reconfigure, en partie, son rapport au pouvoir, à la domination et à la violence. Quelques semaines s'écoulent, et le bilan individuel de fin de première année de formation arrive : lors de celui-ci, Abdou nous livre les transformations multiples qui le traversent, à différents niveaux. Sur le plan professionnel, il nous explique qu'il est désormais bien repéré dans son équipe comme étant un collègue fiable, sur lequel l'équipe peut s'appuyer ; sur le plan personnel, il vient de s'installer dans un village de campagne avec sa femme, qui est enceinte, et enfin, dans le domaine de la formation, il nous fait part de son besoin de « digérer » tous les apports théoriques qu'il a reçus durant l'année. Il se dégage de cet entretien une multitude de questionnements, qu'Abdou nous livre avec beaucoup d'honnêteté, mais dont il dit ne pas savoir quoi faire, tellement ceux-ci le bousculent. À ce moment précis, nous ne savons pas comment cet étudiant va pouvoir démêler son histoire et, n'ayant pas d'espace de formation voué à ce type de travail, nous soumettons à sa réflexion (avec prudence et humilité) quelques

questions et quelques hypothèses, portant sur les renversements culturels et sociaux qu'il traverse, et sur ce que cela peut induire et créer comme difficultés, notamment dans l'apprentissage de nouvelles normes, particulièrement dans le domaine de l'éducation.

Nous percevons bien ici comment l'expérience vécue par un individu n'est pas *en soi* un levier et un appui à l'apprentissage mais peut au contraire parfois constituer un obstacle, « faire écran » et servir à légitimer et justifier des positionnements professionnels inappropriés (ici l'utilisation de la violence comme moyen éducatif). Il nous a fallu être particulièrement attentifs au poids de son histoire personnelle pour pouvoir accompagner au mieux les transformations induites par son entrée en formation. Nous le répétons, car cela n'a pas été sans difficulté pour nous, notamment parce que nous n'avions pas de support et de cadre pour ce travail, ce qui le rendait d'autant plus complexe. À l'issue de sa formation, lors de l'entretien individuel clôturant celle-ci, Abdou nous a fait part des transformations personnelles importantes qu'il avait vécues durant ces deux années et des questions (parfois existentielles) qui l'avaient taraudé. Au regard de cette expérience pédagogique, il nous paraît patent que les transformations personnelles des étudiants « méritent d'être mieux analysées pour ne pas occulter les résistances, les ambivalences, les ruptures qui accompagnent tout processus de développement » (Dominicé, 2002, p. 25). Les personnes accompagnées par les travailleurs sociaux et les soignants, parce qu'elles sont, justement, accompagnées, ont vécu des expériences personnelles difficiles, voire parfois traumatisantes. De même, comme expliqué ci-dessus, les étudiants en formation, ont, parfois eux aussi un parcours de vie jalonné par des expériences pour le moins délicates. Nous y reviendrons dans les chapitres 7 et 8, mais nous avons en mémoire de multiples parcours d'étudiants qui avaient eu, par exemple, des parcours de migration (avec ce que cela comporte de déracinement, voire de violences vécues), des histoires familiales empreintes de violences, de dureté (parfois amenant à des placements), ou encore des histoires personnelles où la violence conjugale, qu'elle soit physique, verbale ou sexuelle, avait été vécue. Le travail de Myriam de Halleux, que nous aborderons dans le chapitre suivant, confirme cette idée et tout son travail de recherche vient corroborer nos expériences et certaines histoires de vie des étudiants que nous avons-nous-mêmes formés. Cela nous permet d'étayer théoriquement une intuition, souvent ressentie lors de nos accompagnements (qu'ils soient auprès des personnes en difficulté ou auprès des étudiants), à savoir que l'histoire de vie des accompagnants est toujours en jeu dans la relation établie.

L'histoire de vie, et le récit qui en est fait, est composée d'une multitude d'évènements et de situations vécues, constituant, tout au long de la vie, ce que l'on nomme *expérience*. Chaque expérience est un monde qui s'ouvre et s'échappe à la fois ; « Comme le dit le poète : « Toute

expérience est une arche au travers de laquelle lui un univers vierge dont l'horizon s'enfuit au fur et à mesure que j'avance. » (Dewey, 2011, p. 473) Ainsi, l'expérience vécue par les individus n'est pas toujours « saisissable » par l'acteur lui-même ou le pédagogue, l'éducateur qui l'accompagne. Dans le cadre dit « scolaire » (qu'il s'agisse de l'école chez l'enfant et l'adolescent ou de la formation pour les adultes), il convient de souligner que les apprentissages et « les connaissances scolaires enregistrées à l'école ont, par exemple, moins d'importance que l'expérience sociale de la vie scolaire. En d'autres termes, les apprentissages significatifs du temps de la scolarité semblent tenir davantage, dans les récits biographiques, à la socialisation due aux expériences scolaires qu'aux programmes de l'enseignement ». (Dominicé, 2002, p. 17). De même, l'auteur précise que, dans ces récits biographiques, lorsqu'une matière ou une discipline est évoquée, elle est toujours associée au professeur, à l'enseignant. Autrement dit, deux éléments saillants semblent être en jeu dans les processus d'apprentissage des étudiants ou des élèves : la socialisation, la mise en commun des expériences dans l'espace scolaire et les liens et rapports entretenus avec les enseignants. Pour illustrer cela et prolonger l'exemple d'Abdou, il apparaît effectivement que si ce dernier a réussi, tant bien que mal, à démêler certains enjeux éthiques liés à sa professionnalisation, cela a pu se réaliser (à défaut d'un travail formel portant sur l'histoire de vie en formation) par, avec et au travers de son groupe de pairs. (Sa place dans ce groupe a singulièrement évolué : très en retrait et peu intégré au début de la formation, il a finalement su trouver une place et une certaine forme de reconnaissance). Enfin, il a clairement explicité dans son entretien de fin de formation le rôle qu'une collègue et nous-même avons pu jouer dans l'accompagnement de ses transformations (notre collègue, psychologue clinicienne de formation initiale, étant également particulièrement attentive aux questions biographiques mises en jeu dans la formation).

4.2.3. La sociologie clinique

Nous avons précédemment évoqué certaines difficultés rencontrées pour accompagner les histoires de vie en formation. Ces embarras étant dus notamment au manque d'espaces dédiés à un travail biographique dans le cadre de la formation professionnelle. Toutefois, comme nous le verrons plus en détail à partir du chapitre 6, nous avons pu expérimenter ce type de travail, notamment à travers un module d'initiation à la sociologie clinique. Nous allons, dans les deux sous-parties suivantes, étudier les fondements théoriques et épistémologiques de cette approche et examiner les intérêts qu'elle peut revêtir pour éclairer les sujets qui nous préoccupent.

La notion de clinique peut être définie comme étant « ce qui s'opère au chevet du malade », ou bien encore « ce qui repose sur l'observation directe du malade alité, et de ses symptômes physiques » (Niewiadomski, 2021, p. 131). Sans revenir trop longuement ici sur l'histoire de la clinique et ses évolutions, cette définition indique que la clinique est d'abord constituée par le regard (l'observation), ce qui sera le cas jusqu'à la naissance de la psychanalyse. La médecine de l'observation (dont celle des « corps morts » notamment avec l'autopsie) détermine un souci d'objectivité de la parole. « Freud va ainsi opérer une véritable révolution en matière de clinique. Jusqu'alors, celle-ci s'organise à partir d'une pratique médicale d'investigation et de traitement qui s'appuie sur l'observation des symptômes présentés par les malades. Dans cette perspective, le malade est passif et soumis au regard du praticien chargé de déchiffrer la maladie, non le malade, dont la subjectivité n'est envisagée au mieux que comme un symptôme comme un autre. » (Niewiadomski, 2021, p. 117). La psychanalyse génère donc un renversement de paradigme, en passant de la clinique du regard à la clinique de l'écoute, en cherchant à comprendre le sens du symptôme. L'écoute clinique, telle qu'elle est pensée par Freud, donne au patient un statut de sujet ; sujet singulier qui pense sa condition, sa maladie et qui a des choses à en dire. Si la personne accompagnée a alors des choses à dire, cela vient convoquer les capacités d'écoute du clinicien (clinicien étant entendu ici au sens large, comprenant les psychologues, psychiatres ainsi que les éducateurs et les soignants). « Dans cette perspective, les signes cliniques, les symptômes que présente le malade au clinicien deviennent relativement secondaires, puisqu'il s'agit en fait pour le clinicien de comprendre comment ces symptômes se sont finalement installés en lieu et place d'une parole qui ne pouvait se dire. L'enjeu du travail clinique sera alors de favoriser l'émergence de ces « paroles impossibles » dans le cadre de la cure, de telle sorte que le sujet puisse s'entendre dire « quelque chose » lui permettant d'accéder au sens ». ((Niewiadomski, 2021, page 119). Même si l'on n'utilise pas le terme de « cure » dans le cadre du travail éducatif et soignant, les enjeux, dans ces accompagnements, entretiennent des liens de proximité : faire émerger ces paroles afin qu'elles fassent sens pour la personne concernée et accompagnée. Les professionnels doivent donc avoir la capacité d'adopter cette posture clinique. Celle-ci est difficile à cerner et impossible à délimiter, elle ne peut se résumer à des procédures ou à une simple technique. Je peux m'appuyer ici sur Rouzel qui avance « que la clinique du social, clinique de la rencontre et de l'échange, opère sous transfert » (Rouzel, 2002, p. 104). La question de la rencontre (et du transfert) est donc primordiale, et pourrait se définir comme une nécessité de s'incliner vers, d'aller à la rencontre du sujet, d'aller là où il en est. « La clinique du travail social est une clinique

du sujet ». (Rouzel, 2002, page 94). Cette capacité de rencontre entre sujets relève-t-elle d'un savoir-faire, d'un savoir-être, ou encore d'un art ?

La démarche clinique inhérente au travail éducatif et soignant nous semble s'articuler avec la recherche biographique et particulièrement avec la sociologie clinique. « Le récit de vie est un outil de changement pour une personne, un groupe, une collectivité dans la mesure où ils rentrent dans un processus de construction de sens fondé sur quatre pôles : la clinique, l'histoire, le vécu, la réflexivité ». (Gaulejac & Legrand, 2015, p. 314). Vincent de Gaulejac développe dans cet ouvrage les liens, les ponts entre la démarche de la sociologie clinique et l'approche clinique exercée par les professionnels. Nous en retenons ici quelques caractéristiques illustrant parfaitement les enjeux dans le travail éducatif et soignant :

« Réflexion au plus près de l'activité concrète et de la façon dont elle est vécue par ceux qui la mènent ; [...] visée émancipatoire qui crée les conditions pour favoriser l'implication de chacun comme sujet dans un collectif ; [...] écoute complexe centrée sur la personne, au plus profond de ses sentiments manifestes et latents. » (Gaulejac & Legrand, 2015, p. 314).

Comme nous l'avons constaté précédemment, les travailleurs sociaux et les soignants (par exemple les infirmiers en psychiatrie) ont effectivement à écouter les mots et les maux des personnes accompagnées tout en entendant les émotions et l'éprouvé de celui ou celle qui les énonce. La sociologie clinique apporte des références théoriques contribuant largement à l'élaboration de cette fameuse posture clinique, car il s'agit alors pour ces professionnels de se situer et d'agir sur différents registres : le registre du social et du sociologique ; le registre intrapsychique et le registre émotionnel, celui de l'éprouvé. Vincent de Gaulejac formule ce dernier en définissant les émotions comme « l'horloge interne de la subjectivité ». La subjectivité est au cœur de la démarche clinique. S'appuyant sur les travaux de Gregory Bateson (anthropologue américain), Vincent de Gaulejac cite cet auteur : « La démarche clinique est d'ordre esthétique : elle consiste à capter la résonance entre l'intérieur et l'extérieur, l'écho qui focalisera l'attention. Le poète fonctionne de la même façon quand le galbe d'une feuille évoque pour lui le caractère poignant d'un moment passé. » (Gaulejac, 2020, p. 117). D'après Bateson, la démarche clinique est une méthode où il est question de « subjectivité disciplinée ». (Gaulejac, 2020, p. 117).

Pour prendre en compte le sujet comme un être singulier, et non comme un objet de soin ou un objet éducatif, il faudrait dès lors prendre en compte sa subjectivité, en la laissant s'exprimer, donc en créant les conditions pour qu'elle soit entendue et audible. Cela soulève les conditions d'expression et de réception de ces paroles. Cette dimension émotionnelle dans la prise en compte

de la clinique va désormais plus loin que la dimension compréhensive de la clinique selon Freud. En introduisant la question de l'éprouvé, la sociologie clinique vient interroger chaque acteur (soignant, éducateur, pédagogue, et chercheur) dans son rapport à l'autre, à sa rencontre avec celui-ci (soulevant les questions et enjeux transférentiels dans la relation) ou encore le rapport du chercheur avec son objet de recherche. « Le projet de la sociologie clinique s'inscrit dans une perspective dialectique qui consiste à montrer le bénéfice pour la sociologie de s'intéresser à la subjectivité et pour le clinicien de prendre en compte les conditions sociales qui favorisent ou limitent sa pratique. C'est dire que la clinique doit être, sinon disciplinée, du moins canalisée dans un cadre qui définit les conditions de sa pratique. » (Gaulejac, 2020, p. 118) Ces aspects sont particulièrement pertinents au regard de la pratique des travailleurs sociaux et des soignants ; ils ne peuvent faire l'économie d'être attentifs à ces deux versants : celui de la subjectivité (l'expression du vécu et des ressentis des personnes accompagnées ainsi que leur propre subjectivité en jeu dans la relation avec le bénéficiaire), mais également le versant social, à savoir les conditions sociales dans lesquelles l'histoire est produite, narrée et vécue.

La sociologie clinique place au cœur de son approche les contradictions et tensions entre objectivité/subjectivité, poids des héritages/capacité des individus à faire histoire. Elle cherche à montrer les articulations entre les différentes sphères qui composent l'individu : sociales, émotionnelles, psychiques, institutionnelles, historiques et affectives. La sociologie clinique se situe donc au croisement des phénomènes psychiques et sociaux : l'enjeu est d'articuler et de combiner la compréhension et la prise en compte de la subjectivité des acteurs, tout en proposant une analyse objective des faits sociaux et des déterminations sociales dans lesquelles le sujet est pris. (Alcaraz & Léonard, 2023, à paraître)

L'histoire de vie n'est pas un récit « brut » de la personne. En effet, ce dernier est travaillé ou re-travaillé (parfois avec un professionnel, avec un groupe), et des pistes d'interprétations vont être mises en avant. La co-construction de sens est visée. L'implication, à travers la démarche Roman Familial et Trajectoire Sociale, est fondamentale mais elle ne suffit pas pour faire sens. En effet, il faut y ajouter un aspect « recherche », c'est-à-dire expliciter des référents théoriques et les mettre au travail. C'est notamment, avec ces supports théoriques qu'il sera possible, pour les sujets concernés par la démarche, d'accéder à une « clinique de l'historicité », (pour reprendre un terme utilisé par Vincent de Gaulejac). Cette « clinique de l'historicité » travaille le passé du sujet et ouvre la possibilité d'un après, en cherchant à limiter les assignations identitaires (notamment avec les concepts théoriques, tels que l'identité narrative de Ricœur). Cette démarche consiste à « se dégager de l'intériorisation d'un récit pris au pied de la lettre et de ce qu'il comporte

d'assignations identitaires, d'injonctions paradoxales, de loyautés invisibles » (Gaulejac, 2020, p. 20). Cela peut produire des effets de soulagement.

Ces référents théoriques en sociologie clinique sont multiples, tel un « patchwork ou un manteau d'arlequin » (termes utilisés par De Gaulejac). Pour exemple, voici quelques auteurs majeurs : Pierre Bourdieu en sociologie, Jean-Paul Sartre et Paul Ricoeur en philosophie, Sigmund Freud en psychanalyse, et Annie Ernaux pour le mouvement littéraire. Bourdieu, Freud et Sartre sont sans doute les trois auteurs qui ont le plus influencés la sociologie clinique :

- Freud permet de penser les histoires de vie comme étant le « jeu de désirs inconscients » (Gaulejac, 2020, p. 11),
- Bourdieu donne un cadre d'explication et de compréhension sociologique aux déterminations sociales orientant le cours de la vie des gens
- Sartre ouvre la question du libre arbitre et suggère une liberté possible du sujet face à ces déterminismes avec une phrase qui, nous semble-t-il, très bien la démarche de la sociologie clinique : « L'important n'est pas ce que l'on a fait de nous mais ce que nous faisons nous-mêmes de ce que l'on a fait de nous ».

Dans un de ses derniers ouvrages, *Dénouer les nœuds sociopsychiques, Quand le passé agit en nous*, Vincent de Gaulejac élabore une très belle synthèse récapitulant de façon claire les fondements, pratiques et méthodologies expérimentées en sociologie clinique. Il resitue les hypothèses qui lui ont permis de développer une « sociologie clinique de l'historicité ». L'hypothèse principale est la suivante : « l'individu est le produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet », (Gaulejac, 2020, p. 11). En effet, l'homme est à la fois acteur de sa propre histoire (il la « joue » et l'interprète, au regard de ses libertés et de sa singularité), tout en étant le produit de ses histoires (qu'elles soient culturelles, sociales, scolaires, historiques ou familiales). Enfin, l'individu est également l'auteur de cette histoire, car c'est lui qui, avec ses capacités de narration et d'introspection, la retranscrit, la met en forme et lui donne sens.

Cette clinique de l'historicité « offre des espaces individuels et collectifs pour mieux comprendre les contradictions du passé et en quoi ces contradictions sont agissantes dans les conflits du présent. Cette compréhension permet de dégager des problèmes non résolus du passé, de mieux comprendre les impasses actuelles et de s'inventer une vie ouverte sur l'avenir » (Gaulejac, 2020, p. 15) Les individus ne peuvent pas changer leur passé, ni les faits qui s'y sont déroulés. En revanche ils peuvent modifier ou décaler le regard qu'ils portent sur leurs histoires ainsi que le discours s'y référant. « Le sujet s'affirme dans sa capacité à construire sa propre version du passé, entre l'histoire transmise et l'histoire vécue » (Gaulejac, 2020, p. 19). La capacité à reconstruire

un discours sur son passé et à faire évoluer son regard sur celui-ci aurait donc à voir avec la capacité de l'individu à advenir de lui-même, à émerger en tant que sujet. C'est donc un travail de reconfiguration complexe car il met en jeu différents registres chez le sujet (émotionnel, sociohistorique, psychique et réflexif). Cette démarche s'appuie sur une méthodologie pensée pour être facilitatrice de la mise en mots et en sens de cette reconfiguration. Le groupe et les supports font alors fonction de tiers entre l'individu et son histoire, ou plus précisément ce qu'il dit de son histoire. « La démarche permet de rejouer dans le présent les conflits du passé en proposant une aire transitionnelle entre jeu et réalité » (Gaulejac, 2020, p. 38). C'est à partir de ces espaces intermédiaires, constitués avec le groupe et les supports, que l'individu va pouvoir reconfigurer la narration de son histoire, et, ce faisant y associer d'autres émotions, d'autres représentations, d'autres compréhensions. « La méthodologie des récits de vie en groupe conduit à aborder ces tensions autrement : soulever la chape de plomb qui recouvre la confrontation des violences extrêmes dans des histoires de vie sans faire vaciller les défenses mises en place pour s'en protéger. La contradiction est intense. [...] Il convient de déconstruire les résistances défensives pour favoriser les mécanismes de dégagement. » (Gaulejac, 2020, p. 55) Un des enjeux est donc de « travailler sur la violence sans violence » (Gaulejac, 2020, p. 88)

D'après l'ouvrage d'Alex Lainé (Lainé, 2004, p. 97), Henri Desroches et Gaston Pineau sont considérés comme les pionniers en matière d'histoire de vie en formation. Henri Desroches fonde une démarche basée sur « l'autobiographie raisonnée » en développant notamment une technique, celle de « l'entretien biographique ». L'objectif de l'entretien est de « faire le point » et mieux se connaître en vue de conforter ses choix de vie, reprendre et choisir une formation, réorienter sa vie professionnelle, etc. » (Draperi, 2010, p. 30). L'auteur décrit dans cet ouvrage les finalités et les modalités pratiques de cette démarche. L'autobiographie raisonnée se met en place par des exercices de « remémoration permettant de ressaisir l'essentiel de sa vie sociale. Elle met au jour une cohérence sociale dans le parcours de la personne. Elle donne ainsi accès à la compréhension des ressorts de sa propre vie sur les plans de l'orientation scolaire, de la vie professionnelle et des activités sociales. » (Draperi, 2010, p. 29). L'objectif de l'entretien biographique est de permettre à un sujet de faire le point, le bilan de sa situation actuelle afin de s'assurer de la validité et de la pertinence des projets envisagés par celui-ci, et ce au travers de divers exercices (basés sur la rédaction et l'écriture). Cette méthode, telle qu'elle est pensée par Desroches, renvoie à une méthode « d'accouchement de soi-même » ou de « maïeutique », visant à mettre en lumière les savoirs, les connaissances et les compétences de la personne. Dans la démarche, cette dernière est nommée « personne-projet », le meneur de l'entretien étant pour sa part « personne ressource ».

Dans la pratique de formation qu'est la nôtre, cette mise à jour des savoirs, avec les méthodes, techniques et supports qui y sont liés, peut s'avérer tout à fait utile et pertinente. Toutefois, la démarche de l'autobiographie raisonnée se distingue de la sociologie clinique à plusieurs égards, notamment dans la prise en compte des processus et phénomènes intrapsychiques. Ne s'inscrivant pas *a priori* dans une perspective théorique issue de la psychologie (Henri Desroches étant sociologue), la question de la « clinique » ne semble pas centrale. En témoignent à la fois les termes utilisés par Draperi pour qualifier la méthode : « autobiographie sociale » ou « socio-autobiographie », (termes qui mettent en avant les aspects sociaux de la personne) ainsi que la description de l'entretien : « L'entretien biographique suppose une qualité d'écoute particulière, une grande distanciation et l'absence de contre-transfert [...] Il ne se penche pas sur les traumatismes de la personne, ne s'intéresse pas aux faits psychologiques et intimes, mais au contraire aux faits sociaux et publics ; il s'intéresse aux faits proprement dits et n'entre pas dans l'interprétation. » (Draperi, 2010, p. 32). Si la qualité d'écoute et le dispositif mis en place peuvent établir des points d'accroche, de liaisons entre la sociologie clinique et l'autobiographie raisonnée, il n'en reste pas moins que les derniers points cités par Draperi, à savoir la grande distanciation, l'absence de contre-transfert, la mise à l'écart des faits psychologiques et intimes, et la non-interprétation constituent des vraies ruptures avec la sociologie clinique. En cela, il y a une forte distinction entre les caractéristiques et la nature des deux démarches.

4.2.4. Sociologie clinique et santé mentale

L'ouvrage de Vincent de Gaulejac, *Dénouer les nœuds sociopsychiques, Quand le passé agit en nous* (Gaulejac, 2020, chapitre IV), aborde la question de l'intérêt de la sociologie clinique en santé mentale. Une expérimentation d'un groupe d'implication et de recherche auprès d'adultes en situation de grande vulnérabilité (notamment psychique) a été menée par Vincent de Gaulejac et les intervenants d'une structure d'accompagnement spécialisée à Montréal auprès de six résidents. Ce chapitre nous a permis de revisiter nos expériences passées, et nous en a donné un autre éclairage. En effet, tous les résidents ont un lourd passé psychiatrique derrière eux, constitué de nombreuses hospitalisations, prises de traitement, rencontres médicales, thérapies etc... De Gaulejac note que c'est pourtant la première fois qu'ils abordent leurs histoires de cette façon-là. Il souligne deux éléments clés : « Être reconnu comme sujet dans la démarche, pouvoir rencontrer l'altérité sans se sentir menacé sont des éléments déterminants. Les participants ne sont pas seulement des acteurs mais des auteurs qui retrouvent une puissance d'agir sur leur propre

existence. Ils ne sont plus l'objet d'un traitement, mais des sujets qui redécouvrent leur histoire de vie, les liens entre leur histoire et celle des autres. » (Gaulejac, 2020, p. 82)

En effet, les modalités propres à la démarche en sociologie clinique suscitent la possibilité de retravailler et revisiter son histoire à partir de grilles lectures multiples (sociologique, historique, psychologique) et de créer des liens, des ponts entre ces histoires, permettant ainsi de retrouver une « humanité partagée ». Le diagnostic est pensé par De Gaulejac comme un « événement biographique » (nous reviendrons plus longuement sur cette notion lors de la monographie de Céline dans le chapitre 8) : « Le diagnostic de malade mental fait basculer l'existence dans la honte. L'intérêt de la démarche de la Maison St-Dominique est de ne pas considérer les résidents comme malades et de favoriser leur insertion sociale. La plupart des résidents concernés ont été à un moment de leur parcours, désignés comme psychotique, bipolaire, schizophrène, dépressif, donc comme « fou », explicitement ou implicitement. Cette assignation identitaire négative est lourde à porter et, pour certains, dévastatrice. [...] Ils assignent le sujet dans une identité négative et menaçante. Ils mettent la personne au ban de la société dans une exclusion quasi irréversible. Ils annulent la possibilité d'advenir en tant que sujet comme s'il était dépossédé de lui-même » (Gaulejac, 2020, p. 83).

Dans nos expériences passées, nous avons effectivement perçu ces assignations identitaires et les impacts fracassants qu'elles engendraient. Au niveau de la personne concernée, l'annonce du diagnostic est à chaque fois comprise, entendue et vécue de façon très intime et singulière. Si cela n'empêche pas les retentissements sur la vie quotidienne (mise en route de traitements, de thérapies, « entrée » dans le secteur ou dans le « giron » du soin, de l'éducation spécialisée, modifications des liens familiaux, amicaux, professionnels, sociaux...), l'appropriation de ce diagnostic est très variable. Quand nous exerçons en tant que coordinatrice de parcours, au sein d'une association partant de principes similaires à la Maison St-Dominique (inclusion, personne considérée comme « résidente » et non malade...), nous avons rencontré des personnes souhaitant sortir de l'hôpital et intégrer un foyer, ou accéder à un appartement etc... Le secret médical protégeant les données du patient et aucun professionnel de santé n'étant présent dans la structure (par choix), nous n'avions donc pas accès, dans le dossier de candidature (souvent rempli en amont de la rencontre), à la pathologie de la personne. Le point commun entre toutes ces rencontres et personnes était bien à chaque fois la présence de troubles psychiques. Lors de ces rencontres avec les personnes concernées, nous leur demandions souvent ce qu'elles savaient de leur maladie ou de la raison qui les avait amenées à être hospitalisées en psychiatrie. Nous avons en tête deux souvenirs, un patient qui nous répondit ceci : « Vous savez, j'ai une intelligence qui dérange... Ils

ne me comprennent pas et me donnent des médicaments à base d'agrumes... ». Si les traitements n'étaient pas du tout à base de citron ou d'orange mais constituaient bien une thérapie psychiatrique (benzodiazépine, neuroleptiques...), il s'avère qu'en échangeant avec son médecin psychiatre ultérieurement, celui-ci nous confirma qu'effectivement à ce stade, aucun diagnostic n'avait été posé... Ce monsieur et ses symptômes échappaient pour l'instant aux grilles de classification...

Le second résident auquel nous pensons, lui, nous répondit ainsi : « Ah oui, je peux vous le dire ? Je ne vais pas briser le secret avec mon médecin ?... Alors c'est une bien drôle de maladie, et ça se voit rien qu'à son nom, ça s'appelle une schizophrénie paranoïde... ! ». Ces réponses nous avaient, à l'époque, donné quelques indications sur le rapport qu'entretenait la personne avec le diagnostic, ou pour reprendre l'analyse de Gaulejac, sur la façon dont le sujet pense cet événement biographique, et ce en fonction des interprétations qu'on lui a fournies. Le premier de ces résidents n'a effectivement reçu aucun diagnostic, il construit donc lui-même une interprétation de sa situation : « je suis trop intelligent et incompris » ; quant au second, il a bien retenu les mots du médecin (ayant même des craintes sur le fait de les répéter...) et qualifie sa pathologie de « *bien drôle de maladie* », laissant sous-entendre une éventuelle incompréhension ou inadéquation de ce terme. L'enjeu pour nous, en tant que référente de parcours, et pour les futures équipes accompagnantes, à ce stade de la rencontre n'est pas tant de « savoir » ou de « connaître » la maladie, mais bien de percevoir ce que les personnes concernées font de ce diagnostic, cet événement, cette assignation.

Vincent de Gaulejac donne à voir les difficultés de ce travail et les réticences que la mise en place d'un dispositif de type GIR²³ au sein de la Maison St-Dominique a engendré auprès des résidents accueillis et des professionnels. Les résidents expriment des difficultés qui leur sont propres, personnelles : « La peur d'exposer son histoire devant un groupe, l'inconfort de devoir choisir de laisser tomber une autre activité, la crainte de ne pas bien répondre aux attentes des intervenants, l'inquiétude de ne pas se sentir assez bien pour participer à l'ensemble du projet » (Gaulejac, 2020, p. 81). Du côté des professionnels, les craintes émises sont tournées vers la personne accompagnée, soit vers l'Autre plutôt que vers soi, les « estimant que les résidents [sont] trop fragiles pour un travail suivi, intense, sur plusieurs jours, nécessitant une grande concentration et une disponibilité mentale et psychique importante. » (Gaulejac, 2020, p. 81). Afin de mettre en

²³ Groupe d'Implication et de Recherche

œuvre ce dispositif, il est à souligner que l'ensemble des intervenants ont participé à un GIR. Cette participation est un préalable, « une clé de l'acceptation du projet par tous, chacun pouvant se sentir dans une situation d'égalité et de parité dans la démarche » (Gaulejac, 2020, p. 81). L'exercice de biographisation proposé, à savoir la mise en mots de son parcours, la mise en intrigue et en sens de son histoire, ne va pas de soi. Se raconter, se présenter, raconter une version de cette histoire n'est pas chose aisée. La rendre « commune » en la partageant avec un groupe ne facilite pas toujours l'entrée dans la démarche, même si, finalement les spécificités de la démarche groupale sont soulignées comme aidantes. Alors, quand cet exercice est demandé, exigé ou prescrit, il est perçu comme d'autant plus difficile. Or, comme nous l'avons déjà abordé dans le cadre du chapitre 2 notamment, la condition de « fou » ou de « malade mental » est historiquement liée à un statut subalterne, plaçant le sujet dans une position « d'objet » de soins. « Le diagnostic de maladie mentale tend à figer celui ou celle qui en est l'objet dans une assignation identitaire qui le marginalise. L'hospitalisation psychiatrique conforte cette mise à l'écart. De fait le malade mental est exclu de l'historicité. Il est considéré comme à part, comme un sujet handicapé dont l'avenir est totalement obéré par une incapacité radicale. » (Gaulejac, 2020, p. 79). Bien souvent, les malades se retrouvent dans l'obligation de se raconter, et ce dans des cadres, qu'ils soient thérapeutiques ou éducatifs, souvent vécus comme contraints. Dans le chapitre intitulé « Clinique de l'historicité en santé mentale » (Gaulejac, 2020), l'auteur insiste sur les précautions et la délicatesse nécessaires à l'expression de soi, et ce particulièrement quand les narrateurs présentent des troubles de la sphère psychique. « Parler de soi n'est pas chose facile. Le faire devant un groupe encore moins. Surtout s'il s'agit de se dévoiler, de parler de ses conflits personnels, de ses failles, de ses vulnérabilités. La difficulté de parler de soi sous le regard d'autrui est d'autant plus grande que le diagnostic de malade mental fait basculer l'existence dans la honte. » (Gaulejac, 2020, p. 83). Dans ce cadre et ce type d'intervention, il s'agit d'être particulièrement vigilant à laisser la parole s'exprimer librement, « sans jamais forcer les choses » (Gaulejac, 2020, p. 82), car « l'essentiel est de permettre aux résidents d'advenir en tant que sujets dans tous les registres de leur existence » (Gaulejac, 2020, p. 80).

Chapitre 5 : La subjectivité ; histoire de tensions et de résistances

La recherche biographique suscite de multiples interrogations, notamment en ce qui concerne la question de la prise en compte de la subjectivité. Ces questions se posent particulièrement aux chercheurs quant à leurs positions et postures vis-à-vis de leurs sujets de recherches. Dans quelle mesure des motivations personnelles, voire affectives et émotionnelles, sont-elles en jeu dans leurs travaux ? Jusqu'où les chercheurs sont-ils impliqués ? Ces dimensions sont-elles prises en compte ? Comment la communauté scientifique perçoit-elle ces dimensions subjectives ? Nous souhaitons, dans cette partie, explorer et étudier les dimensions cachées, parfois inconscientes et souterraines de l'activité de recherche, autour des notions de posture et de subjectivité.

5.1. Le souci d'objectivité et l'incontournable subjectivité dans les métiers de la recherche et de l'accompagnement

5.1.1. La condition et la société biographique dans un monde hypermoderne

Dans le contexte actuel de la modernité avancée, nous observons de multiples mutations au sein de la société, qui transforment radicalement les institutions ainsi que le rapport à soi et aux autres. Décrites par de nombreux auteurs, les caractéristiques des sociétés hypermodernes sont multiples et affectent l'ensemble des sphères de la vie humaine. La culture gestionnaire, la rationalisation des organisations, la chalandisation (Chauvière, 2009), la rationalité technique et technologique dominante, la fragmentation de la société, la faillite des idéologies principales et la perte de confiance dans les valeurs et idéaux modernes, hérités du siècle des Lumières (Tapia, 2012) ne suffisent pas à résumer les processus à l'œuvre. Le déclin des institutions (Dubet, 2010) couplé à la crise des grands récits de légitimation collectifs (Lyotard, 1979) nous amène à interroger la place, la valeur et la nature des récits individuels et collectifs dans la société postmoderne, et plus particulièrement dans le secteur médico-social. De plus, l'impact du New Management Public et sa traduction en matière de formalisation de l'activité (Delaloy, 2014), via, entre autres, l'évaluation des établissements renforce cette atténuation des singularités. La désinstitutionnalisation massive à laquelle nous assistons actuellement conduit certains auteurs à pointer les dérives et les dangers de ce mouvement « long comme un lendemain sans espoir [...]

provoquant un frisson amer parmi tous les professionnels engagés au quotidien dans une relation d'aide éducative. » (Gaberan, 2013, p. 7). Pris dans des injonctions paradoxales (et paradoxantes), les éducateurs spécialisés, en tant que professionnels de la relation d'aide, sont particulièrement affectés par ces tensions et contradictions qui traversent le champ social. Nous nous interrogeons ici sur la place qu'occupent les approches biographiques au sein de la formation des travailleurs sociaux, particulièrement dans l'élaboration d'une posture professionnelle basée sur une « écoute clinique » (Mairesse, 2019). Il apparaît que les futurs éducateurs sont mis en difficulté par ces multiples tensions dans leurs pratiques, notamment en ce qui concerne la « clinique de l'accompagnement » (Mercier, 2019) et le travail d'écoute des usagers. Cette interrogation s'ancre dans un monde dit « hypermoderne » et une société biographique qu'il convient de saisir, définir et d'interroger.

Cette société hypermoderne, peut être, en partie, symbolisée par les constats de Mme Daovannary (la rapporteuse de l'ONU). Si ceux-ci s'ancrent dans une histoire institutionnelle française qui effectivement a connu des dérives et des errements en termes d'accompagnements, il convient également de resituer la désinstitutionnalisation dans le contexte actuel. « La critique radicale sur laquelle se fonde le projet de désinstitutionnalisation relèverait d'une conception néolibérale de l'institution qui se trouve parée de tous les défauts » (Janvier, 2012). Cette conception engendre des conséquences dommageables, en termes de délitement du lien social (où le projet et le sens du collectif et du commun se trouveraient amoindris) et d'accompagnement clinique. Sur ce dernier point, en effet, nous pouvons nous préoccuper des effets de la désinstitutionnalisation, en ce sens qu'elle réduirait la dimension clinique (qui constitue, rappelons-le, le cœur et l'épaisseur de l'action sociale) à une relation duelle de prestation de service. À cet égard, comment préserver la professionnalité et former les professionnels, alors qu'ils sont « dépossédés de leurs < savoir s'y prendre > et < savoir y faire >, dépossédés de leur art, créativité et métier au profit de normes extérieures à leur expérience » ? (Chauvière, 2014, p. 27). Au regard de ces mouvements de désinstitutionnalisation, nous souhaitons mobiliser et interroger ici une formule d'Astier et Duvoux : « l'institution de la dignité » (Astier & Duvoux, 2006). Ces auteurs partent des réflexions de Marcel Gauchet, autour des articulations entre responsabilité et solidarité, réflexions qui met en avant les paradoxes auxquels sont soumis l'individu : ces derniers sont pris dans un mouvement qui les amène à devoir être « maîtres » d'eux-mêmes, à maîtriser leur destin (donc à être responsables) alors même que ce destin est façonné par des déterminismes sociaux, familiaux, culturels qui les assignent, bien souvent, à une place, en partie, prédéfinie à l'avance. En d'autres termes, « les contours, la teneur et les enjeux de l'articulation contemporaine entre les deux

notions de responsabilité et de solidarité nous conduisent à penser avec M. Gauchet que s'il ne s'agit pas de prêter à l'individu une maîtrise de son sort dont à l'évidence il ne dispose pas, il n'en reste pas moins qu'il faut l'aborder comme si (il) était (maître) de sa propre vie. » (Astier & Duvoux, 2006, p. 17). Il est également à souligner que les assignations sociales qui constituent le parcours de la personne sont à considérer au regard de la subjectivité de celle-ci.

Forts de cette observation, nous faisons l'hypothèse que les compromis de la société tertiaire mettent en avant les mondes privés et économiques beaucoup plus que le monde civique, au contraire de ceux de la configuration historique dont nous sortons. Dans ces conditions, la société est productrice autant qu'elle a tendance à devenir le produit de biographies individuelles. Et cette évolution est tendanciellement porteuse d'une violence symbolique et réelle car les institutions n'assurent plus les fondements anthropologiques de la protection et de la reconnaissance comme le faisaient les institutions sociales caractéristiques de la « première » modernité malgré la dureté et la distance sociale très forte qui les caractérisaient. (Astier & Duvoux, 2006, p. 15).

Les auteurs attirent notre attention sur le basculement de la société : nous sommes passés d'une structuration, auparavant, faite au travers de collectifs d'appartenance à « un processus d'individuation reposant sur l'investissement de biographies individuelles » (Astier & Duvoux, 2006, p. 16). Or, ces processus reposent sur « une ambiguïté profonde liée au caractère extrêmement problématique du passage du récit privé au récit civil » (Astier & Duvoux, 2006, p. 16) et constituent « une forme de réponse aux conditions objectives dans lesquelles sont placés les individus ». (Astier & Duvoux, 2006, p. 16). Christine Delory-Momberger contribue également à ces réflexions en faisant « l'hypothèse que les mutations sociales et les transformations qu'elles entraînent depuis une quarantaine d'années dans les modes de vie et les modèles d'existence dessinent les traits d'une nouvelle configuration du rapport de l'individu à la société, dans laquelle la *biographie* en tant que processus de construction de l'existence devient le centre de production de la sphère sociale » (Delory-Momberger, 2010, p. 13). Elle pose la question « **Y a-t-il une vie sans récit ?** » (Delory-Momberger, 2010, p. 11) et ce, au regard du contexte actuel caractérisé par la crise des grands récits. Les sociétés occidentales reposaient sur la « présence d'institutions (école, famille, syndicats, partis politiques...) à fort coefficient intégrateur » (Delory-Momberger, 2010, p. 13) qui sont actuellement très affectées par le « déclin du programme institutionnel », pour reprendre les termes de Dubet.

« Les modèles institutionnels sont décontextualisés, < désencastrés > : ils sont < partout et nulle part > et sont caractérisés par leur mobilité et leur < flexibilité > [...] Et ce qu'ils modélisent est l'individualité elle-même en tant qu'impératif de réalisation de l'individu, en tant qu'institution de l'individu. » (Delory-Momberger, 2010, p. 19) Pour faire le lien avec les politiques de

désinstitutionnalisation vues précédemment, elle précise : « Ainsi, loin de signifier la fin des institutions, - hypothèse passablement extravagante qui signifierait de facto la fin de la société - la modernité avancée voit l'émergence et le développement de l'*autoréalisation individuelle* (souligné dans le texte) comme institution centrale du nouveau rapport qu'elle installe entre l'individu et le social » (Delory-Momberger, 2010, p. 21). L'individu est donc renvoyé à lui-même et à « *son destin individuel* ». Dans ce cadre, la réalisation individuelle devient l'objet d'un impératif social. « L'exigence d'autoréalisation et de responsabilisation [...] est devenue un idéal de comportement et une norme d'existence. » (Delory-Momberger, 2010, p. 21). L'individu devient alors l'institution centrale de la société. Les évolutions sociétales portent en elles des tensions, liées notamment aux transformations de la protection sociales et aux nouveaux modèles de solidarité en train de s'ériger, qui sont « à la fois le symptôme et le moteur de l'érosion des limites et des frontières dans lesquelles l'autonomie se trouvait encadrée : la classe sociale et la nation. [...] la situation actuelle caractérisée par une rapide érosion de ces limites [...] qui tend à s'accélérer et à mettre à nu l'absence de critères propres à l'encadrement de l'autonomie et également à son possible renversement en une obligation d'être libre. » (Astier & Duvoux, 2006, p. 16) Ces injonctions à la liberté, et plus généralement à l'autonomie et à la performance sont néanmoins à considérer au regard des capitaux dont disposent les individus, capitaux qui sont très inégalement répartis dans la société. Le « processus de désagrégation des principes fondateurs de l'Etat-providence, au premier chef le paradigme assurantiel, [...] engendre le renouvellement et la diversification de la contrepartie auxquels nous sommes confrontés. » (Astier & Duvoux, 2006, p. 17). Ces contreparties que les individus doivent fournir appellent à la mobilisation de leurs capitaux, et conditionnent, en partie, les aides, assistances et accompagnements dont ils vont pouvoir bénéficier. En effet, « les dispositifs ne se satisfont plus de garantir les droits et les devoirs de l'utilisateur en fonction de son appartenance à une catégorie sociale ou institutionnelle prédéfinie. Ils tendent, sinon à conditionner, du moins à accompagner leur intervention d'une exigence de performance de la part de l'utilisateur considéré individuellement. La notion de contrat se retrouve ainsi au centre d'un nombre allant sans cesse croissant de dispositifs. [...] Tendanciellement, avec cette contractualisation de la relation entre l'individu prestataire et les pouvoirs publics, c'est sur les individus eux-mêmes qu'est reportée la tâche de structurer les relations sociales dans lesquelles ils sont désormais conduits à se mouvoir. » (Astier & Duvoux, 2006, p. 18)

« La condition biographique désigne ainsi un renversement du rapport historique entre l'individu et le social dans lequel les conséquences sur les existences individuelles des contraintes sociales

et économiques et des dépendances institutionnelles sont perçues comme relevant d'une responsabilité individuelle et d'un « destin personnel ». » (Delory-Momberger, 2010, p. 22). Définie ainsi, la société biographique révèle donc non seulement des enjeux de réalisation personnelle mais également des enjeux sociaux et politiques. Si « le discours sur soi, en particulier sous la forme narrative, trouve ainsi sa fonction et ses usages dans le processus conjoint de *biographisation de la société* et de *sociétisation des biographies* caractéristiques de la modernité avancée » (Delory-Momberger, 2010, p. 24), il faut alors prendre en compte ce contexte narratif pour en comprendre les enjeux, et les difficultés à se raconter, les injonctions tacites à se livrer, les freins à accueillir ces histoires... Histoires de vie, qui, rappelons-le, seront les premiers piliers et matériaux des interventions des soignants et des éducateurs, appelés couramment « anamnèses ».

« Le récit de soi s'inscrit dans le contexte généralisé d'un monde où le narratif envahit tous les secteurs de la vie collective [...], lorsque la force des institutions et le gouvernement des hommes sont de moins en moins séparables du pouvoir de raconter des histoires, la capacité des individus à être reconnus est rendue tributaire de leur pouvoir à faire récit d'eux-mêmes et de leur vie » (Delory-Momberger, 2010, p. 24). La biographie est devenue, d'après Delory Momberger, à la fois un instrument et un critère de l'action sociale. Gage des interventions sociales, le « récit de soi entre dans un système contractuel où il acquiert un statut de contrepartie et de monnaie d'échange : donne-moi ton récit et je te donnerai de la formation, des stages, une allocation d'aide à l'insertion, un emploi-jeune, une reconnaissance de niveau et de diplôme, etc. Donne-moi ton récit et je te donnerai de la solidarité et de la reconnaissance sociale » (Delory-Momberger, 2010, p. 44). Or, ce contrat, qui n'est jamais formulé en tant que tel et qui est, au mieux, tacite, suppose des contraintes inexprimées : ce récit doit convenir et s'adapter « à des exigences et à une cohérence qui lui sont extérieures (économiques, administratives, comptables), il doit répondre aux attentes codées, aux projections formatées » (Delory-Momberger, 2010, p. 45). Nos expériences en tant que professionnel du secteur médico-social ont été jalonnées, à maintes reprises, par ce contrat implicite : spécifiquement en tant que référente de parcours, où l'histoire de vie des personnes rencontrées (présentant des troubles psychiques) était notre principal matériel pour l'accompagnement à mener. Il était notamment demandé par l'ensemble des équipes des services concernés (ainsi que la direction) d'aller vérifier, à travers le récit biographique le discours porté concernant l'observance du traitement médicamenteux. En effet, l'association dans laquelle nous intervenions était composé uniquement de travailleurs sociaux, n'ayant donc pas de

professionnels soignants, il était alors demandé que les personnes accueillies aient la capacité de prendre leur traitement, de l'accepter, et si possible d'en voir et d'en mesurer les intérêts. La compliance du résident faisait partie des prérequis pour intégrer l'association et bénéficier de ces services. Cette intégration, dont, en tant que référentes de parcours, nous étions les garantes, était donc largement liée « à la capacité d'auto-présentation et d'auto-promotion du candidat, à sa capacité à se < mettre en scène > et à < se vendre > ». » (Delory-Momberger, 2010, p. 45).

Cette « biographisation du social » n'est pas sans générer de nouvelles inégalités : en plus de celles liées aux différences de capitaux économiques, culturels, aux différences de position dans la société. Les inégalités en termes de capital biographique, ce dernier étant défini comme « la capacité des individus d'élaborer et de faire entendre sur eux-mêmes un langage *recevable* (souligné dans le texte), d'accéder aux moyens d'expression et d'affirmation qui les feront socialement reconnaître. Le pouvoir de tenir un discours sur soi, de donner de soi-même et de son existence une représentation conforme à la requête sociale et institutionnelle, relève d'un capital biographique très inégalement réparti. » (Delory-Momberger, 2010, p. 45)

« Pierre Bourdieu, dès 1967, montrait que l'espace social se trouve structuré par des positions objectives, se définissant les unes par rapport aux autres à partir d'un ensemble de ressources faisant l'objet de luttes d'appropriation par les acteurs sociaux. Ces ressources, désignées en termes de < capital >, se subdivisent classiquement en quatre catégories : capital économique, capital social, capital symbolique et capital culturel. Pour l'auteur, la répartition de ces capitaux dans le champ social organise la différenciation des classes sociales. Par ailleurs, Pierre Bourdieu conceptualisait la notion < d'habitus de classe > pour rendre compte des effets d'intériorisation des structures du monde social sur les acteurs et montrait combien ces derniers n'occupent pas < par nature > leur position. [...] Or, les compétences biographiques des individus n'échappent pas à cette logique, et le < capital biographique > qu'ils détiennent, s'il influe de fait sur leurs compétences biographiques, va considérablement différer en fonction de la place qu'ils occupent dans l'espace des positions sociales. En effet, produire un récit de soi confronte l'individu à la problématique de < la parole légitime > [...] les plus faibles et les moins dotés en capitaux se trouvent confrontés à un renforcement des inégalités sociales dont ils sont l'objet, alors que < l'obligation à la singularité >, possible vecteur de liberté et d'autonomie pour les mieux dotés, se transforme ici en son contraire et condamne le pauvre, l'exclu, le désaffilié... à se considérer comme premier responsable de sa condition. » (Niewiadomski, 2019d, p. 52-53)

Les travailleurs sociaux et les soignants, qui accompagnent les personnes les plus fragiles de la société ne nous semblent pas suffisamment formés et aguerris à cette dimension. Si la pensée de Pierre Bourdieu, et notamment les différents capitaux, fait partie des enseignements que les étudiants (particulièrement les éducateurs spécialisés) reçoivent, il en est tout autrement sur la

question des « compétences biographiques », or, au vu de leurs fonctions (les amenant, comme dit précédemment, à réaliser une multitude d'anamnèses et autres synthèses), il nous apparaît dommageable de ne pas les sensibiliser à cette question. En effet, s'ils n'ont pas en tête ces inégalités de ressources en termes de capitaux biographiques, quelle posture professionnelle adoptent-ils face à l'accueil des histoires de vie ? Dans quelle mesure, n'exercent-ils pas, sans le savoir, des injonctions biographiques qui renforcent la position de faiblesse de la personne accompagnée ? Ces professionnels de la relation d'aide ont toujours à faire avec l'histoire de vie des personnes accompagnées et ils sont souvent placés dans des positions (pas toujours explicitées) de recueil de ces histoires. Il convient de prendre en compte les « injonctions biographiques » qui sont exigées de la part des personnes accompagnées et de prendre également en compte les inégalités de capitaux biographiques permettant de répondre à ces injonctions de façon plus ou moins adaptée, claire, recevable...

Pour reprendre l'exemple des référents de parcours qui interviennent tout particulièrement dans des périodes de vie caractérisées par des changements, des bifurcations, des transitions, ils doivent, nous semble-t-il, être particulièrement vigilants à cette dimension du travail. Il est donc important que la « posture » de ce coordinateur tienne compte de ces aspects, ceux-ci étant déterminants dans la création du lien (écoute, confiance). En ce sens, leur formation (qui commence à se structurer en France depuis ces deux dernières années) gagnerait, nous semble-t-il, à être « infusée » des apports de la recherche biographique, et particulièrement de la clinique narrative, que nous allons présenter maintenant.

5.1.2. Objectivité et subjectivité : une histoire d'opposition à dépasser

Comme nous avons déjà pu l'aborder lors d'un travail de co-écriture (Alcaraz & Léonard, 2023, à paraître), la subjectivité, historiquement reléguée, voire mise à l'écart des préoccupations scientifiques, a donné lieu à de vifs débats et de nombreux travaux. Si questionner la position du chercheur a permis, progressivement, de faire accepter la subjectivité comme étant une donnée essentielle et incontournable du travail de recherche, il n'en reste pas moins que son acceptation par le chercheur lui-même ne va pas de soi. Venant interroger ses représentations et ses perceptions (notamment de sa propre position), la subjectivité n'est pas sans bousculer le chercheur, et bien plus encore, l'homme ou la femme derrière l'universitaire : en effet, la prise en compte de celle-ci réveille nécessairement les dimensions (intra)psychiques, familiales, sociales

qui l'ont construit et déterminé. Ces préoccupations existent bel et bien au sein de la communauté scientifique, particulièrement dans les sciences humaines et sociales, comme en témoignent les nombreuses publications sur ces thèmes. La question de la neutralité du chercheur face à son objet de recherche et son terrain d'enquête n'est pas sans soulever de multiples débats et a donné lieu à différentes conceptions de la neutralité dudit chercheur, nous pouvons ici en retenir trois d'après les travaux de Brasseur (Brasseur, 2012). L'une, positiviste, propose de concevoir la neutralité du chercheur comme une objectivité formelle et presque ontologique à la position même du chercheur, inhérente à la nature de son activité. Une seconde acception, plus interprétative, pose le postulat d'une « impossible neutralité » du chercheur. Les questions d'intersubjectivité entre le chercheur et son terrain sont, de fait, à l'œuvre, le chercheur doit alors avoir la capacité de « se décentrer par rapport à lui-même » (Jodelet, 2003, cité par Brasseur, 2012, p. 105) et c'est par l'adoption d'une « posture réflexive » (Brasseur, 2012, p. 106) avec son terrain que le chercheur fera preuve de la rigueur nécessaire à tout travail scientifique. Enfin, la dernière conception, ancrée dans un paradigme constructiviste, pense la neutralité comme illusoire : « le chercheur a un projet de connaissance et non un objet à connaître » (Le Moigne, 1995, cité par Brasseur, 2012, p. 106). Dans cette acception, il est question, non plus de « posture réflexive avec le terrain » mais d'une « nécessaire autoréflexivité » (Brasseur, 2012, p. 106). Ces différentes conceptions donnent à voir la disparité des postures du chercheur vis-à-vis de sa propre subjectivité. La prise en compte de celle-ci, si elle est bien une source de préoccupation des scientifiques, est loin de faire l'unanimité et donne lieu à des confrontations fortes. Entre un rejet net de toute forme de subjectivité du chercheur et une objectivité, considérée comme illusoire ou impossible, il existe, pour les chercheurs, de multiples manières de se positionner. Il convient, pour comprendre ces mouvements, de distinguer *position* et *posture*.

D'un point de vue bourdieusien, la position d'un individu dans la société dépend des capitaux qu'il possède (économiques, culturels, sociaux, symboliques) mais également de la perception et de la représentation que l'agent a de cette position. Cette conception se situerait finalement à la fois dans un courant positiviste (on peut effectivement objectiver l'ensemble des capitaux d'un acteur et par conséquent le situer dans l'espace social et lui conférer une position), et en même temps, elle épouse le courant herméneutique, Bourdieu mettant en lumière l'importance de la représentation de cette position dans la manière et la façon de l'incarner. « La position sociale, actuelle ou potentielle, est l'objet de perceptions et d'appréciations qui dépendent et de la trajectoire passée (donc de l'habitus) et des cadres de références possibles. » (Bourdieu, 1984,

p. 14). La question de la perception et de la représentation que construit le sujet à propos de sa position, soulève, cependant, nous semble-t-il, la question de la subjectivité, voire de l'intimité. Il est intéressant de noter que, deux ans après la parution de cet article, Bourdieu publiera *L'illusion biographique* (Bourdieu, 1986), opuscule dans lequel il « dénonce l'entrée en contrebande de l'histoire de vie dans le champ de la sociologie » (Delory-Momberger, 2019a, p. 96). La trajectoire même de Bourdieu, de *L'illusion biographique* en 1986 à *Esquisse pour une socioanalyse* près de vingt ans plus tard (Bourdieu, 2004), nous invite sérieusement à repenser les tensions entre les présupposés de neutralité et d'objectivité (comme gage de scientificité et de rigueur) et les difficultés à prendre en compte la subjectivité et le parcours du chercheur. En ce sens, la trajectoire de Bourdieu semble révélatrice de la difficulté de l'univers académique à considérer ces questions, voire de sa tendance à les occulter.

La position d'un acteur est donc, dans un double mouvement, à la fois objectivable et soumise à l'interprétation du sujet lui-même, pris dans cette position, ce que l'on pourrait alors qualifier de « posture ». Viala définit la posture comme « une façon d'occuper une position » (Viala, 1993, p. 216). Il précise également que la posture a à voir avec la question du corps : elle se joue et se matérialise dans les attitudes adoptées, les façons de se tenir, d'être au monde et avec les autres. L'altérité est également centrale dans cette conception, car la posture, entendue comme telle, est un message adressé et porté à autrui pour justement indiquer le rapport que le sujet occupe avec sa position. La posture revêt alors une signification plus intime, plus subjective et se distingue de la position sociale décrite par Bourdieu. En effet, « on peut, par exemple, occuper modestement une position avantageuse, ou occuper à grands bruits une position modeste. » (Viala, 1993, p. 216). La posture est alors une façon de s'approprier, de s'accaparer la position occupée. Si les chercheurs ont objectivement des positions semblables (en termes de capitaux économiques, culturels, sociaux...), il existe néanmoins des disparités importantes dans leurs manières d'investir ces positions, d'incarner une ou des postures. Malgré un discours apparemment unanime et commun sur la nécessité de s'appuyer sur une « posture » dans bon nombre de cadres professionnels, l'usage de ce terme n'est pas sans soulever des « énigmes de la posture » (Starck, 2016, p. 3), liées notamment à la pluralité de celles-ci.

Si ces différences sont certainement multifactorielles, le capital biographique (Delory-Momberger, 2010, p. 45) nous semble être un concept tout à fait éclairant pour comprendre ces phénomènes. L'auteure évoque ce capital comme étant la « capacité des individus d'élaborer et de faire entendre sur eux-mêmes un langage *recevable* [...] le pouvoir de tenir un discours sur soi,

de donner de soi-même et de son existence une représentation conforme à la requête sociale et institutionnelle » (Delory-Momberger, 2010, p. 45). Or, au regard de l'histoire et de la construction académique des sciences sociales, mais aussi de leur rapport aux notions d'objectivité et de subjectivité, nous pouvons émettre l'hypothèse que la requête institutionnelle de l'université a été, pendant fort longtemps, tournée autour de la production objective des savoirs, étouffant/empêchant toute articulation et toute mise en lien entre le producteur et sa production.

Prétendre que les sciences de la nature, plus tard appelées sciences « exactes », aient toujours été parées des vertus de l'objectivité revient à en méconnaître l'histoire comme les ressorts, souvent passionnés, qui les ont faites sciences. Certes, la science a été « en mesure de fournir des connaissances objectives » (Feldman, 2002, p. 85) mais sa production n'est pas moins humaine : « elle est fabriquée par des personnes » (Feldman, 2002, p. 86). L'engagement, voire l'implication du chercheur, participent d'un acte de connaissance qui, comme tel, est éminemment personnel. L'intuition du mathématicien l'engage en tant qu'être pensant, mais aussi comme être social ; ses démonstrations ne sauraient faire fi du langage commun. L'imaginaire est un moteur essentiel des découvertes scientifiques. Pourtant, l'acte de connaître n'est pas le produit de la connaissance. Travaillées par ces questions de subjectivité, les sciences exactes ont pourtant longtemps exercé sur les sciences de l'homme, institutionnalisées après elles et grâce à elles, une pression forte relativement aux exigences de scientificité, dont l'objectivité est une condition. Les statistiques mobilisées en sciences humaines donnent certes à voir des « plages d'objectivation » (Feldman, 2002, p. 102), mais, pour paraphraser Pascal²⁴, « vérité statistique en deçà des Pyrénées, erreur au-delà ».

Cependant, en voyant dans la proximité entre le chercheur et son objet, tous deux relevant de l'humaine condition, la possibilité de mieux comprendre les objets sociaux, Weber ouvre une voie nouvelle. Les questions de posture et de place, à donner à ou prise par la subjectivité, dans les sciences de l'homme, vont essaimer dans tous les champs. Marrou considère que « l'histoire est une aventure spirituelle où la personnalité de l'historien s'engage tout entière » (Marrou, 2004, p. 196). Rogers, en psychologie, surmonte le dilemme qu'il rencontre entre, d'une part, sa formation scientifique et les exigences qui vont de pair et, d'autre part, le constat qu'il devient meilleur thérapeute à mesure qu'il prend ses distances avec lesdites exigences, découvrant ainsi le « pouvoir de vérité d'une posture existentielle » comme le rappelle Feldman (2002, p. 104). Devereux (Devereux, 1967), dans le champ de l'ethnologie, va plus loin encore en revendiquant

²⁴ *Pensées* (1670) : « Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà »

l'absence de distanciation comme une condition d'appréhension de ce qui se joue dans les peuples étudiés. Une telle implication est souvent synonyme de prise de risque. Or n'est-ce pas le point de départ de toute recherche scientifique ? Le chercheur est cet « Être-au-monde »²⁵ et comme tel participe pleinement, avec ce qu'il est, à sa réalisation : « Je ne conçois pas le chercheur comme un *homo clausus*. Le chercheur, comme tout être humain, n'échappe pas aux contradictions, et plus encore celui qui est exposé à la prise de risque de l'engagement » (Rabatel, 2013, p. 3).

Admettre son implication et, partant, sa subjectivité peut donc constituer une attitude fructueuse. Plus encore, cela n'attenterait pas à la scientificité d'un projet de recherche à condition de redéfinir une épistémologie singulière, proche de ce que Feldman nomme une « psycho-épistémologie » (Feldman, 2002, p. 108). Drapeau (2001) insiste même sur la nécessité de rendre compte, en allant, de ce que l'objet de notre recherche éveille en nous – voire *réveille* – et de la manière dont cette incidence est agissante dans la façon dont le chercheur le questionne. Pour l'auteur, les errements apparents avec lesquels le chercheur aborde son objet, voire les transformations qu'il fait subir à sa méthodologie – eu égard notamment aux entretiens menés – sont autant de signes d'une lucidité constructive : « Si l'oubli de la subjectivité est coûteux, son déni aussi. » (Rabatel, 2013, p. 6).

Encore en proie à un conditionnement lié à une certaine idée de la science et de ce qui « fait science », le chercheur ne s'autorise pas spontanément à négocier avec la part de subjectivité qui est la sienne ; son questionnement puis son acceptation opèrent souvent par le détour d'une expérience d'ordre traumatique²⁶. Quelques travaux récents d'apprentis chercheurs l'attestent. Truche (2010) parle ainsi d'un « sentiment d'inquiétante étrangeté » ressenti lors de l'entretien semi-directif qu'elle mène en début de parcours de recherche et qu'elle ne questionne pas sur le moment. Même choc du côté de Ployé (2014) qui au cours de son master, à la faveur d'une relance un peu trop vive pour ne pas être suspecte, comprend ce qui se joue pour lui dans le sujet qu'il traite et dont l'historisation l'accompagnera en thèse. Costantini (2009) quant à elle interroge le rapport entre le chercheur et son sujet chez Newton pour mieux comprendre le sens de sa propre quête. Toutes ces écritures de soi, sur soi, se font en première personne. Elles constituent un pas de côté par rapport au sujet de la recherche, destiné à rendre compte de l'existence d'un fil ténu mais bien réel entre le chercheur, son histoire et son sujet de recherche. Bien que leurs cadres théoriques de ces recherches soient différents²⁷ ces travaux interrogent tous la part de subjectivité

²⁵ Mode d'existence du *Dasein* (Heidegger, 1927)

²⁶ Dans le sens de quelque chose d'exogène qui vient troubler le fonctionnement normal.

²⁷ Analyse Phénoménologique Interprétative pour Girard et al., Approche clinique d'orientation psychanalytique (Blanchard-Laville, 1999) pour Costantini, Truche ou encore Ployé

du chercheur dans ses recherches. Mais est-elle un point de départ ou relève-t-elle d'une méthodologie ? Vient-elle nourrir les résultats de la recherche ou orienter la façon dont se fait la recherche ?

Dès sa naissance, en réalité, un projet de recherche est marqué du sceau de la subjectivité : émotion, sentiment, inquiétude ou désir (Drapeau, 2001, p. 76) jalonnent les prémises d'une telle mise en danger de soi. En refusant de recourir au hasard pour rendre compte du choix de son sujet (Drapeau, 2001, p. 76), le chercheur admet toujours déjà son implication. Plus encore, « [...] tenter de contourner [la subjectivité] risque d'inviter [le chercheur] à agir à son insu. » (Drapeau, 2001, p. 75). Questionner les raisons – subjectives – qui nous ont conduits vers un objet de recherche constitue paradoxalement un préalable, sinon à une grande objectivité, du moins à une plus grande lucidité : d'une « subjectivité informée » à une « subjectivité intégrée », qui intervient souvent dans l'après-coup (Drapeau, 2001, p. 85). Prendre en compte ce qui se joue pour le chercheur dans la recherche qu'il mène, en termes de choix d'objet mais aussi de cadres théoriques, ou d'outils méthodologiques, semble prémunir celui-ci d'errements inféconds ou d'aveuglement. Interroger cette subjectivité, à l'œuvre dans notre rapport au sujet – sujet d'étude comme sujet individuel –, c'est prendre conscience que celle-ci est déjà au travail « avant même la rencontre avec le sujet » (Drapeau, 2001, p. 76).

Nul ne peut ignorer aujourd'hui que le chercheur se prend d'abord comme sujet-objet de sa recherche (Barus-Michel, 1986 ; Bouilloud, 2007 ; Costantini, 2009)²⁸.

Reste que définir la subjectivité n'est pas chose aisée. Implication, engagement mais aussi dynamiques « transféro-contre-transférentielles » (Ployé, 2014, p. 31), images de Soi ou des « Soi » (Girard et al., 2015), voire expérience et réflexivité semblent converger vers une certaine idée du sujet, non seulement acteur de sa recherche mais aussi, pour une part, objet de celle-ci. Toutes les notions qui participent de la subjectivité s'entendent néanmoins dans un contexte historico-social singulier (Niewiadomski, 2018). Si toutes semblent s'opposer massivement à la froide objectivité, longtemps préconisée par les sciences exactes, elles doivent, selon nous, s'entendre davantage comme un accompagnement à et dans la recherche, sans, pour autant, constituer toute – ou tout de – la recherche. Plus encore, elles ne doivent pas masquer les pluralités du sujet, ses différents registres. En d'autres termes, le « sujet acteur » ne doit pas manquer d'interroger le « sujet social » et le « sujet de l'inconscient » (Niewiadomski, 2018, p. 142).

²⁸ Notons que l'idée semble plus vivante dans les sciences humaines que dans les sciences exactes.

5.1.3. La clinique narrative et les injonctions biographiques dans les métiers de la relation d'aide

Comme dit précédemment, le caractère hypermoderne de notre société met singulièrement à l'épreuve le lien social, au risque d'une véritablement désagrégation de celui-ci. Ce délitement se manifeste de façon patente dans les métiers qui sont au cœur de la création et la mise en œuvre de ces liens. L'utilisation du terme « clinique » est fréquente dans le secteur social et renvoie à une vision et à des approches polysémiques. Toutefois, nous pouvons affirmer que, dans l'intervention professionnelle, il est question « de la saisie de la singularité du sujet, au sens d'entendre ce qui cherche à s'exprimer du côté du sujet » (Delhaye, 2014). Il s'agit pour les professionnels de faire preuve, notamment, d'une qualité d'écoute suffisamment ouverte et fine pour que les histoires de vie puissent s'exprimer, afin d'avoir les éléments permettant de percevoir les problématiques qui traversent le sujet accompagné.

Les réformes successives de la formation des éducateurs spécialisés donnent à voir un certain « étouffement » de la dimension clinique, auquel les mutations postmodernes précédemment citées ont largement contribué. En effet, si l'on observe les référentiels successifs du diplôme d'éducateur spécialisé, la récurrence du terme « clinique » nous donne matière à penser sur la place de cette dimension dans les formations des futurs professionnels. La formation d'éducateur spécialisé, qui constitue notre objet d'étude, a été créée en 1967, et a connu depuis trois réformes : la première en 1990, la seconde en 2007 et enfin la dernière, récente, en 2018. Le premier décret est très succinct (une page et demie) et n'évoque pas la dimension clinique. Si le mot n'apparaît pas dans ce décret, il est à noter que celui-ci, qui instaure la première formation professionnelle, ne définit pas non plus le métier. La première réforme de 1990 est mise en œuvre notamment pour définir plus précisément la profession (le décret est d'ailleurs le plus long des quatre décrets, faisant environ six pages) et dans ce contexte le terme clinique est cité sept fois. On le trouve pour désigner des observations, des apprentissages, des réflexions, des ateliers etc... La clinique sous-tend alors la formation et l'exercice du métier. On cherche à former des praticiens attentifs à l'écoute, à l'accueil de la parole et à la création de liens sociaux. À la lecture du décret du 20 juin 2007, on peut souligner deux références faites à la « clinique », les deux portant sur la réalisation d'un JEC (Journal d'Étude Clinique) dans le cadre du domaine de compétence 3, relatif à la communication professionnelle. Lors de la dernière réforme, en 2018, le mot clinique est complètement effacé du vocabulaire et n'apparaît, de nouveau, plus dans le référentiel. « Alors que la référence à la clinique tend à disparaître des référentiels de formation promulguant les

domaines de compétences où peu de place est laissée à la question de l'impossible dans le rapport à l'autre, c'est tout un pan de l'identité professionnelle des travailleurs sociaux qui est revendiquée à travers l'approche clinique » (Delhaye, 2014). La question de la clinique n'étant plus posée comme une dimension essentielle dans les référentiels de formation, nos préoccupations se concentrent alors autour de l'apprentissage d'une posture professionnelle basée sur l'écoute fine et attentive à la singularité du sujet. Comment les futurs professionnels appréhendent-ils la question de l'écoute des histoires de vie dans leurs pratiques ? Et dans quelle mesure, la formation répond-elle aux exigences actuelles de la relation éducative ?

Nous avons déjà évoqué précédemment le cas des « référents » ou « coordinateur de parcours », il en est de même pour ces professionnels : les référentiels de formation ne font pas mention de la dimension clinique. Le terme « histoire de vie » apparaît une seule fois, dans le cadre de l'écrit de certification (le DPP : dossier de pratiques professionnelles), où il s'agit de partir d'une situation d'une personne accompagnée. Il est demandé aux étudiants d'écrire sur cette situation, en partant, je cite « par exemple de l'histoire de vie ». En revanche, le mot « parcours » apparaît 9 fois dans le référentiel de formation, si ce terme n'est pas défini spécifiquement dans ce référentiel, il est intéressant de souligner que sur ces 9 occurrences, 8 désignent le référent ou sa mission, donc ce terme est ici utilisé du « côté » de l'accompagnant. La seule fois où ce terme correspond à la personne accompagnée, c'est dans le cadre d'une compétence intitulée : « Communiquer auprès de représentants d'institutions impliqués, afin d'améliorer la coopération en faveur du projet d'une personne accompagnée », le descriptif de cette compétence étant le suivant : « Cibler les informations essentielles à transmettre pour assurer la cohérence du parcours de la personne. ». Nous restons pour le moins interrogatifs quant à l'absence des apports liés à l'histoire de vie, et à la recherche biographique en général, particulièrement pour ces futurs professionnels, qui sont souvent déjà en poste et titulaires d'un diplôme en travail social (éducateurs spécialisés, assistants de services sociaux), et vont travailler à partir et sur les ruptures de parcours, sans être ancrés dans une activité clinique quotidienne. N'ayant plus ces supports de médiations institutionnels que constituent le quotidien et les activités, ils vont devoir faire quasiment uniquement à partir et avec les histoires de vie, d'où notre relative perplexité concernant l'absence, au sein de ces formations, des approches qui y sont liées. Enfin, le fait que la seule fois où le mot parcours désigne, d'une manière un peu déguisée, l'histoire de la personne, et que cette mention vise, toujours du côté du professionnel, à savoir « cibler les informations essentielles à transmettre pour assurer la cohérence du parcours de la personne » nous semble révélateur de la non-prise en compte du vécu de la personne, et la parole qu'elle porte sur celui-ci. En effet, comment (et qui) peut définir ce

qu'est une « cohérence de parcours » ? Si tant est que cela puisse être faisable, comment « assurer » cette cohérence ? Et quelle place pour le sujet concerné pour en dire quelque chose ? Il nous semble également important de souligner que l'émergence de cette fonction s'origine, pour partie, dans le mouvement de désinstitutionnalisation et dans la contestation des institutions dites « classiques ».

Cette contestation de l'institution dite « traditionnelle », en tant qu'espace ayant pour fonction la régulation des rapports sociaux et l'accès au social, a des conséquences directes sur la façon d'exercer une « clinique de l'accompagnement » et « révèle une vision simpliste de l'art de prendre soin et de soigner » (Janvier, 2012). Cette représentation positiviste de la clinique réduit la complexité effectivement présente dans les métiers de la relation d'aide. La clinique qui étaye ces relations d'accompagnement se fonde sur une grande complexité mêlant à la fois savoir-faire, savoir-être, aptitudes techniques et qualités humaines indéniables pour accueillir les souffrances des personnes accompagnées. Cela suppose que l'ensemble de ces savoirs soient particulièrement élaboré et incorporé par l'intervenant (et travaillé en équipe, la complexité ne pouvant être justement mise en lumière que par le travail pluridisciplinaire). Le passage de l'institution au dispositif et de la relation à la prestation symbolise une réduction de la complexité des rapports humains. Cette simplification de la relation éducative manifeste une réification du sujet accompagné : « En arrière-plan de cette simplification, se profile une chosification de l'utilisateur. La clinique s'adresse à des sujets, la prestation à un individu ! » (Janvier, 2012). Sans la présence d'institution faisant tiers dans la relation et offrant aux personnes accueillies un espace permettant à la fois de se différencier et de se relier aux autres, le risque est grand pour les intervenants sociaux, pris dans les injonctions et contradictions liées au monde postmoderne, de masquer les problématiques liées au sujet derrière la notion d'individu. « Le sujet contemporain semble avant tout le siège d'une identité plurielle, composite, conséquence d'affiliations plurielles, d'appartenances multiples et parfois contradictoires, caractéristiques d'une « société des individus ». » (Niewiadomski, 2018, p. 136). En d'autres termes, le sujet doit être entendu comme multiple, car il désigne à la fois le « sujet acteur », « le sujet social » et « le sujet de l'inconscient » et « le sujet réflexif » (Niewiadomski, 2018) ; en cela il est à distinguer de l'individu.

« Ulrich Beck caractérise l'individu contemporain par son auto-réflexivité, c'est-à-dire la capacité à être à la fois lui-même et à avoir un esprit critique supposant une prise de distance d'avec sa situation personnelle. [...] Intériorisation et objectivation vont de pair chez les individus contemporains et rendent ainsi possible la « déconstruction » de leurs propres appartenances. [...] Cette aptitude n'a pas pour résultat de dissoudre les cadres sociaux de référence mais au contraire d'ouvrir l'horizon des possibles avec tous les risques d'anomie que cela comporte malgré tout. [...] Les analyses de Beck montrent comment les

« existences détraditionalisées » deviennent dépendantes du marché du travail et par là même dépendantes de la formation, de la consommation [...] En d'autres termes, les situations individuelles sont de plus en plus dépendantes des institutions et deviennent l'objet d'une gestion politique implicite. L'individualisation chez U. Beck n'est pas accompagnée, on l'aura compris, par un quelconque déclin de l'institution, bien au contraire, ce processus va de pair avec l'institutionnalisation et la standardisation des modes de vie. L'individualisation n'est pas synonyme d'émancipation, mais plutôt une façon de rendre chacun responsable de sa vie et du moindre évènement qui l'émaille. Ce qui auparavant était surmonté collectivement comme le fardeau d'une classe sociale, doit être de plus en plus fréquemment pris en charge individuellement comme une défaillance personnelle. Ce que l'on attribuait aux conséquences d'un destin de classe prend à présent les aspects d'une responsabilité, d'une faute ou d'une même d'une névrose individuelle. » (Astier & Duvoux, 2006, p. 25).

Dans ce contexte sociétal, où la parole de soi et sur soi devient centrale et représente un enjeu majeur dans l'accompagnement, la prise en charge et la prise en compte des personnes traversant des difficultés, qu'elles soient sociales, économiques ou psychiques, la clinique narrative apparaît comme étant un support théorique et pratique particulièrement intéressant face à ces problématiques. Théorisée à la fin des années 1990, ce terme de « clinique narrative » appelle la mobilisation et l'interrogation « des effets performatifs du récit de soi sur la ou les personnes invitées à se raconter dans le cadre d'un dispositif clinique fondé sur le recueil et l'analyse de données biographiques » (Niewiadomski, 2019c, p. 312). La clinique narrative vise, de la part des praticiens, à la prise en compte de la parole du sujet, au récit qu'il fait de son expérience et de son histoire. Il s'agit alors pour eux (les praticiens au sens large) d'adopter une posture clinique basée sur l'écoute afin de prêter tout particulièrement attention et vigilance aux dimensions subjectives des personnes qu'ils accompagnent.

Cette posture est en rupture avec la « clinique du regard » (évoquée précédemment à la fin des sous-parties 2.2.1 et au début du 2.2.2), qui hérite ses « fondements d'un raisonnement médical se traduisant par la notion d'*evidence-based medicine*, c'est-à-dire par une action médicale basée sur la preuve. » (Niewiadomski, 2019c, p. 313). Indéniablement, ce modèle clinique a largement contribué à développer les progrès réalisés par la médecine moderne, néanmoins, il rencontre et présente des limites dans certains domaines, notamment ceux dans lesquels les praticiens sont confrontés aux difficultés rencontrées par l'accompagnement des personnes ayant des pathologies chroniques (comprenant donc les personnes présentant des troubles de la sphère psychique). En effet, cette pratique médicale soulève des questionnements, notamment éthiques, sur « l'occultation relative du discours du patient sur sa maladie et les modalités pratiques de son accompagnement » (Niewiadomski, 2019c, p. 313) et porte en elle le risque de « faire disparaître

le patient en l'assujettissant à un discours technique dominé par le rapport à la norme. [...] Afin d'accroître son efficacité, la science médicale procède donc à une objectivation du corps, créant ainsi une abstraction scientifique (l'organisme, ou « corps que l'on a »), qui ne peut apparaître qu'au prix de l'effacement du sujet singulier (la personne, ou « corps que l'on est »). » (Niewiadomski, 2019c, p. 313). Si cette médecine, et la clinique de l'observation qu'elle suppose et implique, s'avère particulièrement très efficace dans certains domaines (par exemple pour la chirurgie), dès qu'il est question d'un accompagnement au long cours, alors « la question du recours à une clinique d'une autre nature se trouve posée » (Niewiadomski, 2019c, p. 313).

Développés dans le chapitre précédent, nous avons pu mettre en avant les fondements épistémologiques de la recherche biographique, soulignant ainsi ce qu'elle peut apporter d'intéressant en termes de compréhension et d'accompagnements des personnes souffrant de pathologies ou de difficultés s'inscrivant dans une temporalité longue. À la différence d'une seule « prise en charge » de la pathologie, et outrepassant des visées orthopédiques, la recherche biographique propose, à partir de l'interdisciplinarité dans laquelle elle s'inscrit, une vision plus globale. En effet, il est question, dans ce champ, de porter un intérêt pour les processus de subjectivation et d'individuation qui travers l'individu dans le monde contemporain. L'articulation entre les mécanismes sociaux et intrapsychiques, les rapports qu'entretiennent la personne entre son monde intérieur (le monde du soi, du sujet) et « *le monde historique et social* » (Niewiadomski, 2019c, p. 313) ainsi qu'une préoccupation portée sur les questions biographiques en font, nous semble-t-il, un terrain fécond pour appréhender les tensions qui agissent sur les acteurs de l'action sociale et médicale. La clinique narrative s'inspire, comme dit précédemment, sur les travaux de Ricœur, notamment sur ceux portant sur « *la mise en intrigue narrative*, à laquelle l'être humain a anthropologiquement recours pour intégrer la discontinuité de son expérience temporelle et identitaire. Ricœur montre ainsi comment cette notion de *mise en intrigue narrative* constitue une médiation possible entre l'identité *idem* et l'identité *ipse* en vue de la conquête de l'identité personnelle. Or, celle-ci ne peut advenir que dans la *refiguration* d'une expérience, elle-même favorisée par la médiation de la *configuration* qui en permet le récit. Mais pour qu'un tel récit puisse s'élaborer, il lui faut une adresse et surtout une écoute spécifique mobilisant une épistémologie différente de celle sur laquelle s'appuie la clinique médicale précédemment citée. » (Niewiadomski, 2019c, p. 314).

Il est donc question, dans ce type d'approche, de montrer une attention particulière à la subjectivité du patient ou de la personne accompagnée, et, donc d'une certaine manière de « s'affranchir »

d'une recherche de vérité objective et vérifiable sur la vie des personnes soignées et/ou accompagnées. Cela ne signifie pas que les praticiens n'ont pas à recueillir et à être attentifs à ce type d'éléments, toutefois, ils vont devoir accueillir les paroles des personnes qu'ils accompagnent, en assumant ce qu'elles comportent de subjectif, d'invérifiable, voire, parfois d'imaginaire. Cet aspect est particulièrement saillant pour le domaine de la psychiatrie, notamment quand les praticiens ont à faire avec des personnes délirantes.

Si nous avons déjà cité des exemples dans la sous-partie 4.2.4., nous avons en tête un accompagnement que nous avons réalisé en tant que référente de parcours auprès d'un homme d'une cinquantaine d'années, souffrant d'une pathologie psychiatrique. Cet homme, accueilli dans une colocation au cœur de la cité, a été accompagné dans sa fin de vie par l'association où nous travaillions à cette période. En effet, il avait déclaré un cancer, dont il est décédé quelque temps après son arrivée dans la structure. Après son décès, nous avons contacté sa tutelle, afin d'avoir les coordonnées de sa famille, notamment de ses enfants. Nous ne les avons jamais rencontrés mais ce monsieur les évoquait très régulièrement. Lors de la prise de contact téléphonique avec la personne en charge de la mesure tutélaire, nous lui adressons donc cette demande, à savoir si elle a les coordonnées de ses enfants, et si ce n'est pas le cas, si elle a la possibilité, avec l'appui de l'association dont elle dépend, d'effectuer des recherches en ce sens. La tutrice confirme que ce monsieur lui a déjà parlé de ses enfants, mais qu'étant souvent très délirant, ceux-ci ne doivent pas exister. Nous insistons, mettant ainsi en avant la parole de la personne accompagnée, et nous réitérons notre demande de réaliser des recherches, ne serait-ce que dans le doute... La réponse est ferme et sans appel : il n'y aura pas de recherches, la tutrice argumentant ainsi : « si nous nous mettons à croire à tous les délires qu'il présente, nous n'avons pas fini... ». Nous avons organisé l'enterrement, et nous y sommes allés, accompagnés uniquement des colocataires (la tutrice n'est pas venue, et nous n'avons pas « trouvé » les enfants du monsieur). Environ un an plus tard, nous avons reçu un appel de la fille de ce monsieur, qui avait appris le décès de son père et souhaitait, avec sa fratrie, avoir des informations. Cet exemple nous a profondément marqué et restera présent comme étant une preuve empirique de l'intérêt de toujours accorder de l'attention, de l'intérêt et de l'importance aux paroles des sujets accompagnés, quand bien même ceux-ci sont hors réalité.

Il est donc question de se situer pour les futurs professionnels comme des praticiens réflexifs, qui vont, dans leurs pratiques, donner et laisser une grande place aux dimensions biographiques, en étant particulièrement attentifs à leur manière d'accueillir et d'accompagner les paroles liées aux

histoires de vie, avec ce que leurs pratiques professionnelles et leurs missions peuvent comporter d'injonctions biographiques.

La clinique narrative passe par un travail de conscientisation et d'élucidation à travers le travail d'analyse du récit de vie. C'est notamment, avec ces supports théoriques qu'il sera possible, pour les sujets concernés par la démarche, d'accéder à une « clinique de l'historicité », (pour reprendre un terme utilisé par Vincent de Gaulejac). Il semble important d'effectuer ici une distinction entre « histoire de vie » et « récit de vie ». Le récit de vie est le récit « brut » de la personne, il correspond à l'histoire racontée par la personne (*life story*). C'est l'énonciation de sa vie par une personne, laquelle peut être orale, écrite ou prendre encore d'autres formes (dessins, photographies, slam, chant...). Alex Lainé décrit le récit de vie comme « un intermédiaire, une médiation entre la vie et l'histoire de vie » (Lainé, 2004, p. 141). Il y a évidemment d'abord en premier lieu la vie vécue, celle que le sujet expérimente, traverse, éprouve (dans sa chair, sa psyché, ses émotions). Puis il y a le récit de cette vie qui lui, s'appuie sur la mémoire du sujet, et qui consiste pour lui à raconter cette vie. Le sujet va, consciemment ou pas, choisir, sélectionner, trier, hiérarchiser ce qu'il relate. « Le récit de vie est un moment dans le processus de production d'une histoire de vie. C'est celui de l'énonciation écrite et/ou orale de sa vie passée par le narrateur. » (Lainé, 2004, p. 142). Puis, il y a l'histoire de vie, qui elle, s'amorce avec le travail sur ces éléments, à partir de l'analyse du matériau proposé par le narrateur. L'histoire de vie désigne en ce sens le récit de vie et l'analyse par la réflexion théorique portée sur les faits relatés. L'histoire de vie se situe dans une seconde étape dans la démarche (phase où le rôle de l'animateur devient central). Ce travail d'analyse propose d'interroger finalement la question de la cohérence interne et externe du récit. Les événements sont revisités au travers des questionnements, des hypothèses et des analyses que le groupe et l'animateur vont soumettre à la personne. Les faits sont éclairés d'une manière nouvelle par la réflexion théorique, celle-ci venant mettre et créer du lien dans le récit. « Par le travail de structuration qu'elle opère et parachève, elle dépasse et englobe le récit. C'est à ces conditions de structuration que l'on passe de la vie à l'histoire de vie, le récit ayant un rôle de médiation entre les deux. » (Lainé, 2004, p. 143)

5.2. L'écoute et la prise en compte des récits de vie des apprenants en formation

5.2.1. La mise en mots et l'écoute des histoires de vie

Comme nous avons pu l'aborder par ailleurs (Alcaraz, 2021, p. 83), le travail d'écoute, d'une apparente simplicité, est, pour peu que l'on cherche à s'y intéresser, un phénomène très complexe. De prime abord, l'écoute paraît simple car élémentaire : en effet, tout un chacun l'utilise quotidiennement : les adultes écoutent les informations, leurs patrons, leurs collègues ; les enfants écoutent des histoires, leurs parents, l'instituteur etc. Pour reprendre les propos de Jean-Marc Randin : « Elle peut paraître facile, mais ne l'est pas. Elle s'échappe lorsqu'on tente de la saisir, et peut surgir alors qu'on ne l'attend pas. » (Randin, 2008, p. 72) En particulier, dans les métiers de la relation d'aide, il est manifeste que l'écoute est un des fondamentaux de l'action sociale et éducative : l'écoute de l'autre est un préalable à la rencontre et constitue un processus incontournable de l'accompagnement ; bref, il s'agit d'une des premières pierres du travail de co-construction. Mais si l'écoute est un processus difficile à cerner, c'est notamment du fait de son omniprésence (l'ensemble des temps du quotidien peut mobiliser l'écoute) et également de sa polysémie.

L'étymologie latine des termes écouter et écoute nous donne une première indication mettant en jeu l'oreille, « *auscultare* : ausculter, écouter, (au sens de diagnostiquer, guetter, espionner) indiquent une attitude ou un comportement d'investigation ou à tout le moins de mobilisation, de concentration et d'attention. » (Ardoino, 2008, p. 291). Cette première définition amène donc à penser l'écoute comme un moment d'attention particulière : il s'agit d'entendre ce que l'autre a à dire. L'étymologie grecque quant à elle renvoie à trois notions : entendre, écouter et entendre parler de soi. La première notion est celle d'entendre au sens d'entendre dire et d'auditeur, de disciple. La seconde notion de l'étymologie grecque, celle d'écoute, est pensée au regard de l'obéissance et vient souligner les capacités à accéder à une requête, à une faveur. Enfin, le troisième sens donné par cette étymologie définit l'écoute comme entendre parler de soi par les autres, donc la réputation. La première acception, celle qui met en lumière le disciple souligne un aspect d'apprentissage qui serait inhérent à l'écoute. Écouter et apprendre seraient intimement liés : peut-on écouter sans apprendre ? et peut-on apprendre sans écouter ? Pensée ainsi, l'écoute mobilise alors de fait la rencontre entre les hommes et leurs capacités à s'entendre, pour apprendre et potentiellement co-construire ensemble.

Renoncement et oubli de soi : des conditions essentielles à l'écoute

L'ensemble de ces définitions de l'écoute vient pointer la complexité d'un phénomène incontournable et il convient de l'étudier, de le penser, de tenter de le cerner afin de comprendre les enjeux que cette notion soulève, particulièrement pour la co-construction. L'écoute peut être considérée comme étant une action et un moment permettant d'entrer en contact avec un autre monde. C'est en faisant silence, en sachant se taire qu'alors ce moment peut être considéré « comme essentiel dans la communication et la relation humaine » (Vandeveld-Rougale, Fugier, 2019, p. 219). « Ecouter demande un étrange mélange où il faut pouvoir se mettre suffisamment de côté soi-même tout en étant résolument présent, être libre d'une volonté de résultat tout en restant réveillé et en « at-tension », en tension vers » (Randin, 2008, page 75). Les enjeux sont multiples, notamment pour la co-construction : en effet, pensée ainsi, l'écoute devient alors un moment clé permettant d'établir une relation qui par la suite pourra éventuellement être source de co-construction. L'écoute, comme préambule à la rencontre, devient un prérequis et une condition nécessaire à toute volonté de co-construction.

Pour entendre l'autre, puis pour apprendre de lui, il est impératif donc de savoir se taire, c'est au travers de ce silence et de cette disponibilité qu'il est possible de lui laisser une place en soi. L'écoute permet, par la place en soi faite au monde de l'autre, d'entendre en premier lieu, *entendre vraiment* ce que l'autre a à dire. Il s'agit de s'oublier, de mettre de côté son propre monde, ses propres références, son vécu, et son propre désir d'expression de soi, le temps de cette écoute pour pouvoir entendre l'autre. Or, la démarche de co-construction telle qu'elle est pensée par Michel Foudriat rejoint ce type de processus, notamment quand il évoque « le renoncement à l'élaboration d'un savoir prescriptif et normatif » (Foudriat, 2019, p. 10). Il aborde la complexité de la co-construction en tenant compte d'une « irréductible imprévisibilité » car les acteurs restent toujours partiellement libres et ne peuvent jamais être totalement instrumentalisés au service d'une fin qui leur serait extérieure » (Foudriat, 2019, p. 10). C'est à partir de cette liberté (si partielle soit-elle) et de cette imprévisibilité qu'il semble pertinent de considérer l'écoute et la co-construction. En effet, cette imprévisibilité vient convoquer pour les acteurs de la co-construction, des formes de « lâcher prise », de « dépouillement ». Il faut savoir se détacher de ses propres savoirs et conceptions pour accueillir ceux des autres.

L'élaboration d'une posture d'écoute au travers des déplacements et des métissages

« La co-construction est à la fois une posture, mobilisant l'intellect, le psychisme, le corps et les émotions [...], mais aussi un processus inscrit dans le temps, où l'analyse et l'écriture permettent

un déplacement du regard sur et avec le matériau recueilli et ouvrent un nouvel espace d'élaboration » (Vandeveldde-Rougale, 2019, p. 126). C'est une posture d'écoute à part entière qu'il convient d'adopter afin de créer les conditions propices à l'émergence d'une parole dans un premier temps, puis d'un dialogue favorable à la co-construction dans un second temps. Une fois le détachement opéré vis-à-vis de ses propres représentations, il sera alors possible « d'augmenter son monde », si l'on peut dire ainsi, à partir de celui de l'autre. « Se rendre disponible, accepter d'être surpris, transformé » (Vandeveldde-Rougale, Fugier, 2019, p. 219) sont des composantes et des caractéristiques de cette posture. Le sujet est de fait amené à des croisements théoriques, des hybridations disciplinaires quand il écoute et tout particulièrement quand il développe une écoute liée à des intentions et des volontés de co-construction. L'écoute que le sujet déploie, si celle-ci est attentive à « l'observation des choses telles qu'elles sont » (Randin, 2008, p. 77), va venir modifier son rapport à l'autre, au monde, à soi. Ces bouleversements vont créer des déplacements de points de vue, susceptibles de participer à la définition d'un « monde commun ».

Il paraît indispensable que les futurs travailleurs sociaux et les soignants soient attentifs à la dimension de l'écoute dans leurs pratiques professionnelles, s'ils souhaitent créer des liens sociaux et contribuer à la création de ce « monde commun ». Diverses techniques d'entretien existent et oscillent entre deux pôles : celui de l'objectivité descriptive (qui distingue nettement l'observation, le recueil des données et l'interprétation), et celui de la prise en compte de la subjectivité des parties prenantes en situation. « Les premières visent à neutraliser au maximum les effets d'implication interpersonnelles de l'enquêteur, les secondes les prennent en compte considérant que dans tous les cas le chercheur est impliqué dans la question qu'il traite et qu'il est préférable de tenter de mettre au jour cette implication et de l'analyser. La sociologie clinique s'inscrit sur ce deuxième pôle du continuum, dans une tradition compréhensive intégrant les apports de Carl Rogers sur l'approche non-directive centrée sur la personne et ceux de la psychanalyse sur le transfert et le contre-transfert. » (Mairesse, 2019, p. 218). Il est donc question, en sociologie clinique, d'être à l'écoute du vécu des personnes, et, dans une visée d'articulation entre les problématiques sociales et intrapsychiques, de « mettre en ce vécu en rapport avec les enjeux de socialisation et d'évolution des systèmes sociaux ». (Mairesse, 2019, p. 218). Dans la notice sur l'écoute clinique précédemment citée, Yves Mairesse s'interroge : « Quelles sont les dimensions de cette écoute où le sociologue se met à la fois en posture d'accompagnant et de chercheur, associant les sujets qu'il écoute à la construction de ses hypothèses ? » (Mairesse, 2019, p. 218). Ces interrogations résonnent particulièrement pour les travailleurs sociaux qui, au

travers notamment de la préparation des projets personnalisés, doivent élaborer des hypothèses de travail. Ils ont tout intérêt, nous semble-t-il, à associer les personnes concernées dans la formulation et l'énonciation de ces hypothèses, afin que ces dernières « parlent » aux sujets et prennent sens pour eux. Mairesse distingue cinq dimensions essentielles dans la posture des écoutants : « être attentif, se rendre disponible, co-produire du sens, dialoguer et accepter l'incertitude » (Mairesse, 2019, p. 218).

Pour le dire autrement, en situation d'écoute, l'accompagnant doit à la fois faciliter et susciter la parole « sans tomber dans une technicité teintée de manipulation ou de pouvoir d'expertise » (Mairesse, 2019, p. 219). Cette posture n'apparaît pas si simple à adopter, en effet, comme vu dans le chapitre 3, les formations des travailleurs sociaux ont évolué et se sont vu, à maintes reprises, orientées vers la construction de professionnels dits « techniciens de la relation d'aide ». Ces derniers peuvent alors se trouver pris dans des prescriptions relativement paradoxales : entre être des professionnels maîtrisant leurs savoirs et expertises (et donc, à bien des égards, exerçant du pouvoir sur la personne accompagnée, supposée « non-experte ») et être des professionnels empathiques, à l'écoute etc... Il est question ici de « l'implication existentielle du clinicien, son intérêt authentique pour l'autre, son engagement personnel dans le sujet qu'il traite, sa capacité d'ouvrir un espace social où chacun pourra se sentir écouté et respecté » (Mairesse, 2019, p. 219). Or, nous souhaitons interroger un des paradoxes dans lesquels les étudiants en travail social peuvent être pris : étant formés pour être des « experts » ou des « techniciens » de la relation d'aide, quelle place, dans les discours, les enseignements et les pratiques est laissée à leur implications et engagements personnels ? Cette question, au cœur de notre recherche, si elle nous semble primordiale, n'apparaît pourtant pas centrale dans les référentiels de formation, et semble également être source de malaise ou de confusion sur les terrains professionnels. En effet, nombre d'étudiants, lors des GAPE, reviennent de stage en évoquant la nécessité de « se blinder », pour reprendre leurs mots. Par nos échanges lors de ces temps de formation, il apparaît que derrière cette formulation, ils reprennent notamment les discours des professionnels et entendent par là une mise à distance des émotions que viennent susciter chez eux le vécu de la personne accompagnée. Nous sommes parfois un peu « à contre-courant », en évoquant justement l'inverse, à savoir une implication et un engagement plein et entier, mais raisonné.

« Entrer dans les histoires de vie, c'est accepter d'être convoqué dans l'intime, dans des émotions et des souffrances, accepter d'être bousculé. Le clinicien trop loin de ses propres émotions, incapables de les évoquer, risque de tarir la source d'une relation vivante où le désir de l'échange permet d'aller au-delà de ses représentations immédiates. Écouter,

c'est donc savoir créer les conditions de confiance qui permettent au sujet d'aller au-delà d'un rôle social, pour s'exposer au regard des autres. C'est aussi [...] dévoiler ses motivations, accepter de s'engager » (Mairesse, 2019, p. 219).

Sont donc abordées ici les questions relatives aux émotions, à l'intime, au dévoilement de soi, mais de la part du clinicien. Si cette demande (de se dévoiler, se raconter, savoir mettre en mots ses émotions etc.) est souvent exigée de la part des personnes accompagnées, nos expériences (qu'elles soient en tant que travailleuse sociale ou formatrice) nous ont démontrées que dans bien des endroits, cette parole émotionnelle est bien souvent mise en difficulté, voire impossible pour les travailleurs sociaux. Les espaces institutionnels dédiés à la parole (souvent trop peu nombreux) ne s'y prêtent pas tellement, et la question du sensible est rarement centrale, fréquemment sous-estimée (ou mésestimée) par rapport à celle de l'expertise. Cependant, « écouter ne signifie [...] pas faire l'impasse sur l'interprétation et sur la confrontation dans la compréhension des phénomènes vécus par les sujets dans leur parcours personnel et social » (Mairesse, 2019, p. 219). L'écoutant doit, s'il veut confronter ses hypothèses avec le sujet en question, mettre en dialogue sa compréhension de la situation avec celle exprimée par le sujet, et ce travail de dialogue va nécessairement mobiliser les dimensions affectives, en jeu dans la relation interpersonnelle que les acteurs ont établi, ou en jeu dans l'histoire personnelle de l'écoutant. Néanmoins, c'est bien en s'appuyant sur ses savoirs et en mobilisant ses connaissances et ses expériences, notamment professionnelles, que le travailleur social, en situation d'écoute, va pouvoir créer les conditions de ce dialogue. Ce dernier doit donc avoir la capacité d'opérer « un va-et-vient entre connaissance sensible et connaissance théorique, entre le registre de l'éprouvé et le registre de la réflexion » (Mairesse, 2019, p. 220). Nous allons dans la sous-partie suivante tenter de saisir la place qu'occupe ces dimensions dans les formations des professionnels de la relation d'aide.

5.2.2. Place de la subjectivité et de la réflexivité en formation professionnalisante des métiers dits « de l'humain »

Comme vu précédemment, « en ce début du XXI^e siècle, se prendrait, pour gérer les multiples crises transformatrices d'une « modernité avancée », un tournant biographique universalisant et individualisant l'exercice de cette narration personnelle de sa vie, la renvoyant à tout le monde et pas seulement aux professionnels ou privilégiés de l'expression. Non seulement la vie n'est pas toute écrite, et vouloir l'écrire n'est pas une illusion, mais elle est à écrire par tous. Ce tournant ferait de l'écriture une condition de formation individuelle incontournable, renvoyant à chacun la

responsabilité vitale de se biographier. » (Dominicé & Pineau, 2011, p. 316). Les auteurs soulignent ici l'importance actuelle des questions biographiques en matière de formation ; la capacité à se biographiser devient une condition nécessaire pour accéder à la formation (le « donne-moi ton récit et je te donnerai de la formation » déjà évoqué dans la première partie de ce chapitre), et pour que celle-ci prenne sens pour le sujet apprenant : qu'il puisse penser son rapport à l'apprentissage (les freins, obstacles et leviers qu'il peut identifier pour traverser la formation), qu'il sache articuler les savoirs informels dont il dispose et enfin qu'il puisse inscrire les enseignements dispensés en formation dans un rapport plus large au savoir. L'ensemble de ces processus d'apprentissage mobilise tous des capacités certaines en termes de réflexivité. Celle-ci peut être définie comme « un mouvement par lequel un pôle cognitif (qu'il s'agisse d'un acteur, d'un agent, d'un sujet [...]) se prend lui-même comme une entité agissante à observer et à réfléchir et ce dans la perspective non seulement de transformer la connaissance produite mais aussi de mettre à l'épreuve les formes de la pratique cognitive mise en œuvre pour obtenir ladite connaissance » (Herrerros, 2019, p. 540).

La formation à la clinique en travail social ne peut faire l'impasse sur les questions de réflexivité. La clinique, définie comme étant une attention particulière et soutenue sur ce que dit un sujet et sur les manifestations qu'il donne à voir, est la base concrète et matérielle (observations, échanges et dialogues) avec laquelle le travailleur social va investir et se risquer dans une relation d'aide. Ceci pour « soutenir l'émergence d'un désir qui trouve ses coordonnées dans le lien social et permette au sujet de devenir l'ouvrier de la beauté de sa propre vie (Foucault, 2001). La relation d'aide ou d'éducation en travail social est un espace clinique qui implique de consentir à la part de réel en jeu dans la rencontre à l'autre, avec qui il s'agit de nouer une relation qui engage, avec tous les effets de surgissement, d'inattendu et d'indicible qui s'y produisent de part et d'autre. » (Ponnou, 2022, p. 300). Au regard de l'imprévisibilité et l'incertitude, inhérentes à toutes relations, et cela étant particulièrement prégnant dans le cadre des relations d'aide et d'accompagnement, les formations en travail social doivent alors laisser de la place à la dimension réflexive et subjective, quitte à créer de la « marge » entre les savoirs enseignés par les formateurs et les pratiques mises en œuvre par les stagiaires.

Le processus réflexif, pensé comme « une boucle récursive où sujet et objet se mêlent » (Herrerros, 2019, p. 541) amène donc à se préoccuper de ce que les acteurs font vraiment sur les terrains, à se soucier de la manière dont ils formulent leurs actions (comment ils expriment et disent ce qu'ils font), à interroger la façon dont ils le font et, par conséquent, via ces questionnements, à ébaucher d'autres façons de faire et dire leurs pratiques. D'où la question des « marges » évoquées

précédemment : il ne s'agit pas uniquement, du côté des formateurs, de laisser les questions de réflexivité aux seuls espaces spécifiquement dédiés pour (les GAPE), en effet, ceux-ci sont, nous semble-t-il, trop peu nombreux pour étayer de façon solide une posture réflexive, et il ne s'agit pas, non plus, de circonscrire les espaces de cours dits magistraux aux seuls contenus et savoirs académiques. Il semble incontournable, si l'on cherche à former des cliniciens, de créer des « marges » dans l'ensemble des espaces de formation, marges indispensables pour susciter l'élaboration d'une parole critique et réflexive. Spécialisés dans la relation, les travailleurs sociaux doivent pouvoir à la fois être au plus proche du vécu singulier et particulier de la personne qu'il accompagne et, dans le même temps, saisir les enjeux sociaux, historiques, sociétaux qui traversent l'histoire de cette personne.

« L'art de l'éducateur consiste ainsi à articuler descente en singularité et montée en généralité, spécialisation et transversalité de son intervention. La clinique favorise la problématisation des savoirs, leur déploiement et la mise en œuvre progressive d'un travail de spécialisation favorisant le développement d'une approche transversale du travail social : c'est à partir du travail minutieux et des indications fournies par la clinique qu'il devient possible de dégager une conception globale, transversale, panoramique, de la fonction éducative et de la fonction d'aide en travail social. » (Ponnou, 2022, p. 302).

Les travaux de Gaston Pineau dans le champ de la formation (Pineau, 1998 ; Pineau, 2019 ; Pineau & Le Grand, 2019) mettent en évidence le caractère performatif de la démarche de formation chez les adultes. Le concept de *formation expérientielle* apparaît et s'éclaire sous un jour nouveau : le sujet « se forme à travers les enseignements qu'il tire de sa vie et de son expérience » (Lainé, 2004, p. 98). Il y a donc un intérêt évident, et ce particulièrement dans le champ de la formation, à explorer sa vie, ses expériences pour mieux les comprendre, en extraire des apprentissages et les conscientiser. « Plus le sujet a identifié ce qui a été formateur dans son parcours passé, plus il est en mesure de se former et de s'autoformer dans le présent et l'avenir. » (Lainé, 2004, p. 99). Gaston Pineau nomme ce processus comme étant une « appropriation de son pouvoir de formation ». L'histoire de vie est pensée comme une démarche permettant de repérer et les moments clés de sa vie, d'identifier les apprentissages faits ainsi que la manière dont ils ont opéré. L'histoire de vie est en elle-même un acte formateur et un processus d'apprentissage, de soi, pourrait-on dire. L'exploration de son histoire permet au sujet de rendre visible ce qui parfois était su, mais de manière implicite, cachée, sous-entendue. En rendant explicites ses savoirs, la démarche offre au sujet la possibilité, par la conscientisation, d'en faire quelque chose, voire de les rendre éventuellement mobilisables. Le socle commun entre les différentes pratiques d'histoire de vie en formation (dont ici il n'est fait qu'un résumé succinct et loin d'être exhaustif) se loge

certainement, entre autres, à cet endroit : celui de la visée émancipatrice. Par la conscientisation des phénomènes sociaux et psychiques qui ont traversé la vie du sujet, s'élabore un travail d'élucidation et de compréhension de ses savoirs, ses inhibitions, ses élans, ses peurs, etc. En tant que formatrice auprès des futurs travailleurs sociaux, ce travail de conscientisation nous semble fondamentale pour la constitution de leur identité professionnelle et de leurs pratiques. De plus, notre rôle de formatrice pourrait se loger, parfois, (c'est particulièrement le cas dans le module présenté dans cette recherche) dans un travail d'accompagnement d'élucidation de ce qui fait obstacle dans leurs parcours, freins dans leurs apprentissages.

La modernité avancée et le déclin des grands récits (Delory-Momberger, 2010, p. 93) ont fait naître un nouveau paradigme, de nouveaux modèles sociétaux. Le néolibéralisme et sa logique managériale (avec entre autres un État pensé comme une entreprise, une société régie par les lois du marché, une vision comptable des rapports et productions humaines) contribuent et participent activement à la culture du « management de soi ». Devenant de plus en plus centrale, cette injonction impose à l'individu « de trouver en soi-même les ressources de son intégration sociale, de son employabilité, de sa réussite professionnelle ; il revient à chacun d'être le meilleur et le plus performant, de se faire *l'entrepreneur de soi-même*, selon l'expression d'Alain Ehrenberg » (Delory-Momberger, 2010, p. 42). Mais qu'en est-il du côté des personnes en marge, en situation de vulnérabilité, de précarité ? Comment peuvent-elles faire preuve de « performance » quand elles intègrent des dispositifs d'aide et de solidarité parce que justement elles traversent des épisodes troubles, confus et sont en situation de souffrance ?

Les travailleurs sociaux se trouvent à l'interface entre ces bénéficiaires et les institutions sociales et politiques. Placés dans une situation paradoxale, ils doivent à la fois remplir le rôle « d'intégrateur social » dans une société instable, en mutation et soumise à l'ordre économique mondial, tout en élaborant avec la personne un récit singulier, unique et personnalisé, à des fins d'insertion pérenne. « La biographie est devenue un des instruments et un des critères de l'action sociale » (Delory-Momberger, 2010, p. 44). Cette phrase résonne fortement avec notre expérience d'éducatrice spécialisée ainsi qu'avec les témoignages des étudiants rencontrés à l'école. L'ensemble des observations sur les pratiques éducatives dans le travail social fait dans les chapitres précédents met en lumière ces situations contradictoires dans lesquelles les professionnels se trouvent placés, sans toujours en comprendre les enjeux, les tenants et aboutissants.

Au regard de ces constats, les approches biographiques et particulièrement la sociologie clinique semblent donc être des démarches tout à fait appropriées pour à tout le moins sensibiliser, voire

initier les futurs professionnels à ces enjeux. Néanmoins, les dernières réformes des formations (détaillées dans le chapitre 3), et plus particulièrement celles de 2007 et 2018, sont venues déstructurer l'équilibre entre l'acquisition de connaissances et le développement d'une identité professionnelle (et personnelle : celle d'un éducateur). En effet, jusqu'en 2007, « L'articulation dialectique à l'œuvre entre théorie et pratique d'une part, connaissances et qualités personnelles d'autre part, structurent le déploiement d'un savoir-faire professionnel politiquement construit, qui s'invente, se renouvelle et s'évalue en situation. Elle ouvre sur une politisation de la formation où chaque étudiant est conduit à devenir l'ouvrier de son propre parcours et de son éthique professionnelle. » (Ponnou, 2022, p. 304). Les entrées par disciplines (et par voie de conséquence du repérage par les étudiants de ces savoirs comme ancrés dans un certain champ) ont disparu pour laisser la place à la notion de compétence (matérialisée et censée être opérante via les référentiels). Nous sommes actuellement témoins d'un « écrasement de toute possibilité dialectique d'élaboration d'une démarche professionnelle relevant d'une logique de composition » (Ponnou, 2022, p. 304). En effet, comme le décrit parfaitement Sébastien Ponnou : « L'hégémonie des compétences implique une rupture à deux niveaux : du point de vue des contenus d'une part, qui n'en réfèrent plus aux ressources inépuisables des savoirs ou de la clinique mais à une liste de compétences préétablies. Du point de vue du processus d'autre part, couplé et réduit au cursus des certifications dont les séquences se multiplient et se déploient dans une même temporalité. Désormais la formation, réduite à des logiques de certification, s'apparente davantage à la capitalisation d'une somme de preuves d'acquisition des dites compétences dont il s'agit de faire la démonstration plutôt que de construire une pensée critique sur la fonction éducative et le travail social en général. Remarquons d'abord que l'idée de pouvoir lister les compétences relatives aux métiers de l'éducation spécialisée relève d'un idéal sans consistance sinon d'une profonde méconnaissance de la fonction éducative. Fondée sur une pensée linéaire, elle ignore la complexité des phénomènes et des logiques sociales, institutionnelles, interindividuelles ou inconscientes qui structurent les problématiques de l'intervention sociale. Elle nie les dimensions de l'inédit, de l'altérité ou de la singularité qui se font jour dans la rencontre... Et *in fine*, la complexité qui fait le cœur des pratiques et de la clinique éducative. À supposer (au mieux) que l'on puisse objectivement rendre compte d'une telle exhaustivité, l'approche par compétence induit une conception normative du travail social et des pratiques qui en découlent. En effet, la méthode qui consiste à concevoir un programme de formation exclusivement basé sur un référentiel de compétences réduit l'exercice du métier à l'exécution d'actes prédéfinis. Or cette conception de l'exercice professionnel est très éloignée d'une

approche complexe mettant en synergie de multiples dimensions - économiques, techniques, politiques, cliniques, éthiques... » (Ponnou, 2022, p. 305).

Pour le dire autrement, le triptyque basé sur les notions de compétences, professionnalisation et certification s'est supplanté, par le jeu des réformes, à la dialectique clinique (fondée sur l'articulation entre théorie, pratique, savoirs formels, informels et expérientiels). En ce sens, la part et la place dédiée à l'élaboration clinique dans les espaces de formation s'est vue considérablement réduite.

Or, la dimension clinique est un aspect essentiel du travail éducatif et soignant : faisant à partir des rencontres et avec des histoires de vie, les professionnels de la relation d'aide ne peuvent faire l'impasse sur la complexité inhérente à chaque accompagnement. Cette complexité est présente à différents niveaux, elle s'imbrique dans des dimensions institutionnelles, cliniques, pratiques, théoriques, émotionnelles... Incertaine et imprévisible, la relation d'accompagnement va se créer à partir de tâtonnements, d'un « apprivoisement » des personnes concernées. La qualité et la nature de cette relation sera fonction des histoires de vie de chacune des personnes.

Le courant des « histoires de vie, entre illusion et injonction biographique » pour reprendre le titre d'un chapitre (Dominicé & Pineau, 2011), traverse, à l'instar des mutations sociétales, des évolutions notables, en particulier dans son développement et dans ses utilisations et applications. « L'explosion biographique » peut engendrer « des effets néfastes qui découlent de ce que d'aucuns nomment l'injonction biographique » (Dominicé & Pineau, 2011, p. 327). L'enjeu actuel semble désormais résider dans la recherche d'un équilibre entre l'illusion biographique, niant le sujet et évacuant toutes questions relatives à la subjectivité et l'injonction biographique, comportant des risques de dérives qui ne feraient que renforcer les rapports de domination déjà existants. La mobilisation de ce courant, notamment à des fins professionnalisantes et dans un monde post-moderne soulève des interrogations : « La question posée récemment par Richard Sennett nous confronte notamment au défi de la mondialisation : comment un être humain peut-il se forger une identité et se construire un itinéraire dans une société faite d'épisodes et de fragments ? » (Dominicé & Pineau, 2011, p. 328). Inspirante, cette question peut être transposée au monde de la formation des travailleurs sociaux : Comment un futur professionnel de la relation d'aide « peut-il se forger une identité et se construire un itinéraire » dans une formation fragmentée et morcelée par les logiques de compétences ?

5.2.3. L'écoute complexe et la clinique narrative : un enjeu de formation et d'accompagnement intimement liée à la sphère privée

Pris entre la nécessaire écoute des histoires de vie, indispensable à l'exercice des métiers de la relation d'aide, et un environnement où les « écoutes objectivantes » gangrèment la pensée des gestionnaires institutionnels (Gaulejac, 2012), il nous apparaît fondamental de nous interroger sur la place que prennent les questions liées à l'écoute et à la parole dans les formations du travail social. Les travailleurs sociaux ont sans cesse affaire avec les histoires de vie des personnes qu'ils accompagnent. Ces histoires de vie, teintées de souffrances, de ruptures et d'épreuves, justifiant bien souvent la présence des éducateurs, sont le matériau brut des travailleurs sociaux et ne sont pas sans entrées en résonance, parfois directe, avec leurs propres histoires.

« Je travaille aussi beaucoup avec mes patients avec ce que je suis, ce que je vis, ce que je traverse... Je ne sais pas cloisonner.... je ne sais pas, euh... je ne sais pas être une personne au travail et une autre dans la vie... je ne suis pas un robot, ici je ne passe pas la porte et je suis enlevée de toutes mes émotions... ».

Ce verbatim est extrait d'un entretien exploratoire réalisé dans le cadre de mon enquête, auprès d'une infirmière en poste dans un établissement public de santé mentale (EPSM). Cette infirmière, qui, précisons-le d'emblée, a réalisé un de ces stages de formation à la clinique de La Borde (issue du mouvement de psychothérapie institutionnelle), aborde très franchement la porosité entre sa pratique professionnelle et ce qu'elle traverse dans sa vie personnelle. Lors de l'entretien, elle évoque le décès de ses parents et les échos que cette épreuve personnelle trouve dans sa pratique de soignante :

« Tout dépend de ce qui résonne... Il y a 3 ans j'ai perdu mon père et il y a 1 an j'ai perdu ma mère et quand je suis arrivée dans le service, il y avait un patient qui venait juste de perdre sa maman alors forcément oui, c'est plus compliqué d'être à l'écoute dans ces moments-là, déjà émotionnellement, en plus je suis revenue assez vite travailler... parce que chacun se soigne comme il peut ! Voilà (rires). Dans ces moments-là, c'est très difficile parce que ça fait résonance direct ben, voilà, avec ce qu'on a un peu vécu, mais moi aussi je pars du principe que sans raconter ma vie à mes patients, euh...on peut aussi les soulager de quelque chose en leur expliquant que nous aussi on a traversé des moments difficiles, qu'on les a géré comme on a pu les gérer, que y'a pas de bonne recette, de bonne méthode ou voilà... qu'on fait comme on peut et que finalement on y est... enfin moi du coup, là après, je me plante peut-être complètement ou pas, mais en tout cas

je trouve que de se dévoiler un peu, de dire aussi que c'est pas parce que lui il est patient et moi infirmière que c'est plus simple pour moi que pour lui à gérer... »

Cet autre extrait nous montre bien comment, parce qu'elle n'est pas « un robot », cette infirmière, *de fait*, doit composer avec son histoire personnelle dans les accompagnements qu'elle met en œuvre. C'est en partant de ce type d'observation et de recueil de discours (issus de l'enquête doctorale mais également de nos pratiques professionnelles passées) que nous nous sommes interrogés sur l'intérêt et la pertinence que pourraient revêtir une formation aux approches biographiques dans les formations des futurs soignants et travailleurs sociaux.

Nous postulons que celles-ci présentent un intérêt certain dans le cadre de la formation de ces futurs professionnels. En effet, puisque les travailleurs sociaux sont confrontés aux problèmes posés par les difficultés et pathologies que rencontrent les personnes accompagnées, particulièrement les troubles de la sphère psychique, la question de la clinique de l'écoute devient centrale. Basée sur un référentiel théorique pluridisciplinaire, la « clinique narrative », comprise comme une posture basée sur l'écoute des sujets et une attention particulière portée sur la façon dont celui-ci narre son histoire et *biographise* ses expériences (Niewiadomski, 2019), procure alors l'opportunité de travailler avec les étudiants sur les dimensions cliniques essentielles à l'exercice de leur métier. Il est question, avec ce type de démarche, de permettre aux étudiants d'examiner leur propre trajectoire, d'en étudier les déterminismes (culturels, familiaux, scolaires...), de comprendre les enjeux psychiques et sociaux à l'œuvre et d'interroger les liens et les influences qui s'opèrent au sein de ce parcours. Le travail biographique revêt une utilité manifeste, en ce sens qu'il offre aux futurs professionnels la possibilité, par un détour biographique, d'interroger son passé afin de mieux envisager son parcours de formation et d'appréhender plus finement la manière dont il exercera sa fonction éducative.

Notre hypothèse est la suivante : la sociologie clinique, notamment la démarche « Roman Familial et Trajectoire Sociale », lorsqu'elle est dispensée en formation, aurait des effets sur les pratiques des futurs professionnels du travail social. Ces effets portent notamment sur leurs capacités d'écoute complexe, sur la prise en compte des enjeux transférentiels dans la relation éducative et de manière plus générale sur l'accompagnement auprès de la personne, notamment dans sa dimension de sujet (accompagnement à « advenir »).

Notre hypothèse invite donc à interroger la place existante (ou pas...) de la sociologie clinique, et plus généralement des approches biographiques, au sein des formations en travail social, et les effets que celle-ci pourrait avoir sur les professionnels en formation. Cette hypothèse s'est élaborée

en lien avec les apports de l'ouvrage de Myriam de Halleux, « Le métier d'éducateur : trajectoires sociales et constructions identitaires ».

Myriam de Halleux s'est interrogée sur le rapport qu'entretiennent les éducateurs avec leurs histoires de vie et l'impact de leurs parcours personnels dans leurs choix professionnels. Elle engage une réflexion sur le métier d'éducateur et l'évolution historique et sociologique de ce groupe social. Elle fait référence à Paul Fustier qui estime que « la profession d'éducateur est le lieu d'un profond désarroi et en propose, dans une optique psychosociologique, l'explication suivante : le choix du métier s'explique par une situation d'échec (échec scolaire, conflits familiaux, etc...) nécessaire pour rencontrer l'autre, le marginal, et ce, à condition « d'assumer » ces échecs. À travers sa relation avec le bénéficiaire, l'éducateur serait donc en recherche d'une identité qui lui pose problème. » (Halleux, 2007, p. 15) Cette grille de lecture proposée par Fustier amène Myriam de Halleux à établir un lien entre l'histoire personnelle des travailleurs sociaux et le choix même de faire ce métier, ainsi que la façon de le faire. Elle parle « d'affinité entre le vécu social et le public ». D'autres auteurs, comme le montre De Halleux, ont enrichi les définitions de ce groupe : « Comme le dit Françoise Gaspar, *de toutes les professions dites sociales, celle de l'éducateur est peut-être la plus en < prise directe > avec les dysfonctionnements individuels et collectifs, celle dont la mission essentielle est de créer et/ou de maintenir des liens entre et avec ceux qui se retrouvent en difficulté, en marge, en voie d'exclusion, de notre société.* Jean Brichaux fait écho à ces propos quand il voit en l'éducateur *un agent de reliance chargé de tisser du lien social, de réparer, ou d'aider à réparer, ce qui a été mis à mal dans la société individualiste que nous connaissons.* [...] Quant à Joseph Rouzel, il estime que, si les aspects sociologiques de la profession sont assez bien connus, *ce qui constitue le cœur du travail éducatif, la rencontre singulière, un par un, de sujets en souffrance, reste encore à explorer.* » (Halleux, 2007, p. 15).

Ces auteurs invitent à maintenir la vivacité des réflexions sur ce thème. Les professionnels de l'action sociale et médico-sociale, en prise directe avec les populations les plus vulnérables de nos sociétés, expérimentent quotidiennement ces questions.

Myriam de Halleux met en lumière les mécanismes de reconversion chez les éducateurs, les mutations et acquisitions de nouveaux capitaux (culturels, symboliques, sociaux et économiques) qu'ils éprouvent en se professionnalisant. Elle observe, malgré une grande diversité des origines sociales dans la population des éducateurs, certaines caractéristiques sociologiques : « des trajectoires sociales marquées par un phénomène d'ascension sociale récent ou en cours, ainsi qu'une « marginalité » de ces familles au sein de leur classe d'origine. » (Halleux, 2007, p. 44)

Myriam de Halleux émet l'hypothèse qu'il existe, chez ces professionnels, une tendance à « ignorer, négliger, masquer les enjeux sociaux de leur trajectoire » (Halleux, 2007, p. 78). Nous souhaitons particulièrement interroger cette tendance : se confirme-elle chez les étudiants que nous avons rencontrés ? En quoi ce « point aveugle » impacte-t-il leurs pratiques professionnelles, notamment en termes d'accueil et d'écoute du vécu du sujet accompagné ?

« Selon F. Muel-Dreyfus, ces particularités sociologiques permettent de rendre compte de la tendance de ces professionnels à privilégier *des schémas explicatifs du rapport au monde social qui atténuent ou font disparaître les déterminismes de classe au profit d'une conception psychologique des différences individuelles* » (Halleux, 2007, p. 44). Partant de ce postulat, il y a alors « quelque chose de socialement produit », comme une stratégie collective inconsciente, qui minimise l'influence des héritages, des phénomènes de reproduction, des déterminismes sociaux dans la représentation qu'à chaque individu de son propre avenir. Ce groupe met en place une logique visant à interpréter ces phénomènes sous une unique grille individualisante et psychologisante.

Elle articule cette hypothèse aux approches biographiques : « Le choix de professionnel et le sens que prend ce choix, et consécutivement la façon d'exercer le métier, sont liés à l'expérience de vie et surtout à la représentation qu'a le professionnel de son histoire de vie. [...] Il y a dans le choix professionnel et dans la pratique de l'éducateur, une interrelation essentielle avec le parcours biographique propre. » (Halleux, 2007, p. 78). Elle va plus loin, en formulant deux autres hypothèses (Halleux, 2007, p. 79) :

1. L'éducateur utilise de son histoire de vie dans les accompagnements qu'il propose, il est en ce sens le « passeur » transmettant des « messages de vie » (pour reprendre les termes de M. de Halleux), capable de mettre en œuvre et de mobiliser des ressources particulières qu'il a acquises dans sa propre histoire personnelle au service de l'intervention socio-éducative. À cet égard, nous cherchons également à questionner cette hypothèse : à quelles conditions les travailleurs sociaux ou les soignants s'appuient sur leurs propres trajectoires pour soutenir et étayer les accompagnements qu'ils mettent en œuvre ?

2. La « connexion » entre l'histoire personnelle de l'éducateur et sa mobilisation dans les accompagnements éducatifs n'est pas explicitée ; « elle n'est généralement pas nommée ouvertement, elle peut même susciter gêne ou honte, comme si devenir un professionnel consistait justement à oublier ou mettre de côté tout ce qui vient de la vie personnelle. Il s'agit de motivations puissantes et pourtant le plus souvent cachées à soi et

aux autres, comme si elles étaient susceptibles de jeter la suspicion sur la qualité de l'exercice professionnelle. » (Halleux, 2007, p. 79).

Or, sur le terrain de la formation des travailleurs sociaux, nous pouvons effectivement bien observer ces phénomènes de déni, négation, mise à l'écart, bref de distanciation entre l'histoire de vie personnelle du professionnel et sa pratique. Il existe une forme de réticence à établir des liaisons entre ces dimensions de la vie du sujet. Comme si le cloisonnement entre ces sphères garantissait la neutralité, l'impartialité ou l'objectivité du professionnel et donc était gage d'un professionnalisme permettant l'accompagnement de tous. À l'inverse, penser la vie professionnelle des travailleurs sociaux au regard de leur parcours personnel constituerait une forme de mise en danger, ou à tout le moins une mise en difficulté. Que viendrait mettre à jour une démarche de formation aux approches biographiques ? Quels affects viendrait-elle réveiller ? Quelles motivations sous-jacentes à exercer seraient dévoilées ? Comme abordé précédemment, un discours relativement répandu dans le secteur va à l'encontre de ce postulat, et conduit ou propose, notamment aux jeunes professionnels, de « se blinder » (cf. p. 224), en mettant à distance de manière générale les histoires de vie (celles des personnes accompagnées et celles des professionnels). Ces discours, s'ils peuvent être tenus par certains professionnels en poste du terrain (comme décrit et observé lors des GAPE), sont également portés, parfois, par les formateurs. Cela peut s'expliquer par l'identité des formateurs et la relation que ceux-ci vont créer avec les apprenants. Ces étudiants constituent un public très divers (bacheliers, personne en reconversion, parfois jeunes en situation précaire etc...). Ces relations et ces liens sont révélateurs « d'un métier, celui de formateur auprès de tout ce public singulièrement hétérogène, où il faut être parfois enseignant, parfois accompagnateur, parfois encore et toujours un peu travailleur social » (Verron, 2016, p. 18). Au regard des travaux de Christophe Verron et de la mise en lumière des parcours des formateurs, nous pouvons supposer que la « culture professionnelle » des travailleurs sociaux est nettement présente dans les organismes de formation, emportant avec elle ses idéologies, ses conceptions du métier, et notamment de la « bonne distance » ... Par exemple, les travaux de Christophe Verron nous apprennent que « 80% des EFTS sont rattachés à la convention de 1966 contre 13% des organismes de formation. En revanche, 32% des organismes de formation font référence à la convention de 1988 contre seulement 3,4% des EFTS. Le secteur d'appartenance de la structure n'est pas identique, l'un relevant du champ de l'action sociale et l'autre de la formation, nous imaginons aisément les possibles conséquences sur la culture de l'entreprise et sur le groupe d'appartenance des formateurs. » (Verron, 2016, p. 50). Ce

point, qui peut paraître anecdotique, révèle les liens forts entre ces deux champs : le secteur de l'action sociale et celui de la formation en travail social. Il nous donne des indications quant aux possibles références communes (en termes théoriques et pratiques) ainsi que sur le groupe d'appartenance des formateurs : ces derniers sont majoritairement encore arrimés au secteur professionnel de l'action sociale (la convention 1966 peut en être un symbole). Cela permet, à bien des égards, une connaissance fine du secteur, des territoires et des réseaux existants, qui sont des appuis certains la mise en œuvre des actions de formations par les formateurs. Cela peut également nous permettre de comprendre pourquoi et comment certaines pratiques et certains discours, (par exemple ceux traitant de la question de l'écoute clinique et de la prise en compte des histoires de vie) se diffusent de manière unanime (sans pour autant être concertés) à la fois sur les terrains professionnels et sur les bancs de l'école.

Le travail, fort riche, de Myriam de Halleux nous invite, en tant que formatrice dans une école de travail social, à repenser ces « impensés ». Nous aimerions ici confronter et recouper nos hypothèses et voir ce qu'elles recouvrent de commun. M. De Halleux postule qu'il y a des connexions entre l'histoire personnelle des travailleurs sociaux et le choix de cette profession ainsi que la manière de l'exercer ; et qu'au-delà de ces connections, cette histoire est mobilisée dans les accompagnements, et ce, souvent de façon inconsciente, cachée, gênée... De notre côté, nous supposons que les bénéficiaires de l'action sociale sont le plus souvent enjoins à raconter leurs histoires, que ces histoires sont perçues souvent comme difficiles, voire impossibles à entendre par les travailleurs sociaux. Nous nous interrogerons sur la nature de la difficulté à entendre et accueillir ces histoires de vie : peut-être est-ce en partie liée au fait qu'elles s'entrechoquent avec les histoires des travailleurs sociaux. Les résonances et les phénomènes transférentiels présents dans toute relation viennent réactiver des souvenirs oubliés, des émotions refoulées, des luttes cachées...

Néanmoins, il nous semble que l'ensemble de ces manifestations inconscientes, qu'elles soient individuelles (intrapsychiques) ou collectives (sociale et sociologique) finit toujours par surgir et jaillir dans la relation, et particulièrement dans les relations de soin et d'aide.

Ces réflexions ouvrent, nous semble-t-il, la porte vers l'absolue nécessité de penser ces aspects du métier et de l'accompagnement au sein des formations en travail social. Myriam de Halleux souligne les formes de négation ou de non-reconnaissance de ces processus à l'œuvre par les travailleurs sociaux et nous permet de les comprendre à travers les contradictions présentes dans leurs trajectoires sociales. En effet, si les histoires de vie (celles des professionnels et des bénéficiaires) impactent et façonnent autant la relation d'aide, il est alors incontournable de venir

l'interroger en formation professionnelle afin de mieux pouvoir maîtriser les effets de ces méconnaissances.

Les travailleurs sociaux accompagnent des publics souvent marginalisés auprès desquels ils cherchent à travailler les questions de pouvoir d'agir et d'émancipation ; il s'agit donc bien souvent pour eux de trouver un positionnement adapté, permettant à la personne de s'exprimer librement et suscitant une écoute réciproque. Si ces notions (d'écoute, de projet...) sont abordées au sein des formations en travail social, elles le sont parfois de façon magistrale ou descendante (cours sur la méthodologie de projet par exemple) ou de façon éparse (notamment en ce qui concerne l'écoute). La pratique des histoires de vie en formation ouvre certainement une voie à la conscientisation de ces savoirs, ces postures, ces pratiques pour le travailleur social. Et ce, d'autant plus que la « culture à projets », pour reprendre les propos de Boutinet (Boutinet, 2012), est devenue monnaie courante dans le secteur social et médico-social. Les écoles en travail social ont un rôle à jouer, essentiel, à ce propos : les formations dispensées doivent amener les étudiants à se distancier, à être parfois critiques sur la construction, l'élaboration de ces projets et la façon dont ils sont proposés aux bénéficiaires.

Chapitre 6 : Méthodologie de l'enquête : des entretiens individuels aux expérimentations collectives

6.1. Choix méthodologiques

Fort des constats observés sur les terrains de l'éducation spécialisée et de la formation, à savoir que les professionnels de l'accompagnement ont bien souvent des difficultés à accueillir ou recueillir la parole des personnes qu'ils accompagnent, et que ces derniers, dans un contexte de mutations sociétales profondes et majeures, sont pris dans des injonctions paradoxales (notamment être dans des démarches d'accompagnement individualisé, voire hyper personnalisé, sans être pour autant particulièrement formé à la question de la clinique, et encore moins aux approches biographiques), notre problématique et nos hypothèses se précisent. Nos préoccupations centrales de recherche se sont donc orientées vers les questions de formations de ces professionnels de la relation d'aide, et particulièrement sur les questions de formation à la relation clinique et à l'écoute complexe. En quoi la recherche biographique peut-elle être un support de formation pertinent au regard des problématiques rencontrées sur les terrains ?

Ces problématiques placent bien souvent les acteurs éducatifs dans des situations, pour le moins contradictoires, voire paradoxales. En effet, le contexte actuel amène les professionnels de la relation d'aide à rencontrer et accompagner des personnes dont l'instabilité et la précarité des parcours de vie nécessitent une écoute fine et complexe, et ce dans un double mouvement contemporain : celui de la désinstitutionnalisation (qui limite les espaces de parole dédiés à l'écoute et à la maïeutique) et celui de la société biographique (créant des mobilités et des déséquilibres nouveaux dans les parcours de vie).

Ayant nous-même été, pour le moins marquée, voire « façonnée » professionnellement par le mouvement de psychothérapie institutionnelle, nous accordons une attention toute particulière aux questions touchant au « prendre soin » (des institutions, des professionnels et bien évidemment des publics accueillis). Dans un secteur que l'on peut qualifier de relativement dégradé (en témoignent les nombreuses revendications actuelles des soignants concernant l'état de l'hôpital ainsi que celles des travailleurs sociaux, bien que plus discrètes, étant notamment moins médiatisées), la désinstitutionnalisation a contribué à une transformation des espaces où les professionnels pouvaient exercer leur regard et leur écoute clinique. Ce renversement de

paradigme, passant d'un modèle de protection et d'assistance fondé sur les solidarités et le collectif à un modèle basé sur l'autonomie et l'individu, participe à créer des conditions d'exercice pour les professionnels les mettant dans des situations pour le moins inconfortables, voire paradoxantes. La dimension biographique s'est immiscée dans les dispositifs nouvellement créés, ces derniers supplantant les institutions et les formes traditionnelles d'accompagnement. Dans ces nouvelles formes d'accompagnement et dans ces nouveaux dispositifs, les professionnels se trouvent bien souvent placés dans des positions où ils formulent des injonctions biographiques, sans en être forcément conscients.

6.1.1. Rappel des hypothèses

« L'accent est mis à chaque fois sur la prise en compte du milieu de vie et des singularités de l'usager, voire de sa biographie pour la conception de l'aide qui lui est proposée. [...] L'individu est saisi en tant que sujet participant, responsable et surtout capable. [...] C'est à l'individu de se fixer ses propres fins. Le projet ne supporte pas que les fins soient hétéronomes et l'usager doit produire sa propre définition de l'insertion [ou du soin, de l'éducation, de l'accompagnement en général]. La contrepartie prend souvent la forme d'un récit de soi. Toute l'ambiguïté de ce processus de mise en récit est qu'il postule des individus une capacité à construire le monde à partir d'eux-mêmes et de leur propre expérience alors que dans le même temps, il tendrait plutôt à contribuer à défaire les ancrages sociaux sur lesquels les individus pouvaient ou pourraient s'appuyer pour développer des identités ayant « droit de cité » dans l'espace public. C'est désormais sur les individus eux-mêmes qu'est reportée la tâche de structurer les relations sociales dans lesquelles ils sont conduits à se mouvoir. Ce n'est pas le moindre des paradoxes que de voir les institutions contribuer ainsi à un phénomène de désinstitutionnalisation des relations sociales dont il y a tout lieu de penser qu'il fait partie des transformations structurelles de nos sociétés. [...] Ceci nous oblige à poser à nouveaux frais la question des conditions de possibilité de la conception et de la mise en œuvre d'institutions de la dignité à même de rendre possible, efficiente et juste, une société constituée de et par les biographies individuelles. » (Astier & Duvoux, 2006, p. 26-29).

Il nous semble donc primordial, au regard de ces bouleversements, de s'interroger sur la manière dont les futurs professionnels de la relation d'aide envisagent la question du biographique dans leurs pratiques. Nos hypothèses sont les suivantes :

1. La formation à la clinique et à l'accompagnement est de nature différente chez les travailleurs sociaux et chez les soignants. Ces spécificités ont à voir avec les distinctions entre « clinique du regard » et « clinique de l'écoute ». Dès lors, face aux personnes en grande précarité accompagnées par les professionnels du secteur médico-social, les travailleurs sociaux et les infirmiers mettent en œuvre des conduites cliniques différentes.

2. Les lacunes en formation professionnelle en termes d'apports sur les approches biographiques engendrent des postures et des pratiques professionnelles qui s'arriment dans une clinique du regard, et non de l'écoute, et ce malgré des injonctions à personnaliser et prendre en compte les paroles des personnes accompagnées. Pris dans les injonctions d'écoute de ces paroles, mais sans avoir reçu l'étayage nécessaire sur les enjeux épistémologiques et éthiques ni sur des modalités de recueil de celles-ci, les professionnels mobilisent la question des histoires de vie sans en avoir nécessairement conscience. Il résulte de cette situation de la confusion, voire des contradictions dans et entre leurs pratiques et leurs discours.
3. L'apport de la recherche biographique a des effets sur les postures de clinicien de ces professionnels, et se traduit dans le réel de leurs accompagnements ; notamment avec des personnes en situation de souffrance psychique.

Notre dispositif d'enquête cherchera alors à interroger ces hypothèses : se vérifient-elles ? Pour cela, nous souhaitons mener une étude sur les effets de l'utilisation des approches biographiques dans les dispositifs de formation des futurs infirmiers et éducateurs. « L'histoire de vie repose sur plusieurs idées-forces. L'une d'elles est la suivante : plus je comprends ce qui a fait que je suis ce que je suis, plus je saisis les processus profonds et complexes qui m'ont formé au sens large du terme, plus je suis alors en mesure de mettre ces influences à distance, plus je suis capable de décider et d'infléchir mon parcours à venir. Et cela est vrai même si, évidemment, cette clarification ne suffit pas toujours à produire cet effet de prise sur son parcours présente et à venir. Au moins en est-elle une condition nécessaire. » (Lainé, 2004, p.29)

Cette enquête comparative portera sur l'examen de deux groupes professionnels : les infirmiers et les travailleurs sociaux travaillant en psychiatrie ou dans des secteurs accompagnant des personnes en grande précarité. Nous serons attentifs aux différents niveaux de granularité de cette étude en comparant :

- Les étudiants éducateurs (au nombre de six) qui ont suivi un module « récit de vie » durant leurs formations et ceux qui ne l'ont pas suivi : quels sont les effets de ces dispositifs sur les pratiques professionnelles ? Existe-il des différences dans la reconnaissance et la mobilisation de leurs propres capitaux biographiques quand ils mettent en œuvre des accompagnements ?

- Les étudiants infirmiers et les étudiants éducateurs (six individus dans chaque cohorte) : comment se forment-ils à l'accueil de la parole et à l'accompagnement clinique ? Quels espaces de formation sont dédiés à ces approches ? Se forment-ils « sur le tas » ?

L'enjeu est d'étudier la question de la valence clinique chez ces professionnels dans l'accompagnement qu'ils mettent en œuvre. La question de la clinique intersubjective se pose dans différentes dimensions : celle de la pratique professionnelle et celle de la formation.

6.1.2. Méthodologie des entretiens recueillis : la cohorte des étudiants et le déroulé

Notre enquête nous a conduits à interviewer au total une vingtaine de personnes :

- 4 étudiants en soins infirmiers,
- 12 étudiants en travail social (en formation d'éducateurs spécialisés)
- 2 infirmières en poste dans un établissement public de santé mentale
- 2 étudiants en formation de moniteur-éducateur.

Les quatre derniers entretiens cités correspondent à des entretiens exploratoires que nous avons mené au tout début de l'enquête. Ces entretiens nous ont permis d'explorer le terrain, d'affiner nos questions ainsi que notre présentation de l'enquête. Enfin, cela nous a permis d'identifier les pistes et hypothèses qui ont été mis au travail par la suite. Ces entretiens exploratoires sont nommés ici car ils font partie intégrante de notre démarche et de notre méthodologie de recherche et s'ils ont pu être cités en amont (notamment page 230) c'est parce qu'ils ont servi à l'étayage de nos hypothèses, toutefois ils ne seront pas utilisés dans le traitement et l'analyse des données, notamment et justement car ce sont des entretiens exploratoires.

Notre méthodologie est basée sur une analyse comparative entre quatre termes :

- Entre les étudiants infirmiers et les étudiants éducateurs spécialisés
- Et entre les étudiants éducateurs ayant réalisé durant leur formation un module sur les approches biographiques et les étudiants éducateurs n'ayant pas participé à ce module

De plus, nous avons rencontré une cinquantaine de futurs travailleurs sociaux lors de l'animation de modules de formation dédiés à la sociologie clinique (6 d'entre eux ont été interviewés). En effet, nous avons eu l'occasion d'animer 4 modules sur les approches biographiques (basés particulièrement sur la méthodologie des G.I.R.) en 2017, 2018, 2019 et 2021. Les étudiants

interviewés ont participé aux groupes de 2017 (Caroline²⁹), 2018 (Saïd et Emilie) et 2019 (Aminata, Céline et Aline). En 2020, ce module, sur lequel nous reviendrons plus en détail dans la sous-partie suivante n'a pas eu lieu (non pas à cause de la crise sanitaire, mais parce qu'il avait « disparu » de la programmation à la suite de la réforme de 2018) ; et en 2021, il est réapparu, un peu fortuitement à la suite d'un « flou » dans la programmation ; « flou » dans lequel nous avons proposé (presqu'au dernier moment) l'animation de ce module. Nous reviendrons également sur les modalités d'animation de ce module, assez particulier. Il est à souligner que l'ensemble de ces rencontres avec les étudiants (qu'ils soient interviewés ou non) ont évidemment contribué à l'élaboration de nos hypothèses, de nos axes de travail.

Pour commencer, nous allons présenter les douze étudiants en travail social à partir des données socioprofessionnelles recueillies : ils ont en moyenne 26 ans et la dispersion des âges va de 21 ans à 45 ans. En moyenne, ils ont six ans d'ancienneté professionnelle (sachant que l'étudiante de 45 ans fait surreprésente de 2 ans cette statistique, ayant elle-même 25 ans d'ancienneté dans le secteur). Ils sont majoritairement inscrits en formation via un statut que l'on nomme « voie directe » (pour 9 d'entre eux), les trois autres étant inscrits sur un statut d'apprentis (2) ou de situation d'emploi (1). Ces deux derniers statuts indiquent que ces étudiants sont en poste sur un terrain professionnel et auront au moins un stage hors-employeur de dix semaines à faire pendant leurs cursus de formation. Au moment de l'entretien 5/12 étaient en stage en protection de l'enfance, 4/12 dans le champ du handicap et 3/12 dans le champ de l'insertion. Pendant l'entretien, 8/12 évoquent travailler auprès d'un public ayant des troubles de la sphère psychique (une seule étudiante pourtant est en stage en pédopsychiatrie, les 7 autres étant dans le secteur social, à savoir foyers, service d'accompagnement à la vie sociale, institut médico-éducatif etc..), une étudiante affirme ne jamais avoir accompagné ce type de pathologies et les 3 autres n'abordent pas ce thème (nous en pouvons donc ni confirmer ni infirmer qu'ils travaillent auprès de ce public).

Il y a deux hommes pour 10 femmes, ce qui n'est pas étonnant au vu de la forte représentation des femmes dans ce secteur. « Nous remarquons une grande proportion de femmes engagées dans le secteur. Nous y voyons une dimension historique, le travail social ayant été historiquement lié aux œuvres de charité. [...] Le travail social aujourd'hui est toujours en majorité féminin, et certaines professions le sont de manière exclusive. Ceci s'explique par le poids de l'histoire et des stéréotypes. Les femmes sont assignées et (ou) s'assignent elles-mêmes aux métiers d'aide, de soin et d'assistance aux populations en difficultés. » (Rousseil, 2007, p. 75).

²⁹ Les prénoms ont tous été modifié pour respecter l'anonymat des étudiants.

Ce constat, sans surprise, est le même chez les étudiants en soins infirmiers : sur les quatre étudiants interviewés, il n'y a qu'un seul homme. En ce qui concerne ces étudiants, ils ont en moyenne 22 ans, la dispersion des âges est beaucoup moins forte que chez les étudiants en travail social, puisqu'elle va de 19 ans à 28 ans. Ils ont, en moyenne, un peu plus de 2 ans d'ancienneté (ce qui correspond en réalité pour tous à leur entrée en formation). Nous pouvons noter ici des différences entre ces deux cohortes : les étudiants en travail sont en moyenne un peu plus âgés (de 4 ans) et ont plus d'expérience (idem, de 4 ans). Cela s'explique en partie par le fait que ces derniers cumulent plus d'expérience avant l'entrée en formation professionnelle que les étudiants en soins infirmiers. De plus, une autre différence est celle des lieux d'exercice : depuis la disparition du diplôme d'infirmier en secteur psychiatrique (en 1992) les étudiants infirmiers doivent dans leur cursus de formation effectuer un stage dans le champ de la psychiatrie (ou auprès de public ayant des troubles de la sphère psychique). Cette condition n'est pas exigée dans la formation des travailleurs sociaux et ils sont, effectivement, peu nombreux à réaliser un stage dans ce secteur. Néanmoins, il s'avère que sur leurs terrains, ils rencontrent et accompagnent des personnes présentant ce type de troubles. Comme dit dans notre introduction, la fermeture de près de la moitié des places en psychiatrie (d'après le rapport Coldefy, cité p. 8, 65000 lits fermés en 40 ans) peut expliquer le déplacement de ce public, historiquement pris en charge dans les hôpitaux, vers le secteur social et médico-social. Toutefois, ce « transfert » d'un secteur à un autre n'est certainement pas sans incidence sur la prise en charge, car il suppose une modification profonde des accompagnements, impliquant, entre autres, des changements en termes de culture professionnelle, d'étayage théorique, d'assises pratiques, etc.

Nous le verrons plus en détail dans la dernière sous-partie de ce chapitre, dédiée notamment aux biais de l'enquête, mais incontestablement le petit nombre d'enquêtés laisse place à une certaine pondération de ces données socioprofessionnelles. Elles ne sont évidemment pas à prendre en compte comme étant des données permettant de comprendre de manière macroscopique les groupes d'apprenants étudiés. Néanmoins, elles nous semblent importantes, dans une première approche, pour nous donner une idée de la typologie des étudiants (âge, sexe, parcours au sein de la formation...). De plus, mais là aussi, nous y reviendrons plus en détail dans la dernière sous-partie, nous pouvons déjà pointer un biais : notre analyse comparative avait l'ambition de confronter et de faire dialoguer un nombre identique d'entretiens d'étudiants :

- 6 étudiants en travail social ayant réalisé un module d'initiation aux approches biographiques

- 6 étudiants en travail social n'ayant pas réalisé un module d'initiation aux approches biographiques
- Et enfin 6 étudiants en soins infirmiers

Comme nous pouvons le constater, cette intention et ambition n'est pas respectée, en effet, nous n'avons pas réussi à collecter 6 entretiens d'étudiants en soins infirmiers, mais seulement quatre. Dans la dernière sous-partie, nous reviendrons également sur ce biais et sur les conditions particulières du déroulé de ces entretiens.

6.1.3. L'approche par analyse de contenu ou analyse thématique

Notre enquête qualitative, au regard du nombre d'entretiens relativement restreint, va chercher « la *présence* ou l'*absence* d'une caractéristique de contenu donnée ou d'un ensemble de caractéristiques, dans un certain fragment de message qui est pris en considération. » (Bardin, 2018, p. 24). L'analyse de contenu, définie comme « un *ensemble de techniques d'analyse des communications* [...], un éventail d'outils ; ou plus précisément d'un même outil mais marqué par une grande disparité dans les formes » (Bardin, 2018, p. 35) a deux fonctions, qui peuvent autant s'opposer que se compléter, se rejoindre :

- « - Une *fonction heuristique* : l'analyse de contenu enrichit le tâtonnement exploratoire, accroît la propension à la découverte. C'est l'analyse de contenu « pour voir ».
- Une *fonction d'administration de la preuve* : des hypothèses sous forme de questions ou d'affirmations provisoires servant de lignes directrices feront appel à la méthode d'analyse systématique pour se voir vérifier dans le sens d'une confirmation ou d'une infirmation. C'est l'analyse de contenu pour « prouver ». (Bardin, 2018, p. 33).

Dans notre enquête, ces deux fonctions ont « cohabité de manière complémentaire » (Bardin, 2018, p. 33) : en effet, la première année de doctorat a entièrement été dédiée au « tâtonnement exploratoire ». Ponctuée par des lectures et l'appréhension de notre nouveau poste de formatrice en travail social, cette première année a été rythmée par un nombre important d'allers et retours entre références théoriques et expérimentations empiriques. Cette démarche que Bardin qualifie d'analyse « à l'aveuglette [...] peut faire surgir des hypothèses, qui servant alors de guide, conduiront l'analyste à forger les techniques les plus adéquates à leur vérification » (Bardin, 2018, p. 33). De manière très empirique et inductive, nous avons découvert le monde de la formation et ses enjeux, nous avons rencontré les étudiants en travail, et parallèlement, du fait de notre inscription en doctorat, nous avons affiné et consolidé notre méthodologie de recherche. La

rencontre avec les étudiants et l'écoute de leurs témoignages se sont pleinement ancrés dans une analyse de contenu pour « voir ». Simultanément, les lectures, notamment en sociologie clinique, mais de manière plus large, les lectures s'arrimant au champ de la recherche biographique, ont contribué à la formalisation d'hypothèses ainsi qu'à l'étayage des « lignes directrices », donc ont participé à l'analyse de contenu « pour prouver ». « Il n'y a pas de prêt à porter en analyse de contenu, simplement quelques patrons de base » (Bardin, 2018, p. 34). Il nous a fallu, à partir de cette hybridation, chercher et trouver la méthodologie qui nous semblait la plus adaptée pour répondre à nos questions : l'enquête par entretiens nous a paru être le moyen le plus adéquat pour aller explorer le discours que professionnels tiennent sur leurs pratiques en matière d'écoute des histoires de vie.

En ce qui concerne la méthode d'analyse, Laurence Bardin identifie plusieurs phases de l'analyse de contenu qui « s'organisent, comme l'enquête sociologique ou l'expérimentation, autour de trois pôles chronologiques :

- La préanalyse ;
- L'exploitation du matériel ;
- Le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation » (Bardin, 2018, p. 125).

La première phase, dite de « préanalyse » est une « phase d'organisation à proprement dite. Elle correspond à une période d'intuitions » (Bardin, 2018, p. 125). En effet, notre première phase de travail, qui a visé à organiser et structurer notre recherche s'est vue teintée par nombre de ces « intuitions ». Il s'agissait alors de préciser ces intuitions pour les transformer en idées de départ plus intelligibles, nous permettant d'élaborer un schéma, un canevas structuré des opérations à venir. « Généralement, cette première phase a trois missions : *le choix des documents* à soumettre à l'analyse, la formulation des *hypothèses* et des *objectifs*, l'élaboration d'indicateurs sur lesquels s'appuiera l'interprétation terminale. » (Bardin, 2018, p. 126). D'après Laurence Bardin, cinq étapes, très liées, ne se déroulant pas chronologiquement et successivement, mais s'imbriquant les unes aux autres vont alors jalonner la première phase de préanalyse. Elle les identifie sous ces termes : « *la lecture flottante, le choix des documents, la formulation des hypothèses et objectifs, le repérage des indices et l'élaboration d'indicateurs et la préparation du matériel* » (Bardin, 2018, p. 126-131).

À partir d'intentions et des attitudes évoquant celles du psychanalyste, il s'agit avec la **lecture flottante** de se laisser immerger par le corpus, de « faire connaissance en laissant venir à soi des

impressions, des orientations (Bardin, 2018, p. 126) qui vont organiser et structurer l'analyse à venir. En partant du « background » théorique du chercheur, la lecture se précise et les hypothèses s'affinent. Cette lecture flottante a lieu, nous semble-t-il à deux moments, au début de la recherche, quand nous faisons un premier état de l'art, et que nous étayons nos références théoriques et dans un deuxième temps, quand nous exploitons le matériel (dans ce cas, il s'agit de la lecture flottante des entretiens recueillis). Une deuxième étape, celle du **choix des documents** vise à procéder à la constitution du corpus, « le corpus est l'ensemble des documents pris en compte pour être soumis aux procédures analytiques » (Bardin, 2018, p. 127). Après avoir étudié et lu de manière plus ou moins « flottante », nous avons donc décidé de recueillir des paroles d'étudiants via des entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien se situe entre l'entretien directif (très structuré, proche du questionnaire oral) et l'entretien non-directif (à partir d'une question, l'enquêteur laisse la personne s'exprimer, sans intervention de sa part). L'entretien semi-directif implique que le chercheur ait défini au préalable un nombre de thèmes qu'il souhaite voir aborder dans l'entretien. Dans la façon de mener l'entretien, il va procéder à des reformulations et des relances. Dans le cadre de ce travail, il convient d'élaborer (ce que nous avons fait) un guide d'entretien : ce guide pose les questions, si celles-ci sont préétablies, il n'en reste pas moins qu'elles sont ouvertes.

La composition du corpus nécessite des choix et des règles, Bardin en présente quatre (Bardin, 2018, p. 127-128) :

- *La règle de l'exhaustivité et de non-sélectivité :*
- *La règle de la représentativité :* l'échantillon retenu doit être représentatif de l'univers ou du groupe étudié (c'est effectivement notre cas, en effet, les étudiants présentés précédemment sont bien représentatifs des étudiants présents en général dans les formations étudiées)
- *La règle d'homogénéité :* les documents choisis doivent obéir à des critères de choix précis et les respecter (par exemple, dans notre recherche, les documents analysés sont tous des entretiens semi-directifs auprès d'étudiants en formation, et ces entretiens sont tous identiques en termes de questions posés)
- *La règle de pertinence :* « les documents retenus doivent être adéquats comme source d'informations pour correspondre à l'objectif qui suscite l'analyse » (Bardin, 2018, p. 128). Dans notre recherche, et au vu du champ disciplinaire dans lequel nous nous inscrivons, la méthode choisie (des entretiens semi-directifs) nous a semblé la plus à même de répondre à nos interrogations. Ces entretiens nous permettant de saisir

directement le discours du sujet sur sa formation à l'écoute et à l'accueil des histoires de vie.

Une fois la méthode et le corpus choisi, il convient alors de **formuler des hypothèses et des objectifs**. « Une hypothèse est une affirmation provisoire que l'on se propose de vérifier (confirmer ou infirmer) par le recours aux procédures d'analyse. C'est une supposition dont l'origine est l'intuition et qui reste en suspens tant qu'elle n'a pas été soumise à l'épreuve de données sûres. » (Bardin, 2018, p. 128). La démarche inductive qui sous-tend notre travail doctoral a induit un temps de latence, pourrait-on dire, dans la formulation des hypothèses. En effet, il nous a fallu, d'abord, nous « imprégner » du sujet (à savoir la formation des futurs professionnels de la relation d'aide et la question des histoires de vie), ce qui a supposé des temps longs de lecture et de rencontres avec les acteurs concernés, avant de pouvoir observer des éléments saillants et qui nous semblaient « parlants ». Ce n'est qu'après cette phase que nous avons pu formuler des hypothèses, des objectifs et une problématique (ceux-ci étant rappelés au début de ce chapitre). « Poser une hypothèse, c'est de demander : < est-il vrai que, comme le suggèrent l'analyse *a priori* du problème et la connaissance que j'en ai, ou comme me le laissent envisager mes premières lectures que... ? >. En fait, les hypothèses ne sont pas toujours établies lors de la préanalyse. D'autre part, il n'est pas obligatoire d'avoir un corpus d'hypothèses comme guide pour procéder à l'analyse. Certaines analyses se font à < l'aveuglette >, sans idées préconçues. » (Bardin, 2018, p. 129).

Nos hypothèses n'étaient pas formulées lors de la préanalyse ; nous avons, effectivement, des « intuitions », mais celles-ci demandaient à être conscientisées, mises à jour et travaillées avant d'être formulées en tant qu'hypothèses de recherche. « Dans bien des cas, des hypothèses implicites orientent insidieusement le travail de l'analyste. D'où la nécessité de mettre à jour et à l'épreuve des faits les prises de position latentes susceptibles d'introduire des biais dans les procédures et les résultats. » (Bardin, 2018, p. 130). En revanche, nous avons déjà bien avancé dans la rédaction de celles-ci quand nous avons procédé l'analyse thématique. Toutefois, la phase d'analyse nous a également permis d'affiner et de retravailler ces hypothèses. La démarche d'analyse de contenu suppose que les hypothèses aient été identifiées pour engager une lecture plus sélective des documents. Pour le dire autrement, le chercheur ou l'analyste a identifié et connaît les thèmes qu'il recherche dans les textes, il convient alors d'organiser et de structurer le traitement de ces documents au regard des objectifs qu'il s'est fixé. Les hypothèses, argumentées et étayées à partir des référentiels théoriques mobilisés dans ce travail nous ont amené à faire des

choix interprétatifs. En d'autres termes, il nous a fallu prendre parti au regard des différentes options et possibilités qu'ouvraient les hypothèses de travail.

6.1.4. Le choix des indices et élaboration d'indicateurs

Une fois nos hypothèses explicitées et stabilisées, le choix des documents effectuées, nous avons travaillé au **repérage d'indices et à l'élaboration d'indicateurs**. Dans un premier temps, nous avons procédé de manière très « clinique » en lisant entretien par entretien (nous hésitions encore entre une analyse par résumé et une analyse thématique). Cette lecture, qui s'attache principalement à repérer les singularités d'un processus (d'ordre psychologique, sociologique ou existentiel), nous a permis d'identifier des thématiques transversales et des récurrences entre les entretiens, d'où notre choix de nous appuyer sur une méthodologie fondée sur l'analyse de contenu thématique. Cette démarche, qui s'éloigne de l'analyse de la singularité, nous a conduit à reconnaître les thèmes transversaux, ceux qui se retrouvaient d'un entretien à l'autre. Ainsi, nous avons effectué un découpage des textes par thématiques, que nous avons regroupé dans des grilles d'analyse croisée. De plus, l'analyse thématique nous a semblé particulièrement pertinente et adaptée dans le cadre de notre travail, en ce sens que nous cherchons à vérifier nos hypothèses par la comparaison de différentes cohortes. L'analyse de contenu thématique est singulièrement « parlante » : elle nous permet de mettre en lumière les récurrences, les points de tensions, les variables et divergences entre ces groupes.

Nous avons donc constitué une liste thématique nous semblant pertinente pour vérifier nos hypothèses. Nous avons identifié trois thématiques principales, qui elles-mêmes recouvrent des sous-thèmes, que nous avons, par la suite, chercher à « faire parler » dans les entretiens recueillis. Le guide d'entretien a été élaboré en ce sens. « Si l'on considère les textes comme une manifestation portant des indices que l'analyse va faire parler, le travail préparatoire sera le choix de ceux-ci – en fonction des hypothèses si elles sont déterminées – et leur organisation systématique en indicateurs. » (Bardin, 2018, p. 130).

Les thèmes et sous-thèmes retenus sont les suivants :

- **Accueil de la parole** : cadres et pratiques d'écoute/ conceptualisation et références théoriques
- **Formation à l'écoute** : lieux d'apprentissages/ mécanismes d'apprentissages

- **La question biographique** : reconnaissance du capital biographique et mobilisation de celui-ci dans les accompagnements réalisés

« Les indices choisis, on procède à la construction d'indicateurs précis et fiables. Des opérations de *découpage* du texte en unités comparables, de *catégorisations* pour l'analyse thématique, de modalité de *codage* pour l'enregistrement des données sont à déterminer dès la préanalyse. » (Bardin, 2018, p. 131). Nous avons, effectivement, une fois nos thèmes et indices retenus, procédé à l'élaboration d'indicateurs, nous permettant, via cette catégorisation, d'aller rechercher dans les textes les éléments de langage permettant de mettre en lumière les thèmes étudiés. Avant d'appliquer ces « modalités de codage », nous nous sommes assuré « de l'efficacité et de la pertinence des indicateurs en les testant sur quelques passages ou quelques éléments des documents (prétest d'analyse). » (Bardin, 2018, p. 131).

Les indicateurs qui se sont révélés au fil des lectures des entretiens sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Les thèmes et les indicateurs retenus

Thèmes		Indicateurs
Accueil et écoute de la parole	Cadres et Pratiques d'écoute	Rapport à la temporalité
		Contexte et public
		Volontariat vs contrainte
		Difficultés à recevoir et à écouter la parole
		La question de la vérité
	Conceptualisation, références théoriques	L'écoute clinique ciblée et liée à l'observation
		L'écoute clinique pensée comme thérapeutique
Formations de/ à l'écoute	Lieux d'apprentissage	Les sphères privées et familiales
		Une expérience enfantine : l'école élémentaire
		Le centre de formation
		Le milieu professionnel (ou terrains de stage)
	Mécanismes d'apprentissage	Apprentissage dit « naturel, inconscient, flottant »
		Nécessité d'être soi-même écouté pour apprendre à écouter
La question biographique	Reconnaissance du capital biographique	Résonnances entre vie privée et vie personnelle
		Thèmes des « échos »
		Le fait d'être « au clair avec son histoire »
	Mobilisation du capital biographique dans les accompagnements	Le concept de transfert
		Empêchements ou difficultés à dire (de soi et/ ou sur les histoires entendues)
		Le cloisonnement entre les différentes sphères de la vie

Cette étape de la méthodologie, particulièrement ardue, nous a permis, une fois réalisée, d'aller explorer le corpus de texte en sachant à l'avance les éléments à sélectionner et à retenir.

Nous nous sommes ensuite attachés à **préparation du matériel**. « Avant l'analyse proprement dite, le matériel rassemblé doit être préparé. Il s'agit d'une préparation matérielle et éventuellement d'une préparation formelle. [...] Par exemple, les entretiens enregistrés au magnétophone sont transmis (dans leur intégralité) et les enregistrements conservés [...]. La préparation formelle [...] des textes peut aller de l'alignement des énoncés intacts, proposition par proposition, jusqu'à la transformation linguistique des syntagmes pour standardisation et classification par équivalence. » (Bardin, 2018, p. 131).

Ensuite, la phase **d'exploitation du matériel** a consisté à appliquer la méthode choisie, à savoir aller rechercher dans les textes les éléments liés aux thématiques et indicateurs choisis. « Cette phase, longue et fastidieuse, consiste essentiellement en opérations de codage, décompte ou énumération en fonction des consignes préalablement formulées. » (Bardin, 2018, p. 132). Cette phase d'exploitation et de remplissage de nos grilles de lecture s'est effectivement avérée longue et laborieuse.

Comme le disent très bien ces quelques vers de Nicolas Boileau, dans *L'art poétique* (1674) :

*« Hâtez-vous lentement et, sans perdre courage,
Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage :
Polissez-le sans cesse et le repolissez... »*

Nous avons effectivement remis un nombre de fois conséquent le « métier sur l'ouvrage » avant de stabiliser cette grille d'analyse, et ce en essayant de ne pas perdre courage... Enfin, une fois le matériel exploité, nous avons pu procéder au **traitement des résultats obtenus et à leurs interprétations**. Ceux-ci seront présentés dans le chapitre suivant (7).

6.2. Expérimentations et aspects éthiques

6.2.1. Dispositif d'expérimentation : le module sur l'approche biographique

Comme dit précédemment, dans le cadre de notre travail doctoral, nous avons élaboré une enquête de terrain à partir d'une méthodologie centrée sur des entretiens semi-directifs, auprès notamment des étudiants en travail social ainsi que sur l'animation d'un groupe d'implication et de recherche (GIR). En effet, nous avons eu l'opportunité de pouvoir mettre en œuvre un module sur les

approches biographiques dans le centre de formation dans lequel nous exerçons. Nous avons alors décidé d'intégrer ce module dans notre méthodologie de recherche, comme étant un espace d'expérimentation, de recueil de données et de vérification de nos hypothèses, venant ainsi compléter le travail fait sur les entretiens. Inscrits dans le courant de sociologie clinique, les GIR sont des espaces de travail et de recherche visant à travailler les contradictions et tensions entre objectivité et subjectivité, par l'examen du poids des héritages et la capacité des individus à faire histoire. La sociologie clinique étudie les articulations entre les différentes sphères composant le sujet, qu'elles soient sociales, émotionnelles, psychiques, institutionnelles, historiques et affectives. Au croisement des phénomènes psychiques et sociaux, l'enjeu des GIR est de proposer une analyse objective des faits sociaux et des déterminations sociales dans lesquelles le sujet est pris, tout en tenant compte de la subjectivité de l'acteur (l'expression de son vécu).

Cette expérimentation se déroule sur notre lieu de travail, à savoir une école de travail social. Nos recherches ont débuté fin 2017, à travers l'animation d'un module et se sont poursuivies avec l'animation de 3 autres modules (en 2018, 2019 et 2021), nous pouvons dire qu'au moment de l'écriture, celles-ci sont toujours en cours. En effet, nous animerons un autre module au sein de cette école à la fin de l'année 2022. Ces modules seront réutilisés, notamment dans le chapitre 8, quand nous aborderons les effets de la formation aux approches biographiques. Nous nous centrerons particulièrement sur les modules « Récit de Vie » qui ont été animé en 2017, 2018 et 2019, car les étudiants en travail social interviewés ont vécu ces modules ci. Le module animé en 2021 sera toutefois source de nouvelles réflexions et questionnements (détaillés dans la sous-partie suivante).

Les modules de 2018, 2019 et 2021, contrairement au premier, ont été enrichi de la formation au RISC, tant sur le plan des apports théoriques, méthodologiques et pratiques. Nous reviendrons sur cette dimension dans la sous-partie consacrée au biais de notre recherche. De plus, celui de 2019 a donné lieu à une monographie présentée dans le chapitre 8.

Le module, sur trois jours et demi, comporte une séquence d'introduction, visant à resituer théoriquement l'approche et à effectuer la contractualisation dans le groupe. Ensuite, deux jours et demi sont consacrés à l'élaboration et la socialisation des outils et supports de la démarche RFTS³⁰. Enfin, la dernière séquence est destinée à faire le bilan. Ce dernier est axé sur la possibilité pour les étudiants de s'approprier la démarche sur leurs terrains professionnels, ou, à

³⁰ Roman Familial et Trajectoire Sociale

tout le moins, sur les apports que ce module amène dans leurs pratiques. Concernant ce module « Récit de vie », nous avons travaillé de manière rétrospective, en utilisant nos notes et les supports mobilisés au sein du groupe. Plusieurs options de travail se sont dessinées et ont été mobilisées : un temps, après le module, où nous avons revu les étudiants et où nous avons cherché à développer et à approfondir les apports de ce module sur leurs pratiques, positionnements, postures, à travers les entretiens semi-directifs expliqués précédemment.

Nous tenterons ici d'observer les effets sur les postures professionnelles, tout en gardant en tête une limite ; ces effets ne peuvent être observés qu'à travers le discours des participants. Nous travaillons donc à partir du discours et du récit, et non à partir d'une observation du réel des pratiques, quand bien même ces observations du réel restent toujours des observations subjectives d'un réel. Si cela comporte certainement des limites et des écueils, nous supposons que le discours élaboré par les futurs professionnels autour de leurs pratiques participe à construire et consolider celles-ci.

Pour réaliser l'enquête, nous avons donc animé ce module, à quatre reprises, auprès d'une douzaine d'étudiants en fin de formation dans le travail social. Lors de ces différents modules d'initiation à la sociologie clinique, nous avons observé un invariant : les étudiants éprouvaient à la fois les difficultés liées à l'écoute et des difficultés pour se positionner, relancer, faciliter la parole, etc... Ils sont dans ce type de groupe placés en situation d'expérimenter une posture d'écoute clinique et compréhensive. Le rôle de l'animateur est central car c'est lui qui va justement pouvoir recadrer certaines interventions en soulignant ce qui est de l'ordre du jugement, de l'interprétation « sauvage », etc. À l'inverse, il peut soutenir d'autres interventions et les appuyer quand elles viennent susciter une mise à jour et faciliter une mise en mots.

Nous émettons l'hypothèse que par le biais de cette expérimentation pratique faite en centre de formation, les étudiants vont développer des compétences incontournables à l'exercice de leur métier

- **La capacité à écouter**, sans porter de jugement de valeur. La faculté à écouter est parfois difficile à exercer. Or, celle-ci se loge dans les détails de la vie quotidienne de l'accompagnant et devient incontournable, pouvant mettre à mal le professionnel concerné. Par ailleurs, les entremêlements entre les sphères privées et professionnelles explicités plus en amont (chapitre 1) soulignent l'importance des origines personnelles ou familiales de cette difficulté, quand bien même celle-ci se manifeste dans le champ professionnel. Cela

appuie et renforce l'hypothèse selon laquelle il y a un intérêt à travailler l'histoire de vie des professionnels de la relation d'aide, et ce d'autant plus que ceux-ci ont une tendance à minorer les enjeux sociaux de leur trajectoire individuelle ainsi qu'à atténuer la force et la puissance des mécanismes de reproduction.

- **La capacité à soumettre des hypothèses** et des pistes de travail (se traduisant par des projets d'accompagnement sur les terrains professionnels). Nous verrons notamment autour de la monographie de Céline (chapitre 8) comment le module en sociologie clinique a particulièrement révélé ce difficile équilibre à trouver entre proposition et adhésion.
- Enfin, le module offre la possibilité de développer également une autre compétence, celle de **savoir entendre** ce qui est compris, entendu et accepté par le sujet concerné.

De manière générale, ce module est proposé aux étudiants en dernière année de formation (soit la troisième année) et concerne trois professions : les Éducateurs Spécialisés (ES), les ASS (Assistants de Service Social) et les ETS (Éducateurs Techniques Spécialisés). Dans ce module de fin de formation, dit de « spécialisation », les étudiants se voient proposer, au choix, une dizaine d'approches. Certaines portent sur des disciplines particulières (approches biographiques/ systémie familiale/ psychanalyse...), d'autres sur des thématiques ou des problématiques singulières (la parentalité/ les liens parents-enfant-ASE/ les dysfonctionnements familiaux/ Exil et migration/ le genre en question...). Ils émettent trois vœux et sont répartis (avec des critères de mixité inter filière) au sein des différents groupes, en fonction de leurs choix. La plupart du temps, les étudiants sont positionnés sur l'approche qu'ils avaient demandée en choix 1 (pour exemple sur les 30 étudiants rencontrés au total lors des trois sessions, c'était le cas pour 28 étudiants : l'une n'avait pas fait ce choix et a été repositionnée dans un autre groupe, et un autre avait émis ce choix en numéro 3 et a finalement décidé de rester dans le groupe).

Il apparaît important, au vu de cette démarche particulièrement impliquante, que ce choix soit respecté et que les étudiants soient prêts à entamer ce travail. Soyons pour autant clairs : ce module, souvent dit « optionnel », n'est pas une option et les étudiants doivent y participer. Ils sont obligés d'y assister (d'après leur contrat de formation, et pour certains leurs contrats avec leurs employeurs) sous peine de sanction (pédagogique ou financière). Dans ce cadre contraint, les étudiants ont une marge de manœuvre et de liberté (même si celle-ci est limitée) en ayant la possibilité de choisir les thématiques ou approches qui les intéressent, les préoccupent ou les interpellent.

Comme nous allons le voir, la question du volontariat dans ce type de démarche est une question éthique qui sous-tend celle de l'implication et de l'engagement. Le contrat de communication désigné par « l'accord -tacite le plus souvent- par lequel les candidats à un échange verbal acceptent de s'engager dans cet échange » (Lainé, 2004, p. 177) induit que toute interaction repose sur un contrat préalable (conçu comme un minimum de règles préétablies que les interlocuteurs définissent, approuvent et qui vont permettre de faire vivre l'échange). « Le contrat définit trois principes ou conditions de possibilité de la communication, à savoir :

- *L'intérêt ou le sens* que revêt, aux yeux des interlocuteurs, l'objet de l'échange proposé. Pour que je m'engage dans cet échange, il faut bien que son objet m'intéresse. Ou alors, c'est que mon interlocuteur exerce un pouvoir, une autorité ou une influence sur moi et que je n'ai pas le choix.
- *Les modalités techniques et déontologiques de l'échange* [...]
- *La capacité* de chacun à utiliser ces modalités techniques et déontologiques dans le cadre de cet échange » (Lainé, 2004, p. 179)

6.2.2. Entre volontariat et contrainte de participation : les « péripéties » de la recherche

La première condition présentée par Lainé concerne donc l'intérêt ou le sens de cette démarche pour les étudiants en formation. Quel était l'intérêt ou le sens pour les étudiants de cette démarche, n'ayant pas eu auparavant ni d'explication, ni de possibilité de se positionner parmi les choix d'options proposées ?

Cette obligation, liée à l'exigence d'assiduité en formation, s'est donc retrouvée au cœur de nos préoccupations en 2021. Les autres modules (2017, 2018 et 2019) seront bien évidemment étudiés dans les chapitres suivants (notamment car les étudiants interviewés y ont participé), mais nous souhaitons ici faire une incise dans notre propos méthodologique, afin de mettre en lumière une réflexion importante qui est directement issue de l'animation de ce module.

Outre le fait que ce module n'était plus inter-filière mais concernait uniquement les éducateurs spécialisés, cette année-là, l'équipe pédagogique en charge de la formation concernée a réparti de façon aléatoire les étudiants dans les groupes dits « optionnels ». Pour le dire autrement, pour un certain nombre de raisons (en termes d'organisation, de moyen humain etc.), l'équipe pédagogique ne propose pas, cette année-là, aux étudiants d'émettre des souhaits sur l'approche

dans laquelle ils veulent s'inscrire. Nous sommes tenus informés très tardivement de cela (quelques jours avant le début de module) et décidons de tout de même animer ce module. Le risque de dérive instrumentale nous apparaît néanmoins très nettement et concerne les pratiques d'histoires de vie « à marche forcée ». C'est-à-dire des démarches que l'on impose aux publics visés sous prétexte que c'est bon pour eux, en ne leur donnant ni la possibilité de refuser de s'y engager, ni la possibilité de négocier les modalités techniques et déontologiques de leur implication. Dit autrement, cela revient à traiter les individus auxquels on s'adresse comme des « non-sujets » -si l'on me permet l'expression – ou comme des objets. D'une certaine manière, le technicisme pédagogique apparaît comme doublé d'une posture technocratique, celle de l'expert qui décide de ce qui est bon pour les individus sans leur demander leur avis. » (Lainé, 2004, p. 38). Nous nous interrogeons alors beaucoup (avant d'accepter l'animation du module) : dans quelle position allons-nous nous trouver ? Comment favoriser l'engagement et l'implication, sans un cadre qui d'emblée pose des préalables d'adhésion et de volontariat ?

Le caractère impliquant de la démarche de l'histoire de vie convoque, d'une certaine manière, le premier principe du contrat de communication sur l'intérêt et le sens. L'obligation (et non plus le souhait exprimé par les étudiants parmi d'autres possibilités) nous a contraint, plus qu'à l'habitude, à travailler « au corps » cette question du contrat. En effet, « dès lors que l'objet du travail de formation n'est pas un objet extérieur et relativement indifférent aux sujets concernés, mais touche à l'être de chacun d'eux, la moindre des choses est de leur demander leur accord sur la base d'une connaissance minimale des objectifs et des modalités techniques et déontologiques qui leur est proposé. Cette nécessité relève du bon sens, du respect dû à la personne humaine et à sa liberté de décider si elle va, ou non, travailler sur elle-même et donner à entendre à autrui une partie des résultats de son travail. » (Lainé, 2004, p. 179)

Les clauses du contrat passées dans ce type de groupe sont, par conséquent, cruciales et nécessitent un travail d'explicitation et de négociation en amont de la mise en pratique de la démarche. C'est à ces conditions que l'hypothèse formulée et soumise par le groupe peut prendre sens pour le sujet narrateur, comme étant un facteur possible de compréhension de son histoire et du travail de reconfiguration envisageable par la suite. Sans ces conditions, le sujet pourrait se retrouver à nouveau « objet » d'une histoire subie, dont il ne maîtriserait ni les éléments de compréhension, ni les hypothèses proposées, ni le sens donné à son histoire. En résumé, une conception ne prenant pas en compte ces préalables et ces précautions pourrait s'avérer réifiante pour le sujet.

Le contrat passé au début dans le groupe donne des « garde-fous » essentiels à cet égard. Le caractère très impliquant de la démarche nécessite impérativement la mise en place de ce contrat régulant les rapports entre les membres du groupe. Alex Lainé détaille dans son ouvrage (Lainé, 2004, p. 182) les clauses minimales que doit comporter ce contrat. Nous nous attarderons ici sur deux d'entre elles :

1. « La règle d'autonomie des participants » qui établit le volontariat comme un indispensable et exclut toute participation qui serait imposée, ordonnée ou exigée. De plus, cette règle, tenant compte du désir et des capacités des acteurs, considère également l'autonomie des participants au regard du degré d'implication. Celui-ci est variable et va dépendre justement du désir, des capacités et des besoins de chacun. Ceux-ci étant très différents, chacun doit pouvoir décider librement ce qu'il raconte, ce qu'il donne à voir, de quelle manière. La variabilité des implications préserve les organisations psychiques de chacun. « Sans forcer ni retenir » pour reprendre les mots de Vincent de Gaulejac. En d'autres termes, chacun s'implique à la hauteur de ce qu'il veut et de ce qu'il peut.
2. « La règle relative au respect du travail d'autrui et au rôle du groupe dans la production de chaque narrateur » (Lainé, 2004, p. 184) appuie sur les qualités d'écoute compréhensive de la part du groupe.

Cette règle est capitale à plusieurs égards : elle souligne les aspects déontologiques de la démarche. En effet, la dimension « chorale » que revêt le travail en groupe doit être encadrée afin d'éviter certains écueils, à savoir :

- Les jugements de valeurs et les positions évaluatrices,
- Les projections liées aux phénomènes transférentiels qui pourraient générer des confusions entre ce qui relève de l'histoire du narrateur et des histoires des narrataires,
- Les interprétations sauvages pouvant s'avérer violentes. Il est primordial d'être vigilant aux mécanismes de défense que le sujet met en place.

Quand bien même les interprétations du groupe sont pertinentes (ou semblent l'être), si celles-ci ne sont pas acceptées ou entendues par le narrateur, elles ne peuvent être retenues comme piste de travail. Le narrateur est mis en position de sujet qui décide ou non de retenir telle ou telle hypothèse.

La première règle (d'autonomie des participants) présentée par Lainé a donc été mise en question lors du module que nous animons en 2021. Celle-ci fait écho au premier principe du contrat de communication (sur l'intérêt et le sens) : en effet, nous proposons au groupe cette démarche de formation, mais nous ne sommes pas « dupes » des jeux de pouvoir qui préexistent à la relation entre les étudiants et nous-mêmes. Pour le dire autrement, étant en poste de formatrice permanente, nous savons que la relation qui existent entre nous et ce groupe n'est pas symétrique en soi : nous sommes dotés, par notre position et notre place dans l'organigramme de l'école où ils étudient, d'une certaine autorité et d'une certaine influence. Pour nous sortir de cette impasse, nous nous étions mis d'accord, en amont, avec l'animateur du second groupe optionnel (cette année-là, il n'y avait que deux options et deux groupes proposés) pour qu'il puisse accueillir les étudiants réticents à participer à notre démarche. Nous ne savions pas quelles seraient les réactions des étudiants et l'accueil qu'ils feraient de notre présentation de l'approche biographique et de la démarche impliquante dans laquelle nous souhaitions les emmener. Dans un premier temps, nous nous sommes présentés, à la fois professionnellement (et ce à double titre, en tant qu'ancienne éducatrice spécialisée, devenue formatrice) mais également personnellement (en évoquant quelques éléments saillants de notre parcours, détaillé dans le premier chapitre). Forts de notre formation de deux années au sein du RISC, nous mobilisons notre propre capital biographique pour, d'emblée, mettre en lumière les intérêts d'une telle démarche dans et pour la compréhension de leurs pratiques professionnelles. Nous commençons à formuler une question, ou un fil rouge de ce que pourrait être ce module : « *En quoi vos histoires de vie impactent-elles votre manière d'être d'éducateur, ainsi que vos façons de le faire et de le vivre ?* »

Dans un second temps, nous faisons un tour de table, après cette présentation, afin de recueillir les premiers ressentis « à chaud » : comment accueillent-ils cette proposition ? Sont-ils partants, réticents, méfiants, enthousiastes... ? À l'issue de ce tour de table, nous leur indiquons une « voie de sortie », s'ils le souhaitent, avec la possibilité d'intégrer à la fin de la matinée le second groupe (dont l'approche était autour de la co-construction). Ce tour de table nous donne une première indication : sur les douze étudiants présents, une seule étudiante manifeste une envie réelle de s'engager dans ce travail, le reste du groupe est partagé entre deux tendances. L'une pouvant être entendue comme plutôt « neutre » : les étudiants ici s'interrogent, veulent en savoir plus (et se disent finalement ni pour ni contre), la seconde tendance, plus marquée, montre nettement une méfiance à l'égard de la démarche : les étudiants affirmant ne pas vouloir entamer ce type de démarche dans leur centre de formation, (encore moins avec leurs camarades de promotion). La question du cadre est abordée, certains étudiants pointant la démarche comme relevant du

thérapeutique. Nous réassurons ces étudiants en délimitant ce cadre : nous sommes formateurs, et sommes donc, à ce titre, bien dans un module visant la production d'apprentissages et de recherches, (certes, sur soi). Toutefois, nous leur demandons d'attendre les précisions que nous souhaitons leur apporter sur notre façon d'envisager cette démarche et sur notre manière d'animer ce module, avant de prendre leurs décisions. Nous nous appuyons ici sur la règle d'autonomie des participants, mais « considérée sous l'angle de la gestion de son degré d'implication. Le travail passe par une implication de chacun, mais à sa manière propre. Chacun décide librement de ce qu'il va dire de lui. Il n'y a pas d'implication standardisée qui s'imposerait à tous et chacun peut, du point de vue des processus psychiques, préserver sa propre organisation défensive. » (Lainé, 2004, p. 183).

Nous insistons alors longuement (nous en faisons même le slogan ou leitmotiv de ce groupe) sur le fameux « sans forcer ni retenir », déjà évoqué précédemment. Nous leur pointons les transpositions et parallèles avec leurs pratiques professionnelles, particulièrement en ce qui concerne le recueil des histoires de vie (via les anamnèses ou autre démarche de ce type) et nous évoquons avec eux une autre règle définie dans la charte éthique de l'ASIHVIF : « l'animateur a déjà fait lui-même son histoire de vie » (Pineau, 2019, p. 356). Nous nous appuyons alors sur notre propre expérience de cette démarche et leur soulignons que, d'une certaine manière, ils la mettent en œuvre (évidemment sous une forme bien différente) presque quotidiennement dans leurs pratiques professionnelles.

Puis, nous nous sommes particulièrement attardés sur la formalisation du contrat, que nous cherchons à co-construire et négocier le plus possible. Sont évoqués les points suivants, qui reprennent ce qui a été présenté en amont (p. 256) :

- La **confidentialité** : ce qui est dit dans ce groupe reste dans ce groupe
- La **propriété des productions réalisées** (chaque étudiant est le propriétaire des documents et support qu'il aura produit durant ce module)
- Le non- jugement de valeur et une attitude ne se situant pas dans une démarche évaluatrice ; en d'autres termes une **écoute bienveillante** de ces histoires
- Le respect vis-à-vis des histoires entendues et la **précaution quant à la formulation des retours et questions**, dans « le souci d'éviter les violences de l'interprétation et, en particulier, de l'interprétation sauvage, c'est-à-dire de l'interprétation que le sujet, dont c'est la vie et l'histoire, ne peut recevoir (même si cette interprétation est pertinente). Il

s'agit là de respecter les défenses de chacun et de ne pas faire intrusion dans des domaines qu'il tient à préserver. » (Lainé, 2004, p. 185)

- La « **nécessité de ne pas projeter sur l'histoire du narrateur des interprétations et des analyses qui tiennent davantage à l'auditeur** (ou narrataire) qu'au récit du narrateur. L'énoncé de la règle en tant que telle peut être formulé ainsi : Il est convenu que le travail des narrataires et du formateur sur le récit du narrateur doit être davantage un travail d'*accompagnement* de ce même narrateur, un travail de *coexploration* des événements évoqués, plutôt qu'un travail d'interprétation du récit de celui-ci par ceux-là. » (Lainé, 2004, p. 185).

Dans le prolongement de ce qui a été dit au point précédent, quand les étudiants font leurs propositions, ils « tâtonnent », et ce, tant dans la formulation d'hypothèses, que dans l'écoute de ce que le narrateur en a compris. En d'autres termes, ils expérimentent la position basse de l'accompagnant et découvre comment et en quoi cela résonne chez la personne accompagnée. De plus, et cela fait partie de cette qualité d'écoute, ils doivent composer avec toutes les incertitudes, hésitations et confusions que cela peut générer. Ce type d'accompagnement lié à des formes de clarification et d'élucidation identitaire (qui, rappelons-le, nous semble central dans les métiers de la relation d'aide) crée inévitablement des temps de flottement, inhérents aux processus de maturation et de « digestion » propre à ce type de travail sur soi. Ces temps « flous » amènent le sujet à être indécis. Les travailleurs sociaux doivent prendre en compte cette temporalité et laisser au sujet le temps nécessaire pour accueillir, accepter ou refuser une proposition.

L'animateur doit donc veiller à ce que le travail du groupe sur le récit du narrateur soit engagé dans une optique d'accompagnement et de coexploration des événements de l'histoire de ce dernier. Il nous a donc fallu, pour ce module de 2021, expliciter et mettre en mots nos intentions, notre méthode et démarche pour sécuriser le groupe et susciter un engagement de chacun. Il s'avère que tous les étudiants ont souhaité rester dans ce groupe et se sont tous impliqués, d'une manière très engagée et ce, d'après mes observations, d'une façon plus affirmée que dans les autres groupes. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Le groupe étant contraint et *a priori* non-volontaire pour effectuer ce type de démarche, la question du contrat passé dans le groupe a été encore plus prégnante et centrale

- Nous avons certainement travaillé ce contrat de manière plus fine, plus explicite et avons pu détailler de manière plus approfondie nos intentions
- Ce module se déroule quelques mois après notre formation longue au RISC ; et les effets de la formation, à notre sens, se font alors déjà « sentir » : nous sommes plus outillés et plus « armés » pour faire les mises au point expliqués dans les deux points précédents.

L'implication des étudiants a été particulièrement soutenue, ceux-ci finissant même par exprimer la nécessité de ce type d'approche dans leur cursus de formation et souhaitant prolonger la séance : des demandes ont été faites par les étudiants en ce sens, à savoir par exemple créer un temps de formation supplémentaire pour qu'un étudiant, absent (pour cause de maladie) puisse présenter son support et qu'il y ait un temps de retour collectif (auprès de l'autre groupe, étant dans la seconde option) sur la démarche de manière générale. Nous n'avons pas accédé à cette demande, et avons travaillé avec le groupe sur la fin du groupe et le travail de deuil que cela pouvait générer. Si nous citons cela, c'est parce que, contrairement à nos craintes initiales, il s'est avéré que ce groupe s'est saisi entièrement de la démarche et a pu se livrer et travailler de manière chorale de façon tout à fait satisfaisante. Nous reviendrons plus longuement sur ce qui s'est joué dans ce groupe (notamment en ce qui concerne le travail que chacun a pu faire sur son histoire de vie) dans le dernier chapitre.

L'accompagnement biographique vise davantage à élucider ou mettre en lumière certains événements qu'à en faire une interprétation au sens psychanalytique du terme. « Soumettre » une hypothèse prend donc ici un sens particulier, car le processus induit une dépendance du groupe à l'endroit de l'adhésion du narrateur aux hypothèses proposées. Le groupe suggère, propose, offre des pistes de travail mais celles-ci ne sont validées que si le sujet les entend, les comprend et y adhère. Le groupe et chacun des membres doit alors adopter une position basse, ne pas se situer en position d'autorité ou de « sachant » afin de laisser la place au sujet et ne pas être dans une conception réifiante de ce dernier.

Cette dimension résonne fortement avec le travail éducatif mis en œuvre par les professionnels. En effet, ayant nous-même exercé le métier d'éducatrice spécialisée, nous avons souvent éprouvé ces difficultés entre imposition/ proposition/ adhésion. L'exemple de Christian (page 9) est une illustration parmi d'autres des tensions contradictoires présentes dans le travail social et, de façon plus générale dans les métiers d'accompagnement ; tensions entre souci de protection et volonté d'émancipation. Le travailleur social propose un projet d'accompagnement aux bénéficiaires, et ce projet est élaboré à partir d'observations qui ont elles-mêmes conduit à des postulats, des

hypothèses de travail, qui par la suite se traduisent en actions concrètes. Or, l'éducateur doit faire preuve de prudence quand il propose ces projets : Comment la personne accompagnée comprend et entend ce qui lui est renvoyé ? Qu'en dit-elle ? Comment adhère-t-elle à ces propositions ? Jusqu'où aller dans la proposition des hypothèses ? La prudence, l'humilité, la précaution me semblent être nécessaires pour penser ces dimensions du métier.

6.2.3. Relation entre le chercheur et son sujet de recherche : notre place de formatrice, entre réalité statistique, implication subjective et détour réflexif et biographique

Au début de ce travail de recherche, notre focale portait principalement sur les étudiants. Il s'est avéré que le rôle des formateurs est incontournable si l'on souhaite appréhender plus finement les enseignements proposés par eux pour les étudiants. Nous avons donc décidé, dans cette partie méthodologique, de leur consacrer quelques pages. Il s'agit, en se basant sur des enquêtes et études, notamment statistiques, de resituer leurs parcours et leurs trajectoires. Au regard de ces éléments, nous cherchons à mettre en lumière notre propre parcours de formatrice et d'interroger nos différentes implications quant à notre sujet/objet de recherche. Il convient de rappeler ici notre implication avec notre sujet et objet de recherche : celui-ci concerne la formation d'éducateur spécialisé, or c'est une formation que nous avons-nous-mêmes suivie, il y a plus de quinze ans ; l'enquête se déroule dans le centre de formation dans lequel nous avons justement effectué cette formation et dans lequel nous sommes, depuis fin 2016, salariés en tant que formateur. Nous pouvons ajouter à ces implications le fait que nous avons rencontré un ami (devenu depuis notre conjoint) dans le cadre de cette formation initiale, et que (pour ajouter à la superposition des implications) notre mari a été lui aussi embauché dans cette école l'an dernier (2021). Bref, il apparaît très clairement que nos implications sont multiples, s'entrecroisent et se situent à différents niveaux : elles impliquent notre vie familiale (avec l'arrivée de notre conjoint comme collègue), elles viennent mobiliser des affects, des émotions notamment en lien avec notre passé d'étudiante dans cette école et elles sous-tendent également notre rapport au travail de manière générale, notre rapport au métier d'éducateur, ainsi que notre rapport à la recherche et au savoir. Nous souhaitons ici mettre au travail ces implications, dans une optique plus méthodologique visant à explorer notre parcours de formatrice au regard des autres parcours de formateurs en travail social. L'implication est indissociable de la démarche clinique, en effet « la méthode clinique s'affirme comme sciences du singulier. Sa spécificité tient à la reconnaissance de la part

du chercheur dans la composition de l'objet étudié, déterminé par son implication, dégagé de l'intériorité de celui qui l'étudie, saisi ainsi comme objet clinique ». (Massa, 2019, p. 353) Par le détour biographique effectué dans le premier chapitre et les éléments dont nous venons de faire part, nous souhaitons ici nous inscrire pleinement dans la méthode clinique telle qu'elle est définie et donc, reconnaître nos implications dans le sujet étudié, afin de tendre, non pas vers une prétendue objectivité, mais pour se « dégager de l'intériorité de celui qui l'étudie ». Pour le dire autrement, cette tentative de généralisation cherche à éviter de se situer dans une approche égocentrée, intérieure, voire intime, qui n'effectuerait pas le travail d'universalisation, d'extériorisation et de socialisation, travail incontournable dans le domaine de la recherche.

Dans cette optique, nous allons nous attacher à comprendre notre cadre d'exercice et comment notre situation, qui de prime abord, peut paraître très impliquée et subjective, est en fait une réalité sociologique des formateurs. Pour ce faire, nous allons donc étudier les caractéristiques du groupe des formateurs en travail social, notamment à partir de l'étude de Verron, « Les formateurs en travail social, sociologie d'un groupe professionnel menacé » (2016). Plusieurs éléments sur les conditions de travail retiennent notre attention : 1) Le CDI est le contrat largement majoritaire signé par les formateurs permanents (à plus de 96%), c'est également notre cas. 2) Les trois-quarts des formateurs sont à temps plein, et « les formateurs à temps partiel ont un temps de travail moyen de 70% » (Verron, 2016, p. 50). C'est également notre cas, étant employés pour un contrat de travail à 75% ETP. 3) Comme évoqué précédemment (p. 235), nous exerçons dans un EFTS rattaché à la convention de 1966. Cette convention est largement répandue dans le secteur social et cela n'est pas sans incidence sur l'identité et la culture des formateurs en travail, qui, via celle-ci, s'affilie au secteur médico-social (et non à celui de la formation) et en ce sens font « perdurer » une identité professionnelle passée, celle du travailleur social qu'ils étaient avant de devenir formateur.

Cela nous amène à poursuivre sur les questions d'identité du formateur, en nous appuyant sur une typologie et une catégorisation de ce groupe professionnel. La typologie de ce groupe a évolué : en effet si jusque dans les années 1970, tous les formateurs étaient d'anciens professionnels, les mutations sociétales (concernant notamment les mobilités professionnelles) et plus particulièrement celles du secteur médicosocial ont conduit à « une base de recrutement élargie, moins centrée sur les éducateurs spécialisés d'origine, et s'ouvrant à d'autres professionnels » (Verron, 2016, p. 54). Nous sommes représentatifs de près des trois-quarts des formateurs, en

effet, comme « 72% de notre population [les formateurs en travail social] possède au moins un diplôme en travail social » (Verron, 2016, p. 106), ce qui est notre cas avec l'obtention en 2005 du diplôme d'État d'éducateur spécialisé. De plus, nous arrivons dans la fonction avec près de quinze années d'expérience professionnelle comme les « 72% des professionnels [les formateurs, qui] ont plus de 10 ans d'expérience » (Verron, 2016, p. 109)

Dans les années 1990, une enquête menée par Roger Bertaux identifie cinq profils de formateurs ; ces profils sont similaires à ceux de 1970, à savoir des formateurs disposant d'une expérience en travail social et titulaires d'un diplôme dans ce secteur. Toutefois, l'enquête de Bertaux « introduit un nouveau critère : l'obtention d'un diplôme universitaire avant ou après la prise de poste en tant que formateur » (Verron, 2016, p. 55). La conséquence est une inflation des diplômes universitaires au sein de ce groupe professionnel, passant, entre 1971 et 1991 « de 12% à 50%. 87% des formateurs ont un diplôme au moins de niveau II contre un peu plus de 50% en 1971 » (Verron, 2016, p. 55). Nous nous reconnaissons également dans cette typologie, en effet, nous avons pris nos fonctions de formatrice en étant nous-mêmes diplômés du secteur et en ayant obtenu un master 2 recherche (en sciences de l'éducation) deux ans avant cette prise de poste. Verron s'appuie également sur deux autres enquêtes portant sur l'évaluation des dispositifs de formation et l'étude des carrières (respectivement le rapport Villain de 1995 et l'étude de Bach de 2006). Ces deux études nous permettent de comprendre plus finement les figures du formateur en travail social et les étapes qui l'ont conduit à ce poste. Villain repère quatre figures principales : « le formateur de culture de type universitaire se définit par la maîtrise d'un savoir et sa capacité à le transmettre [...] ; le formateur de culture de type entreprise se définit par ses connaissances du marché du travail, des employeurs, du terrain [...] ; le professionnel devenu formateur est porteur d'une logique d'apprentissage du métier [...] ; la quatrième figure est le formateur comme métier à part entière. » (Verron, 2016, p. 56). Nous nous reconnaissons dans ces hybridations possibles notamment entre la première figure (le formateur avec la culture universitaire) et la troisième figure (le professionnel devenu formateur).

La deuxième enquête de Bach, menée en 1995, s'intéresse, quant à elle, aux processus et étapes qui conduisent à occuper un poste de formateur en travail social. Deux modes d'entrée dans la fonction sont repérés : celui de la cooptation et celui de la voie externe. La première voie est identifiée comme étant « la voie d'accès la plus fréquente au métier de formateur [...] et s'appuie sur une trajectoire qui suit un déroulement qualifié de *logique et naturel* » (Verron, 2016, p. 58). Les étapes suivantes sont distinguées comme étant des invariables dans cette approche par

cooptation : « 1) accueil de stagiaires de formation identique à celle du professionnel [...] ; 2) participation à des jurys de sélection ou au diplôme d'État ; 3) premières interventions directes sous forme de témoignages professionnels ; 4) accompagnement de mémoires et/ou d'atelier d'analyse des pratiques professionnelles ; 5) cours ; 6) recrutement. » (Verron, 2016, p. 59) Nous pouvons clairement retrouver une partie de notre chemin nous menant d'une poste de travailleur social à celui de formateur. Si ces étapes ne se sont pas déroulées de façon si chronologique, nous les retrouvons toutes. Notre parcours est hybride : il est à la fois constitué d'une cooptation (notamment par le biais d'un collègue étudiant à l'université et en poste de formateur dans le Nord de la France) nous permettant de faire nos premiers pas dans cette fonction et d'une voie d'accès au poste de formateur permanent (dans le Loiret), nommée externe. Nous nous reconnaissons pleinement dans un des trois profils de formateurs que dresse Verron : « les formateurs qui, après un diplôme initial en travail social, ont obtenu un ou plusieurs diplômes supérieurs en travail social et qui ont été recrutés dans une école. » (Verron, 2016, p. 121).

Notre identité professionnelle s'est transformée ces dernières années et nous pouvons nous inscrire dans une « identité confortée de formateur technique : une forte reconnaissance sur le plan synchronique, une trajectoire biographique en continuité et une double socialisation professionnelle dans le secteur technique et dans la formation continue produisent une identité valorisée dans les organismes et investie par les formateurs. » (Verron, 2016, p. 66). Notre identité professionnelle repose sur la combinaison de différents processus d'appartenance mettant en jeu l'identité pour soi et l'identité pour autrui. Négociées et renégociées tout au cours de la vie, notre identité est donc en mouvement, notamment via cette transaction qui met en jeu ses affiliations, ses héritages, ses ancrages, ses appartenances, ainsi que la propre représentation que l'on a de soi.

Identité pour autrui (identité virtuelle, chez Goffman) et identité pour soi (identité réelle, chez Goffman) ne sont pas nécessairement en correspondance l'une avec l'autre. Quand des désaccords surgissent entre les deux, des stratégies identitaires sont mises en œuvre afin de réduire l'écart. Ces stratégies prennent deux formes. [...] Par la seconde forme, dite transaction subjective, les individus rapprochent les termes des identifications antérieures (identité héritée ou forgée) et ceux utilisés lors de la construction de nouvelles identités (identité visée). La relation entre identité forgée et identité visée se structure sous le mode de la continuité ou de la rupture. (Doray, 1992, p. 309)

Il nous semble que ce travail doctoral constitue une étape de notre parcours, où nous avons développé simultanément de nouvelles identités : celle de formatrice et celle « d'apprentie chercheuse ». À posteriori, il nous semble que nous avons su opérer une « transaction subjective » en unissant nos identités héritées (celles de monitrice soignante à La Chesnaie, d'éducatrice

spécialisée, puis de référente de parcours) et nos identités visées (celle de formatrice, de docteur, de chercheuse). Ce travail a été soutenu et rendu possible, nous semble-t-il, par la formation longue au RISC, qui nous a permis d'explorer et de regarder plus en amont notre parcours, et les effets de celui-ci sur le futur que nous envisageons, mais également sur notre rapport au travail, notre rapport à la recherche et la manière dont nous le faisons et dont nous souhaitons l'exercer. « L'identité de métier [...] ne connaît pas de rupture entre identité forgée et identité visée, le métier introduisant la continuité entre la trajectoire antérieure et les projets professionnels. » (Doray, 1992, p. 310). Effectivement, notre identité de métier est constamment mobilisée dans nos activités de formatrice : en premier lieu, elle a été un élément important dans la prise de fonction de formatrice (constituant ici, comme nous l'avons vu, quasiment un principe de recrutement). De plus, elle soutient et étaye nos enseignements en tant que formatrice (nous pouvons citer l'exemple du mouvement de psychothérapie institutionnelle, que nous avons réintroduit comme étant une approche devant s'inscrire dans les programmations des filières que nous avons en charge). Cette identité métier a également en partie légitimé et favorisé des autorisations à écrire (sur le métier) et, en ce sens, elle a contribué à intégrer une nouvelle identité (celle de chercheuse, d'universitaire ou « d'intellectuelle »).

Si nous avons souhaité faire cette partie sur les formateurs en général et plus particulièrement sur notre place de formatrice, c'est bien pour mettre au travail notre implication et donc, en creux, notre distanciation avec notre sujet de recherche. En effet, « selon la démarche clinique [...], l'analyse de l'implication du chercheur est une condition de promotion de la rigueur scientifique dans la mesure où elle met en évidence les effets de son incidence sur le savoir produit, à l'instar des outils qui prétendent neutraliser la trace du sujet dans la production de la connaissance. La force heuristique de cette démarche provient des effets de surprise et de l'inattendu survenus lors des situations étudiées. » (Massa, 2019, p. 353). La sous-partie précédente, autour des questions de volontariat et d'adhésion au module animé et expérimenté dans le cadre de cette recherche, a produit des effets indéniables de surprise et d'inattendu, que nous avons essayé de retranscrire le plus fidèlement possible. Enfin, ces quelques pages écrites sur les formateurs, et notre situation vis-à-vis de ce groupe professionnel, visent justement à préciser d'où nous écrivons, et où nous nous situons pour mieux saisir les incidences et impacts de notre parcours sur nos travaux de recherche, sa méthodologie, son cadre théorique, ses illustrations empiriques etc.

6.2.4. Les biais de notre méthodologie

Cette partie conclusive du chapitre dédié à la méthodologie de l'enquête va explorer et mettre à jour les biais méthodologiques de cette recherche. Il convient de faire une analyse de ces biais en amont du traitement des données, et ce afin d'utiliser toutes les précautions nécessaires quant à l'analyse des résultats.

En premier lieu, nous nous attarderons sur la règle de l'exhaustivité et de la non-sélectivité telle que la présente Laurence Bardin. « Une fois défini le champ du corpus (entretiens d'une enquête, réponses à un questionnaire, éditoriaux d'un quotidien de Paris entre telle et telle date, émissions de télévision concernant tel sujet, etc.), il faut prendre en compte tous les éléments de celui-ci. Autrement dit, il n'y a pas lieu de laisser un élément pour une raison quelconque (difficulté d'accès, impression de non-intérêt) non justifiable sur le plan de la rigueur. Cette règle est complétée par la règle de non-sélectivité. Par exemple, on réunit un matériel d'analyse des publicités pour automobiles parues dans la presse pendant une année. Toute annonce publicitaire répondant à ces critères doit être recensée. » (Bardin, 2018, p. 127). Nous n'avons pas fait preuve de sélectivité, en effet, tous les documents ont été recensés et il nous semble que nous avons été dans une démarche se voulant la plus complète possible. Néanmoins, nous n'avons pas respecté la règle de représentativité concernant le corpus des entretiens infirmiers. Notre intention était d'interviewer 6 étudiants de chaque groupe ; soit 6 éducateurs spécialisés ayant effectué le module sur les approches biographiques, 6 éducateurs spécialisés ne l'ayant pas réalisé et 6 étudiants infirmiers.

Malgré notre obstination, les difficultés d'accès rencontrées pour « atteindre » les étudiants en soins infirmiers ont été telles que nous n'avons pu aboutir à la concrétisation de notre objectif, et n'avons réalisé que 4 des 6 entretiens prévus. Ces difficultés ont été manifestes dès le début : nous nous sommes d'abord adressés à des centres de formations (notamment trois IFSI de la région), ces appels et mails sont restés dans un premier temps sans réponse. Puis, par le biais de diverses connaissances professionnelles, nous avons eu au téléphone directement deux responsables de formation (dans deux IFSI différents). Ces responsables ont accueilli « chaleureusement » dirions-nous, notre demande, pourtant, malgré nos nombreuses relances, aucune suite n'a été donnée. Nous avons convenu que ces responsables diffuseraient ma demande d'entretien (via un court texte que nous avons rédigé) au sein des promotions d'étudiants infirmiers qu'ils forment : est-ce que cette

diffusion a eu lieu ? est-ce que les étudiants n'étaient pas intéressés ? Est-ce que ces derniers n'étaient pas disponibles ?

Nous émettons ces différentes hypothèses sous forme de questions, car encore aujourd'hui, nous n'avons pas la réponse. Nous avons également prévu d'intervenir directement auprès d'une promotion dans l'un de ces ISFI, mais cette intervention a été reportée, puis annulée, en raison de la crise sanitaire que nous avons traversée. Les étudiants concernés par ces entretiens, les infirmiers en formation, ont fortement été impacté par la crise de la Covid-19, tant au niveau de leur formation qu'au niveau de l'apprentissage de leur futur métier. Le secteur soignant, touché de plein fouet par cette crise, a été fortement affecté et pressurisé par le nombre de malades à prendre en charge et donc s'est surajouté aux difficultés anciennes liées à la « gestion » de l'hôpital, un accroissement de la charge de travail. Si les soignants ont vécu très directement cette crise, c'est aussi le cas des étudiants infirmiers. Une de nos hypothèses de compréhension sur nos difficultés à accéder à ce public se loge donc ici : trop « pris » et englués dans des réalités on ne peut plus difficiles du terrain, au moment de la réalisation de notre enquête, les étudiants n'étaient pas disponibles pour y contribuer. Nous avons essayé quelques mois après la crise (de fin 2020 à 2021) de les atteindre par d'autres canaux ; nous avons donc déposé des demandes et des appels sur des forums étudiants. Là encore, ce fut sans réponse ; de plus, les échanges sur les forums nous montraient des intérêts d'étudiants et des préoccupations somme toute éloignées des nôtres (les échanges portant directement sur les contenus de formation, les certifications, ou sur les conditions d'exercice de leurs stages). Nous n'avons pas réussi à respecter cette règle de représentativité, ce qui induit un biais méthodologique : la parole et les résultats qui seront étudiés à partir des entretiens infirmiers sont en ce sens à modérer et pondérer par rapport à ceux des éducateurs spécialisés.

Il s'agit ici de s'attarder alors sur les modalités d'accès qui nous ont permis, à contrario, d'interviewer les 4 étudiants infirmiers. Nous étions un peu « en peine » face à ce manque de réponse, nous nous sommes donc adressés à une infirmière en poste que nous connaissions, afin de savoir si elle pouvait nous orienter des étudiants, qui par exemple, serait en stage sur son lieu d'exercice. Nous avons donc, par ce biais, pu rencontrer une étudiante en formation, Maëva. C'est grâce à cette étudiante que nous avons pu avoir accès aux trois autres. En effet, elle a sollicité directement des camarades de son école pour participer à notre recherche, ce qui a, en partie, fonctionné. Nous avons essayé de tirer ce fil, en nous adressant à ces trois autres étudiants, pour

qu'eux aussi, puissent directement faire part de notre démarche à leurs camarades. Ils ont tous été partants sur le moment, mais ont pu nous faire part d'oublis, ou de manque de temps (en évoquant clairement les difficultés liées à leurs stages et aux exigences de la formation), pour expliquer le non-aboutissement de ces demandes.

De plus, concernant les 4 entretiens réalisés auprès des étudiants infirmiers, un seul a eu lieu en présentiel (celui de Maëva). La crise sanitaire étant d'actualité lors des trois autres entretiens, il a été difficile de trouver des endroits pour réaliser ces entretiens (par exemple la bibliothèque où nous avons pu réaliser des entretiens avec les éducateurs spécialisés était fermée), de plus, leur fonction, au plus près de la maladie, a conduit les entretiens à faire preuve, à juste titre, de prudence et de précautions. La différence dans la menée de ces entretiens est donc nettement liée aux conditions de réalisations de ceux-ci. En effet, contrairement à l'entretien de Maëva ou des étudiants en formation de travail social, ces derniers ont été plus courts : par exemple la retranscription des entretiens pour ces trois étudiants fait moins de 8 pages alors que pour Maëva, elle en fait 11. De même, pour les étudiants en travail social, la très grande majorité des entretiens retranscrits fait bien souvent plus d'une dizaine de page (il n'y a que pour 2 étudiants en travail social sur 12 qu'elle fait moins de 8 pages). En résumé, les conditions d'entretiens en visioconférence ne nous ont pas paru optimales, et elles constituent un biais méthodologique car ces conditions ne sont pas les mêmes pour tous les entretiens réalisés (ne concernant pour rappel que 3 étudiants sur 18).

En outre, il faut ajouter à la pondération de ce groupe (les étudiants en soins infirmiers) dû aux biais méthodologiques évoqués précédemment, que ces étudiants n'ont pas de formation aux approches biographiques. N'étant pas en poste de formatrice auprès de ces étudiants, contrairement aux travailleurs sociaux, nous ne pouvions avoir accès à la programmation des formations, et encore moins faire des propositions d'intervention, comme ce fut le cas pour les éducateurs spécialisés. Nous ne pouvions donc faire une analyse comparative entre un groupe expérimental (les étudiants en soins infirmiers ayant réalisé un module de formation s'inscrivant dans les approches biographiques) et un groupe contrôle (ceux ne l'ayant pas fait). Nous avions en tête cette limite dès le début de l'enquête, c'est pourquoi, du côté des étudiants infirmiers, nous souhaitions davantage voir les mécanismes d'apprentissage d'une écoute dite « clinique » ou « complexe ».

Nous l'avons déjà dit à maintes reprises, et nous avons détaillé cet aspect lors de la dernière sous-partie, mais pour prolonger ce point, il nous paraît évident que n'étant pas issus du secteur

soignant, du métier et n'intervenant pas dans ces organismes de formation, il nous semble qu'un biais se dessine ici également. En effet, nos connaissances des réalités vécues par les étudiants sont bien plus étayées et fines chez les futurs travailleurs sociaux que chez les infirmiers. De même, les exigences de formation et la « mécanique » interne aux établissements de formation est bien moins connue par le chercheur en ce qui concerne les formations en soins infirmiers.

De plus, notre étude porte sur un petit nombre d'entretiens : 4 entretiens exploratoires et 16 entretiens d'enquête. Il convient donc de relativiser la portée et la visée de généralisation des résultats. L'enquête qualitative va surtout ici participer à déterminer les mécanismes singuliers qui entrent en jeu dans la formation à une posture professionnelle, et particulièrement en ce qui concerne l'écoute et l'accueil des histoires de vie. Il n'est pas question ici de générer des modèles ou des catégorisations chez ces étudiants, mais bien de repérer et d'identifier les processus et mécanismes qu'ils décrivent sur et autour de leur formation. À partir de l'analyse de contenu thématique, nous allons déterminer ce qui semble commun à tous, faisant ici un va-et-vient entre une analyse transversale et une analyse singulière de chaque entretien.

Enfin, nous avons évoqué le module expérimental sur les approches biographiques, qui concernent exclusivement les étudiants en travail social. Sur les 6 étudiants interviewés pour cette enquête, trois ont vécu le module en 2019, deux en 2018 et une en 2017. Pour cette dernière étudiante qui a participé au module en 2017, nous n'avons pas encore entamé la formation longue au RISC ; pour les 2 étudiants ayant été associés au module de 2018 nous débutons tout juste cette formation, et enfin pour les trois ayant contribué au module réalisé en 2019, nous étions en fin de formation. Il convient alors également de prendre en compte ce biais dans notre analyse des résultats : la formation longue au RISC nous a clairement transformé, et particulièrement en ce qui concerne l'animation de ce module (notre approche, la question du contrat, notre écoute, notre capacité à faire vivre le « récit choral » etc.).

Pour le dire autrement, cette cohorte d'étudiants (regroupés sous la même entité : le « groupe expérimental ») n'a pas vécu le même module, du fait même de mes modifications d'animation. Il conviendra de nous rappeler de ces éléments lors de l'analyse et d'y associer la prudence et la vigilance nécessaire à toutes interprétations de nos résultats.

Chapitre 7 : Traitement et analyse : une approche transversale et séquentielle des récits

7.1. Comparaison entre deux cohortes : les infirmiers et les éducateurs spécialisés

Dans ce chapitre dédié au traitement et à l'analyse des résultats, nous souhaitons, par l'étude des entretiens menés, vérifier nos hypothèses. Dans un premier temps, nous allons nous consacrer à l'étude comparative du discours des étudiants en soins infirmiers et des étudiants en travail social. D'un point de vue méthodologique, nous avons effectué un découpage dans le texte, entretien par entretien, pour mettre en lumière et en évidence des unités de sens qui pouvaient être en corrélation avec nos hypothèses de travail. Puis, nous avons répertorié ces extraits à partir des choix de thèmes que nous avons opérés auparavant (ici au nombre de trois : l'accueil de la parole, la formation de/à l'écoute et enfin la reconnaissance et la mobilisation du capital biographique). Pour ne pas trop « écraser » les données recueillies, et conserver la singularité des propos, tout en dégagant des traits et éléments communs, nous avons procédé à un déchiffrement sommaire de chaque entretien. Puis, nous en avons extrait les points saillants, que nous avons mis en discussion avec les autres entretiens. Ainsi, pour chacune des trois thématiques identifiées, nous avons pu dégager des invariants, des points communs ou des endroits de tensions. Nous allons présenter, dans les trois sous-parties suivantes (correspondant chacune aux trois thématiques retenues), ces éléments. Nous faisons le choix de différencier, dès maintenant les étudiants en travail social faisant partie du groupe expérimental et ceux appartenant au groupe contrôle ; mais ce n'est que dans la seconde partie, à la manière d'un entonnoir, que nous préciserons et détaillerons les différences entre ces deux groupes. De plus, nous avons choisi de faire cette présentation en partie sous forme de tableaux. Cet outil nous a semblé adéquat pour mettre en évidence les éléments saillants de chaque entretien. En effet, les tableaux récapitulatifs que nous avons élaborés ont eu l'avantage de mettre en lumière les points communs et les divergences, points de tensions entre les cohortes étudiées. Nous allons donc vous exposer ces dénominateurs communs et points de discordes, via ces tableaux, en rapportant à chaque fois leurs occurrences (en nommant les étudiants, de façon numérotée³¹). Les *verbatim* viendront appuyer et étayer nos analyses, qui seront développés pour chacun des items présentés.

³¹ Les prénoms des étudiants ont été modifiés, pour rendre anonyme leurs propos. Pour plus de lisibilité, ils sont ici identifiés par un numéro (numéros que l'on retrouve dans les entretiens).

7.1.1. Vécu et discours sur l'accueil de la parole dans les métiers de la relation d'aide

Après une lecture attentive de chaque entretien, nous avons pu identifier des catégories d'indicateurs ayant tous à trait à la première thématique retenue : l'accueil de la parole (cadres et pratiques d'écoute ainsi que conceptualisation de celle-ci). Nous proposons cette première catégorisation afin de décrypter le discours qui est tenu par les professionnels sur leurs pratiques d'écoute. Au regard de la lecture et l'examen des 16 entretiens, nous avons retenu plusieurs indicateurs présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : « Accueil de la parole »

Accueil de la Parole	Groupe expérimental des étudiants en travail social						Groupe contrôle des étudiants en travail social						Groupe des étudiants en soins infirmiers			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Participants																
Variabilité du contexte et du public	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
La temporalité	X	X	X			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Le volontariat et la contrainte	X		X	X		X	X	X	X	X	X				X	
L'expression d'une difficulté	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X		
La véracité des propos	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X			
L'écoute : ciblée et liée à l'observation	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
L'écoute clinique : un versant thérapeutique ?	X		X	X		X	X	X							X	X

À la lecture de ce tableau, nous pouvons déjà souligner les points communs que nous avons repéré entre la cohorte des étudiants en soins infirmiers et la cohorte des étudiants en travail social. Le premier de ces éléments, qui est très prégnant à l'écoute de ces entretiens correspond au premier item : l'importance du contexte et du public. Hormis un étudiant du groupe expérimental (n° 5), tous évoquent la variabilité de leur écoute en fonction du contexte et du public accueilli. Chacun à leur manière, ils décrivent fort bien les cadres dans lesquels ils sont amenés à écouter les personnes accompagnées (temps formels, comme les entretiens ; temps informels ; temps de

médiation ; temps du quotidien etc.). Cette diversité de contexte et de cadre amène à penser que l'écoute est omniprésente dans leurs activités, qu'elles soient soignantes ou éducatives. Néanmoins, la variété de ces cadres a très clairement un impact sur ce qu'ils écoutent et ce qu'ils mettent en œuvre comme stratégies pour asseoir cette écoute. Quelques *verbatim* illustrent très nettement l'importance des contextes, des publics et des cadres sur la fonction d'écoute que recouvrent les métiers de la relation d'aide : « *Tout est vraiment propice à écouter.* » (n°8) ; « *De manière générale en tant qu'éduc spé on écoute tout le temps !* » (n°9) ; « *L'environnement, le contexte vont forcément influencer mon positionnement et ma manière d'agir et d'écouter.* » (n°16). Pour résumer, l'ensemble des étudiants se retrouvent tous sur ce point : l'écoute prend des formes très variées suivant les moments, les contextes, les cadres et le public qu'ils accompagnent. Sur ce point aucune différence notable n'est apparue entre les deux cohortes d'étudiants.

Le second point de convergence entre les étudiants en soins infirmiers et les étudiants en travail social concerne la conceptualisation de l'écoute clinique : tous les étudiants sauf une la définissent comme étant une écoute liée à l'observation et ciblée. Ils nous disent que ce type d'écoute a des visées : « *Derrière on va essayer de travailler et d'en faire quelque chose, [...] travailler sur les choses qui ont été dites, les échanges qui ont été faits et qui vont être travaillés derrière, ça va être réfléchi soit avec la personne directement, soit en équipe, soit les deux* » (n° 9). Associée à la réflexivité, l'écoute clinique « *serait plus dans l'écoute de la démarche réflexive [...] c'est écouter la parole de l'autre et de pouvoir la digérer en fait. Entendre c'est en faire quelque chose, faire quelque chose de ce que la personne a pu dire.* » (n° 7). Les étudiants mettent en avant que le fait d'entendre la parole implique un « travail » derrière : « *J'entends ce que tu me dis et j'en ferai forcément quelque chose.* » (n° 10). Encore faudrait-il cerner et définir ce travail fait en aval de l'écoute. À cet égard, nous pouvons souligner qu'un peu plus de la moitié des étudiants envisagent l'écoute clinique sur un versant thérapeutique ; la proportion est quasiment identique entre les futurs travailleurs sociaux (7/12 dont 5 du groupe expérimental et 2 du groupe contrôle) et les futurs infirmiers (2/4). En résumé, **les étudiants conceptualisent l'écoute, et particulièrement l'écoute clinique comme étant sous-tendue par des objectifs et des visées** (appuyés par leurs observations) **et donnant lieu à une mise au travail, notamment thérapeutique.**

Le troisième point de convergence concerne la temporalité : la très grande majorité évoque le temps comme étant une condition nécessaire à la mise en œuvre de cette écoute (seuls 3 étudiants

en travail social ne l'aborde pas). Toutefois, ici on peut souligner une différence dans la manière de parler de cette temporalité. En effet, les travailleurs sociaux mobilisent le « temps long » de l'accompagnement comme étant une condition à minima facilitatrice, voire indispensable et incontournable pour mettre en œuvre une écoute convenable. *« Il faut prendre le temps avec les usagers et effectivement, ils ont besoin d'écoute, ils ont besoin de parler. »* (n° 7) ; *« Quand je sais que je peux les voir sur du plus long terme, les choses se disent... »* (n° 1).

Toutefois, chez les futurs soignants, cette notion de temps va être mise en mots différemment. En effet, les étudiants infirmiers, contrairement aux éducateurs spécialisés, vont essentiellement évoquer le manque de temps à leur disposition pour écouter et les contraintes (organisationnelles, financières, humaines) qui réduisent et entament le temps d'écoute des personnes accompagnées. *« J'essaye quand j'ai le temps. Quand j'ai le temps vraiment de me poser avec eux, de vraiment discuter. J'essaye de prendre le temps avec eux parce que je me dis qu'en stage, on aura plus d'opportunités qu'après en tant que professionnels pour prendre ce temps, avec eux. »* (n° 14) Cette étudiante explique le temps qu'elle « essaye » de s'accorder en tant que stagiaire, soulignant que les professionnels manquent de temps pour discuter avec leurs patients. *« Après, le temps accordé c'est compliqué... Je vois bien que les filles, il y a beaucoup de lits pour très peu d'infirmière et elles n'ont pas le temps de s'arrêter trois quart d'heure pour discuter. »* (n° 13). Ce verbatim corrobore complètement le précédent, mais l'étudiante en question nous fait part dans l'entretien du malaise que cela génère en elle : *« J'avais l'impression que personne ne l'avait écoutée [en parlant d'une patiente] depuis qu'elle était là en fait. Je me dis qu'avec l'expérience, le fait que les infirmières se détachent de ça... Ce n'est pas l'infirmière que je veux devenir en fait, c'est ça. Quand je vois qu'une patiente appelle une infirmière et que l'infirmière dit : « désolée je n'ai pas le temps », c'est normal qu'elle n'ait pas le temps, enfin je le comprends, mais ça me dérange. »* (n°13). Enfin, une autre étudiante infirmière nous dit : *« En chirurgie, c'est différent. On va les accompagner dans les soins nursing. Mais après, on n'a pas les temps du quotidien, les personnes sont dans leur chambre, et voilà... On apprend moins à connaître les gens, on va dire...Il nous ferait plus du temps pour écouter les patients et leurs besoins. »* (n° 15). Cette étudiante affirme clairement le manque de temps des soignants pour écouter les patients, de plus elle évoque un secteur (celui de la chirurgie) où il n'y a pas d'espace de médiation ou de quotidien pour soutenir l'écoute.

À la lecture du tableau 2, deux autres points sont particulièrement frappants : on observe une différence significative concernant les préoccupations des étudiants autour des thèmes en lien

avec l'adhésion (ou à la contrainte) des accompagnements et celle de la véracité des propos. En effet, la très grande majorité des étudiants en travail social évoque spontanément ces thèmes alors que chez les étudiants infirmiers, ces questions-là ne sont pas du tout prégnantes, et lorsqu'elles apparaissent, les étudiants se positionnent très différemment des futurs éducateurs. En effet, ces derniers évoquent le thème du volontariat, de l'adhésion ou de la contrainte comme étant des leviers ou des freins à l'émergence de la parole. Ils nous expliquent comment les cadres dans lesquels ils exercent obligent ou limitent la parole : « *C'est la création des liens qui sont dans un cadre forcé, mais en même temps qui ne sont pas forcés, parce qu'on ne peut pas forcer la création de lien non plus... (rires).* » (n° 9). Ce verbatim donne à voir les contradictions dans lesquelles ces étudiants se trouvent pris. Celles-ci peuvent concerner directement le cadre général de l'intervention, par exemple lorsqu'ils interviennent à la demande d'un juge : « *J'étais quand même un peu moins à l'aise sur l'investigation... Voilà c'est un peu l'aide contrainte, les enjeux derrière c'est qu'il va falloir, à un moment ou un autre, rendre compte au juge et il y a quand même un risque de placement...* » (n° 9). Cette étudiante évoque son expérience en SIE³², et exprime de façon très nette son « malaise » dans le recueil de la parole, en le mettant en lien avec le cadre contraint de son action. Elle est bien plus ambivalente quand elle tente de cerner la liberté de parole des parents : « *Surtout dans le cadre d'une investigation, ils ne sont pas là... parce qu'ils n'ont pas choisi d'être là quand même... D'une certaine façon si, parce qu'ils ont toujours la possibilité de ne pas dire mais derrière y aura des conséquences...* » (n° 9). Elle semble en difficulté face aux injonctions que les travailleurs sociaux exercent sur les familles, sans toutefois nommer ces pratiques comme injonctives. Sans désigner clairement la question de l'injonction biographique portée par les travailleurs sociaux sur ces parents, elle éprouve pour autant des difficultés à apprécier les possibilités de dire des parents : ils n'ont pas choisi d'être là, mais ils ont toujours la possibilité de ne pas dire, mais cela ne restera pas sans conséquence... L'injonction biographique est alors présente pour les travailleurs sociaux, mais celle-ci n'est pas (ou peu) conscientisée et mise au travail. Entre un malaise éprouvé et ressenti lors de ces injonctions biographiques et une obligation à les mettre en œuvre, ces professionnels sont placés dans une situation paradoxale et sont alors en difficulté pour se positionner dans le recueil des histoires de vie. Ces situations paradoxales conduisent les étudiants à aborder la question de la véracité des propos tenus par les personnes accompagnées : « *L'ordonnance du juge va nous donner des éléments et ils vont, enfin les personnes que nous rencontrons, les familles, elles vont nous dire*

³² Service d'Investigation Éducative, où les éducateurs, à partir d'une ordonnance du juge, doivent « investiguer » au sein de la famille, afin de recueillir des éléments, qui une fois portés à la connaissance du juge, lui permettront d'établir son jugement (placement ou non).

autre chose et donc il va falloir écouter ce juste milieu en fait pour essayer d'accompagner au mieux... » (n° 10). Ici l'étudiante souligne la préoccupation qu'elle accorde à la vérité et aux faits (cette dimension sera abordée par d'autres étudiants, notamment en illustrant avec des exemples de jeunes accueillis en CEF³³ ou avec des exemples de personnes accompagnées délirantes). Un autre exemple est assez frappant, dans ce qu'il montre des stratégies utilisées par les travailleurs sociaux pour « faire parler » : « J'étais référente de ce jeune-là, je venais juste d'arriver au DAPAD³⁴, le matin même en fait je suis arrivée et l'après-midi je l'ai rencontré le gamin, et il n'avait jamais rencontré de travailleurs sociaux rien, donc c'était une première pour lui et c'était une première pour moi parce que je n'y connaissais rien du tout en protection de l'enfance, donc j'étais bien... (Rires) emmerdée...J'étais toute seule... Je lui ai dit : « écoutes si tu ne veux pas parler bah moi je ne reviendrai pas c'est toi qui demandes de l'aide là tu n'en veux pas donc je ne reviendrai pas » et il m'a envoyé un texto le soir même pour me dire : « Je veux bien parler finalement », la situation se débloque... Quand je le force finalement... » (n° 10). Ce qui nous semble particulièrement intéressant dans ce verbatim est la façon dont l'étudiante revient sur cette situation, ce qu'elle nomme et ce qu'elle en retient. Elle explique bien être « emmerdée » (pour reprendre ces termes) face à ce jeune qui ne veut pas lui parler, et la stratégie qu'elle met en place consiste à lui proposer d'arrêter l'accompagnement, en tous cas au moins d'en faire mention dans le discours adressé au jeune, car dans la réalité de sa pratique, elle ne peut pas décider de mettre un terme à celui-ci (étant donné qu'il est ordonné par un juge). Cet « ultimatum » va produit l'effet escompté dans cette situation, l'étudiante retient alors que la parole peut être forcée...

Un autre étudiant va, au contraire, venir interroger les effets produits, notamment par les outils utilisés par les institutions : « On est dans une association qui est très formalisée. Pour chaque action presque, on a une grille qui va avec, j'exagère un peu mais on est très... On a une fiche qui nous dit à peu près ce qu'on doit connaître en fait. Ce qu'on doit savoir, parce que ça, ensuite, on pourra l'intégrer au PPA [...] Mais, du coup, je trouve que ça bride un peu les entretiens. » (n° 11). À l'inverse de l'étudiante précédente, cet éducateur aborde la question de la contrainte par le versant institutionnel, en mettant en avant les grilles de recueil de données. Celles-ci sont identifiées comme étant des outils de standardisation freinant la mise en mots. À travers ces exemples, nous tenons à souligner **la diversité des cadres d'exercice et des missions qui amènent les travailleurs sociaux à produire des injonctions biographiques, ainsi qu'à insister sur la pluralité des stratégies et des postures adoptées face à celles-ci.** Il nous semble

³³ Centre Éducatif Fermé

³⁴ Dispositif d'Accompagnement au Placement À Domicile

marquant que ces questions, d'adhésion, de contraintes et de vérité, soient des préoccupations importantes pour les étudiants en travail social, alors que cela n'apparaît pas du tout chez les étudiants infirmiers. En effet, seuls deux d'entre eux vont évoquer ces thèmes-là, et de manière très différente de leurs collègues éducateurs. En évoquant un soin mené auprès d'une patiente en chirurgie gynécologique, l'étudiante nous explique comment elle et son équipe ont pris le temps nécessaire : « *L'idée était d'amener la personne à prendre conscience de ce qui allait se passer pour qu'elle y adhère.* » (n° 15). C'est la seule fois où ce thème est clairement nommé. De même, le thème de la vérité est posé très différemment chez les infirmiers par rapport aux travailleurs sociaux. 10/12 de ces derniers abordent cette thématique, et à chaque fois au regard de la parole dite par la personne accompagnée, or seul un étudiant infirmier (n° 13) va aborder ce thème, et ce sera pour évoquer sa parole à lui, en tant que professionnel. Il va notamment souligner l'honnêteté à avoir pour favoriser la parole, et va évoquer les « entorses » possibles à ce principe : « *Parfois on ne peut pas dire la vérité.* » (n° 13). Ici, l'étudiant ne pointe pas les suspicions de mensonge de la part des personnes accompagnées (comme peuvent le faire les futurs travailleurs sociaux). Le regard est « renversé » puisqu'il pointe les difficultés à dire la vérité aux patients, surtout si celle-ci est difficile (par exemple lorsqu'il n'y a plus de traitement possible). Cet extrait met en lumière les tensions rencontrées entre le principe affiché d'honnêteté et les pratiques qui révèlent des difficultés à tenir cette position.

Aucun étudiant infirmier ne va évoquer des situations ou des pratiques mettant en avant des injonctions biographiques. Nous pouvons comprendre cela de plusieurs façons :

- Contrairement aux travailleurs sociaux, leurs métiers s'ancrent davantage dans une clinique du regard que dans celle de l'écoute : la parole est, en ce sens, moins au cœur de leurs pratiques (ces dernières étant plus « techniques »).
- Le manque de temps évoqué sans cesse par cette catégorie réduit cette fonction quasiment à néant.

Ces deux pistes de compréhension peuvent éventuellement nous donner des éléments pour comprendre l'autre élément marquant relevé dans le tableau 2 et distinguant les étudiants infirmiers des étudiants en travail social : l'expression d'une difficulté à accueillir la parole des personnes accompagnées. En effet, les trois quarts (9/12) des étudiants en travail social nous font part de ces difficultés, contre seulement la moitié (2/4) des étudiants en soins infirmiers. La multitude des formes d'écoute, son omniprésence et les difficultés qui y sont afférentes ne sont

pas sans interroger une étudiante en travail social : « *J'ai en tête l'exemple d'une femme qui venait au service avec beaucoup, beaucoup de choses à dire et en tant que mignonne stagiaire et ben je l'écoutais, je l'écoutais... et en fait ça ne menait à rien... À quel moment on arrête l'écoute parce que ce n'est plus efficient dans l'accompagnement... ? Comment on écoute ? Et qu'est-ce qu'on n'écoute pas ? Qu'est-ce qu'on écoute ? Et comment on s'en sert de tout ça ? Finalement il faut freiner un petit peu la parole parce qu'on a des missions, des buts et en fait on n'est pas là juste pour discuter, c'est ça que j'ai mis en sens finalement et que, voilà : écouter pour écouter ça n'a pas forcément grand sens... » (n°10). Cette étudiante en travail social (du groupe contrôle) exprime ses questionnements et manifeste son impuissance (« *ça ne menait à rien* »). La voie qu'elle exprime pour sortir de cette impuissance est celle consistant à « *freiner la parole* », afin d'éviter des discussions inutiles qu'elle assimile à des « relations amicales » ; ce faisant, elle cherche également à asseoir sa légitimité et son professionnalisme. Cela apparaît comme problématique : effectivement, si l'écoute est centrale dans ces métiers, c'est en partie parce qu'elle exerce une fonction de catharsis, de libération, pouvant alléger le poids des symptômes. Signe d'une entrée en relation, cette parole est également le socle des liens créés entre l'accompagnant et l'accompagné.*

Concernant la cohorte des étudiants infirmiers, seulement 2/4 formulent cette difficulté, en la mettant en lien avec les histoires de vie : « *J'étais en stage, en pneumologie, et je fais une toilette au lavabo à une patiente et je commence à parler avec elle. Et en fait, je ne sais pas ce qu'elle avait vraiment et je parle avec elle et j'apprends qu'elle a un cancer et, voilà quoi... Et j'ai essayé de, à chaque fois d'aiguiller sur quelque chose de positif, mais en fait, à la fin, il y avait toujours quelque chose de, enfin... (rires). J'ai vu qu'elle avait une alliance. Alors je vais lui parler de son mari. En fait, son mari était mort. C'était dur de trouver quelque chose... » (n° 14). Les propos de la seconde étudiante appuient ce constat : « *Je n'ai pas participé aux entretiens avec la psychologue parce que je ne me sentais pas... Ce n'étaient pas des nouvelles prises en charge, donc je ne me sentais pas de poser des questions qui si ça se trouve ont déjà été posées ou qui auraient été mal placées... » (n° 13). La question de leur positionnement et de la manière dont elles accueillent les histoires de vie semblent leur poser problème. La seconde étudiante décide de ne pas être présente à des entretiens (ce qui finalement lui évite de se poser la question de son positionnement). La première étudiante, par son exemple, nous montre qu'elle se fait « rattrapée » par les évènements et les étapes de certaines histoires de vie (maladie, deuil...), quand bien même elle s'évertue à être « positive ». Pour conclure cette première sous partie, voici un tableau**

récapitulant notre analyse comparative entre la cohorte d'étudiants en travail social et la cohorte d'étudiants en soins infirmiers sur le thème de l'accueil de la parole.

Tableau 2bis : Synthèse « Accueil de la parole »

Accueil de la Parole	Groupe des étudiants en travail social	Groupe des étudiants en soins infirmiers
Quelques nuances	<ol style="list-style-type: none"> 1. La relation éducative et la création de liens suppose un "temps long". 2. L'accueil de la parole est alors conditionné à cette temporalité. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. La relation soignante n'est pas déterminée et définie par un temps long. 4. L'absence de temps disponible au quotidien ne permet pas aux soignants d'exercer cette fonction.
Différences notables	<ol style="list-style-type: none"> 1. Du fait de certains cadres contraints, des injonctions biographiques sont à l'œuvre dans les pratiques d'accueil de la parole (sans être clairement nommées et identifiées). 2. Un rapport de "méfiance" s'installe quant à la véracité des propos tenus par les personnes accompagnées. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Les cadres contraints ne sont pas envisagés comme étant nécessairement problématiques : c'est à l'équipe soignante de travailler à partir et sur ce cadre. 4. Le thème de « vérité » est peu présent dans les discours.
Points et thèmes communs	<ol style="list-style-type: none"> 1. La variété des cadres d'intervention et des publics pré-déterminent les formes et les capacités d'écoute. 2. L'écoute est toujours liée à l'observation et suppose un travail en aval. 3. Des stratégies d'évitement et de défense sont mises en place face aux histoires entendues. 	

Nous retenons alors de cette première analyse que certains de nos constats se vérifient : l'écoute est bien au cœur des métiers du social, en revanche chez les infirmiers, cette écoute se situe à un second plan. Ancrés dans une histoire liée à la clinique du regard, les infirmiers n'ont actuellement pas le cadre, les moyens et le temps pour exercer cette écoute. De plus, il y a bien des injonctions biographiques mises en place par les travailleurs sociaux (en particulier dans des cadres contraints, mais pas uniquement), ce qui ne semble pas être le cas chez les infirmiers. Enfin, le dernier élément à souligner concerne les stratégies d'évitement ou de défense à l'œuvre chez tous ces professionnels face aux histoires de vie entendues.

7.1.2. Espaces et mécanismes d'apprentissages de l'écoute

Dans cette partie, nous nous intéressons à la question de la formation à/de l'écoute, pour cela nous avons questionné les étudiants (cf. guide d'entretien en annexe) sur les lieux et les moments qu'ils identifient comme étant des endroits d'apprentissages de l'écoute. Nous tenterons, à travers notre étude, de mettre en lumière les mécanismes de cet apprentissage ainsi que leurs ancrages

(personnels, familiaux, scolaires, professionnels). Comme dans la partie précédente, nous avons, après une lecture flottante de chaque entretien, repéré les éléments forts que les discours des enquêtés faisaient ressortir. Dans le tableau 3, ci-dessous, nous avons établi une liste d'indicateurs, soutenant notre analyse comparative.

Tableau 3 : Lieux et mécanismes d'apprentissage à/de l'écoute

Formation de/à l'écoute	Groupe expérimental						Groupe contrôle						Groupe des infirmiers			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Participants																
Une expérience enfantine commune : l'école					X	X		X		X	X	X		X	X	
L'institut de formation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Les terrains professionnels	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X		X	X	X
Un apprentissage naturel	X						X		X	X	X	X	X	X	X	X
La sphère familiale, personnelle	X	X	X	X	X	X						X	X	X	X	X

Ce tableau met en lumière certains éléments de convergence et de différence qui nous semblent à souligner. Le premier de ces éléments concerne l'institut de formation : en effet, sur les deux questions portant sur les lieux et les mécanismes d'apprentissage de l'écoute, tous les étudiants (étudiants en travail social ou en soins infirmiers) évoquent le centre de formation. Néanmoins, il y a une différence très importante dans la façon dont les étudiants évoquent ces apprentissages. En effet, si tous les étudiants en soins infirmiers et la moitié des étudiants éducateurs citent le centre de formation comme étant un lieu d'apprentissage et d'étayage théorique et pratique de cette compétence, l'autre moitié des étudiants éducateurs exprime que le centre de formation n'est pas un espace d'apprentissage à l'écoute.

Pour les étudiants, quand le centre de formation est un lieu ressource, l'apprentissage se joue à différents niveaux : un enseignement « diffus » tout au long du processus de formation et des contenus ciblés. Les étudiants en soins infirmiers s'appuient tous sur des contenus précis : « *Maintenant que je suis à l'école, j'ai vraiment une formation justement sur l'écoute*

active, sur le positionnement.... Donc, j'ai un apport théorique avant de pouvoir le mettre en pratique dans mes stages. » (n° 16). Ils mettent également en avant certaines modalités pédagogiques qui leur ont permis d'assimiler ces contenus : « À l'école, dans le semestre 3, on a eu une unité d'enseignement, que j'ai adoré, qui s'appelle les soins relationnels et en fait c'était de *l'acting* ». Parce qu'être à l'écoute, tout le monde sait le faire, mais après il faut bien répondre aussi, c'est important et donc on avait comme ça des entretiens, après on faisait un débriefing, ce qu'il faut dire, ce qu'il ne faut pas dire, la façon dont on tourne les choses. » (n° 13). Cette étudiante souligne les enseignements de l'école : ceux-ci portent sur les « réponses » à apporter (« ce qu'il faut dire et ce qu'il ne faut pas dire »), il s'agit ici finalement d'un apprentissage portant sur les positionnements professionnels à adopter, les discours à tenir auprès des patients. Il nous semble que cela s'ancre dans la clinique du regard, et reflète une formation basée sur des « techniques ». Nous observons donc une constance dans cette cohorte : l'école est identifiée par les étudiants comme étant un des lieux où la formation à l'écoute se fait. Même si ce n'est pas le seul lieu qu'ils citent comme espace d'apprentissage à/de l'écoute, celui-ci est clairement reconnu comme un lieu ressource leur permettant d'étayer leurs pratiques d'écoute. Pour résumer, les étudiants en soins infirmiers reçoivent des contenus pratiques et conceptuels sur la notion d'écoute, toutefois ces enseignements sont relativement techniques et prescriptifs (sous-tendus par des « bonnes pratiques » à adopter).

Concernant la cohorte des étudiants en travail social, 7 étudiants reconnaissent également le centre de formation comme un lieu qui leur a permis d'apprendre à écouter. Les temps d'échanges avec les pairs et/ou avec les formateurs sont des éléments qui s'ajoutent aux catégories précédemment identifiées chez les étudiants infirmiers. Les étudiants en travail social évoquent d'abord l'ensemble de la formation comme lieu ressource : « En fait tout le long de la formation, on nous a appris à écouter. » (n° 7) ou encore « Forcément il faut qu'on soit à l'écoute constante, que ce soient des demandes, des besoins, dans la rédaction des projets, dans l'accueil des récits de vie... On est constamment à l'écoute alors évidemment l'écoute ne va pas être la même sur chaque situation mais finalement quasiment à tous les cours on apprend de ça... » (n° 2). La dimension de la clinique de l'écoute sur laquelle se base l'exercice professionnel et l'histoire de la formation nous semble mise en défaut. En effet, la distinction entre clinique du regard et clinique de l'écoute que nous avons posée comme étant une différence majeure entre ces deux formations ne semble pas si claire : « Dans la formation avec Monsieur F, dans *choisir son vocabulaire* [...], on a appris que parfois on utilise un vocabulaire qui nous vient au plus vite, avec des *il semblerait*,

je juge › ... Enfin ce sont des phrases plutôt jugeantes alors que on n'a pas à juger en fait. Et quand je le croise dans l'ascenseur (le formateur) il me dit : « alors on ne dit pas quoi ? On ne dit pas quel mot ? ». Enfin c'est devenu un petit jeu tous les jours à chaque fois que je le croise, il me refait un petit peu les phrases qu'on ne doit pas dire, qu'on ne doit pas noter pour que cela ne comporte pas un sens ou une connotation de jugement. » (n° 7). Cet extrait rejoint fortement ce que nous dit l'étudiante en soins infirmiers (n° 13), et cela reflète un enseignement prescriptif et techniciste, qui nous semble très éloigné de la clinique de l'écoute, voire inopérant sur les terrains (malgré une apparente maîtrise et une volonté de contrôle exprimée à travers ces « bons mots »).

Comme les étudiants infirmiers, les étudiants éducateurs ciblent des contenus précis, en particulier le stage entretien : *« On m'a toujours appris à me permettre de faire ça [stopper la parole]. C'était en formation, c'était donc une éducatrice spécialisée qui travaillait avec des femmes victimes de violences et elle me disait, c'était lors du stage entretien, et elle nous expliquait que justement il fallait se permettre de stopper l'entretien quand on ne pouvait plus encaisser. Quand on ne pouvait plus entendre ce genre de récit, on pouvait s'autoriser à le faire. Ah bah du coup ce n'est pas tombé dans l'oreille d'une sourde ! (Rires) » (n° 5). Ici l'étudiante convient que l'école est un lieu d'apprentissage, toutefois elle nous explique que l'apprentissage a consisté à savoir « stopper » la parole de la personne accompagnée. L'enseignement, tel qu'il est relaté ici par l'étudiante, consiste à un apprentissage des limites de l'écoute, il n'est pas axé (en tous cas, de ce que l'étudiante dit en avoir compris) sur un déploiement de celle-ci. Evidemment, au regard de notre problématique et de nos préoccupations, cela vient nous interroger sur les enseignements réalisés, et les modalités pédagogiques mises en œuvre pour travailler cette compétence.*

De plus, sur cette thématique, les étudiants en travail social mettent en lumière les temps d'échanges (parfois informels ou hors temps de formation) comme faisant partie intégrante du processus d'apprentissage de l'écoute. Les étudiants en soins infirmiers n'abordent jamais cette dimension dans les entretiens. Les étudiants en travail social considèrent ces temps comme de réels supports à l'apprentissage : *« Avec mes camarades de promo j'ai appris à écouter [...] On a appris les uns les autres sur les terrains de stage sur les différents parcours, sur l'échange d'expériences et puis sur les débats qu'on peut avoir... C'est apprendre à écouter finalement... » (n° 10). « Juste être présent par exemple à midi à l'école et entendre les gens qui parlent de leur stage, de l'écoute, de la relation à l'autre, en fait c'est une forme d'apprentissage. » (n° 6). Cet étudiant aborde également les espaces qui peuvent être à la fois périphériques dans la formation,*

notamment via l'association étudiante : « *L'association étudiante, c'était particulier aussi, car je devais écouter, mais en fait c'était une autre forme d'écoute. Je devais vraiment bien écouter puisque'au final vu que j'étais président, j'allais trancher la décision finale [...] Oui, ça a été formateur au niveau de l'écoute... et la position, enfin jouait sur l'importance de cette écoute, pour que ça se passe bien. Concrètement, la position joue sur l'écoute...* » (n° 6). Cet étudiant souligne l'importance de cet investissement et de cet engagement associatif dans le développement de ses capacités d'écoute. Il pointe également les réflexions et questionnements qui l'ont animé, concernant l'impact des relations asymétriques sur les capacités et les niveaux d'écoute.

L'analyse de ce premier indicateur, à savoir le centre de formation comme lieu d'apprentissage à l'écoute, vient en partie répondre à l'une de nos hypothèses : en effet, au vu des retours des étudiants en soins infirmiers, il apparaît clairement que leur formation s'inscrit dans une clinique du regard, même quand il s'agit de contenus ayant trait à la dimension relationnelle du soin, et en particulier à l'écoute. En effet, dans ce domaine, les étudiants en soins infirmiers nous font part d'enseignements de postures soignantes qui s'ancrent dans une tradition positiviste, notamment avec des « bonnes attitudes » à adopter. Toutefois, notre hypothèse selon laquelle les étudiants en travail social reçoivent une formation s'inscrivant, quant à elle, dans une clinique de l'écoute mérite d'être pondérée. Effectivement, certains étudiants en travail ont des discours très proches de ceux des étudiants en soins infirmiers, particulièrement en ce qui concerne certains enseignements reçus.

Un autre point commun mis en avant dans le tableau 3 concerne les terrains professionnels. La très grande majorité des étudiants interviewés (13 sur 16) citent le terrain où ils exercent comme étant le lieu principal de l'apprentissage à l'écoute. « *Pour moi ça reste vraiment le milieu professionnel qui permet d'évoluer là-dessus* » (n° 1). Un étudiant infirmier s'appuie sur son expérience professionnelle antérieure à la formation d'infirmier : « *C'est au travers de mon expérience professionnelle. Avant ça, j'ai été pompier de Paris, et là effectivement, travailler mon écoute, c'était un peu obligatoire si je voulais bien faire mon métier. [...] Mais je pense que ce qui était le plus formateur au final, pour moi, c'est vraiment ce travail en tant qu'auxiliaire de vie scolaire.* » (n° 16). Cet exemple est intéressant car l'étudiant en soins infirmiers évoque bien un terrain professionnel comme espace d'apprentissage, mais l'expérience qu'il juge « formatrice » et dont il décide de nous faire part n'est pas issue d'un terrain médical, mais provient du secteur social (avec la fonction d'auxiliaire de vie scolaire). Les étudiants mettent également en lumière

les processus à l'œuvre dans cet apprentissage : « *Il y a surtout les terrains de stage où on observe différents professionnels dans différents champs d'intervention... comment ils pratiquent, et on s'inspire de certains pour certaines choses.* » (n° 3). Ou encore « *Lors des entretiens avec des professionnels, en duo, c'est voir aussi comment l'entretien est mené, l'écoute, et après en reparler avec eux, mettre des objectifs, savoir ce que l'on veut écouter aussi.* » (n° 6). Ici, les étudiants nous expliquent que c'est par l'observation des professionnels qu'ils ont forgé et étayé leurs pratiques d'écoute. Le terrain est un lieu d'observation, d'exercice et d'expérimentation, et en ce sens il constitue un lieu d'apprentissage de l'écoute, notamment via les expériences amenant des réajustements professionnels.

Il nous semble pertinent ici de nous arrêter sur le discours des trois étudiants qui n'identifient pas le terrain professionnel comme un lieu d'apprentissage de l'écoute. Deux d'entre eux sont des étudiants en travail social ; et ils mettent en avant les mêmes limites : « *Je n'ai pas vraiment appris ça sur le terrain. Je reviens sur ce que j'ai dit un peu avant, on utilise vraiment des outils et du coup, les outils peuvent nous brider un peu dans cette démarche d'écoute, du coup, c'est presque à nous de mettre en place des éléments pour en sortir* » (n° 11). Cet étudiant évoque les grilles et les trames qui servent de support aux entretiens, et qui viennent, selon lui, « brider » la parole. La seconde étudiante développe et illustre parfaitement les limites de ces outils : « *J'étais avec un monsieur, je faisais un diagnostic pour mon projet de mémoire : < Qu'est-ce que vous en pensez ? etc... > et puis je me rappelle le monsieur il me regarde et il me dit : < Mais on n'a pas besoin de ça, laissez ça de côté... Vous me dites ce que vous avez à me dire et puis vous mettez ça de côté. > Alors je lui ai dit : < Oui, vous avez raison on n'a pas besoin de ça ! >. [...] Mais parce que ça, c'est possible parce que le lien est construit... » (n° 5). Ces outils, grilles et autres trames ne sont, en revanche, pas du tout évoqués par les étudiants en soins infirmiers.*

Un autre point d'analyse concerne une expérience enfantine commune : l'école élémentaire. Effectivement, la moitié des étudiants interviewés (8 sur 16) citent d'emblée l'école élémentaire comme étant un des premiers lieux d'apprentissage de l'écoute. Sur ces 8 étudiants, il y a 6 étudiants éducateurs et 2 étudiants infirmiers (soit la moitié de chaque cohorte). D'après le discours des interviewés, cet apprentissage revêt deux dimensions distinctes : la première (dominante) concerne la question de l'autorité et des règles et la seconde considère l'écoute à partir d'un vécu singulier. En effet, 5 étudiants évoquent l'école élémentaire (ou maternelle, voire la crèche) comme un lieu d'apprentissage de l'écoute, au sens de l'obéissance. « *Depuis tout petit,*

ça commence par les parents, et puis après il y a les copains, il y a les professeurs, il y a éventuellement des entraîneurs, et après dans l'écoute, il y a... Enfin écouter, moi je connote ça aussi, en tout cas quand j'étais enfant à : « tu as écouté ta mère ? tu as écouté ton père ? », dans le sens de l'autorité. » (n° 6). La socialisation primaire avec l'intériorisation des règles de vie en collectivité a donc surgi dans les entretiens, comme une des prémices aux apprentissages de l'écoute. « C'est ancré depuis qu'on est petit. Donc oui à l'éducation, que ce soient des parents ou l'éducation à l'école aussi. C'est quand on est petits. » (n° 14). Pour ces étudiants, l'intériorisation de ces règles a donc à voir avec le respect d'une autorité (par exemple, ici celle de l'instituteur) et contribuerait à forger un certain sens de l'écoute : « Á l'école, dans l'apprentissage ; quand on est enfant, on est censé lever la main, s'écouter, pas parler en même temps que les autres... Tout ça, ça fait partie de l'apprentissage pour l'écoute en général... » (n° 12).

La seconde dimension évoquée par les trois autres étudiants (en travail social), corrèle l'apprentissage de l'écoute ayant lieu dans l'enfance avec un vécu singulier. En effet, ces étudiants nous rapportent des expériences, se déroulant toutes au sein de l'école, et faisant appel à une rencontre particulière : « Cela remonte à la petite enfance ; en fait parce que je suis rentrée en formation parce que j'ai grandi avec un enfant très malade qui est décédé à maintenant et... J'ai toujours été très proche de leur association et je pense qu'enfin... C'est de là aussi, de l'écoute de cette personne, un peu différente de moi et je pense que ça vient de là... Parce qu'il venait d'avoir son fauteuil, on faisait des courses de poussette dans la classe (rires) et je pense que... Enfin cet enfant-là qui était dans la classe, la maîtresse elle nous faisait écouter ses besoins, enfin voilà, on grandissait avec ce jeune... » (n° 10). L'expérience (vécue à la petite enfance, dans le cadre de l'école), d'une rencontre avec un enfant en situation de handicap est soulignée comme étant un moment clé, où va se jouer les « prémices » d'une attention particulière aux questions de l'écoute, forgeant ainsi les fondements d'une future orientation professionnelle. « Je me souviens quand j'étais en primaire alors ça remonte à loin, on avait dans notre école primaire un garçon qui avait des... On ne savait pas trop ce que c'était... Il courait beaucoup, tapait beaucoup et je me souviens que j'avais un lien particulier avec lui et que très souvent on s'asseyait dans la cour et qu'il me parlait de ça, et c'est là que j'ai vraiment le côté social qui est un peu apparu. » (n° 8).

De plus, la lecture du tableau 3 met en évidence une différence notable entre les étudiants du groupe expérimental et les autres. En effet, tous les étudiants en soins infirmiers (4/4) et la majorité du groupe contrôle (5/6) considèrent l'apprentissage de l'écoute comme étant un processus se

faisant naturellement. « *En fait, j'ai l'impression que c'est naturel, qu'on ne nous l'apprend pas...Il y a des choses qui se passent dans notre parcours mais... est-ce qu'on nous l'apprend vraiment ?* » (n° 12) Une des analyses que nous pouvons faire, permettant de comprendre la différence entre ces deux groupes (les étudiants en soins infirmiers + le groupe contrôle versus le groupe expérimental) consiste à souligner les effets du module en sociologie clinique. Nous supposons que les apprentissages réalisés dans le groupe expérimental, au travers du module sur les histoires de vie, par leurs apports sur l'aspect social des histoires de vie viennent modifier ce qui est jusqu'alors considéré comme psychologique, intime et naturel. Le travail de « déconstruction » des histoires de vie, et la mise en lien avec les phénomènes sociaux, générationnels, de classe etc. conduisent les étudiants à effectuer un travail d'élaboration à partir de ces grilles de lecture, et donc à mettre à jour des aspects sociaux, sociétaux qu'ils percevaient jusqu'ici comme étant personnels et naturels.

Enfin, pour finir cette sous-partie, une autre différence est apparue de façon très visible à la lecture du tableau 3. En effet, 11 étudiants sur 16 identifient la sphère familiale et personnelle comme étant un des espaces privilégiés de l'apprentissage de/à l'écoute. La répartition de ces douze étudiants est intéressante : il s'agit de tous les étudiants infirmiers (4/4), tous les étudiants du groupe expérimental (6/6) ainsi qu'une étudiante du groupe contrôle (1/6). Pour le dire autrement, tous les étudiants qui ne situent pas l'apprentissage de l'écoute comme ayant pour origine la sphère familiale et personnelle font partie du groupe contrôle. Cela prolonge l'analyse faite au point précédent : **nous pouvons affirmer que les étudiants du groupe expérimental, par l'implication et les enseignements qu'ils ont reçu dans ce module, ont pu mettre en évidence l'importance de la dimension personnelle et familiale dans la construction de leur professionnalité (comprenant leurs capacités d'écoute).** À l'inverse, les étudiants du groupe contrôle ne sont peut-être en mesure d'identifier la famille ou la vie personnelle comme étant un lieu où va se jouer cette dimension (qu'elle soit, d'ailleurs, facilitante ou empêchante).

Toutefois, ce raisonnement, s'il nous semble valable pour les travailleurs sociaux, ne peut pas être valide pour les infirmiers, étant donné qu'eux aussi, comme le groupe contrôle, n'ont pas été initiés à la démarche biographique. Malgré cela, ils identifient tous la sphère familiale comme un espace particulièrement dédié à ces apprentissages. Comment comprendre et expliquer cela ? Il peut s'agir d'un biais de l'enquête, dû au petit nombre de personnes enquêtées. Étant donné le nombre restreint d'étudiants interviewés (en particulier chez les infirmiers), nous pouvons

supposer qu'ils ont reçu un cours « marquant » (peut-être avec un formateur particulièrement aguerri sur les questions liées au transfert). Par conséquent, le constat réalisé précédemment ne s'avérerait pas être un élément structurel de la formation, mais relèverait d'une conjoncture particulière. Nous émettons cette piste de compréhension, car l'analyse de contenu (notamment du vécu biographique) permet de mettre en avant des événements, familiaux ou personnels, qui sont repérés par les étudiants comme ayant largement contribué au développement de leur capacité d'écoute. Cependant, pourquoi uniquement les étudiants en travail social du groupe contrôle ne sont pas en mesure de repérer ces événements ? Nous supposons que les contenus et enseignements sur ce thème chez les travailleurs sociaux ne sont pas dispensés à tous (en effet, seuls les étudiants ayant participé au module biographique nous montrent l'attention qu'ils portent à ce sujet).

Tableau 3bis : Synthèse « Lieux et mécanismes d'apprentissage à/de l'écoute »

Lieux, Mécanismes d'apprentissage	Groupe des étudiants en travail social	Groupe des étudiants en soins infirmiers
Quelques nuances	1. Les contenus enseignés en centre de formation ne se basent pas uniquement sur une clinique de l'écoute ; la clinique du regard « infuse » également les enseignements proposés. 2. L'écoute apprise au sein de l'école élémentaire est autant associée à la question de l'autorité qu'à un vécu singulier autour d'une rencontre particulière.	3. Le centre de formation dispense des contenus de formations s'ancrant fortement dans une clinique du regard. 4. L'école élémentaire, quand elle est identifiée comme étant un espace d'apprentissage de l'écoute, associe toujours cette dernière à la question des règles, de l'obéissance et de l'autorité.
Différences notables	1. Le centre de formation n'est pas identifié par tous comme un espace d'apprentissage à l'écoute. 2. La moitié des étudiants de cette cohorte souligne la dimension « naturelle » de l'apprentissage de l'écoute.	3. Le centre de formation est reconnu par tous comme un lieu favorisant l'apprentissage de l'écoute. 4. Tous les étudiants pointent l'apprentissage à l'écoute comme étant un processus « naturel ».
Points et thèmes communs	1. Les terrains professionnels sont des espaces privilégiés d'apprentissage de/à l'écoute : l'alternance intégrative de ces formations leur permet d'expérimenter des postures. 2. L'école élémentaire est repérée par la moitié de chacune des cohortes comme étant un lieu soutenant l'apprentissage de l'écoute. 3. La sphère familiale et personnelle est identifiée par une majorité des étudiants comme étant un endroit d'apprentissage favorisant des capacités d'écoute, ou des sensibilités à cette dimension.	

7.1.3. La question du « biographique »

Pour cette sous-partie dédiée à la question biographique, nous avons, comme pour les deux premières thématiques, utilisé la même méthodologie : à partir d'une lecture flottante de chaque entretien, nous avons catégorisé les éléments qui étaient transversaux à chaque entretien. Cela nous a permis d'établir une liste d'indicateurs (nommés dans le tableau 4) permettant de mettre en lumière les récurrences et les tensions entre chaque cohorte. Avant de développer l'analyse l'indicateur sur le concept de transfert, il convient de le définir plus précisément.

Nous pourrions le définir comme étant l'ensemble des processus par lesquels les désirs inconscients s'actualisent et se rejouent dans le cadre d'une certaine relation établie (que ce soit dans la cure analytique ou dans une relation éducative/ soignante, mais également dans les relations quotidiennes et « banales »). C'est « un phénomène humain général, il domine toutes les relations d'une personne donnée avec son entourage humain. » (Freud, 1925, cité par Natanson, 2001, p. 8). « Le transfert, poursuit Freud, ne peut être évité. » (Natanson, 2001, p. 11). Ces deux premiers éléments mettent en lumière le fait que les phénomènes transférentiels existent dans l'ensemble des relations humaines qui se tissent, et qu'ils sont inévitables. À cet égard, il apparaît donc incontournable que cette dimension soit présente dans les formations aux métiers de la relation d'aide. « Freud ne parle jamais du transfert sans en souligner l'étrangeté – le caractère surprenant, gênant, incongru. » (Natanson, 2001, p. 7). Si ce phénomène n'est pas sans susciter des réactions et des sentiments étonnants, curieux et singuliers, les professionnels du soin ou de l'éducation doivent y être particulièrement attentifs. « Chaque individu, de par l'action concomitante d'une prédisposition naturelle et des faits survenus pendant son enfance, possède une manière d'être personnelle, déterminée, de vivre sa vie amoureuse... On obtient ainsi une sorte de cliché (quelquefois plusieurs), cliché qui, au cours de l'existence, se répète plusieurs fois. » (Freud, cité Natanson, 2001, p. 15). Pour résumer, le transfert est un phénomène qui va mettre en jeu l'histoire du sujet : « Le temps du transfert, écrit Eliane Amado – et c'est pourquoi le sujet s'y laisse toujours prendre – est la résurgence d'une vie primitive et naïve, il est le temps vécu dans sa verdeur première. Mais il est aussi, vécu *hic et nunc* à travers les différents aspects de la situation actuelle, l'effort du sujet pour saisir le présent. » (Amado, 1972, cité par Natanson, 2001, p. 17).

À travers l'indicateur « transfert », nous cherchons à vérifier l'hypothèse selon laquelle un enseignement et des contenus sur la notion de transfert permet aux étudiants de mieux comprendre

la place de la sphère familiale dans l'acquisition de leurs compétences professionnelles. Nous supposons que, les étudiants sont plus à mêmes, après avoir été initiés et formés à la question du transfert, d'identifier la sphère familiale comme étant un lieu où une partie des compétences professionnelles se sont structurées et organisées, et donc d'avoir une meilleure attention et prise en compte des phénomènes transférentiels impliquant leurs vies personnelles dans les accompagnements professionnels qu'ils réalisent.

Tableau 4 : « Reconnaissance et mobilisation du capital biographique »

Reconnaissance et Mobilisation du Capital Biographique	Groupe expérimental						Groupe contrôle						Groupe des infirmiers			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Participants																
Référence à la notion de transfert		X		X	X								X		X	
Principe érigé, par le centre de formation, d'une distinction nette entre les sphères de la vie								X			X		X	X	X	X
Même principe, mais dressé par les étudiants				X			X	X	X	X		X	X	X	X	X
Résonnances établies par l'étudiant	X	X	X	X	X	X	X	X			X			X	X	X
« Échos » évoqués entre le parcours personnel et la vie professionnelle	Vécu d'adoption	Mise en danger	Échos avec ses deux enfants	La situation n'est pas énoncée de façon nette	Signalement d'information préoccupante vécue par sa famille	Enfance dans un quartier dit difficile	Victime de violence conjugale	Frère handicapé/absence du père		Décès d'un enfant handicapé dans sa classe	La situation n'est pas énoncée de façon nette	Proximité d'âge et vie amoureuse	Vécu de harcèlement scolaire	La situation n'est pas énoncée de façon nette	Le thème de l'I.V.G	Alzheimer au sein de la famille
Mobilisation du capital biographique dans l'accompagnement	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	

Une première lecture du tableau 4 nous permet de constater que 5 étudiants sur les 16 interviewés font référence à cette notion psychanalytique en la nommant explicitement dans le texte. Étant donné qu'un peu moins d'un tiers des étudiants citent cette notion, nous pouvons alors raisonnablement nous interroger sur l'enseignement de celle-ci en centre de formation. En premier lieu, l'une des différences notables à souligner concerne les catégories d'étudiants : le transfert est explicitement cité par la moitié des étudiants en soins infirmiers et la moitié des étudiants du groupe expérimental. Aucun étudiant du groupe contrôle n'évoque cette notion.

La notion de transfert dans la relation est abordée spontanément à deux reprises par la moitié des étudiants infirmiers. Les deux étudiantes en question mettent systématiquement cette notion en lien avec les apprentissages faits à l'institut de formation. Le concept de transfert est effectivement enseigné au sein du centre de formation, toutefois, il est intéressant de voir comment les étudiantes le comprennent et ce qu'elles en font. « *À l'école d'infirmière, on va nous apprendre à avoir une posture, à ne pas faire, par exemple, de transfert avec le patient et à savoir un peu plus gérer nos émotions. Après, c'est naturel... On nous apprend la question du transfert à l'école. Ça peut arriver que parfois, des patients ou nous, on montre quelque chose ou une partie de notre vie.* » (n° 15). Nous pouvons ici souligner à minima une confusion, voire une « tension » chez l'étudiante. Elle nous explique qu'on leur « apprend à ne pas faire de transfert », mais elle nous dit également que « c'est naturel » et que finalement « ça peut arriver ». Les propos sont équivoques, hésitants et pour le moins discordants. En effet, comment ne pas faire de transfert si celui-ci est naturel ? Nous pointons ici un paradoxe dans les enseignements faits en formation (et/ou dans la manière dont ils sont compris par les étudiants), paradoxe qui, dans la suite de son propos, implique une certaine posture professionnelle, basée sur une mise à distance : « *On le fait à l'école : on nous apprend à les gérer [les transferts], à savoir un peu se détacher aussi de notre vie professionnelle et parfois passer le relais quand ça ne devient pas possible, en fait...* » (n° 15). L'étudiante évoque un détachement « de sa vie professionnelle », ce qui peut donc laisser entendre une forme de désengagement ou désinvestissement dans la relation (confiée aux collègues), et non une mise au travail de ces phénomènes transférentiels. « *À l'école, on nous a dit que si on fait un transfert (on a vu le concept) il faut déléguer. Je peux parler de ma vie personnelle, mais si je pense que c'est trop en résonance, je n'aurais plus assez de recul pour prendre en charge la personne, donc, je pense que je délèguerais en le justifiant.* » (n° 13). Encore une fois, la question du transfert, si elle est vue en formation d'infirmier, est enseignée (ou comprise par les étudiants) comme étant un

phénomène dont il faudrait s'éloigner (en déléguant et en passant le relai). Implicitement, il faudrait éventuellement se « méfier » de ces phénomènes.

Les étudiants éducateurs, quant à eux, s'appuient sur le concept de transfert en l'abordant au regard de situations vécues sur les terrains professionnels, et non en référence aux contenus de formation. « *C'était un jeune qui avait 23 ans, et il sortait de prison. Euh... Donc il avait mon âge et en fait il ressemblait... Enfin il avait un comportement typique d'un de mes ex-copains. Et je l'ai senti, enfin directement, j'ai fait : < il va me manipuler, c'est sûr ! >. J'ai passé une après-midi entière avec lui. J'ai pris le temps de la rencontre, et je suis allée voir ma chef de service je lui ai dit : < Ça n'est pas possible, je risque de faire un transfert sur cette situation, ce n'est pas possible, je ne peux pas. > » (n° 5). Ici, l'étudiante nous montre l'appropriation qu'elle a du concept de transfert, et la façon dont elle le manie dans sa pratique professionnelle. Néanmoins, elle adopte la même stratégie que les étudiants infirmiers, à savoir un relai ou une « délégation » de l'accompagnement : « *Souvent c'est ça on délègue. Je leur ai dit : < écoutez, vous ne me déléguez pas les accompagnements avec cette personne-là, parce que je ne pourrai pas, enfin je vous mettrai en difficulté. Par contre si vraiment il y a un souci, je le ferai mais si vous pouvez éviter, vous le faites. > Et ils ne m'ont pas...enfin ils m'ont laissé... » (n° 5).**

Pour conclure sur ce premier indicateur, nous pouvons pointer un paradoxe dans la formation des futurs infirmiers : le concept de transfert est enseigné comme à éviter (ou compris par les étudiants comme tel) mais s'avère incontournable dans la réalité des pratiques professionnelles. Les étudiants éducateurs, quant à eux, n'évoquent pas les contenus de formation sur ce thème, toutefois ils s'appuient, de manière très empirique, sur cette notion. Nous insistons sur le fait qu'uniquement les étudiants du groupe expérimental (la moitié précisément) font explicitement référence au transfert (contrairement au groupe contrôle, où personne ne l'évoque). Partant de là, est-ce que cette notion est abordée en formation d'éducateur spécialisée de manière générale, ou est-ce limité à la sphère du module dédié aux approches biographiques ? Au vu de notre étude sur la formation des travailleurs sociaux, nous pouvons affirmer que les apports relatifs à la psychanalyse (entre autres la notion de transfert) se sont considérablement amoindris. L'effacement des disciplines dans ces formations, couplée à une réduction de la place de la psychanalyse dans la société de manière générale et en particulier dans le travail social, (au profit notamment des approches comportementalistes et des thérapies dites brèves) a conduit les formations en travail social à éluder ces approches. Les étudiants en travail social nous semblent donc moins bien initiés et formés qu'auparavant au maniement du transfert. Cela nous permet de confirmer l'hypothèse selon laquelle l'initiation aux approches biographiques reçue par le groupe

expérimental a produit des effets quant à l'attention portée par les étudiants sur les phénomènes transférentiels présents dans la relation.

Après avoir examiné la place du transfert dans les formations, nous souhaitons désormais nous arrêter sur un second indicateur, qui va venir nécessairement mobiliser le premier indicateur (les phénomènes transférentiels), à savoir les résonances. Le tableau 4 nous montre que presque la quasi-totalité des étudiants (15/16) nous fait part de résonances entre le parcours personnel et la vie professionnelle. Parmi ces 15 étudiants, 12 d'entre eux repèrent et « assument », d'une certaine manière, ces « échos ». Enfin, une seule étudiante (n° 9) n'évoque aucun élément dans son discours donnant à voir des liens entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle (cela ne veut pas pour autant dire qu'il n'y en a pas). **Nous pouvons donc affirmer que, de manière très large et très nette, il y a quasiment toujours des résonances entre le parcours personnel des étudiants et les rencontres qu'ils font faire dans le cadre de leur vie professionnelle, et ce tant chez les futurs éducateurs ou chez les futurs infirmiers.** Nous notons des différences chez les étudiants dans leur manière d'identifier ces résonances :

- 1) Tous les étudiants du groupe expérimental le font sans difficulté et, de manière générale, ils « assument » ces résonances.
- 2) Les trois quarts du groupe infirmier repèrent ces échos, mais ils s'en « défendent » et bien souvent les mettent à distance.
- 3) La moitié du groupe contrôle reconnaît des résonances mais a plus de difficultés à les assumer. Comme le groupe des infirmiers, les étudiants font preuve de « résistances » face à ces échos. Comme nous l'indiquons dans le tableau 4, ces échos concernent des thèmes variés : s'ils recouvrent un champ large, ils sont toutefois bien au cœur de leurs futurs métiers (par exemple le handicap et la protection de l'enfance sont les deux principaux secteurs dans lesquels les futurs éducateurs sont amenés à exercer). 6 étudiants sur 12 en travail social vont nous partager des vécus personnels directement en lien avec ces thèmes. À l'instar des étudiants en travail social, deux étudiants infirmiers nous font part de situations personnelles en lien avec la maladie (Alzheimer) ou avec une I.V.G. ; et de même, il apparaît évident que ces étudiants puissent être confrontés à ce type de situations dans le cadre professionnel. Cela soutient le point précédent concernant la nécessité d'une formation consacrée en partie à la compréhension des phénomènes transférentiels. Pour comprendre la manière dont les étudiants font avec ces inévitables phénomènes transférentiels, ces éléments sont à mettre en discussion avec deux autres indicateurs : le principe affiché de séparation entre les différentes sphères de la vie et la mobilisation du capital

biographique dans les accompagnements réalisés. Après une relecture attentive de tous les entretiens, nous avons fait le choix de faire une différenciation entre : 1) le fait que les étudiants identifient ce principe comme étant érigé par l'école et 2) le fait que ce principe soit posé par les étudiants sans qu'ils ne fassent mention au centre de formation. D'une manière générale, nous constatons, à la lecture du tableau 4, que le principe de cloisonnement est mis en avant par 11 étudiants sur 16. Parmi ces 11 étudiants, il y a 7 étudiants en travail social (6 issus du groupe contrôle et 1 du groupe expérimental) et les 4 étudiants en soins infirmiers. La différence importante entre les deux cohortes étudiées est la suivante : les étudiants infirmiers font tous part d'un principe de distinction nette entre leurs vies privées et leurs vies personnelles, alors que chez les étudiants en travail social, ce principe existe de façon moins prégnante.

Un autre point est à souligner : sur ces 11 étudiants, 6 nous disent que ce principe leur est enseigné en centre de formation. Là encore, nous observons une différence singulière entre les étudiants infirmiers et les étudiants en travail social : en effet, tous les étudiants en soins infirmiers évoquent cette règle comme étant dispensée en centre de formation : « *C'est ce qu'on nous apprend à l'école. C'est : < Faites attention, vous ne vous mélangez pas, entre le professionnel et le personnel, parce que ça peut aller très vite >. Quand on connaît les gens dans leur intimité et qu'on apprend à les connaître, si on a un bon feeling, ça peut aller très, très vite...* » (n° 15). Ce n'est pas le cas chez les travailleurs sociaux : sur 7 étudiants en travail social faisant mention de ce principe, seulement 2 étudiants du groupe contrôle (n° 8 et 11) l'évoquent comme faisant partie du contenu de formation. Nous pouvons souligner que les étudiants n'évoquant jamais un tel principe font tous partie du groupe expérimental. Cela confirme l'hypothèse selon laquelle **le module dédié aux approches biographiques produit des effets, notamment en termes d'appropriation et d'acceptation des implications de sa propre histoire sur et dans sa vie professionnelle, conduisant ainsi les étudiants à mieux assumer les porosités entre celles-ci.** Ce principe, consistant à compartimenter les différents espaces de vie et visant à les rendre imperméables, n'est pas sans poser des difficultés aux étudiants (et ce quelle que soit leur formation). Afin de mieux saisir ces tensions, nous nous appuyons sur les travaux de Gaspar (2012), étudiés dans le premier chapitre, concernant notamment l'enchevêtrement des sphères chez les travailleurs sociaux, en utilisant notamment la catégorisation qu'il propose comme grille de lecture. Ses travaux proposent trois catégories de travailleurs sociaux (cf. chapitre 1) : les travailleurs sociaux cliniques, les travailleurs sociaux normatifs et les travailleurs sociaux militants. Cette catégorisation peut nous aider à situer les étudiants, et à clarifier le rapport qu'ils entretiennent avec leur métier et avec leurs propres histoires. Afin de mieux saisir les

contradictions ou tensions qui les traversent les étudiants, nous avons élaboré un tableau les classant selon les trois catégories évoquées précédemment et nous avons fait « discuter » les deux discours portés sur ce principe : celui des étudiants avec celui des centres de formation.

Tableau 5 : « Enchevêtrement et cloisonnement des différentes sphères de la vie »

Enchevêtrement et cloisonnement entre les différentes sphères de la vie	Les « Normatifs » <i>Principe de cloisonnement des sphères fortement ancré</i>	Les « Cliniques » <i>Intention de distinguer les sphères, mais « dérogations » pratiques régulières</i>	Les « Militants » <i>Volonté et revendication de ne pas compartimenter les espaces</i>
Discours des étudiants en adéquation avec celui de l'école	n° 16		n°s 2, 3, 5 et 6
Discours des étudiants en tension avec celui de l'école		n°s 13, 14 et 15	
Discours des étudiants s'opposant à celui de l'école	n° 8	n° 11	n° 1
Discours des étudiants ne faisant pas référence à celui de l'école	n°s 7 et 4	n°s 9, 10 et 12	

Le tableau 5 nous permet de constater un réel partage entre les étudiants. Sur les 16 étudiants, quatre peuvent être rattachés aux « normatifs », sept autres étudiants se rapprochent davantage des « cliniques » et les cinq derniers (tous issus du groupe expérimental) présentent des caractéristiques plus proches des « militants ». Nous en déduisons que la majorité des étudiants (les « normatifs » + les « cliniques », soit 11/16) affichent un principe de séparation des espaces. De plus, les professionnels dits « cliniques » sont dominants : ce principe n'est pas considéré comme un dogme, peut-être du fait de sa difficulté (voire son impossibilité) à être respecté.

Tout d'abord, les 5 étudiants qui ne font pas mention des apports du centre de formation en la matière sont tous des étudiants en travail social. Nous avons classé ces cinq étudiants parmi les « normatifs » ou les « cliniques » : en effet, leurs discours manifestent soit des volontés de cloisonner fortement les sphères, soit des formes de négation des liens entre celles-ci ou encore des difficultés à reconnaître et identifier ces liens. Un entretien est particulièrement « parlant » à cet égard : en effet, Christine (n° 7) va à la fois poser cette règle de distinction nette entre vie privée/ vie personnelle et évoquer les échos entre ces sphères, notamment par ce qu'elle livre aux personnes accompagnées régulièrement, dans le quotidien, de sa sphère privée (ayant trait à ses enfants par exemple, voire à sa vie intime avec son mari). En cela, elle nous semble typique des

étudiants que Gaspar nomme « normatifs » : elle affiche une forte volonté de cloisonnement mais ne peut s'y tenir ; malgré le principe affiché, elle mobilise ouvertement une partie de son capital biographique dans les accompagnements qu'elle mène.

Dans un second temps, concernant les 11 autres étudiants qui s'appuient sur le centre de formation pour étayer leurs positionnements, cinq d'entre eux semblent en accord avec le discours porté, entendu et/ou compris du centre de formation. Un seul des étudiants infirmiers souscrit complètement à ce principe de séparation enseigné à l'école : « *Quand je suis dans le professionnel, je parle très peu de moi à mes patients-résidents. Mais maintenant que j'y réfléchis, quasiment jamais.* » (n° 16). Cet étudiant en soins infirmiers, pourtant touché par des résonances concernant la maladie d'Alzheimer qui affecte ses patients et l'un de ses grands-pères, pose cette règle de façon très nette, et cela entre en complète adéquation avec le discours de l'institut de formation évoqué précédemment (cf. verbatim du n° 15 p. 294). En revanche, les autres étudiants qui « s'alignent » sur le discours de l'école sont tous en travail social (et tous issus du groupe expérimental), mais ceux-ci font référence au principe inverse, à savoir une acceptation et une mise au « travail » des échos entre les sphères.

Ensuite, les étudiants en difficulté avec le discours de l'école sont tous des étudiants en soins infirmiers. L'expression de ces étudiants se veut ambivalente : « *Je pourrais en parler, mais sans entrer dans les détails. Dans le sens, dire que je l'ai vécu [le harcèlement scolaire] et que je m'en suis sortie, que je me suis reconstruite, que je suis heureuse... Des choses comme ça, mais de là à dire..., ne pas rentrer dans des détails précis, rester dans les généralités.* » (n° 13). Le paradoxe tient dans la formulation même de ces propos : « *Je pourrais en parler [...] mais de là à dire...* ». Hormis l'étudiant infirmier n° 16 qui, très clairement, dit ne pas mobiliser son histoire personnelle dans le cadre professionnel, les autres étudiantes en soins infirmiers sont bien plus ambiguës : elles disent « *On va dire : < Je vous comprends, je sais, j'ai vécu quelque chose de similaire >, mais sans forcément trop rentrer dans les détails non plus. [...] Je parle avec lui, mais je ne vais pas évoquer que, moi, je l'ai vécu. C'est toujours trouver la limite entre le professionnel et ne pas être débordé. Il y a des choses, après c'est mon point de vue à moi, que les patients n'ont pas forcément besoin de savoir. Que ce soit pour les protéger, eux, et pour nous protéger nous aussi. [...] Nous protéger nous, parce que je pense que c'est important de garder quand même une certaine distance pour ne pas... trop, trop, trop s'attacher au patient...* » (n° 14). Cette étudiante nous explique que la « posture » apprise à l'école, consiste à « ne pas faire de transfert et à gérer ses émotions ». Á l'écoute de ses propos, il nous semble que **les formations en soins infirmiers mettent en œuvre un enseignement davantage basé sur une distanciation entre les**

histoires de vie des soignants et des soignés (pour « ne pas faire de transfert ») ainsi qu'entre le professionnel et ses propres émotions, plutôt qu'un apprentissage visant à mettre au travail ces émotions pour ensuite ajuster l'implication du professionnel vis-à-vis de la personne accompagnée. Cette « mise au travail » n'exclut pas, éventuellement, des mises à distances entre la personne et le professionnel, mais contrairement à ce qui est rapporté ici, celles-ci ne se font pas d'emblée.

Enfin, les étudiants qui s'opposent au discours de l'école sont tous des étudiants en travail social. S'ils critiquent tous, parfois de manière assez vive, les enseignements du centre de formation en la matière, ces étudiants ont des positions très contradictoires.

L'une de ces positions consiste à dire : « *Je ne trouve pas forcément que les formateurs nous guident suffisamment pour... enfin nous prépare suffisamment, je dirais même, à accueillir la parole de l'autre... On en... on ne ferait pas des modules comme la dernière fois [...] [le module récit de vie] bah... (silence) En fait on n'aurait rien appris.* » (n° 1). Cette position considère finalement que la formation des travailleurs sociaux ne s'arrime pas suffisamment à une clinique de l'écoute, et que si celle-ci « jaillit » de temps en temps, c'est au travers de modules optionnels tel que celui présenté. La seconde position est l'antithèse de la précédente : une étudiante nous fait part de deux discours contradictoires au sein du centre de formation ; l'un consistant à travailler à partir de l'histoire de vie des personnes accompagnées (discours tenu notamment par les formateurs internes) : « *Nous par exemple avec le DC2, on apprend à avoir l'histoire de la personne, l'histoire de vie et à travailler autour des hypothèses ; je ne sais pas par exemple : < cette femme s'est fait violer dans son enfance, aujourd'hui elle est avec un mari violent, on peut faire le lien entre les deux et proposer des solutions >.* » (n° 8) et un second discours tenu dans un module optionnel³⁵ : « *Dans ce module il nous a expliqué que clairement creuser dans la vie de la personne et dans son passé ça n'avait absolument aucun sens euh... Qu'est-ce qu'on s'en fiche de savoir que la personne elle a été violentée ? Puisqu'elle est violentée aujourd'hui, et c'est sur ça qu'il faut travailler et c'est pas du tout ce qu'on nous apprend à l'école ! Il nous a dit : < ce que vous avez appris, vous l'oubliez ça ne sert à rien... >.* » (n° 8). L'étudiante dans ce cas, semble être prise en tension entre ces deux discours, ce qui n'est pas sans générer des éventuelles difficultés de positionnement. À l'inverse de l'étudiante précédente, celle-ci (issue du groupe contrôle) identifie, d'une certaine manière, la clinique de l'écoute et les histoires de vie comme étant des enseignements prégnants, voire centraux dans la formation ; mais

³⁵ Cette étudiante évoque ici la séquence de formation « Familles et Interventions professionnelles » où se sont déroulées différentes options (dont le module sur les approches biographiques que nous avons animé). Dans son cas, elle a choisi de suivre un module intitulé (très ironiquement) : « Comment aggraver les difficultés des usagers ? », animé par un vacataire.

elle réfute l'intérêt de ces approches, notamment après avoir suivi un module où celles-ci étaient désavouées.

Enfin, il nous semble que le dernier étudiant en travail social (Max, le n° 11) manifestant une forme d'opposition au centre de formation, synthétise, d'une certaine manière, ces contradictions. En effet, il mobilise son expérience personnelle dans les accompagnements : *« J'ai partagé un peu de ma vie bien sûr, [...] pour lui montrer aussi que ces questions, elles étaient légitimes, que je me les posais aussi, qu'elles avaient du sens [...] C'est pourquoi j'ai partagé un peu de mon vécu à travers ces questions-là »* (n° 11). Et s'il perçoit bien l'intérêt de s'appuyer sur son propre capital biographique : *« Le fait d'avoir partagé aussi un peu des expériences personnelles, je pense que ça a vraiment ouvert un peu et dégagé la parole. »* (n° 11), il s'en méfie et l'utilise avec prudence. *« Je me disais, mais, fais attention, faut vraiment faire attention à ne pas dire trop tes opinions, je trouverais ça dommage, ce n'est pas toi qui vas ... J'ai toujours essayé de freiner mes convictions personnelles. »* (n° 11). À travers une situation qui fait écho à son histoire, qui « réveille » des éléments personnels (sur lesquels il restera vague), cet étudiant explicite les « empêchements à dire », que ce soit sur les terrains professionnels ou au sein du centre de formation (par exemple en G.A.P. E.) : *« Ce ne sont pas des choses qui se disent. [...] J'ai même l'impression un peu, à l'école, qu'on nous apprend à être comme ça. On parle toujours de la juste distance, juste proximité, on utilise toujours ces termes-là. On a l'impression que ce qui revient dans tous les échanges, c'est que l'éducateur, il est toujours distant, distant, distant... C'est ce qu'il faudrait, c'est toujours ce qu'on nous a appris ici. Et moi, personnellement, j'ai du mal à voir comment on ne peut pas... Comment c'est possible d'avoir cette juste distance »* (n° 11). L'étudiant souligne ici (et cela se recoupe en partie avec la formation des infirmiers) la façon dont les centres de formations inculquent à leurs apprenants la question de la « distance professionnelle ». Cette thématique, prégnante et transversale aux différents contenus, s'infuse dans l'ensemble des cours et finalement s'érige comme une nécessité. Ce qui nous semble intéressant, c'est bien la manière dont les écoles travaillent cette question : en effet, si la « bonne distance » a longtemps fait figure de maître mot dans le secteur, actuellement, comme le pointe l'étudiant, celui de « juste proximité » gagne du terrain. Il n'en reste pas moins que la question de l'implication, des liens et des chevauchements entre histoire personnelle et histoire des personnes accompagnées ne semblent pas abordée. *« J'utilise même le terme tabou. A l'école, je dirais surtout et sur les terrains aussi. Moi, j'ai eu des cours comme ça, où j'ai eu l'impression qu'il fallait vraiment faire comme ça [mettre une « distance professionnelle »] et quand je suis intervenu un peu en disant que...en parlant de ça, je ne dis pas qu'on m'a jeté la pierre, pas du*

tout, mais j'ai eu l'impression d'être en contradiction avec ce qu'on voulait m'enseigner... » (n° 11). Max énonce franchement les contradictions traversées entre une posture enseignée (celle de la « bonne distance » et d'une distinction nette entre vie privée et vie professionnelle) et ce qu'il vit sur les terrains. Cela l'amène à justifier son positionnement en disant qu'il « quitte la posture professionnelle ».

Tableau 3bis : Synthèse « Reconnaissance et mobilisation du capital biographique »

Reconnaissance et Mobilisation du Capital Biographique	Groupe des étudiants en soins infirmiers	Groupe des étudiants en travail social
Quelques nuances	<p>Le transfert est un enseignement repéré par les étudiants, mais compris comme étant à éviter. Le centre de formation dispense dans ses enseignements un principe de distinction et d'imperméabilité entre les espaces personnels et professionnels. Ces constats s'arriment fortement à une vision du métier calquée sur une clinique du regard et impliquant une pédagogie relativement prescriptive, y compris en matière de posture et de positionnements professionnels face aux histoires de vie.</p>	<p>La notion de transfert n'est pas citée comme étant enseignée, mais elle est mobilisée et mise en lien au travers des situations professionnelles vécues par les étudiants du groupe expérimental. Les étudiants sont très divisés sur la nature des enseignements fournis en ce qui concerne les histoires de vie. La clinique du regard et la clinique de l'écoute semblent se partager les territoires pédagogiques. Par conséquent, l'enseignement est relativement paradoxal : s'il n'est pas prescriptif, il peut placer les étudiants dans situations de tensions.</p>
Différences notables	<p>Les étudiants s'approprient le principe de cloisonnement des sphères privées et publiques, dispensé en formation. Si ce principe semble intégré, les étudiants font part de difficultés à l'appliquer sur les terrains.</p>	<p>Les étudiants sont partagés quant au principe de cloisonnement des différents espaces de la vie : les étudiants du groupe contrôle s'y réfèrent tous alors que les étudiants du groupe expérimental ne l'évoquent pas (sauf une). De même, comparativement, les étudiants du groupe contrôle expriment davantage de difficultés avec ce principe de cloisonnement que ceux du groupe expérimental.</p>
Points et thèmes communs	<p>Les étudiants, quelle que soit la cohorte étudiée, identifient des résonances entre leurs histoires de vie et celles des personnes accompagnées. Le concept de transfert semble peu approprié et peu utilisé comme support et appui à la relation éducative et soignante. Les stratégies éducatives et soignantes, face et avec ces histoires de vie, sont bien souvent basées sur une mise à distance de ces résonances. Par conséquent, cela suppose des éloignements (des passages de relai) avec les personnes accompagnées.</p>	

7.1.4. Synthèse de l'analyse comparative entre étudiants infirmiers et étudiants éducateurs

Pour conclure cette première partie dédiée au traitement des données et à l'analyse comparative entre les deux cohortes d'éducateurs et d'infirmiers, nous souhaitons faire une synthèse des premiers résultats obtenus.

Dans un premier temps, il convient de souligner les points communs entre ces différentes cohortes. Nous pouvons les résumer ainsi :

1. Tous les étudiants expriment une pluralité des cadres d'écoute et une complexité de mise en œuvre de celle-ci, fonction de la variété des conditions d'exercice.
2. La temporalité est citée comme un élément clé du possible déploiement d'une écoute clinique.
3. Celle-ci est conceptualisée par les étudiants comme étant motivée par des objectifs et des visées. Elle donne lieu à un « travail » à effectuer en aval, et celui-ci est souvent associé à une démarche thérapeutique.
4. Les terrains professionnels sont identifiés comme étant des lieux particulièrement consacrés à l'apprentissage de l'écoute, par l'observation et l'expérimentation. Le centre de formation est également cité par l'ensemble des étudiants, mais celui-ci est soumis à plus de critiques quant à sa capacité à assurer cet enseignement.
5. L'école (élémentaire) est également repérée comme un espace primaire de la constitution, l'organisation et la structuration de cet apprentissage.
6. Les résonances entre la vie personnelle et la vie professionnelle sont présentes chez tous les étudiants, et une majeure partie d'entre eux sont en capacité de les identifier.

Ces premiers éléments permettent de consolider nos constats de départ : tandis que l'écoute est mobilisée dans tous les espaces et à tous les moments de l'exercice professionnel (et constitue en cela une compétence professionnelle de premier plan), l'écoute clinique, pour les étudiants, est à affilier à un versant thérapeutique (notamment et particulièrement psychologique). Cette « affiliation » leur permet, en partie, de justifier les impossibilités qu'ils rencontrent dans l'élaboration d'une posture professionnelle basée sur l'écoute (celle-ci relevant principalement, pour eux, du rôle du thérapeute, du psychologue clinicien). Le temps constitue un second facteur faisant obstacle à l'application d'une écoute clinique sur les terrains. Pour les infirmiers, c'est clairement le manque de temps qui est pointé ; en ce sens, leurs propos consolident notre hypothèse sur les effets de la société post-moderne qui, dans les champs éducatifs et soignants, viennent « compresser », voire « étouffer » les possibilités d'une relation d'aide basée sur la clinique. Paradoxalement, alors que les terrains professionnels sont soumis aux pressions

précédemment citées, tous les étudiants les reconnaissent comme des lieux d'apprentissage de/à l'écoute. Force est de constater que, malgré des conditions d'exercice rendues très difficiles (du fait de la rationalisation des organisations, de la culture gestionnaire et de la marchandisation des liens humains), les étudiants se « coltinent » *de fait* la question de l'écoute. De nature ontologique, cette compétence structure leurs métiers et en fait l'une des caractéristiques principales. Constituant l'un des piliers du métier, la question de la formation à l'écoute et à l'accueil des histoires de vie mérite donc d'être envisagée et étudiée. Les centres de formations sont repérés par les étudiants infirmiers et les étudiants du groupe expérimental comme étant un lieu favorisant cet apprentissage, notamment par des contenus ciblés et par une attention, une démarche « diffuse » tout au long des trois années de formation.

Nous pouvons discuter ici l'une de nos hypothèses consistant à séparer la nature même de ces formations : l'une basée sur la clinique du regard (pour les infirmiers) et la seconde (celle des éducateurs) fondée sur la clinique de l'écoute. Au vu des résultats obtenus, cette distinction ne nous semble pas si nette : en effet, si la clinique du regard semble bien être les soubassements épistémologiques et théoriques de la formation des infirmiers, il semblerait que celle des éducateurs soit également teintée et infusée par cette orientation, plus techniciste et prescriptive, et ce malgré une histoire profondément ancrée dans une clinique de l'écoute. Le renversement de paradigme et l'ensemble des mutations qui traversent le secteur social nous permettent de mieux comprendre et mieux saisir les évolutions en matière de structuration de la formation. Ces transformations conduisent les écoles en travail social à bâtir, de plus en plus, leur architecture de formation, les programmations et les contenus sur une clinique du regard, héritée de la notion d'*evidence-based medicine*. La culture de la « preuve », au centre de cette clinique du regard, permet aux organismes de formation de répondre davantage aux exigences des financeurs, des certificateurs qualité etc., quand bien même cela ne répond pas aux besoins des professionnels, des apprenants et des publics accueillis. Comme disait Oury : « Travailler dix ans, pour obtenir un sourire d'un schizophrène, ce n'est pas rien ! » (Didelet, 2017). Or cette dimension, inévaluable, qui échappe de fait à tout contrôle, semble perdre du terrain, y compris dans les espaces de formation.

Pour finir, nous souhaitons souligner un autre point de convergence entre ces deux cohortes : tous les étudiants font part de résonances entre leurs vies privées et professionnelles. En outre, la moitié d'entre eux identifient la sphère de l'école élémentaire comme un des premiers lieux d'apprentissage de l'écoute. Si nous souhaitons mettre en lien ces éléments, c'est parce qu'ils nous

permettent de faire la lumière sur une dimension souvent cachée, voire souterraine, des processus d'apprentissage : la dimension existentielle et les compétences expérientielles. Nous pouvons désormais affirmer que ces étudiants fondent en partie leurs postures d'écouter et de narrer sur des expériences vécues dans l'enfance (l'école primaire) et dans la sphère privée (la vie familiale). Ces éléments confortent notre hypothèse selon laquelle une formation aux approches biographiques s'avère incontournable ; les effets que celle-ci produit sur les postures des futurs professionnels seront étudiés dans la sous-partie suivante ainsi que dans le chapitre 8.

Dans un second temps, nous souhaitons mettre en évidence les différences entre ces trois cohortes que nous avons observées à travers l'analyse des données :

1. Du fait de leurs missions et de leurs cadres d'exercice (parfois relativement contraignants pour les publics), les travailleurs sociaux sont amenés à produire fréquemment des injonctions biographiques, ce qui ne semble pas être le cas des infirmiers.
2. Les étudiants éducateurs expriment des difficultés dans l'accueil de la parole des personnes accueillies, notamment tous les étudiants du groupe expérimental. Les étudiants du groupe contrôle et les étudiants infirmiers nous font également part de cela, mais de façon moindre.

Les étudiants infirmiers et ceux du groupe contrôle présentent des points de convergences :

3. Ils évoquent un processus « naturel » de l'apprentissage, contrairement aux étudiants du groupe expérimental.
4. Ils érigent un principe de cloisonnement entre les sphères personnelles et professionnelles. Ces étudiants identifient cette règle comme étant enseignée en centre de formation.
5. Ce principe de cloisonnement, qu'ils prônent, leur sert de « gage de professionnalisme » mais ne les prémunit pas des difficultés qu'ils rencontrent à travers les « échos » entre vie privée et vie professionnelle. Ce paradoxe conduit ces étudiants à mettre en œuvre des mécanismes de défense ainsi que des résistances fortes face aux résonances vécues et éprouvées sur les terrains.

D'autres différences rapprochent, cette fois-ci, le groupe infirmiers du groupe expérimental :

6. Le concept de transfert n'est cité que par une partie (la moitié précisément) de ces deux cohortes, le groupe contrôle n'en faisant jamais mention.

7. Ces deux cohortes identifient la sphère familiale comme étant un lieu support à l'apprentissage de l'écoute.

Les deux premiers points apportent des éléments de réponse à l'une de nos hypothèses. Nous supposons que les lacunes au sein des formations professionnelles en termes d'approches biographiques en particulier (et d'orientations basées sur une clinique de l'écoute en général), participent à l'élaboration de postures et de pratiques professionnelles pour le moins confuses. Les injonctions à personnaliser et individualiser les accompagnements placent les travailleurs sociaux dans l'obligation de recueillir les histoires de vie des publics rencontrés. Nous admettons désormais, au regard de l'étude menée, que les étudiants mobilisent les histoires de vie sans toutefois avoir reçu l'étayage nécessaire sur les enjeux épistémologiques, éthiques et théorico-pratiques de ces approches. Par conséquent, ces pratiques et le « maniement » de ces histoires se font et s'apprennent principalement sur « le tas ». Cela n'est pas sans générer chez les futurs professionnels, à minima de la confusion, voire des contradictions dans et entre leurs pratiques et leurs discours. La reconnaissance et l'expression, par les étudiants, des difficultés à accueillir les histoires de vie nous semblent être les parties émergées de l'iceberg. En effet, nous avons pu constater que tous les étudiants du groupe expérimental formulent celles-ci. En revanche, les étudiants infirmiers et ceux du groupe contrôle le font beaucoup moins : nous présumons que cette différence est justement liée aux effets produits par le module de sociologie clinique. En effet, la démarche occasionne précisément, par le détour réflexif et l'implication des membres du groupe, des nouvelles capacités d'élaborations et de mises en mots. Ces nouvelles compétences acquises permettent alors aux étudiants de savoir mieux formuler et pointer leurs difficultés.

À l'inverse, les étudiants du groupe contrôle et les étudiants infirmiers, n'ayant pas les mêmes ressources, se trouvent plus démunis pour exprimer leurs difficultés. Ils mettent alors en œuvre des stratégies d'évitement, des mécanismes de défense et des résistances (idéologiques et pratiques) pour contrer et « s'arranger » avec ces embarras et « bricoler » avec ces éventuelles complications. Ces stratégies défensives vont se manifester et se matérialiser dans le quotidien par des conduites d'évitement du public accompagnée, ne permettant ainsi jamais aux futurs professionnels de « mettre au travail » les nœuds sociopsychiques qui les traversent. En outre, ces étudiants vont chercher à légitimer leurs pratiques, notamment en érigeant un principe de cloisonnement entre les différentes sphères de la vie. Ce principe, s'il ne résout rien des difficultés pratiques rencontrées dans la complexité du réel, les aide à asseoir et justifier leurs postures

professionnelles tout en maintenant (voire en renforçant) leurs mécanismes de défense. L'idée d'un apprentissage « naturel » de l'écoute, (idée pleinement adoptée par ces étudiants), est également la partie émergée de ces difficultés. En rendant cette compétence naturelle, voire innée, les étudiants façonnent une parade permettant de riposter face à leurs propres difficultés. Cela leur permet de se « dérober » d'une certaine manière, et contribue largement à éclipser et éluder une démarche réflexive.

Enfin, notre analyse met en évidence des similitudes entre le groupe expérimental et le groupe des infirmiers, notamment en ce qui concerne la mobilisation de la notion de transfert et l'identification de la sphère familiale comme lieu d'apprentissage de l'écoute. Au vu de nos hypothèses, il nous apparaît logique que le groupe expérimental fasse mention de ces éléments. En effet, à travers son approche et ses fondements théoriques, le module de sociologie clinique insiste tout particulièrement sur les phénomènes transférentiels rencontrés dans leurs pratiques professionnelles. De plus, via sa recherche de mise à jour des déterminants sociaux et psychiques des participants, il n'est pas étonnant que ceux-ci reconnaissent la sphère familiale et personnelle comme un territoire où se sont jouées et où se jouent encore les structurations de certaines compétences et qualités humaines. Il nous faut insister sur une différence importante entre ces deux cohortes : les étudiants infirmiers mobilisent effectivement le concept de transfert, en le rapprochant aux contenus enseignés, alors que les étudiants en travail social semblent le « manier ». En effet, quand ces derniers l'abordent, c'est toujours par le prisme d'exemples vécus sur les terrains. Par conséquent, nous supposons que l'enseignement de ce concept doit être prodigué de manière très disparate dans ces deux formations, au vu des différences d'appropriation et de maniement de celui-ci. Enfin, concernant la reconnaissance de la sphère familiale et personnelle dans le processus d'apprentissage par les étudiants infirmiers, nous pensons que cela révèle la manière dont ils se font « rattrapés » par leurs histoires personnelles. Au vu du principe de cloisonnement qui leur est enseigné et l'appropriation de celui-ci par les étudiants, cela doit les placer dans des situations particulièrement délicates et complexes ; en renforçant et multipliant les contradictions entre une formation basée sur une clinique du regard et l'exercice de leur métier nécessitant une écoute clinique fine qu'ils n'ont ni le temps, ni les moyens (en termes de ressources et d'étayage) de mettre en œuvre.

7.2. Groupe expérimental et groupe contrôle : la sociologie clinique comme variable

Cette seconde sous-partie est consacrée à l'analyse comparative des résultats de l'enquête portant sur les interviews des éducateurs spécialisés, entre le groupe dit expérimental et le groupe dit contrôle. Nous avons réalisé un tableau à partir des éléments collectés dans la partie précédente, en sélectionnant les indicateurs présentant des différences notables entre ces deux groupes. Cette analyse comparative nous permettra de mettre en lumière les effets produits par la démarche biographique et nous aidera à confirmer ou infirmer l'hypothèse suivante : « Les étudiants qui sont formés aux approches biographiques, et plus particulièrement à la sociologie clinique, par le détour biographique qu'ils ont opéré sur leur propre trajectoire lors de cette formation, sont davantage susceptibles de repérer les nœuds sociopsychiques de leur histoire. Ils deviennent plus attentifs aux effets transférentiels présents dans la relation éducative, et sont donc plus aptes à écouter et accueillir l'histoire des personnes accompagnées. ». Les indicateurs retenus sont les suivants : l'expression d'une difficulté à entendre les histoires de vie/ un apprentissage de l'écoute considéré comme « naturel » / l'identification de la sphère familiale et personnelle comme lieu d'apprentissage à/de l'écoute/ le centre de formation repéré comme lieu de cet apprentissage/ un principe de cloisonnement dressé entre les différents espaces de vie/ la référence à la notion de « transfert » et les résonnances repérées par les étudiants eux-mêmes.

7.2.1. L'accueil de la parole chez les étudiants éducateurs spécialisés : entre des difficultés à écouter les histoires de vie des autres et des difficultés à raconter la sienne...

L'une des différences frappantes concerne l'expression par les étudiants d'une difficulté à accueillir et à recevoir les histoires de vie des bénéficiaires. Dans notre introduction, nous évoquons un terme utilisé par Pascal, un étudiant³⁶ : « les récits de mort ». Cet échange a lieu lors du premier module de sociologie clinique que nous avons animé, en 2017. Lors de ce module, beaucoup de temps avait été consacré aux échanges portants sur les récits qu'ils entendaient : Comment les accueillait-ils ? Qu'en faisaient-ils ? Comment maniaient-ils les phénomènes transférentiels quand les histoires entendues faisaient écho avec la leur ? L'expression « récits de mort », utilisée par Pascal lors de ce module, nous avait interpellé sur le discours et le regard portés sur les histoires de vie des personnes accompagnées. Pascal évoquait ici les histoires de vie

³⁶ Cf. introduction, « L'accueil, un espace à penser », p. 15

des jeunes mineurs accueillis au CEF³⁷ ; ces derniers sont impliqués dans des actes de délinquance, avec parfois des actes de violence et bien souvent ils rencontrent des difficultés familiales très importantes. Le fait même de nommer ces histoires « récits de mort » est révélateur du regard porté sur ces parcours et de la difficulté à entendre ceux-ci. En jugeant mortifères ces récits, Pascal (et son équipe, qu'il décrit comme étant aussi en difficulté avec ces histoires) rend quasiment impossible la possibilité pour ces jeunes de les raconter et de les mettre au travail. Pour autant, l'injonction est faite (notamment avec la loi 2002-2) pour les travailleurs sociaux de recueillir ces histoires et de les mettre « en projet », cela suppose donc pour les personnes accompagnées de livrer leurs histoires à ces professionnels. Cette injonction biographique (demandée par les pouvoirs publics et mise en acte par les travailleurs sociaux) ainsi que l'incapacité de ces derniers à entendre les histoires de vie, couplée aux difficultés des personnes à se biographiser, donne à voir un paradoxe qui cristallise les rapports entre accompagnant et accompagné. Pascal va très bien nous expliquer la manière dont les équipes, face à cette impossibilité d'être à l'écoute et d'être les dépositaires de ces histoires, vont mettre en place des stratégies d'évitement, en essayant au maximum de ne pas avoir à les entendre. Ces stratégies d'évitement ne suffisent toutefois pas à déjouer l'incontournable : en effet, bien qu'ils tentent de se dérober à l'écoute de ces récits, ils y sont de fait confrontés (le fait même que l'étudiant les nomme « récits de mort » prouvent qu'il connaît la nature de ces histoires ainsi que leurs consistances). Ces stratégies d'évitement nous semblent être le reflet de difficultés à exprimer, justement, leurs difficultés à écouter et accueillir les histoires de vie des personnes qu'ils accompagnent.

Le tableau 6, ci-après, nous indique qu'il y a une différence entre les deux cohortes d'éducateurs spécialisés concernant l'expression de difficultés à écouter les histoires de vie : si tous les étudiants du groupe expérimental nous font part de ces difficultés à entendre les récits, ce n'est le cas que pour la moitié du groupe contrôle. Il est à souligner que ce n'est pas parce que les étudiants du groupe expérimental sont plus nombreux à dire leurs difficultés d'écoute, qu'ils sont, dans le réel de leurs pratiques, plus en difficulté que les étudiants du groupe contrôle. Au contraire, nous pensons que les étudiants du groupe contrôle sont moins en mesure d'exprimer et d'identifier ces difficultés, mais que celles-ci existent bel et bien, voire sont plus importantes car elles ne sont pas conscientisées. À l'inverse, avoir la capacité de reconnaître celles-ci permet aux étudiants du

³⁷ Les CEF, créés en 2002, sont des dispositifs de la PJJ, qui accueillent des mineurs de 13 à 18ans, qui sont impliqués dans des actes de délinquance. Le centre est dit « fermé » car le placement est imposé dans le cadre d'un contrôle judiciaire, d'une libération conditionnelle ou d'un sursis avec mise à l'épreuve. Ce n'est pas un lieu de détention, mais le jeune est obligé d'y résider sous la surveillance constante des travailleurs sociaux.

groupe expérimental de les travailler et donc éventuellement, à terme, de les rendre moins prégnantes. Trois étudiantes du groupe contrôle présentent des dénis assez importants à cet égard : les difficultés semblent bien présentes, mais elles ne sont jamais explicitées en tant que telle. Par exemple, l'étudiante n°8, en évoquant la non-nécessité d'avoir accès aux histoires de vie des personnes accompagnées (dans le 7.1.3., p. 297), n'émet jamais l'hypothèse qu'elle puisse elle-même être bouleversée par les histoires entendues. Le positionnement professionnel qu'elle adopte, consistant à mettre le plus de distance possible entre l'accompagnement qu'elle propose et le vécu des personnes, lui permet d'éluder la mise en mots de certaines émotions et difficultés ressenties. Convaincue de ne pas avoir besoin de s'appuyer sur le vécu de la personne, elle active fortement des mécanismes de défense (le déni entre autres) concernant sa propre histoire. De même, nous pouvons citer Claire (n°12), qui n'identifie pas nettement et explicitement les résonnances entre sa vie personnelle et professionnelle, mais qui a un discours pour le moins confus en ce qui concerne ces différentes sphères, et ce qu'elle en donne à voir au public qu'elle accompagne : « *Je parlais de choses [aux résidentes accueillies dans le foyer où elle exerce], bon voilà que j'avais moi aussi, ma vie personnelle avec mon compagnon, mais je ne livrais pas des choses personnelles...* » Le discours de Claire est très signifiant à cet égard : dans la même phrase, elle dit parler de « choses » qu'elle traverse dans sa vie personnelle mais ne pas livrer des « choses personnelles ». Ses propos sont très « parlants » et donne à voir à minima un embarras, voire des incohérences et des contradictions sur ses capacités à se livrer et sur la nature de ce qu'elle raconte. En revanche, pour les étudiants du groupe expérimental, comme évoqué précédemment (dans le 7.1.4.), l'initiation à la sociologie clinique les conduit à être plus attentifs à la dimension existentielle des personnes qu'ils accompagnent. Leurs préoccupations se modifient ainsi que le regard qu'ils portent sur ces histoires. Pour reprendre l'exemple de Pascal, il a réajusté son positionnement, ou à minima la façon dont il parle de ces histoires, à travers l'écoute des récits des autres membres du groupe, son implication dans la narration de sa propre histoire (celle-ci étant également jalonnée d'évènements que l'on pourrait qualifier de « mortifères », avec le décès d'un frère avant sa naissance), et les étayages théoriques distillés durant ce module. Lors du bilan du module, il avait effectivement évoqué ses transformations et les apprentissages qu'il avait fait, à savoir : être plus attentif à la perception des professionnels sur les histoires de vie rencontrées et mieux conscientiser l'impact de ces perceptions (et discours), tant pour les bénéficiaires, dans leurs possibilités et capacités à se raconter, que pour les professionnels, dans leurs capacités à écouter et entendre ces histoires.

Tableau 6 : « Différences entre le groupe expérimental et le groupe contrôle »

Différences	Groupe expérimental						TOTAL	Groupe contrôle						TOTAL
	1	2	3	4	5	6		7	8	9	10	11	12	
Participants														
L'expression d'une difficulté dans l'accueil de la parole	X	X	X	X	X	X	6/6			X	X	X		3/6
Sphère familiale identifiée comme support à l'apprentissage	X	X	X	X	X	X	6/6						X	1/6
Apprentissage de l'écoute envisagé comme un processus naturel	X						1/6	X		X	X	X	X	5/6
L'institut de formation repéré comme espace de formation à l'écoute	X	X	X		X	X	5/6	X					X	2/6
Principe de cloisonnement entre les sphères défendu par les étudiants				X			1/6	X	X	X	X		X	5/6
Référence à la notion de transfert		X		X	X		3/6							0/6
Résonnances repérées par les étudiants	X	X	X	X	X	X	6/6	X	X			X		3/6

Pour ce faire, il semble important, dans un premier temps, de savoir exprimer les difficultés rencontrées face ou telle ou telle histoire. Au sein du module, les temps d'échanges et d'élaboration, entre les moments d'implication dans la narration de son propre parcours et les moments d'écoute des histoires des autres membres du groupe, sont des moments propices à travailler la mise en mots, et ceci produit une meilleure capacité à exprimer son ressenti et son éprouvé face aux histoires entendues.

La difficulté à entendre les histoires peut également être mise en lien avec la difficulté à se livrer. En effet, c'est un élément qui ressort de façon massive chez tous les étudiants du groupe expérimental : quand nous leur posons la dernière question (question 8 sur les effets du module), tous évoquent, sans exception, la difficulté à se livrer : « *Ça m'a fait prendre conscience que ce n'était pas si évident que ça de se livrer... Parce que même si on se livre dans la vie personnelle avec les copains, les copines, on ne raconte que des petites parties de notre histoire, on ne raconte pas tout comme ça en une heure de temps (rires). Ouais, ça remue un peu, donc maintenant je sais qu'en entretien, je prends peut-être plus le temps, ne serait-ce que d'écouter* » (n° 1). Le travail lors de ce module leur a permis de revoir leurs positionnements en tant que professionnels « écoutants », notamment au regard des injonctions biographiques qu'ils mettent en œuvre : « *Je repars de l'éprouvé, de se raconter soi-même à d'autres... Parce que c'est vrai qu'on a l'habitude de questionner les gens, de leur demander de raconter leur vie, nous, on a pu s'y exercer cette fois-là, et du coup, je l'aborde différemment, je me dis aussi, voilà le faire une fois, et encore c'est dans un autre contexte, où on ne livre pas les mêmes choses donc ce n'est pas si difficile que pour eux... On comprend d'autant mieux pourquoi c'est difficile.* » (n° 3). En abordant la question du ressenti et de l'éprouvé (qui sera pour cette étudiante un aspect particulièrement important), Caroline nous montre ce que l'exercice est venu mobiliser en termes de capacités d'empathie, mais également de délicatesse et de prudence face à ces injonctions (elle travaille en protection de l'enfance, dans un service d'évaluation des informations préoccupantes, où la question de l'injonction est particulièrement forte). Elle nous fait part de ses apprentissages : « *Ce qu'ils racontent [les publics accompagnés], ce n'est qu'une partie de leur vie, un morceau choisi, et donc libre à nous de soit tenter d'explorer en questionnant les zones non mises en lumière, soit de dire : < s'ils ne nous ont pas livré cela, c'est qu'on ne doit pas y avoir accès >, et faire uniquement avec ce qu'on a, sans tenter d'interpréter ou de s'imaginer le reste... [...]* Enfin moi je pars du principe que s'ils ont choisi de me raconter ça, c'est qu'il faut que je m'attache à ça, et que ça n'est peut-être pas dans le factuel des éléments que paraîtra le plus important, mais en tout cas dans ce qu'eux ont à en dire...J'essaye de m'interdire d'aller moi-même imaginer des choses, ou

d'aller gratter de façon violente en fait, derrière... Ça, c'est en lien avec le module récit de vie ». (n°3).

Cela renvoie à un autre élément abordé dans la sous-partie précédente, concernant la thématique de la vérité, et notamment de la véracité des propos entendus. En effet, c'est un aspect qui est apparu à chaque fois en début de module (pour tous ceux que j'ai animé) : les étudiants, dès que le groupe démarrait, soulignaient cette préoccupation, que l'on pourrait résumer ainsi : Comment faire avec des propos tenus qui ne sont pas « vrais » ? Comment vérifier cela ? Et comment faire, une fois que cette vérification est faite et s'avère exacte, pour travailler un récit de vie s'approchant le plus possible des faits réellement vécus ? L'ensemble des apports de la démarche biographique a consisté à revisiter ces questionnements, les formuler autrement, notamment en s'attardant sur la notion de sujet (et donc de sa perception, son ressenti, et ce qu'il dit avoir vécu). Pour le dire autrement, la clinique du sujet, ainsi enseignée, a permis aux étudiants de reconsidérer ces questions et de se positionner, à l'issue du module, très différemment face à cette thématique. Saïd (n° 6) témoigne de ces décalages de postures : *« Écouter ce que les gens ne disent pas et aussi écouter comment ils le disent. Il y a beaucoup de choses aussi, pendant la formation, autour de l'écoute, que j'ai conscientisé pendant le module le récit de vie, sur lesquels j'ai mis de vraiment... Enfin je comprenais l'idée mais je n'avais pas les mots pour mettre dessus...L'intérêt aussi du module récit de vie pour notre travail [...], c'est vraiment de m'appuyer sur ce que les personnes elles-mêmes m'apportent, et le module récit de vie m'a montré que, que ce soit vrai ou faux, ça n'a pas forcément de grand intérêt. Mais travailler avec ce que la personne nous amène, il n'y a pas de vérité générale, mais c'est ce que chacun vit qui compte »* (n° 8). À la lecture de cet extrait, nous percevons bien les effets du module, notamment en termes d'apprentissage d'une posture clinique attentive au sujet.

La lecture du tableau 6 nous permet également de mettre en lumière une autre différence importante : les étudiants du groupe contrôle sont largement majoritaires (5 sur 6) à considérer que l'apprentissage de l'écoute se fait naturellement alors que pour les étudiants du groupe expérimental, le rapport s'inverse. En effet, seule une étudiante (n° 1) de cette cohorte évoque cette dimension naturelle du processus d'apprentissage de l'écoute : *« Cela se fait naturellement aussi... [...] Ça dépend vraiment du tempérament de la personne qu'on a en face de nous, et nous-mêmes aussi comment on est ; donc ça revient aussi à l'éducation qu'on a pu avoir, et de plein de choses. »* (n° 1). Cette étudiante, en précisant, ce qu'elle entend par « naturel » met en lumière ce que nous disent de manière générale ces étudiants. Ces propos, s'ils mettent en avant les

conditions d'éducation, masquent les capitaux sociologiques (culturels, économiques, symboliques, sociaux) liées aux conditions d'origine (et donc aux conditions d'éducation). De même, si la dimension psychologique de l'individu est mise en lumière, les phénomènes transférentiels existants au sein de la relation ne sont pas clairement identifiés, et ne sont pas reliés à ces conditions et déterminants sociologiques. Ces aspects sont alors « naturalisés » par les étudiants et ne sont pas pensés comme étant des déterminants sociaux qui vont impacter leurs histoires de vie, y compris leurs capacités d'écoute. Dans le 7.1.2., nous avons émis une analyse qui consiste à affirmer que les apprentissages réalisés dans le module de sociologie clinique viennent modifier le rapport que les étudiants entretiennent avec les histoires de vie, ne les considérant alors plus uniquement sous l'angle du personnel, de l'intime et de l'individuel. Les apports sur les déterminismes sociétaux, familiaux, historiques, générationnels etc. permettent aux étudiants de faire un travail de « déconstruction » de ces histoires de vie, et les conduisent à effectuer un travail d'élaboration mettant à jour des aspects sociaux qu'ils percevaient jusqu'ici comme étant personnels et naturels. Nous pensons que ce travail de « déconstruction » d'un apprentissage naturel ou d'une écoute innée est en lien avec leurs capacités à exprimer leurs difficultés. N'ayant plus seulement sur une grille de lecture psychologique pour comprendre les histoires de vie (celles des autres et la leur), une forme de « décentrage » s'opère : dans un premier temps, les étudiants arriment leurs ressentis au collectif (ici le groupe expérimental), puis ils ancrent leurs vécus et leurs histoires dans des phénomènes plus globaux (l'histoire d'un peuple, d'une classe etc.). Nous pensons que le fait de se décentrer ainsi produit des « autorisations à dire », leur permettant d'exprimer les difficultés éprouvées, puisque celles-ci, par le biais du groupe, deviennent partagées.

7.2.2. Entre la sphère familiale et le centre de formation : un apprentissage de l'écoute clinique difficile à construire

À la lecture du tableau 5, nous notons une autre différence importante entre les deux cohortes étudiées ici : l'identification de la sphère familiale et personnelle comme étant un lieu ressource, support de l'apprentissage de/à l'écoute. En effet, les étudiants du groupe contrôle ne sont que 2 sur 6 à reconnaître le rôle de la famille dans cet apprentissage alors que tous les membres du groupe expérimental sont unanimes sur ce point : la famille est l'un des premiers espaces où se façonnent le rapport à l'écoute. Pour la cohorte expérimentale, si cet apprentissage n'est pas naturel, c'est bien justement parce qu'ils le relient aux conditions d'éducation dans lesquelles ils

ont évolué. Ces étudiants, après avoir effectué un détour réflexif sur leurs propres parcours, sont en mesure d'identifier les phénomènes intra-familiaux qui les conduisent à être les individus qu'ils sont aujourd'hui. Par l'implication qu'ils mettent dans la présentation de leurs histoires, et par le jeu de questions-réponses avec les membres du groupe, ils sont amenés à conscientiser à ces déterminants et, par-là, à reconsidérer la sphère familiale comme étant un lieu où des compétences dites « existentielles » vont se façonner ; compétences qu'ils vont réutiliser dans l'exercice de leurs fonctions. Ces compétences dites « existentielles » se sont construites lors de leurs expériences, aussi bien professionnelles que personnelles, et sont mobilisées dans leur posture professionnelle, leur positionnement et leur implication. Elles sont parfois directement sollicitées par le public accompagné comme en témoigne Aminata (n° 1) : « *J'ai discuté avec une maman et un jour elle m'explique qu'en fait ses deux enfants ont été adoptés, et donc forcément moi ça m'a touché, parce que je suis adoptée aussi, et elle m'expliquait... Enfin elle voulait en savoir plus, enfin avoir un peu mon sentiment à moi sur..., sur comment on grandit quand on a été adopté.* ». Aminata va se trouver relativement démunie dans cette situation : « *Sur la posture professionnelle je me suis dit : < Mais là en fait, c'est en train de me toucher en plein cœur, mais en fait... Demain je revis la même situation, comment je réagis ? Parce que là ça va parce que j'ai un bon contact, mais demain je me retrouve en entretien avec une personne qui est dans le même cas, adoptée également, comment je vais réagir ? Est-ce que je vais être empathique ? Est-ce que je vais prendre de la distance ? Est-ce que je vais... ? > Ouais, à ce moment-là ça m'a beaucoup questionné et ça me questionne encore aujourd'hui... ».*

Lors du module, Aminata va sérieusement mettre au travail son histoire, avec beaucoup d'implication et d'émotions, et va repartir du groupe avec des pistes de compréhension sur son histoire, sur le lien qu'elle entretient avec ses parents adoptifs, sur son envie d'en savoir plus sur ses parents biologiques, mais également sur les répercussions et retentissements de cette histoire sur sa manière d'aborder son métier et de l'exercer. Elle va mettre en lien cette histoire (et notamment les relations qu'elle a entretenues avec ses parents adoptifs, notamment pendant l'adolescence) avec sa manière d'écouter les histoires des personnes qu'elle accompagne (et les difficultés qu'elle rencontre régulièrement dans cette écoute) : « *Moi ça m'a été compliqué pour ma part, parce que... il y avait très peu de relationnel avec mes parents donc c'était compliqué d'accepter la parole de l'autre et, aussi moi de me dévoiler.* ». Nous constatons là encore un lien entre les capacités à se « dévoiler » et les capacités à écouter. Aminata nous avait fait part lors du module « des difficultés à s'entendre » avec ses parents adoptifs, qui ont adopté un autre enfant

(qui n'est pas son frère). En observant et en revenant sur ses difficultés relationnelles intra-familial, Aminata a clairement identifié la cellule familiale comme étant un lieu où le rapport à l'écoute et à l'expression des histoires de vie (en tant qu'enfant adopté, mais également en tant que parent adoptant) s'est avéré complexe. La reconnaissance par Aminata de certains nœuds sociopsychiques l'amène à engager des démarches, à la suite du module, pour retrouver ses parents biologiques : « *Avant j'en parlais mais sans rentrer dans les détails parce que... parce que je ne savais rien en fait, et comme du coup j'effectue des recherches etc. je suis plus posée donc je commence à avoir quelques éléments donc c'est plus facile d'en parler.* ». Elle nous dit être finalement « plus au clair » sur son histoire de vie, ce qui la sécurise et l'apaise, la conduisant à être alors plus à l'aise pour parler de sa propre histoire et entendre celle des autres.

Aline (l'étudiante n° 2) abonde en ce sens : « *Travailler sur l'histoire de vie c'est travailler sur comment on dit des nœuds passés, on se connaît mieux nous-même, comme personne, du coup redécouvrir des choses de soi, refaire des liens c'est forcément toujours formateur.* » (n° 2). Aline, de son côté, a traversé le module en tâtonnant, en repérant des difficultés de place au sein de sa famille, sans toutefois arriver à formuler distinctement des pistes d'hypothèses et de compréhension claires. Elle s'est particulièrement impliquée, notamment dans l'écoute des autres, et dans la formulation de pistes d'hypothèses, et lors du bilan, a pu faire un lien entre la place occupée au sein de ce groupe et celle occupée au sein de sa famille (celle d'une jeune femme très dynamique, joyeuse, toujours attentionnée et attentive aux autres, mais confuse pour comprendre ses propres choix, ce qui les motive ; et en difficulté pour se livrer et s'autoriser à dire ses difficultés à être).

À *contrario*, il n'y a qu'une seule personne sur 6 (n° 12) dans le groupe contrôle qui évoque la sphère familiale comme lieu d'apprentissage de l'écoute. Les cinq autres étudiants n'évoquent jamais leurs familles comme étant un lieu où ces compétences se sont forgées. Ces étudiants nous font part d'autres espaces : trois d'entre eux (nos 8, 10 et 11) identifient l'école élémentaire, l'une (n° 9) s'appuie sur les terrains professionnels et les stages qu'elle a réalisés, enfin la dernière (n° 7) fixe ces apprentissages dans le processus de formation continue (elle aborde des formations réalisées avec les Céméa, ainsi que le centre de formation dans lequel elle est formée à devenir éducatrice spécialisée).

Concernant l'étudiante, Claire (n° 12) qui arrime la construction de ces savoirs au sein de leurs espaces familiaux, elle fait des liens entre son vécu intra-familial et ses capacités d'écoute : « *Au sein des sphères familiales je pense...Familiale beaucoup je pense parce qu'enfin, j'écoute, et j'ai*

*quand même tendance à parler beaucoup, des choses que je peux ressentir, alors que dans ma famille ce n'est pas le cas... » (n° 12). L'étudiante part d'un sentiment éprouvé au sein de sa famille concernant une difficulté à mettre en mots ses émotions : elle nous dit qu'elle est de son côté plutôt à l'aise pour effectuer cet exercice mais que ce n'est pas le cas dans sa famille. Elle se remémore des souvenirs : « *Quand on est plus jeune, et qu'il y a des repas de famille, on ne parle pas forcément mais on écoute... (rires) [...] Parce que ce sont des discussions de grands (rires), quand on est enfant...on va dire ça... ! Mais du coup, on ne parle pas mais on a l'ouïe bien fine et on entend tout... (rires, puis silence) » (n° 12). À travers ses propos, Claire explicite des « interdictions à dire » (dans les repas de famille, les enfants ne parlent pas, ce sont « les grands » qui ont le droit de parole à table), sous-entendant par là un défaut d'écoute de sa parole, et de façon plus générale de celles des enfants ou des jeunes. Elle pointe toutefois une zone de contradiction, où son écoute se serait modelée : il est proscrit de participer « aux discussions de grands », et si elle explicite cette interdiction de parler, elle sous-entend également une défense à écouter ces échanges ; or, elle brave cet interdit. En disant « *on a l'ouïe bien fine et on entend tout... »*, nous pouvons supposer, par l'implicite qu'elle pose, qu'elle a écouté ce qu'il n'était pas permis d'entendre. Un silence va suivre cet échange ; ce silence, plutôt gêné, montre un certain embarras de sa part à ce sujet, d'ailleurs elle n'ira pas plus loin.**

Ces éléments nous montrent une différence criante entre ces deux cohortes : en effet, le groupe expérimental reconnaît parfaitement la sphère familiale comme lieu dédié à l'acquisition de compétences existentielles, et ce groupe arrive également, à la suite du module, à mettre en lumière et à déconstruire les mécanismes présents au sein des familles. Tandis que le groupe contrôle, de façon largement majoritaire, ne repère pas la famille comme étant un de ces espaces d'apprentissages, et quand c'est le cas (comme pour Claire), sa compréhension de la structuration familiale et des phénomènes présents, reste très superficielle.

Enfin, pour finir cette sous-partie, nous souhaitons nous attarder sur un autre indicateur : celui du centre de formation repéré comme un lieu d'acquisition de capacités d'écoute. En effet, là encore, les différences sont frappantes : 5 étudiants sur 6 du groupe expérimental identifient l'institut de formation comme étant un espace où cette compétence s'est étayée, alors que seulement 2 étudiants sur 6 du groupe contrôle le font. Dans la manière dont les étudiants évoquent le centre de formation, nous constatons différents niveaux d'adhésion aux enseignements et à leurs modalités. Les deux étudiants du groupe contrôle n'évoquent pas de contenus précis, mais s'appuient sur des rencontres avec des personnes, en particulier avec certains formateurs :

« L'école...(silence) Bah avec vous ; par exemple quand on veut prendre des temps individuels avec des formateurs, comme moi, quand j'ai envie de vous dire quelque chose (rires) et ben, y'a ces moments-là. » (n° 12) Christine, quant à elle, reconnaît que la formation dispense des enseignements censés favoriser ces apprentissages, mais émet toutefois des critiques : « Tout le long de la formation on nous a appris à écouter mais moi il y a des choses où je n'ai pas adhéré, je vais te dire franchement parce que j'avais déjà cette formation au préalable. » (n°7).

Certaines critiques ont été émises à plusieurs reprises par les étudiants. En effet, les quatre autres étudiants du groupe contrôle (qui, donc, ne reconnaissent pas le centre de formation comme étant un lieu support à ces apprentissages), font tous part de critiques relativement vives : « En tous cas, à l'école pas du tout, je suis peut-être un peu militant là-dessus mais, pour moi, on apprend pas du tout à écouter. » (n° 11). Ou bien encore : « Très honnêtement à l'école on n'est pas écoutés, donc du coup en fait ça va dans les deux sens : ... en fait c'est comme un boomerang, c'est vraiment si... Si on ne se sent pas écouté on n'a pas envie d'écouter en retour... » (n° 8). Ce sentiment de ne pas être écoutés à l'école est un élément qui est partagé par d'autres étudiants. L'une d'entre elle nous explique que l'école a constitué un espace formatif, mais dans des sphères périphériques des temps de cours : « Avec mes camarades de promo j'ai appris à écouter donc c'est au sein de l'ERTS en soi, Pour le reste je ne pense pas... Mais autrement non au sein de l'ERTS, non... [...] On a appris à ne pas être écouté par l'ERTS par contre... » (n° 10). Ces retours des étudiants permettent de mettre la focale sur un aspect primordial : la façon dont ils se sentent entendus va, en partie, déterminer leur rapport à l'écoute et cela va contribuer à leur investissement dans la formation et dans l'acquisition de cette compétence. Ils font une mise en abyme intéressante : si l'équipe pédagogique ne fait pas preuve d'écoute à leurs égards, comment peut-elle leur enseigner cela ? Ces retours sont également partagés par le groupe expérimental. Même si, dans le tableau 5, nous avons indiqué que la majorité des membres de ce groupe (5/6) reconnaissaient le centre de formation comme un lieu d'apprentissage de cette compétence, il s'avère qu'une partie des étudiants va pondérer ces propos. En effet, trois d'entre eux (n°s 1, 3 et 4) émettent les mêmes critiques à l'égard de la formation en général : « Mais ce qui fait ressortir le besoin d'être écouté, ce sont aussi les fois où on ne l'est pas justement, écoutés... Et dans la formation en général avec notre statut d'étudiant, il y a eu énormément de fois où on n'était pas écoutés, et même pas entendus, sur l'organisationnel... Alors ce n'étaient pas forcément des choses très importantes mais... Ne pas se sentir écoutés du tout, ça renvoie à cette notion de : « mais moi je ne veux pas faire ça sur le terrain, je ne veux pas devenir comme ça, surtout pas »

(rires) » (n° 3). Caroline met ici en lumière l'asymétrie relationnelle entre les formés et les formateurs, et les rapports de pouvoir qui peuvent exister, et qui viennent entraver l'écoute des uns vis-à-vis des autres. Ces propos rejoignent fortement ceux d'Aminata : « *Déjà en étant peut-être un peu plus présent vis-à-vis de nous, de ne pas forcément nous laisser sur le carreau ou n'importe, être plus à l'écoute eux-mêmes justement... Après, attention je ne mets pas tout le monde dans le même bateau, il y en a [les formateurs] qui sont très bien, heureusement... (rires) Mais ce n'est pas la grande majorité... Nous écouter, ça serait déjà un grand pas !* » (n° 1). Cette étudiante aborde la formation dans sa globalité : en effet, le sentiment, partagé par les étudiants, de ne pas avoir été écoutés porte sur la formation en général.

Sur les cinq membres du groupe expérimental qui reconnaissent le centre de formation comme un lieu où ils ont développé leurs capacités d'écoute, trois d'entre eux (n°s 2, 5 et 6) identifient la formation en général comme lieu propice à cet apprentissage. Mais, et cela constitue une différence majeure avec le groupe contrôle, tous les étudiants de ce groupe (sauf le n° 4) vont cibler les endroits où cet apprentissage d'une écoute clinique fine s'est déployé, à savoir un module³⁸ sur la subjectivité est cité (uniquement par l'étudiante n° 3) ainsi que le module d'initiation à la sociologie clinique. « *Dans l'écoute de l'autre, ce n'était pas un usager qu'on avait en face de nous, c'était un de nos collègues de promo donc c'était différent dans l'accueil de la parole... C'était encore plus, enfin, c'était quelque chose de formateur aussi parce que c'est un positionnement différent, on ne répond pas pareil, on est un peu plus hésitant...* » (n° 2). L'étudiante nous explique ici l'intérêt d'expérimenter au sein du centre de formation leurs capacités à écouter et à entendre des histoires de vie ainsi qu'à y répondre. Le fait même de ne pas être en situation à proprement dite professionnelle, mais bien en situation d'apprentissage, modifie le rapport à l'écoute. Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur cet aspect, mais, au vu de nos expériences d'animation de ce module et de l'analyse des entretiens, il apparaît que les liens entre les participants viennent bousculer leurs positionnements face aux histoires de vie. En effet, comme nous le dit Aline, ils sont « plus hésitants » : le fait de connaître les participants (et de partager des sphères amicales, privées, voire très intimes avec eux) contribue largement, nous semble-t-il, à élaborer, par l'éprouvé, une prudence dans la formulation des hypothèses de compréhension des problématiques. « *Déjà, j'ai pu être surpris par certaines histoires de vie, certains récits de vie et donc prendre du recul, enfin... C'est se dire, les personnes elles ne sont*

³⁸ Ce module, de plusieurs jours, intitulé « Écrire sa subjectivité » est animé par une collègue formée aux approches biographiques.

pas forcément comme elle se présentent ; donc c'est comme je disais, écouter ce que les gens ne disent pas et aussi écouter comment ils le disent. » (n° 6).

La démarche de sociologie clinique, s'appuyant sur une pédagogie alliant l'éprouvé, la réflexivité et l'intellectualisation, conduit les étudiants à conscientiser des difficultés personnelles ou partagées (notamment celles portant sur l'écoute d'histoires jugées à minima « compliquées »). « *C'est en lien avec le module récit de vie, parce que quand on a eu à dire des choses, après coup, je me suis rendue compte, enfin, après je me suis dit : < Mais pourquoi j'ai parlé de ce truc-là ? Alors que je pouvais parler de ça, ça, ça... > Avec les allers-retours entre la question de l'éprouvé, de l'observation, de la conceptualisation... » (n° 3).* Cette prise de conscience transforme l'attention qu'il porte à la narration de manière générale (qu'il s'agisse des personnes accompagnées ou d'eux-mêmes) : Saïd et Caroline nous le disent très clairement dans les extraits précédents : désormais ils s'attardent plus particulièrement sur la manière dont les personnes se biographisent.

7.2.3. L'inévitable surgissement de soi dans le rapport à l'Autre : un enjeu de formation des compétences biographiques intimement liée à la sphère privée

Nous allons poursuivre par l'analyse des indicateurs suivants : la mobilisation du concept de transfert, un positionnement basé sur le principe de cloisonnement et les résonances vécues entre vie personnelle et vie professionnelle. Ces trois indicateurs sont, de fait, imbriqués et ne peuvent être analysés et compris séparément. Pour rappel, le tableau 6 nous indique que dans le groupe expérimental, une seule étudiante aborde le principe de cloisonnement alors qu'ils sont 5 sur 6 dans le groupe contrôle à adosser leur positionnement professionnel sur ce dernier. De plus, aucun membre du groupe contrôle ne fait référence de façon explicite (en le nommant au moins une fois) au concept de transfert, tandis que la moitié du groupe expérimental s'appuie sur celui-ci. Enfin, la totalité du groupe expérimental identifie des résonances et des enchevêtrements entre les différentes sphères, alors que seulement la moitié du groupe contrôle le fait, et de façon plus confuse.

Les frontières, posées par un principe de cloisonnement, définissent, en tous cas *a priori*, les positionnements des étudiants avec les personnes accompagnées, notamment en ce qui concerne la mobilisation de leur capital biographique. Nous aimerions commencer cette analyse en revenant sur les propos du seul étudiant du groupe contrôle à ne pas souscrire à ce principe. En effet, Max

(n° 11) formule un **empêchement à dire**, il évoque même un « tabou » qui serait présent dans les enseignements reçus (à l'école et sur les terrains professionnels), tabou consistant à ne pas interroger les liens et les implications existants entre vie privée et vie professionnelle. C'est le seul étudiant des deux groupes à formuler les choses ainsi, avec une opposition très vive à ce principe : selon lui, l'ensemble des professionnels qui participent à sa formation (qu'il s'agisse des formateurs ou des professionnels de terrain) alimentent ce principe. Si trois autres membres du groupe contrôle (n°s 7, 8 et 11) reconnaissent des échos entre vie privée et vie personnelle, au travers de thématiques diverses (violences conjugales, handicap dans la fratrie, absence du père, situation amoureuse...), il est néanmoins intéressant de pointer **les paradoxes présents dans leurs discours** sur les liens entre les différentes sphères. En effet ce discours donne à voir des tensions et contradictions fortes chez certains d'entre eux. Nous pouvons illustrer avec des *verbatim* manifestant des dissonances entre le discours tenu (lors de l'entretien sur ce qui est dit auprès des usagers) et la réalité des pratiques telle que les étudiants la décrivent :

Christine (n°7) : « *Moi mon univers il est privé c'est ce que je leur dis : < j'ai ma vie privée ou effectivement je suis marié, vous avez déjà vu mon mari parce que ça s'est fait comme ça, parce que bon, il sort quand même >. Ils ont pu aussi croiser ma fille parce que son lycée est allé visiter le foyer et puis j'étais là...(Rires). Et puis un autre cas, un résident qui me disait : < Tu as un mari ? Bon alors tu couches avec lui ? > < Écoute dans la vie on a effectivement des relations, j'ai des relations conjugales avec mon mari comme tout le monde. > » (n° 7). Le discours de cette étudiante en travail social (issue du groupe contrôle) est particulièrement révélateur des paradoxes rencontrés : dans la même phrase, elle tient des propos fermes sur le cloisonnement entre les sphères, puis elle nous explique comment celles-ci sont finalement très poreuses. Christine ne perçoit pas du tout lors de l'entretien les paradoxes qu'elle énonce, entre un discours porté aux usagers sur un « univers privé » et une réalité vécue (où les sphères s'entremêlent sans conteste).*

Emma (n°8), quant à elle, fait preuve de confusion : « *Il y a la problématique du père, ça me fait écho mais ça ne me renvoie pas de douleur... en fait ça me fait écho mais j'arrive suffisamment à prendre du recul sur ma vie pour ne pas le transposer sur ma vie. »* Elle prend du recul sur sa vie pour ne pas transposer les échos sur sa vie... Elle ne distingue pas de quelle vie il s'agit (privée, professionnelle, familiale...). Il apparaît nettement que les étudiants du groupe contrôle, bien qu'ils s'en défendent, témoignent de l'enchevêtrement des sphères privées et professionnelles au sein des relations éducatives. Toutefois, ces entrecroisements sont sources de confusions et de tensions, susceptibles de les mettre à mal dans l'élaboration de leur posture professionnelle. Le principe de cloisonnement enseigné sur les terrains professionnels et en centre de formation,

contribue largement à placer les étudiants dans des situations délicates, où contradictions et dissonances vont se mêler, ne leur permettant donc pas de mettre au travail les résonances éprouvées. Dans ce cas, le concept de transfert ne peut pas être mobilisé et servir de support à la relation éducative : en effet, la ligne de démarcation forte qui est posée entre les différents domaines de la vie ne laisse aucune place à celui-ci.

En revanche, il en est tout autrement pour le groupe expérimental ; en effet, un premier élément retient notre attention : les 6 étudiants interviewés évoquent clairement les résonances vécues entre leur histoire et celle des personnes accompagnées. Un second élément ressort très nettement de l'analyse de ces entretiens : la nécessité « d'être au clair avec soi-même » :

Aminata (n°1) : « *Entre-temps j'ai grandi et que, comme je te dis, je fais aussi des recherches de mon côté (sur son adoption et sa famille biologique), donc je suis peut-être aussi un peu plus au clair sur certaines choses... Je suis un peu plus au clair donc du coup pour moi maintenant c'est encore plus facile d'en parler.* ». Elle nous explique en quoi les recherches qu'elle a effectuées sur son propre parcours d'enfant adoptée contribuent indéniablement à l'aider à être davantage au clair avec son histoire : elle pense être moins confuse (entre ce qui lui appartient ou ce qui relève de l'histoire des autres) et par conséquent mieux savoir quand, comment et pourquoi mobiliser sa propre expérience dans les interventions éducatives qu'elle mène. Elle évoque les difficultés qu'elle a rencontrées durant ces trois jours de module : « *Ce n'était pas si évident que ça, d'écouter les autres histoires de vie. De recevoir la parole de tout le monde, parce qu'on en revient encore une fois à ce que des fois ça fait percussion en nous, à notre propre histoire de vie [...]. Mais ça blinde aussi un petit peu pour notre future vie professionnelle... **Quand tu dis ça blinde, tu veux dire... ? Ça veut dire que ça nous renforce un peu plus, quand on écoute...*** » (n°1).

Aline (n°2) : « *Si ça me fait écho à moi il faut poser les choses : pourquoi ça me fait écho ? Comment je peux m'en servir de manière positive et ne pas tomber dans quelque chose de malsain et pour moi et pour le résident ? Comment est-ce que je peux le laisser investir ça aussi ? Sans trop lui en donner... Se protéger et protéger l'autre, et avoir du recul, se dire que on peut s'en servir en effet mais où sont les limites de ça ? Il faut poser le truc, savoir dire : < et bah là je ne peux pas répondre à ça >, savoir dire : < et bah là non c'est quelque chose que je décide de garder privé > mais aussi dire : < moi je décide de partager ça avec toi parce que je pense que ça peut t'aider dans ton cheminement à toi et dans, moi comment je t'accompagne professionnellement >, et toujours refaire le rapport avec la situation, expliquer pourquoi j'ai dit ça et ne pas juste livrer ça en mode elle va faire le lien toute seule, mais bien pourquoi j'ai dit ça, je fais le lien avec*

pourquoi ça peut faire avancer notre discussion, pourquoi toi ça peut t'aider ben, pourquoi je le dis... » Aline nous fait part ici de toutes les questions qu'elle se pose. Le module en sociologie clinique a été source de multiples interrogations pour elle, et si elle n'a pas identifié ostensiblement les nœuds sociopsychiques de son histoire, elle manifeste une préoccupation et une attention toute particulière sur la manière d'utiliser son parcours (ou pas) à des fins éducatives.

Saïd (n°6), de façon plus nette, repère, lors du module, les « espaces sociaux et géographiques d'interconnaissance avec le public » (Gaspar, 2012, p. 226) : « *Il faut aussi livrer une part de nous-mêmes et de ce qu'on est pour qu'ils puissent savoir à qui ils se confient... après c'est aussi savoir ce qu'on peut leur dire et ce qu'on ne peut pas leur dire, au final...* ». Le fait de repérer les similitudes entre son histoire de vie et celles des jeunes qu'il accompagne (notamment le « quartier » dont il est issu) l'aide à éclairer ses motivations à être éducateur spécialisé, et particulièrement dans le champ d'intervention dans lequel il exerce. Il parle de ces entrecroisements comme étant des atouts : « *J'ai grandi dans un quartier, donc je connais un peu les modes de fonctionnement, etc... Enfin comment ça se passe, donc ça facilite aussi l'écoute* ». Il utilise ses entrelacs comme support à la relation, tout en tentant d'être particulièrement vigilant à ne pas faire de confusion entre son propre parcours et les parcours des jeunes qu'il accompagne.

Céline (n°5) va être particulièrement bouleversée par le module : « *Le professionnel découle du personnel. Mes difficultés personnelles se ressentent sur le professionnel et là je m'en suis rendue compte, même un peu avant quand même le module récit de vie, que je ne pouvais pas rester avec mes difficultés parce que ça se voyait dans ma vie professionnelle. Je me dis que je ne peux pas toujours éviter, enfin les personnes, elles ont besoin de soutien et ce soutien je ne leur apportais pas.* » Elle pointe de façon très manifeste des nœuds sociopsychiques liés à son enfance (notamment un signalement vécu au sein sa famille) et les identifie comme la cause de certains comportements fuyants (stratégies d'évitements) qu'elle met en place, notamment dans sa vie professionnelle.

Dans le groupe expérimental, une seule étudiante, Émilie (n° 4) évoque, de façon plus implicite et plus sous-entendue que les membres du groupe contrôle, le principe de cloisonnement des sphères. En effet, elle nous fait part de résonances vécues dans plusieurs situations professionnelles : « *Ça m'est déjà arrivé...et c'est assez violent... Mais je me suis dit : < Tu es là en tant que professionnelle, tu ne peux pas, tu ne peux pas dire à la personne : ben c'est pareil*

que moi ». J'ai écouté, là j'ai beaucoup pensé à ma propre histoire, et je me suis mise à la place de la personne, je lui ai dit ce qu'elle pensait qu'elle ressentait, parce que c'était similaire ma propre histoire, à moi. J'ai essayé de passer outre, mais je pense, ce qu'on dit par rapport à ça, ce qu'on dit en général, ça touche plus la personne parce qu'on sait de quoi on parle. L'empathie est développée. ». Elle explique ici les limites et précautions qu'elle se fixe quand ces échos se produisent. Les contradictions sont présentes dans ces propos : elle nous dit faire preuve de plus d'empathie (de par la proximité du vécu partagé), mais être limitée et parasitée dans son écoute : « Je n'étais plus totalement sur son histoire ; je n'écoutais pas totalement... Enfin, j'écoutais ce qu'elle disait, mais je n'arrivais pas à m'empêcher de penser à mon histoire, donc c'était une écoute mais moins... Enfin plus partielle... J'étais avec un collègue, mais je ne lui en ai pas parlé du tout... Je me suis dit : « Si on me pose la question, parce que ça s'est vu, je répondrai, mais si on ne me dit rien... ». Ça m'est arrivé deux fois... Les deux fois, ce n'étaient pas les mêmes sensations qui m'ont traversées ; il y a une fois où j'avais de la peine pour la personne, parce que je savais, et l'autre fois je me disais... Enfin j'avais un peu la haine, j'étais en colère, en fonction des personnes aussi je pense... Et aussi en fonction de comment la personne en parle, comment elle le raconte... » (n° 4). Émilie, à travers ces propos, nous montre les capacités réflexives qu'elle a : d'une part, elle repère parfaitement les échos avec son histoire, et d'autre part, elle sait faire preuve de recul quant aux émotions que la narration d'une histoire similaire suscite chez elle. Néanmoins, elle « tient » une posture professionnelle, qui n'est pas sans lien avec les volontés de cloisonnement entre les sphères : « C'est pour ça que je trouvais que c'était une moins bonne écoute. Même si après, peut-être qu'au niveau de ce que j'ai répondu c'était, peut-être mieux, parce que je savais de quoi elle parlait, mais après, ça c'est moi... C'est propre à moi je pense... Mais c'est vrai que peut-être les réponses sont plus appropriées et plus ciblées et cela peut être bénéfique... Après, moi, je ne trouve pas ça bon de tomber sur quelqu'un qui a la même histoire parce que ça... Enfin, ça fait remonter de trop de choses, ça bouleverse trop de choses chez moi et chez la personne... Et je pense que la personne en face elle le ressent aussi et je ne trouve pas ça bien... Pour moi ce n'est pas professionnel... Non, je ne sais pas, après on met trop d'implications personnelles... Ça peut amener de la confusion... ». Comme les travailleurs sociaux normatifs, le gage de professionnalité est pensé par le prisme d'une dichotomie entre vie privée et vie professionnelle. Il s'agit alors de ne pas « mettre trop d'implications personnelles », celles-ci étant sources de confusion. Lors du module, Émilie avait montré des difficultés à s'impliquer, notamment dans la narration de sa propre histoire, et si elle avait pu effleurer des zones de tensions, les nœuds sociopsychiques n'avaient pas clairement nommés, voire identifiés.

Son discours est teinté de paradoxes : en effet, tout en n'étant pas (ou moins) « professionnelle », elle pense avoir des réponses plus appropriées. Nous émettons l'hypothèse que, pour cette étudiante, le travail de trois jours en GIR n'a pas permis un étayage suffisant pour clarifier les nœuds sociopsychiques qui traversent son parcours personnel et professionnel.

Néanmoins, de manière générale, nous pouvons affirmer que l'initiation aux approches biographiques invite les étudiants à se préoccuper de cette dimension existentielle : « *Faire la part des choses entre tout ce qu'il y a de subjectif qui nous vient parce que, forcément, voir ce qui nous fait le transfert chez l'autre, ce que nous, quand on donne les émotions, ce que ça suscite mais en même temps ce qu'on doit apprendre, ce qu'on doit en retenir* » (n° 2). Avec ses mots, Aline évoque une première mise au travail de sa subjectivité, de la prise en compte de ses émotions, de celles des autres, et des échos entre ces sentiments et l'éprouvé des personnes accompagnées. Ce module marque un temps d'apprentissage fort pour les étudiants, provoqué notamment par l'implication personnelle que ce type de module sollicite : « *J'ai su de quoi ça venait, je me suis dit : < Il faut faire quelque chose là, avant... Avant d'être diplômé, Céline, tu ne peux pas être diplômée en étant encore comme ça, Ce n'est pas possible >. Donc après j'ai fait des démarches personnelles pour me débarrasser de tout ça... Mais le module, enfin moi ça a été ce déclenchement là, ça a été ça. Souvent dans la formation, on dit que c'est un apprentissage sur soi et ben moi ce module ça a été en apprentissage sur moi-même.* » (n° 5).

Le caractère impliquant du module (et la mise au travail de son histoire personnelle) suscite donc l'apprentissage d'une écoute clinique plus approfondie, mais le caractère « exceptionnel » de ce type de travail en formation en accentue la démarche. L'étouffement de la dimension « clinique » dans les centres de formation des travailleurs sociaux, que nous avons déjà évoqué précédemment, s'avère très prégnant et rend alors ce type de travail en formation très particulier pour les étudiants.

Chapitre 8 : Trois histoires d'éducateurs spécialisés en formation

Pour clôturer ce travail de recherche, après l'analyse comparative menée dans le chapitre précédent, nous souhaitons appuyer notre travail sur la singularité des processus à l'œuvre. Pour ce faire, il nous a semblé que l'écriture de monographies illustratives était un outil pertinent. S'inscrivant dans la tradition de la sociologie compréhensive, la monographie est une étude détaillée et approfondie, la plus complète possible, participant à rendre compte de l'expérience vécue. Sa pertinence et sa validité sont l'objet de vifs débats académiques ; la critique, dans sa forme la plus simple pourrait être résumée ainsi : *En quoi, cet unique cas, bien qu'étudié de façon minutieuse, est représentatif d'autres cas, et donne à voir des lois, des généralités applicables au plus grand nombre ?* Les rivalités académiques connues, par exemple entre l'École de Chicago (une sociologie compréhensive) et l'Université de Columbia (basée sur des méthodes statistiques), se concentrent notamment autour des oppositions sur les méthodologies d'enquête et conduisent « à considérer que la généralisation devient d'autant plus problématique qu'on a travaillé sur un faible nombre de cas voire, pire encore, sur un seul. Nous voudrions défendre l'idée inverse » (Guéranger, 2012, p. 25). Ainsi, notre enquête s'appuie sur la volonté de saisir « le double mouvement par lequel la science simplifie le réel et complique la raison. » (Bachelard, cité par Guéranger, 2012, p. 24). Pour cela, nous avons d'abord mis en œuvre une méthode d'analyse comparative (chapitre 7), puis, nous allons ici présenter trois monographies. Ces deux types d'analyse visent à mettre en lumière des phénomènes collectifs et sociaux, en nous appuyant sur « les allers-retours incessants et vertueux entre [les] livres et [le] terrain, entre la formulation d'hypothèses et leur confrontation avec le matériau, entre les raisonnements par déduction et par induction. A l'aune de ce principe essentiel, la monographie ne semble plus aussi faible » (Guéranger, 2012, p. 33). En effet, il nous semble que l'écriture de type monographique nous permet de mettre à jour des phénomènes sociaux et collectifs que traversent les étudiants en travail social, tout en soutenant l'élan clinique que nous souhaitons donner à nos travaux. Pour ce faire, nous avons choisi d'aborder trois histoires : une sur Céline (étudiante n° 5, déjà évoquée précédemment), ainsi que deux monographies, celles des deux étudiantes ES ayant participé au module de 2021 (que nous nommerons Romane et Mylène). Même si leurs parcours sont évidemment très singuliers et personnels, les cheminements de Céline, Romane et Mylène durant ces modules (et après ceux-ci, notamment pour Céline, que nous avons eu l'occasion de revoir pour l'entretien) ainsi que les hypothèses mises au travail sont particulièrement éclairantes sur les

phénomènes de groupe mis en jeu dans ces modules. Au regard de notre problématique, ces monographies viennent, nous semble-t-il, illustrer la pertinence d'une formation à la clinique et aux approches biographiques dans ces formations.

8.1. Céline : une parole défendue et des stratégies d'évitement

À plusieurs reprises, dans le chapitre précédent, nous avons évoqué Céline, jeune étudiante rencontrée lors du module que nous avons animé en 2019. Nous avons pu indiquer (notamment p. 343) que cette jeune femme avait été singulièrement « chamboulée » par le travail d'implication qu'elle a réalisé dans ce module. Il nous a semblé que sa situation mettait particulièrement bien en lumière les liens entre le vécu personnel et le processus de professionnalisation. L'écriture de cette monographie révèle, nous semble-t-il, les enjeux de la formation des travailleurs sociaux aux approches biographiques, à la clinique narrative et à la dimension du sujet. Pour plus de clarté et de fluidité, nous quitterons (dans ce chapitre) de nouveau le « nous » académique pour réinstaurer le « je », plus adapté au récit clinique des situations de groupe dans lesquelles nous nous trouvons impliquée. En effet, nous utiliserons le « nous » pour désigner le groupe (les participants du module), son positionnement, ses questions etc. ; le « je » désignera, quant à lui, mes réflexions et mes interventions.

8.1.1. Rencontre avec Céline : présentations, effets de résonance et dévoilement

Céline est une jeune femme de 22 ans, qui vient de terminer sa formation d'éducatrice spécialisée. Elle est diplômée depuis juin 2020. Quand je la rencontre (en 2019), elle est en troisième et dernière année de formation et elle s'inscrit (en choix 1) au module que j'anime sur les histoires de vie et la sociologie clinique. Lors du premier tour de table, Céline est la dernière à se présenter. Elle explique d'emblée mettre en place des stratégies d'évitement face aux histoires de vie des personnes qu'elle accompagne. Elle dit être dans la « fuite » et se sentir « démunie » face à l'accueil de cette parole. Céline fait son stage de troisième année (stage long) auprès d'un public de sortants de prison, ayant très souvent des problèmes d'addictions. Elle nous explique que son attitude fuyante freine la création de liens et ne favorise pas l'accompagnement. Elle le dit avec le sourire, en essayant de rire d'elle-même, d'un rire un peu forcé qui laisse transparaître une certaine gêne. La matinée s'achève par cette première présentation de Céline ; les outils de la sociologie clinique (ligne de vie, arbre généalogique, projet parental...) ont été présentés au

groupe, et chacun des membres peut commencer à réfléchir à ce qu'il produira comme support au récit de sa propre histoire, quelques jours plus tard, quand le module se poursuivra. Trois jours plus tard, je retrouve le groupe et la matinée est consacrée à la réalisation de ces supports. Céline travaille sur son arbre généalogique et son projet parental. En fin de matinée, les présentations commencent. À la seconde présentation, la personne concernée, Aline (étudiante n° 2), évoque ses liens avec son petit frère et sa petite sœur, qui sont des faux jumeaux. Céline intervient car un effet de résonance se produit entre son histoire et celle d'Aline. Elle intervient au moment où Aline évoque ses relations compliquées avec ses parents, qu'elle décrit comme « défailants ». Elle se pose la question de la responsabilité et de la parentification quand Céline prend la parole. Compte tenu de son histoire, nous verrons que ce n'est pas un hasard si Céline intervient à ce moment précis. Elle évoque sa propre gemellité, elle aussi a un frère jumeau, Pierre. Embarquée par ces résonances, Céline livre au groupe l'accouchement de sa mère (ou le discours qu'on lui a tenu sur sa naissance). Elle explique que son frère est né après elle et a dû être réanimé dès la naissance (pas elle). Elle fait le lien entre cet accueil teinté d'inquiétudes pour son frère au début de sa vie, les attentions parentales portées sur les jumeaux par la suite, à savoir « *Toi, tu es solide mais ton petit frère est plus fragile* » et les implications que cela a pu avoir sur sa propre construction identitaire et sur sa posture éducative. Étant « *la solide, la forte, qui ne se plaint pas* », elle nous dit avoir reçu moins d'attention et ne pas avoir eu d'espace pour dire quand ça n'allait pas... À ce moment-là, ce n'est pas formulé, ni dit explicitement, mais commence à apparaître ce qui se révélera être au cœur de la problématique de Céline, à savoir la question de l'autorisation à dire ou de l'empêchement à dire. Céline, sans le formuler ainsi, a déjà effleuré cette thématique lors du tour de table du premier jour quand elle évoque ses stratégies d'évitement, en nous disant : « *Mais qu'est-ce que je peux en dire, moi, de leurs histoires de vie ?* ». Elle décrit alors très bien son empêchement à dire, qui la laisse démunie, vient soulever la question de la légitimité de sa place d'éducatrice, et met parfois à mal son positionnement éducatif.

Céline est donc la dernière à se présenter de la journée, elle est moins intervenue au sein du groupe cet après-midi-là, et semble fatiguée. Elle présente son histoire avec et à partir de deux outils : le projet parental et l'arbre généalogique. Sa présentation va durer presque 1h30. Au début, Céline évoque le parcours migratoire de ses grands-parents maternels, qui quittent le Portugal pour rejoindre la France dans les années 60/70. Elle décrit l'histoire familiale pendant environ une heure en exposant à la fois les dimensions socioculturelles et certaines problématiques : exil, migration, double culture, alcoolisme et violence (chez son grand-père portugais, le père de sa mère). Elle parle de la place de sa mère en tant qu'enfant : la seule de la fratrie à être épargnée par

les coups de son grand-père. Elle parle également de sa mère comme d'une enfant parentifiée. Elle évoque également les dépressions que sa mère vivra à l'âge adulte. Puis, au fur et à mesure, elle en arrive à nous parler de la grossesse de sa mère (celle concernant son jumeau et elle ; Céline ayant un grand frère dont elle parlera peu). Elle relate le discours de sa mère concernant cette grossesse gémellaire ; celle-ci aurait fait une proposition à son père « *d'en enlever un* », solution refusée catégoriquement par son père. Puis elle revient à l'accouchement difficile de sa mère et la réanimation à la naissance de son frère jumeau. Des réflexions découlent quant à leurs places et rôles respectifs dans la famille. Elle nous redit, et insiste sur le fait qu'elle est « *la solide, qui ne se plaint pas, ne dit jamais rien et ne fait pas de bruit car elle va bien* ». Son frère jumeau, lui, est décrit par Céline comme « *le fragile dont on doit s'occuper et se préoccuper* », « *celui qui inquiète et dont on doit s'inquiéter* ». Elle développe un récit sur la relation riche, forte et dense qu'elle entretient avec lui. Elle évoque ensuite les dimensions sociales de sa trajectoire en pointant notamment l'injonction parentale de voir les enfants s'élever socialement (son père est manutentionnaire, sa mère secrétaire), ce qui explique, selon elle, une partie de leur scolarité dans des établissements privés.

Céline parle, parle, le temps passe... Elle déroule une partie de l'histoire familiale de façon détaillée mais ne formule pas à ce moment-là de question centrale ou d'hypothèses. Elle est concentrée et impliquée dans l'exercice. Après une bonne heure de présentation, Céline s'attache à partager une expérience familiale qui n'est pas anodine. Elle révèle cet événement au moment où elle pense être sur le point d'avoir fini la socialisation de son histoire. Quand elle aborde la question de l'école privée, elle parle d'un changement d'établissement et d'un retour à l'école publique. Son discours se fait plus confus et embrouillé et le groupe vient alors lui poser des questions pour éclaircir cet événement, qui semble cacher/révéler un nœud sociopsychique. « Un nœud sociopsychique est un ensemble d'affects, d'émotions, de souvenirs, de fantasmes, de mécanismes de défense dans lequel les processus psychiques conscients et inconscients sont amalgamés à des situations sociales vécues porteuses de souffrance, de violence, d'humiliation de maltraitance. » (Gaulejac, 2020, page 11)

8.1.2. Quand la parole devient synonyme de trahison

En effet, autant la présentation de Céline de son histoire familiale était plutôt claire et présentée de manière structurée et calme, et ce malgré un parcours migratoire parfois douloureux (alcoolisme et violences de la part du grand-père maternel), autant ce qu'elle présente comme un

moment presque anecdotique, s'avère confus. Si Céline est confuse, c'est que justement, ce qu'elle raconte au groupe n'est pas une anecdote mais un événement biographique important. L'événement peut être défini ainsi : « L'évènement peut être envisagé à partir de dimensions variées. Parmi celles-ci, deux nous semblent centrales : l'évènement comme non-évènement et, en deuxième lieu, comme catégorie biographique. [...] « Un événement est considéré comme une catégorie biographique lorsqu'il représente, dans une histoire de vie, un moment de changement, un moment de rupture ». Qu'il soit prévu ou non, il crée une séparation entre un avant et un après, car il introduit un fort changement dans la vie. » (Legrand, 1993, cité par Carreteiro, 2019, p. 272). Une difficulté à dire pour Céline se fait entendre à cet endroit ci, et cette difficulté est entendue par le groupe. Je décide, avec l'accord de Céline, de poursuivre la présentation, de la prolonger, même si celle-ci sera plus longue que les autres.

Céline évoque en réalité un signalement fait à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) par un directeur de centre de loisirs, que je nommerai M. T., à l'encontre de ses parents, quand elle avait entre 12 et 14 ans. Ce signalement concerne son frère jumeau et fait état de carences et négligences parentales. Céline met du temps à nous livrer cet épisode et c'est un travail d'élaboration et de narration laborieux pour elle. Le groupe ne comprend pas au début si cet homme est directeur de centre de loisir ou directeur du collège, ou les deux. Je ne comprends pas non plus qui dit quoi et à qui. Céline s'embrouille, le groupe demande donc des précisions et éclaircissements à Céline, qui répond toujours et tente de démêler cette histoire avec nous. À ce moment-là, Céline avec l'aide du groupe (son étayage, sa contenance et sa sécurisation) commence à élaborer autour de cet évènement et à construire (reconstruire ?) un fil narratif. Si ce fil narratif est à ce stade si confus pour Céline, c'est certainement qu'il traite d'un événement non prévu. « Les événements non prévus peuvent avoir un effet de surprise et parfois engendrer une forte déchirure. Si celle-ci est assez destructrice, capable de détruire des liens, il est possible qu'une rupture des ressources symboliques survienne, ainsi qu'une difficulté à trouver de nouvelles représentations de la réalité autant psychique que matérielle. » (Carreteiro, 2019, p. 273) En effet, lors de sa présentation, Céline manifeste de réelles difficultés quant à la présentation de cet évènement au groupe. « Si l'évènement biographique prévu ou non prévu crée une rupture dans une forme de vie, la façon dont l'avenir peut se développer a un fort lien avec les rapports tissés, les liens établis, les nouvelles identifications avec tout ce qui peut aider à vivre le nouveau et, en même temps, à établir une liaison avec le passé ». (Carreteiro, 2019, p. 274) Il est difficile et éprouvant pour Céline « d'établir une liaison avec son passé ». Ce signalement auprès des services sociaux constitue, me

semble-t-il, un événement non prévu qui a transformé le parcours de la famille, des liens entre ses membres et de facto a impacté les choix de Céline, notamment professionnels.

Elle nous explique que son petit frère (son jumeau) à l'âge de 12/13 ans s'était lié et rapproché de cet homme, M. T., et qu'il s'est beaucoup confié à lui. Céline nous décrit leurs liens, de sa place de jumelle et, non sans humour, nous raconte comment elle voit son frère s'éloigner de ses parents mais également d'elle, elle « *sa grande sœur jumelle, la solide qui le protège et prend soin de lui* ». Elle évoque un camp de vacances encadré par M. T. auquel elle participe avec son frère. Lors de ce camp d'été, son frère et M. T. deviennent, d'après Céline, réellement très proches. Céline décrit la relation privilégiée, et l'attention soutenue portée par M. T. vis-à-vis de son frère. Pierre, son frère, nous dit-elle, parle beaucoup à ce monsieur, entre autres de sa famille et des rapports qu'il a avec ses parents. C'est à l'issue de ce camp d'été que M. T. fait le signalement à l'ASE, dénonçant des négligences parentales, d'après le discours que lui tient Pierre, ou ce qu'il en comprend. Céline, toujours un peu confuse, nous dit que ses parents sont « *des bons parents* » (en opposition à des *parents défailants*) s'occupant bien de la fratrie et que son frère, en période de préadolescence, traverse ce que vit chaque enfant à cet âge, avec ce que cela comporte, parfois, de tensions intrafamiliales. Cet évènement (le signalement) fait office de « bombe » au sein de la famille. Les services sociaux de l'Etat sont activés : signalement, enquête, procédure, dépositions et jugement. Céline, quand elle nous livre cela, est appuyée sur des certitudes : ses parents ne sont pas négligents (ce sera d'ailleurs le verdict du jugement : un non-lieu et un abandon des poursuites) et c'est Mr T. qui entretient des liens d'une nature étrange, voire malsaine avec son frère. Elle en est convaincue, mais décrit la nature de cette relation avec difficultés. Elle parvient toutefois à exposer l'emprise de cet homme sur son frère mais également sur elle : « *Je buvais ses paroles et reprenais tous ses mots* ». Elle nous dit que du haut de ses 13 ans, elle répétait les paroles de M. T. à ses parents sans en comprendre ni le sens ni les implications. Elle cite par exemple : « *Pierre est en danger moral* », une phrase dite à Céline par M. T. (ciblant les négligences parentales supposées) et qu'elle va leur répéter. D'après ses souvenirs, cette phrase « *met ses parents dans un état pas possible... !* ». Céline en racontant à ses parents ces bribes d'histoire et en répétant quelques phrases de M. T. va éliminer la relation qu'elle entretient avec son frère. En effet, ce dernier va lui reprocher certaines de ses paroles (adressées à ses parents ou aux services sociaux, nous y reviendrons) et il lui dira : « *Céline, tu m'as trahi*. ». Cette phrase, dix ans plus tard, résonne très fortement en Céline et l'attriste. L'autorisation à dire chez Céline se transforme alors en trahison, la parole exprimée devenant trahison, tromperie. C'est une hypothèse qui est proposée à Céline par le groupe : ce rapport à la parole, biographiquement influencé par

cet événement, va générer chez elle un empêchement à dire, et, pour reprendre les termes de Céline, « *à dire sur les histoires des autres* », puisque ce n'est pas son histoire, mais celle de son jumeau.

Dans le cadre de l'enquête, Céline est interrogée deux fois : par les services sociaux et la police. À ce moment, comme précédemment, le groupe ne comprend pas très bien, qui l'interroge, quand et combien de fois. Céline est embarrassée, et a du mal à s'exprimer clairement. Elle tente de nous détailler et de nous expliquer l'enquête, son déroulé et le rôle qu'elle joue dans cette histoire. Il est à noter que cette enquête constitue le premier lien que Céline va entretenir avec le secteur de l'action sociale. En effet, personne dans sa famille n'exerce dans ce secteur et son entrée en formation marque l'entrée dans une nouvelle famille d'appartenance, celle des travailleurs sociaux. Lors de la déposition auprès des services sociaux, Céline est invitée à parler du camp d'été. Elle parle de son vécu de l'entretien, et raconte être en confiance, spontanée et naturelle, donc nous dit-elle « *Bon bah moi, j'ai raconté, j'ai tout dit !* ». Le ton de sa voix indique une critique vis-à-vis d'elle-même sur cette parole dite : en effet, elle ne mesure pas lors de cet entretien les implications de sa parole, mais va très vite les découvrir. Elle dit aux services sociaux que M. T. a accueilli son frère dans sa chambre une nuit durant le camp. Quand elle le raconte, avec le recul, Céline fait part du caractère étrange et malsain de la situation (et de la relation entre Pierre et M. T.) mais elle dit également « *qu'il ne s'est rien passé* » (sous-entendu : il n'y a pas eu d'abus sexuels) et que son frère « *jouait* » aussi de cette relation, trouvant là une écoute et un espace à dire qu'il n'avait pas dans la cellule familiale. Céline parle de la possibilité pour son frère de « *se plaindre de ses parents auprès de M. T., au sujet de petites choses, de brouilles d'ado* ». Cette information (la nuit dans la chambre), nous dit-elle, alerte les services sociaux qui vont faire intervenir la police. Céline est interrogée une seconde fois, par les services de police. Lors de ce second entretien, elle se rétracte et dit aux policiers « *ne pas se souvenir* ». Cet événement n'est pas sans incidence sur la manière dont Céline va s'autoriser à dire (ou pas...) par la suite.

Céline, lors de la dernière demi-heure de présentation (consacrée à cet événement familial) parle également du jugement. Ses parents décident tout le long de la procédure de « *l'éloigner de cette histoire pour la protéger* ». Céline, elle-même, nous dit avoir pris de la distance, notamment avec son frère, car elle « *se sentait trop responsable de sa parole* ». De plus, son frère lui aussi s'éloigne, se sentant trahi. Toutefois, elle accompagne ses parents au tribunal le jour du jugement. Elle y voit la juge et se rappelle parfaitement cette femme, de son nom et nous décrit son entrée dans le tribunal avec beaucoup de précisions. Ce moment est un souvenir marquant pour Céline : elle perçoit l'impact qu'aura la décision de cette femme sur sa famille. La juge ordonne

un non-lieu et abandonne les poursuites, ce qui va soulager l'ensemble de la famille, nous dit-elle. Céline nous raconte que, presque dix ans plus tard, en deuxième année de formation d'éducatrice spécialisée (elle fait son stage en protection de l'enfance), elle accompagne une professionnelle au tribunal pour un jugement d'un des enfants placés dans le foyer de l'enfance où elle exerce. Elle entre dans le tribunal et reconnaît immédiatement la juge qui s'est occupée, dix ans plus tôt, de l'affaire concernant Pierre et M. T. À ce moment de la présentation, le groupe élabore une hypothèse, proposée à Céline, sur l'impact et les liens entre cet événement familial et son choix professionnel. Céline écoute, acquiesce mais n'en dit pas plus.

8.1.3. L'empêchement à dire comme hypothèse

Au bout d'une heure et demie de présentation, Céline se sent vidée, à plusieurs reprises les larmes lui sont montées aux yeux, elle s'est livrée avec sincérité et a beaucoup donné au groupe. Le groupe, quant à lui, s'est montré, comme lors des autres présentations, soutenant et sécurisant. C'est grâce à cette sécurisation du groupe que les histoires peuvent être déposées, racontées, élaborées, voire mises en sens. Quand Céline raconte l'histoire avec M. T., je lui soumetts l'hypothèse qu'il y a sans doute ici un lien entre la manière dont elle a vécu l'événement, les contradictions et tensions auxquelles elle a dû faire face (entre s'autoriser à dire pour protéger et se taire pour ne pas trahir) et sa difficulté actuelle à accueillir les histoires de vie des personnes qu'elle accompagne et *à en dire quelque chose*. Céline m'écoute, mais dit ne pas comprendre ou ne pas saisir. Je n'insiste pas, elle paraît déjà suffisamment submergée et émue. Elle ne voit pas ce qui fait nœud dans ce que je pointe, et ne semble pas « voir » ce lien. Le groupe suit mes précautions, et rejoint mon point de vue (une majorité d'étudiants va s'exprimer en ce sens à ce moment-là), à savoir qu'il semble évident, voire flagrant, qu'il existe une corrélation entre cet événement de son enfance et ses difficultés actuelles à se positionner dans le cadre de son métier d'éducatrice, particulièrement concernant l'accueil et la parole posée autour des histoires de vie.

Quant au sens de l'événement, il n'est pas donné une fois pour toutes car ce qui est essentiel, c'est ce qu'il devient dans la mémoire des hommes suivant le moment et les interprétations qu'on peut émettre à son égard. Les narrations fournies de l'événement deviennent constitutives de son identité, de sa capacité à être qualifié rétroactivement comme fondateur. (Ricœur, 1991, cité par Carretero, 2019, page 274)

Cette citation de Ricœur nous rappelle la posture prudente à tenir quand il s'agit d'émettre et de proposer des hypothèses. Ricœur donne à voir l'importance et la délicatesse de cette démarche, eut égard aux traces qu'elle laisse. L'événement prend sens en fonction des interprétations, des

hypothèses, de l'ambiance, des personnes, des mots utilisés... C'est à partir et autour de cette démarche narrative que va se constituer le sens que l'événement revêt pour le sujet. Ce sens est à même d'évoluer au fil des rencontres et des interprétations faites. Pour Céline, le groupe a proposé, au travers de ses hypothèses, d'identifier cet événement comme central ou « fondateur », pour reprendre le terme de Ricoeur, à la fois dans son rapport au métier d'éducatrice mais également dans son rapport à la parole, à la liberté et à l'autorisation de dire.

Céline éprouve, au sein du module, directement la question du sens de l'événement, notamment quand le groupe fait des liens entre des contradictions et tensions vécues dans le passé (pour Céline, entre se taire pour ne pas trahir son jumeau et s'autoriser à dire pour le protéger, lui et la cellule familiale) et les conflits rencontrés actuellement (être en difficulté pour accueillir les histoires de vie des autres et savoir en dire quelque chose). Cet épisode devient apparemment un événement biographique à partir du moment où il est désigné comme tel par le groupe et le narrateur. Or, si l'on revient sur le déroulé de la présentation de Céline, quand elle nous présente ce moment de son histoire familiale, il ne s'agit pas pour elle d'un événement, du moins au moment de sa narration. Comme l'explique Alex Lainé (2004, p. 153), c'est avec du recul que les hommes déterminent ce qui fait événement, tant dans leur propre histoire que dans la « grande Histoire ». Dans le cas de Céline, la narration de cet événement a lieu plusieurs années après son déroulement (presque 10 ans plus tard). Lorsqu'elle y fait référence, Céline ne le pointe pas comme étant un événement, mais plutôt une période de vie trouble de la famille. Par la distanciation et la fonction tiers du groupe, il devient possible de proposer un autre regard sur la situation ou l'événement, de créer un décalage permettant à Céline d'autres façons d'appréhender le contexte.

« Si l'histoire est < incorporée > il convient de mettre en place un cadre favorisant la désincorporation. Le travail collectif sur les supports, la dynamique de groupe, le transfert sur les animateurs institués comme figures protectrices, l'empathie et la bienveillance qui constituent une enveloppe groupale contenant, la mise en mots de chaque histoire, la formulation d'hypothèses sur les liens entre les contradictions rencontrées dans le passé et les conflits vécus dans le présent, sont autant d'éléments qui permettent à chacun de < sortir de lui-même > par un processus de symbolisation active. [...] L'idée de surpassement illustre la force que suscite le sentiment d'advenir comme sujet, de reprendre sa vie en main, de retrouver une puissance d'agir sur son existence. Le sujet révèle sa capacité < d'aller au-delà > de ce qu'il était, un moi ballotté par une histoire subie. » (Gaulejac, 2020, p. 88)

En répondant aux questions et suggestions du groupe, Céline va réinterpréter cet événement et en faire un élément clé de la compréhension de ses difficultés. Le processus de biographisation est, nous semble-t-il, à l'œuvre chez Céline lors de ce module. « Cette activité de biographisation pourrait être définie comme une dimension du penser et de l'agir humain qui, sous la forme d'une

herméneutique pratique, permet aux individus, dans les conditions de leurs inscriptions socio-historiques, d'intégrer, de structurer, d'interpréter les situations et les événements de leur vécu » (Delory-Momberger, 2010, p. 30). En revenant sur son histoire, Céline s'attarde, presque malgré elle, sur cet épisode et finalement par le temps qu'elle passe à nous le décrire et les émotions qu'il suscite, le réinterprète et l'envisage comme un « événement ». Il devient fondateur à plusieurs égards, en effet, il lui donne des clés de compréhensions sur la place qu'elle occupe dans sa famille, mais également sur son fonctionnement psychique (particulièrement sur sa capacité à écouter les histoires des autres et, pour reprendre ses termes « *à en dire quelque chose* »). Enfin, il donne également des pistes sur le sens que prend l'exercice de son futur métier pour elle en soulignant notamment la rencontre avec la juge et le système de la protection de l'enfance.

Il est à noter qu'au début du module, lors du premier tour de table, Céline nous fait part de ses difficultés sur les terrains de stage mais elle évoque également ses difficultés dans le cadre de l'école. Elle prend en exemple un écrit blanc préparant à une épreuve de certification, où elle vient de recevoir la note. Elle n'a pas eu la moyenne, elle s'en désole et s'en inquiète, et ce d'autant plus que l'argumentaire avancé par le correcteur est un manque de positionnement. Céline partage alors le fait que ses difficultés ressenties dépassent le cadre pur de l'intervention sociale avec et auprès des publics mais se fait même sentir dans ses écrits.

À la toute fin de la présentation, quand nous sommes en train de conclure sa présentation, un membre du groupe intervient. Ce groupe se connaît bien, ces jeunes femmes sont dans la même promotion depuis trois ans et certaines d'entre elles sont proches. C'est le cas de la jeune femme, Aminata (n° 1), qui intervient : « *Je te connais bien, je sais que là il t'est difficile d'entendre ça, ce que le groupe te dit, te donne comme pistes de compréhensions, de faire tienne nos hypothèses et propositions...Mais je sais aussi qu'une fois l'atelier fini, tu vas y réfléchir, y repenser et que tu saisis ce que l'on te dit.* ». Céline écoute, mais on la sent lessivée, vidée par l'exercice. Elle ne dit rien, et c'est à peu près sur ces mots que s'achève sa présentation.

Des qualités d'écoute ont été particulièrement mises en œuvre par une autre participante, Aminata, dans le processus de prise de conscience des difficultés de Céline. Ces deux femmes sont amies, et Aminata va, à l'issue de la présentation de Céline, reprendre et reformuler celle-ci avec ses propres mots. À partir de la connaissance fine qu'elle a de son amie, elle va soumettre à Céline les pistes de compréhension et les hypothèses du groupe. Lors de l'entretien réalisé dans le cadre de notre enquête, Céline nous dira : « *Bon, jusqu'alors, je pense que j'avais mal interprété la chose [le « nœud sociopsychique » en jeu dans son histoire]...C'était une des participantes [Aminata] qui m'avait orienté à cette conclusion que c'était parce que j'avais eu...que j'avais pris... enfin,*

une décision qui avait participé à ça [un « empêchement à dire »] et que j'avais peur des répercussions que cela pouvait avoir... [...] Pour moi, ce n'est pas understandable d'être comme ça, de faire comme ça. Mais oui, mettre des mots sur cette... sur ces difficultés-là, du coup ça s'est fait à ce moment-là, lors du module. Parce que j'avais... Enfin, c'est peut-être une chance pour moi, j'avais Aminata qui me connaît très bien, c'est une très bonne amie pour moi. Et elle a posé les mots sur mes difficultés. Je me suis dit « oui en fait tu as raison » donc du coup, ça m'a aidé ! ».

Céline donne à voir ici comment l'hypothèse formulée par le groupe est entendue par elle, notamment parce qu'elle vient et est adressée par Aminata. Ce constat n'est pas sans soulever d'autres questionnements : Quels sont les risques, les limites voire les freins à l'expression de la parole et à l'écoute dans un groupe ayant des liens ? Céline nous fait part, *a posteriori*, de l'importance des liens amicaux qu'elle entretient avec Aminata dans le processus d'éclairage de ses nœuds sociopsychiques et d'appropriation d'hypothèses. Selon ses dires, ces liens auraient soutenu la démarche et l'ont facilité. Toutefois, il nous semble important de faire ici la distinction entre sympathie et empathie. Ces deux termes sont composés autour du mot grec « pathos » signifiant souffrance, affection. Dans les deux cas, il s'agit bien d'un rapport aux affects. Le préfixe « sym » indique avec, il s'agit alors ici de partager, ressentir les émotions, sentiments, affects de l'autre. Il y a des affinités et des accords entre les émotions de chaque personne. En revanche, l'empathie, composée avec le préfixe « em » signifiant « dedans », désigne la capacité de ressentir les affects de l'autre, sans nécessairement les partager. L'empathie exclut toute forme de confusion entre soi et l'autre, il y a une distinction nette entre ses sentiments et ceux de l'autre. Cette distinction nous semble majeure, d'autant plus que l'empathie est un concept largement utilisé dans le secteur médico-social. De plus, dans la démarche de sociologie clinique, et plus généralement de la « clinique », l'empathie est également une notion phare. Elle guide souvent les pratiques, accompagnements et sous-tend les savoir-être et savoir-faire. Dans le cas présenté ci-dessus, il est indéniable que des liens de sympathie nouent les membres du groupe. Dans quelle mesure ces liens, et le fait que certains membres partagent littéralement les sentiments de l'autre, ont orienté les hypothèses et interprétations ?

La présentation de Céline abonde nos réflexions : cette étudiante se trouve, comme évoqué dans nos constats, particulièrement en difficulté pour accueillir les histoires de vie des personnes qu'elle accompagne. Elle perçoit bien ces difficultés, sur le plan personnel, dans l'exercice de son métier ainsi qu'au sein de la formation. Toutefois, elle s'en défend (la façon dont elle présente ses difficultés au début du module est révélatrice des mécanismes de défense mis en place), et elle ne

fait pas le lien avec son histoire personnelle, particulièrement avec l'évènement du signalement vécu dans la famille. Le travail d'implication qu'elle mène dans le module lui permet d'articuler ces différentes sphères, et de mieux comprendre ce qu'elle a intériorisé, à savoir la parole comme une trahison, générant alors des empêchements à dire. Si ce module a semblé bénéfique à Céline, (qui nous a confié poursuivre ce travail dans d'autres espaces thérapeutiques), il a permis à tous les membres du groupe de mettre au travail, à travers son récit, les questions mettant en jeu l'écoute des histoires de vie, les autorisations (et les obstructions) à en dire quelque chose ainsi qu'à dire quelque chose de soi. Si cela nous semble particulièrement intéressant, c'est notamment parce que ces problématiques apparaissent partagées par l'ensemble des étudiants que nous avons étudiés.

Le groupe, s'il est pensé comme une instance faisant tiers, permet de réguler ou d'atténuer ces effets. « Le groupe est une instance qui favorise les processus de triangulation, donc de symbolisation. Chaque participant est invité à sortir de son théâtre intérieur, d'un face-à-face avec lui-même. La construction des différents supports facilite la mise en forme du récit sur son histoire personnelle et familiale. Il le met en ordre pour lui-même avant de pouvoir l'exposer à d'autres. Cette mise en forme et en mots favorise les capacités narratives dans un double mouvement d'élaboration mentale et de perlaboration psychique. Entre imaginaire et réalité, la symbolisation permet de développer, entre le moi et le monde, un espace nécessaire pour amortir les angoisses, les affects, les débordements émotionnels. » (Gaulejac, 2020, p. 87). Le groupe ainsi que les supports font alors office d'amortisseur. Ils ouvrent un espace intermédiaire, transitionnel, celui de la rencontre, créant une surface où les fantasmes, les identifications et les phénomènes transférentiels vont être projetés, et reçus par l'ensemble du groupe. C'est cette surface commune et partagée qui peut « étouffer » les violences, les mettre à distance et donc permettre une remise en jeu des mécanismes de défense de chaque individu au sein du groupe. Ce travail groupal va impulser chez chaque participant la possibilité de s'approprier des interprétations, d'intégrer des hypothèses, voire de surmonter ces propres résistances. « *On accueille pas du tout pareil parce qu'en plus, il y a des affinités, d'autres pas d'affinité, il y a des sujets qui peuvent mettre mal à l'aise certaines personnes... Il y a des gens aussi où l'on peut être aussi surpris du fait qu'il se mettent à se livrer ou...Moi il y en a les voir pleurer ça m'a.... Je me rappelle Céline ça m'a... Céline ce n'est pas quelqu'un du tout que j'imaginai... Mais du coup c'est pareil ça a été personnellement enrichissant parce que [...] apprendre ça de sa vie ça m'a fait aussi me remettre en question sur la manière dont je la percevais* » (n° 2). Dans cet extrait, Aline nous fait part des

apprentissages qu'elle a réalisés avec le groupe, en écoutant chacun de ces membres. Elle a été surprise par la présentation de Céline, et cela est venu lui apprendre des choses sur la perception qu'elle avait de cette collègue de promotion. On peut supposer que ce type d'apprentissage soit également effectif sur les terrains professionnels, en amenant des réflexions d'ordre plus général sur le regard porté sur autrui, et venant soutenir les capacités des étudiants à se laisser surprendre par les histoires entendues.

La taille du groupe (son petit effectif, de maximum 12 étudiants) a souvent été soulignée par les étudiants comme étant un élément clé pour faciliter la parole et supporter la démarche. Le groupe restreint est, d'après la théorie d'Anzieu, un groupe composé de 12 personnes qui présente certaines des conditions suivantes : « une perception individualisée et réciproque de chacun, induisant des échanges interindividuels ; une poursuite en commun des mêmes buts, valorisés de ce fait ; des relations affectives pouvant devenir intenses et constitution de sous-groupes d'affinités ; une interdépendance morale des membres et sentiments de solidarité ainsi qu'une constitution de signaux, normes, rites, codes propres au groupe. C'est l'accent mis sur la perception et les réactions interpersonnelles (et l'affectif n'est pas loin) qui impose la dimension réduite. » (Visscher, 2013, p. 104) Comme ce travail de groupe dans le module de 2019 nous l'a démontré, la dimension affective peut alors être considérée comme un levier dans la démarche d'exploration groupale de son histoire et de celles des autres. Or, cet élément (la prise en compte des affects), qui nous semble être un des fondements de la relation d'aide et d'une posture attentive à la clinique du sujet, est un aspect fréquemment négligé, voire méprisé. Le « gage de professionnalisme », que nous avons évoqué précédemment, est couramment mis en rapport avec une mise à distance, ou une négation de la dimension affective, permettant de soutenir (au moins théoriquement) les cloisonnements entre les sphères.

8.2. Romane : un « évènement catastrophe » à l'origine d'une difficulté à se confier et à être « la confidente » ?

Les deux monographies qui suivent (Romane et Mylène) sont issues de mes rencontres avec deux étudiantes ES lors de l'animation du module de 2021. Je n'ai pas, contrairement à Céline, interviewé ces étudiantes lors d'entretiens individuels dans le cadre de mes recherches ; notamment en raison d'un manque de temps (j'ai rencontré ces étudiantes lors du module animé en 2021, soit à la fin de mon travail de recherche doctorale). Ces monographies sont, par conséquent, moins détaillées et moins approfondies, mais elles révèlent bien ce qui se joue au sein

d'un groupe, et illustrent, à mon sens, parfaitement certains des aspects sur lesquels, je souhaite, à ce point de mon propos, souligner l'importance. En effet, les histoires que Romane et Mylène racontent au sein de ce groupe, et la manière dont celui-ci s'en saisit, sont très instructives : elles éclairent parfaitement bien les enjeux liés à la dynamique de groupe et la prise en compte des « évènements » ou des « non-évènements » dans les récits de vie. De plus, la « délicatesse » dans la formulation des hypothèses ainsi que l'enjeu de la formation des animateurs sont mis en lumière à travers ces monographies. Ces monographies sont rédigées à partir du carnet de bord que j'ai tenu pendant l'animation de ce module.

8.2.1. Le « bébé réconciliateur » : un trait d'union entre deux familles que tout oppose

Je rencontre Romane lors du module que j'ai animé en 2021. Comme indiqué précédemment (notamment dans le 6.2.2.), ce module n'a pas été choisi par les étudiants, j'accorde donc un soin tout particulier à l'animation du premier tour de table, où les étudiants se présentent brièvement et me font part de leurs envies ou réticences à s'impliquer dans le travail que je leur propose.

Romane est une jeune femme de 28 ans, qui est en reconversion professionnelle : elle présente son parcours comme n'ayant pas de liens avec le secteur (elle a travaillé auparavant dans la vente, le commerce ou à l'usine). Elle a fait son premier stage en protection de l'enfance, son deuxième stage dans le champ du handicap, son troisième stage dans un centre social. Un contrat de professionnalisation lui a été proposé, pour sa dernière année de formation, par le lieu dans lequel elle avait réalisé son premier stage (et où elle est régulièrement retournée faire des remplacements).

Lorsque je lui demande le rapport qu'elle entretient avec les histoires de vie, elle dit au groupe qu'elle « *n'a jamais eu à écouter un récit de vie en institution* ». Elle nous explique dans un premier temps que cela ne lui est jamais arrivé, puis elle nuance son propos en indiquant « *qu'au détour d'une conversation ou dans des échanges informels* », elle a pu se retrouver en situation d'accueillir les histoires de vie des enfants qu'elle accompagne. Elle nous explique néanmoins ne jamais se situer dans une posture de « recueil » des histoires de vie : « *Je suis volontaire sans l'être... < Si tu as envie de m'en parler, tu peux... >. Mais moi, je n'en parle pas...* ». Elle explique également le fait que les enfants ne viennent pas la voir pour ça, qu'ils ne lui racontent pas spontanément leur histoire de vie, ce qu'ils font par ailleurs volontiers, avec d'autres de ses collègues. Elle dit accepter de poursuivre le module (la question leur avait été posé à tous, au vu du caractère contraint de celui-ci), mais elle « *imagine avoir des difficultés à [se] livrer* ».

Le module se déroule sur trois jours d'affilée, les présentations se succèdent, et Romane accepte de présenter ses supports le dernier jour. Elle a décidé de réaliser deux supports : l'arbre généalogique et la ligne de vie. Elle débute sa présentation en s'interrogeant sur le fait de ne pas « être la confidente » et de ne pas chercher à prendre cette place. Elle ne précise pas « de qui » elle n'est pas la confidente, mais le fait qu'elle soit imprécise à ce sujet laisse à penser que cela touche différentes sphères, y compris la sphère professionnelle, pour laquelle elle a déjà pu dire qu'elle n'était pas dépositaire de l'histoire de vie des enfants. Ces deux jours de module semblent avoir déjà produit des effets : Romane se « décale » légèrement par rapport à sa posture initiale. En effet, lors de sa présentation, elle affirmait de ne pas vouloir occuper une position d'écoute, or, quand elle débute sa présentation, elle se questionne et interroge son positionnement vis-à-vis de cette assertion.

Elle évoque, à travers son arbre généalogique, son enfance et ses origines : sa mère est Guyanaise (arrivée en métropole à l'âge de 8 ans), « noire de peau » (elle l'exprime ainsi) et son père « français blanc ». Elle décrit ses parents comme « fous amoureux » mais rencontrant des difficultés liées au racisme entre les deux familles. Elle évoque également des difficultés d'ordre social : en effet, la branche maternelle a vécu, à son arrivée en métropole, un déclassement social important, et tout en s'éloignant de sa classe d'origine, sa mère rejoint, avec cette « descension sociale », la classe sociale de son mari. Elle énonce ensuite le fait qu'elle est perçue et vécue par ces deux branches familiales comme étant le « bébé réconciliateur de la famille », expression utilisée par les membres de sa familles (oncles, tantes, parents et grands-parents). Le racisme aurait jusqu'alors dominé les relations entre les deux familles, et ce jusqu'à sa naissance. Celle-ci va, nous dit-elle, profondément modifier les liens entre ces deux branches familiales, qui vont alors se rassembler autour d'elle.

8.2.2. Le récit d'un drame : une histoire violente narrée dans le silence des émotions

Romane s'appuie sur sa ligne de vie pour évoquer son parcours. Très vite, elle nous raconte le réveillon de Noël de l'an 2000 (elle est alors âgée de 7 ans). Les deux branches de la famille habitent dans la même rue, l'une en face de l'autre, et ce réveillon réunit tout le monde dans l'une des maisons. Elle évoque un oncle, âgé de 15 ans de plus qu'elle, qu'elle nous dit beaucoup aimer, l'appelant « mon tonton d'amour ». Assez froidement, en tous cas sans laisser transparaître d'émotions particulières, elle raconte qu'une dispute de famille éclate ce soir-là. Son père et son oncle sortent dans la rue pour s'expliquer, et son oncle assassine son père. L'ensemble de la

famille, y compris Romane, se trouvent dans la maison, et voit l'affrontement des deux hommes par la fenêtre. L'oncle (un frère de sa mère) est incarcéré le soir même, et dans les jours qui suivent, le grand-père maternel retourne vivre en Guyane. Romane nous explique ne pas comprendre ce qui se passe : le décès de son père, l'incarcération de son oncle et le départ de son grand-père sont vécus, à son niveau, dans l'incompréhension la plus totale. À la suite de ces événements, elle explique que la famille dans son ensemble (les deux branches réunies) va « *s'en prendre à [sa] mère* ». D'après ses propos, sa mère se remet très vite en ménage, partageant sa vie avec un nouvel homme très rapidement après les faits. Sa scolarité va se trouver impactée par cette situation, à tel point que les services sociaux vont conduire une enquête familiale. Romane ne s'attarde pas sur ce point, mais semble très en colère à ce moment du récit : « *Une ASS a voulu mettre le nez dans nos histoires.* »

Le groupe est assez « sidéré » par l'histoire que raconte Romane, et il me faut, en tant qu'animatrice, contenir l'émergence des affects du groupe (dans ses réactions et ses commentaires), pour sécuriser et soutenir la narration de l'étudiante. Le groupe est en effet déconcerté par l'histoire de Romane, non seulement en raison de la violence de l'évènement qu'elle raconte, mais également par la forme très « désincarnée » de son propos. Elle se montre très froide et semble « insensible » aux élans de compassion du groupe (qu'il me faudra cadrer). Elle donne l'image d'une femme forte et solide, qui n'est pas (ou plus) affectée par ces événements. Elle nous dira par la suite qu'elle souhaite effectivement ne pas être envahie et débordée par cette histoire. De manière très allusive, elle évoque « *le sentiment d'injustice* » qui l'a traversé pendant toutes ces années.

Le groupe s'arrête sur ce point, et à travers les échanges avec Romane, il apparaît que « l'injustice » pointée revêt différentes dimensions : la perte de son père en étant petite fille en est une, mais Romane souligne également l'incarcération de son oncle comme étant injuste (de son point de vue d'enfant). Ensuite, elle revient rapidement sur le décès de son père, toujours de façon assez froide, en disant qu'elle s'est « *construite sur une histoire...sur une < non-mort > ...* ». À différents niveaux, il semble que plusieurs non-dits aient entouré cet « événement catastrophe » : en premier lieu, les raisons qui ont poussé son oncle à tuer son père, le départ de son grand-père, puis les conflits et ruptures au sein de la famille.

Michel Legrand indique à ce propos que l'évènement catastrophe constitue une catégorie d'évènement spécifique, en ce sens qu'il condense les caractéristiques suivantes : la catastrophe comporte toujours une part d'accident : quelque chose surgit inopinément du réel et vient faire effraction dans l'existence du sujet ; cet événement opère une rupture de trajectoire pour le sujet. Après cet événement la vie ne sera plus jamais ce qu'elle a été et

s'en trouvera donc profondément et durablement bouleversée. L'événement catastrophe peut ainsi être identifié comme un point de basculement ; l'événement se présente sous le visage phénoménal immédiat du désastre et du malheur. (Niewiadomski, 2006, p. 51)

À travers l'histoire de Romane, le groupe émet l'hypothèse de « deuils empêchés » liés aux pertes de figures masculines importantes dans son quotidien de petite fille, à savoir la mort de son père, l'incarcération de son oncle et l'exil de son grand-père. Les non-dits autour de cet « événement catastrophe », auraient entravé les processus de deuil et l'ont amené à renforcer ses mécanismes de défense. Le groupe suggère l'idée selon laquelle Romane aurait mis en place des processus visant à protéger son intégrité psychique face au désastre de ce soir de Noël. Au vu de l'apparente distance que Romane prend avec ses émotions, il semble effectivement qu'elle ait pu développer des mécanismes de défense, pour se prémunir d'une angoisse trop forte. « L'isolation de l'affect peut être formulé comme un refoulement de l'affect sans refoulement de la représentation. L'isolation de l'affect peut s'observer comme défense normale face à la survenue d'un événement traumatique où sa fonction adaptative est souvent évidente. Elle peut persister à distance, liée à une absence d'élaboration psychique » (Chabrol, p. 36). Romane aborde ensuite son adolescence en la décrivant comme compliquée : elle nous fait part de scarifications, de fréquentations qu'elle juge *a posteriori* toxiques et de conduites addictives. Elle évoque la distance qu'elle a mise en place entre elle et sa famille à cette période, notamment en prenant son indépendance (quitte à trouver « *des jobs à l'usine* »).

Romane poursuit son récit, et nous explique avoir revu une fois son oncle à sa sortie de prison en 2011, elle a alors 18 ans. Elle évoque cette rencontre comme « *marrante sans être marrante...* », décrivant son oncle comme « *un dramaqueen...* ». Elle considère qu'il dramatise cette histoire, qu'il exagère les choses avec un excès tragique. Romane commence à élaborer des liens entre la mise à distance émotionnelle qu'elle donne à voir, les non-dits autour du traumatisme vécu et sa posture professionnelle face aux histoires de vie. Pour rappel, Romane travaille en protection de l'enfance, donc dans un secteur où les histoires familiales sont, bien souvent, marquées par des homologues en termes de situations dramatiques créatrices de résonances par rapport à l'histoire qu'elle a vécue. Ensemble, nous abordons la question des traumatismes de la petite enfance et de ses conséquences, notamment en ce qui concerne les difficultés de mise en mots de celui-ci.

Le groupe fera preuve d'une grande délicatesse à l'occasion des échanges avec Romane, ce qui produit deux effets : le premier, plutôt bénéfique, conduit les étudiants à être très prudents dans la formulation des hypothèses qu'ils proposent ; le second, plus embarrassant, amène Romane à être mal à l'aise face à l'empathie exprimée par les membres du groupe. En effet, elle explique qu'elle

raconte peu cette histoire, justement pour ne pas avoir à faire avec ces sentiments (gêne, souffrance, empathie etc.). L'horreur perçue et renvoyée par les autres est insupportable pour elle. Romane perçoit bien que « l'écoute de ce type de récit n'est pas sans effet sur le narrataire car leur contenu ne peut que rencontrer la souffrance » (Seret, 2015, p. 22). Effectivement, le groupe, par ses commentaires et ses réactions (y compris non-verbales), est affecté par le récit de Romane. « Le narrataire va aussi réagir aux faits. En tant qu'être humain, en tant que citoyen, le récit traumatique touche à ses valeurs, le confronte à la fragilité de la vie. Il est figé par le traumatisme, sorte d'effroi, sorte d'effraction. » (Seret, 2015, p. 29). Ce groupe (où les histoires racontées sont particulièrement « dramatiques », nous y reviendrons dans la sous-partie suivante), va largement éprouver la difficulté d'être dépositaire d'histoires de vie jugées pour le moins difficiles. Romane, pour sa part, va, pour la première fois, faire un lien entre sa propre histoire, ce qu'elle en dit, (et surtout ce qu'elle n'en dit pas afin d'éviter ces effets de sidération et d'effroi chez les narrataires), avec sa pratique professionnelle qui, jusqu'à lors, la conduisait à ne pas se placer en position d'écoute. Nous supposons que le travail autour de l'histoire de vie de Romane va consolider les capacités d'écouter des étudiants. Toutefois, étant donné que le métier pour lequel ils sont formés les amène à être les dépositaires des histoires de vie souvent difficiles, et que cette écoute s'avère complexe, voire insoutenable, une question s'est imposée dans les échanges: « Le recueil de récits de vie contenant des vécus traumatiques induit-il pour les narrataires des sentiments d'effroi et de souffrances partagées qui, par la sidération qu'ils génèrent, entravent et brident, à la fois les capacités de ceux-ci à écouter et à mettre en mots ? ». Cette question s'est avérée très prégnante dans ce groupe, notamment au regard des traumatismes vécus par une large partie de ces membres.

La présentation de Romane touche à sa fin ; elle nous livre qu'enfant, « *on (ses parents proches) [lui] disait qu'elle serait policière ou dans le social* ». Elle formule que le travail d'implication lui a permis de se rendre compte que sa reconversion n'est pas un fruit du hasard, mais qu'elle s'inscrit en écho des événements vécus et aux suggestions faites pendant l'enfance. Le groupe et moi-même soulevons des questions autour de son positionnement professionnel consistant à « *être volontaire sans l'être* », à mettre en place des stratégies éducatives se basant sur une posture défensive face à l'accueil des histoires de vie des personnes qu'elle accompagne. En effet, Romane justifiait son positionnement par ces termes en début de module : elle entendait par là le fait de ne pas s'intéresser *a priori* aux histoires de vie des enfants placés. À la fin de ce module, elle en vient à questionner ce positionnement, le comprenant très différemment au regard du travail mené en groupe.

La clinique de l'historicité se co-construit dans ces écarts entre ce que le sujet peut dire de son histoire, ce que cette histoire lui fait, et ce qu'il peut en faire. Elle propose un espace d'exploration mettant en perspective ce que le sujet pense, ce qu'il dit, ce qu'il éprouve dans son rapport à son histoire personnelle, familiale et sociale. Elle l'accompagne dans l'analyse des composantes de son assujettissement originaire, dans ses tentatives de dégagement du passé qui ne passe pas, dans l'analyse dont ce passé agit en lui. (Gaulejac, 2020, p. 128).

Les membres du groupe deviennent, à leur manière, les interprètes de ces histoires, et c'est bien eux qui vont proposer leurs analyses et leurs hypothèses. En exprimant leurs points de vue et leurs regards (façonnés par leurs propres histoires, leurs subjectivités), ils initient un « travail de reconfiguration » de l'histoire racontée. « Ce travail de reconfiguration du passé permet de revisiter les significations accordées à des situations anciennes, de décoller des affects liés à des réminiscences (réelles ou fantasmatisques), de réactualiser l'histoire en explorant d'autres possibles. Se souvenir n'est pas simplement évoquer le passé, c'est surtout convoquer ce passé dans le présent, le réactualiser, en lui donnant la possibilité, à travers le récit, de trouver une autre issue... » (Gaulejac, 2020, p. 130). Romane, à travers le travail d'implication réalisé dans le module, a effectivement « reconfiguré » son passé et « réactualisé » son histoire, notamment en comprenant en quoi celle-ci avait déterminé en partie ses choix professionnels, et sa manière d'exercer le métier d'éducatrice spécialisée.

8.2.3. Les effets du récit sur les narrataires dans la constitution des capacités de biographisation et d'écoute

Les orientations prises dans le module sur l'histoire de vie de Romane concernent une « herméneutique de la parole ». Celle-ci « repose sur la fonction proprement heuristique de la parole, au sens où la dimension évocatrice comporte une caractéristique ostensive, que l'on peut comprendre comme le geste de montrer, de faire voir » (Gadras, 2019, p. 225). Le passage entre l'éprouvé (la manière dont l'expérience a été vécue et ressentie) et la narration implique un certain dévoilement de soi, il est question d'exposer une partie de soi. « Ce que laisse apparaître le dire, à la faveur du déploiement de la parole, est de ce fait foncièrement lié à une idée du Soi : d'un *pouvoir dire* et d'un *vouloir dire* reposant sur < phénoménologie de l'homme capable > (Ricœur, 2004), s'élabore dans l'altérité » (Gadras, 2019, p. 226).

Les travailleurs sociaux sont, au cœur de leur métier, immergés dans les histoires de vie des personnes qu'ils accompagnent, et bien souvent ces histoires sont marquées et signifiées par des moments faisant « événement ». Les éducateurs doivent donc avoir la capacité de se mettre en

situation d'écoute bienveillante, vigilante, empathique et distanciée pour écouter et d'entendre ces histoires et ces événements. L'exemple de Romane illustre ce à quoi sont confrontés les éducateurs qui travaillent en Protection de l'enfance : une de leurs missions premières est de permettre l'expression et la compréhension par l'enfant de l'origine du placement. Partant de cette mission, il est donc indispensable de créer un espace de dialogue et d'échange avec les enfants pour pouvoir revenir sur ces événements (par exemple, des maltraitances) et en comprendre les conséquences (par exemple, le placement). Romane, à travers le travail de biographisation et d'élaboration qu'elle a réalisé, revisite sa posture professionnelle consistant à mettre de côté la dimension existentielle présente dans les accompagnements socio-éducatifs. De plus, elle saisit et identifie mieux l'intériorisation de son histoire (un vécu traumatique peu mis en mots et peu exprimé, notamment émotionnellement) ainsi que les nœuds sociopsychiques (des difficultés importantes au sein de sa famille, mobilisant des dimensions sociales, ethniques, et affectives). Cette compréhension de son passé lui permet de prendre du recul sur ses choix (par exemple, le fait de devenir éducatrice) et sur ses positionnements présents (vouloir être éducatrice sans avoir à écouter les histoires de vie). Romane, à l'issue du module, exprime qu'elle se positionnera désormais différemment à l'égard des enfants placés, en étant plus attentive à la création d'espaces où une narration de soi est possible. Néanmoins, elle perçoit que le travail fait autour de la réceptivité de son histoire, durant ce module, n'est qu'une amorce qu'elle sera amenée à poursuivre. Elle semble avoir compris que ses difficultés à accueillir les émotions des autres quand elle raconte son histoire, sont éminemment liées avec sa volonté de ne pas entendre les récits des enfants (pour que ceux-ci ne soient pas, *a priori*, placés dans la même situation qu'elle). Cet exemple nous montre qu'il peut exister une corrélation entre des difficultés à se dévoiler, à livrer son histoire et les difficultés à écouter les histoires de vie.

Pour que le sujet dispose d'un espace sécurisé et sécurisant, dans lequel il se sent en confiance afin d'y déposer sa parole et son récit, il semble nécessaire d'adopter une posture et des stratégies basées sur la complexité d'une écoute clinique fine. C'est un préalable nécessaire à tout travail de reconfiguration identitaire. « Le travail clinique consiste alors à revenir sur les événements biographiques qui ont marqué l'existence pour les revisiter, les reconfigurer, les réélaborer autrement. » (Gaulejac, 2020, p. 85). Pour que cette reconfiguration soit possible, il faut que les conditions nécessaires à la biographisation soit réunies.

La *biographisation* peut être ainsi définie comme l'ensemble des opérations par lesquelles les individus travaillent à se donner une *forme propre* dans laquelle ils se reconnaissent eux-mêmes et se font reconnaître par les autres. [...] La *biographisation* apparaît ainsi comme

une herméneutique pratique, un cadre de compréhension et de structuration de l'expérience et de l'action s'exerçant de façon constante dans la relation de l'homme avec son vécu et avec son environnement social et historique. » (Delory-Momberger, 2019, p. 50).

Il me semble que la prise en compte des effets des récits de vie sur les narrataires est une des conditions nécessaires à l'émergence du processus de biographisation. Comme nous avons pu le voir avec l'exemple de Romane, les effets de sidération du groupe peuvent être fortement préjudiciables à l'élaboration des processus de biographisation du narrateur, ainsi qu'à l'écoute des souffrances de la part des narrataires. En effet, l'interprétation de la sidération des narrataires que Romane perçoit avec ce groupe (et qu'elle envisage communément dans sa vie) renforce ses difficultés à verbaliser son histoire.

Cette « herméneutique pratique » s'arrime donc ici à la question de l'interprétation. « La notion d'herméneutique renvoie à < l'art d'interpréter >. L'interprétation concerne ce qui résiste à la compréhension immédiate et ce qui est mis en œuvre pour remédier à cette situation. » (Paillé, 2019, p. 223). Dans les dispositifs tels que ceux présentés, l'interprétation va se loger, notamment, dans le jeu des « allers-retours » et dans la formulation des hypothèses. Or, pour que ces interprétations soient « entendables » par le narrateur, il est essentiel d'être attentif aux effets que le récit produit sur le groupe et les individus, afin de mettre à jour les soubassements de ces hypothèses, qui sont formulées justement au regard de ces effets.

Dans l'exercice quotidien de l'éducateur spécialisé, ce dernier doit avoir la capacité d'accueillir la parole des personnes accompagnées, quand celles-ci sont prêtes et disposées à la livrer, souvent de façon spontanée et imprévue. Je pense à un exemple vécu lors d'un séjour avec des pensionnaires de La Chesnaie, où une patiente (que nous nommerons Nat) va me livrer, lors du café matinal, en détail, non pas son histoire familiale, mais un événement précis : sa première décompensation, et la première hospitalisation qui s'ensuit. J'ai tout juste vingt ans, et je suis surprise par son histoire et la manière dont elle me la livre. C'est sa lucidité qui me frappe : en effet, elle revient sur cet événement, qui a eu lieu plus de vingt auparavant : elle pose des mots sur les émotions que cela suscite chez elle, sur les conséquences que cela a entraîné sur et dans sa famille. Elle fait alors le lien entre ce qui s'est passé à ce moment-là et la manière dont aujourd'hui elle s'approprie les soins reçus à l'hôpital de jour.

L'enjeu d'une herméneutique de la parole est d'explorer les formes incarnées et singulières de l'expérience sensible de l'être-en-situation-dans-un-environnement, et ce en vue de saisir les dynamiques de sens qui instituent chez un sujet une dynamique de *biographisation*, c'est-à-dire un processus de conscientisation de son être-là. De ce point de vue, l'expression

des sentiments qui dérivent de l'être-affecté apporte une précieuse indication sur la manière dont un sujet fait l'expérience sensible de son corps et de l'altérité. (Gadras, 2019, p. 227)

Au vu de la fluidité et la sérénité avec lesquelles cette pensionnaire se livre et me raconte cet événement (une première décompensation psychotique qui est violente, déstructurée et déstructurante), il est évident qu'elle a travaillé à de nombreuses reprises son histoire de vie (notamment dans un cadre thérapeutique), en particulier cet événement, et le regard qu'elle porte sur lui, et les conséquences qu'il a eu dans sa vie. Ce moment a profondément marqué mon rapport à l'écoute des histoires de vie ; en effet, je me souviens avoir été très « bousculée », non pas tant par l'histoire en elle-même, mais par le discernement avec lequel cette patiente évoquait ses troubles, par la clairvoyance et l'acuité dont elle faisait preuve sur son rapport aux soins ainsi que par l'acceptation des répercussions de sa maladie sur sa vie et dans sa famille. Comme nous pouvons aisément l'imaginer, cette première décompensation a évidemment marqué en profondeur son histoire et lui a donné un tournant significatif. En racontant cela, Nat revisite (une fois de plus) cette période de sa vie, la malaxe, l'ingère, l'intègre, la digère etc... C'est tout ce travail qui lui permet de porter un regard nouveau sur cet événement, de le reconfigurer et le réélaborer. Nat me fait part du fait qu'elle est de plus en plus « à l'aise » avec cette histoire, son histoire, et qu'elle travaille à être sereine, apaisée et dégagée du sentiment de honte qu'elle associait aux actes qu'elle avait posés pendant cette décompensation (mes collègues présents lors du séjour, qui la connaissent bien mieux que moi, et ce depuis longtemps, confirment ses dires). Pour reprendre les mots de Céline, lors de cette conversation, du haut de mes vingt ans, « je ne sais pas trop quoi en dire... » Je me rappelle avoir fait quelques relances, avoir posé quelques questions, mais j'ai surtout mis à l'épreuve mes capacités d'écoute, ce qui semblait convenir à Nat, qui avait l'air de chercher justement une oreille attentive. Tout le long de son récit, je l'écoute attentivement, en me concentrant pour ne pas laisser trop transparaître les sentiments qui me traversent à cet instant : je suis relativement sidérée et effrayée par son récit. Ce qui me « saisit », c'est ce que je perçois, à l'époque, comme une dissonance entre la violence des événements que Nat me livre (la décompensation, l'errance qui y est liée, son premier internement à la demande d'un tiers, l'isolement à l'hôpital psychiatrique...), et les émotions qu'elle donne à voir lors de cette narration (une certaine « douceur », un apaisement et un recul certain face à cette période de sa vie). À l'époque, mes réflexions sur les histoires de vie étaient bien moins étayées qu'aujourd'hui ; mais dans le cadre de ma formation, l'animatrice de GAPE (une psychologue clinicienne ayant travaillé une dizaine d'années à La Chesnaie) m'accompagnait, ainsi que tout le groupe, depuis deux ans, dans un travail, que je pourrais nommer *a posteriori*, biographique. Avec

le recul, cet accompagnement a largement contribué à ne pas me mettre en difficulté, voire, au contraire, à consolider des assises me permettant d'accompagner les personnes, à partir et autour de la rencontre de nos histoires de vies, ce qui suppose à minima un dévoilement de soi. Mes capacités d'écoute sont alors mises à l'épreuve : je m'interroge sur les effets que ce récit (et ceux des autres pensionnaires) a sur moi : comment viennent-ils impacter ma sensibilité ? Que donner à voir de celle-ci aux personnes accompagnées ? Comment l'utiliser pour appuyer et étayer une écoute fine et complexe ?

Au vu des pratiques éducatives et de la nature même de la relation d'aide, les travailleurs sociaux sont sans cesse pris entre la nécessaire prise en compte du parcours de vie de la personne (et des événements qui le jalonnent) et les difficultés liées à la fois aux conditions de cette narration et à l'écoute qu'elle suppose. La monographie de Céline a mis en lumière les conséquences d'une « parole défendue » sur le positionnement professionnel (à savoir des stratégies d'évitements dans l'écoute). Celle de Romane a permis d'éclairer les séquelles d'un événement traumatique, peu mis en mots, sur la capacité à se dévoiler et à accueillir la réception, notamment émotionnelle, des narrataires face à cette histoire. La monographie suivante, celle de Mylène, va permettre de mettre en lumière la dynamique de ce groupe en formation.

8.3. La place et les valeurs de Mylène comme catalyseur du groupe

8.3.1. Dans l'ombre de la honte

Je rencontre Mylène lors du module de 2021 (celui dont Romane fait également partie). Mylène est une jeune femme en fin de formation d'ES. Elle a réalisé trois stages, dont deux dans le secteur du handicap enfant, secteur dans lequel elle souhaite s'engager par la suite. Lors du tour de table dédié aux présentations, Mylène exprime ceci : « *On vient souvent vers moi pour se confier, on se livre facilement à moi.* ». Si d'emblée, on peut dire que Romane et Mylène, du fait de leur missions et fonctions, effectuent des stages dans le même champ professionnel, la différence ici est notable : l'une d'entre elle (Romane) nous explique que les enfants ne viennent pas lui confier leurs histoires de vie, tandis que Mylène nous dit l'inverse. Néanmoins, les deux jeunes femmes se rejoignent sur un point ; en effet, lors de ce tour de table, Mylène dit accueillir facilement les histoires de vie, mais avoir bien plus de difficultés à se livrer, elle, dans la relation éducative

menée. Elle nous dit « *être mal à l'aise* » dans cet exercice, toutefois, elle souhaite rester dans le module et se « frotter » au travail d'implication.

Lors des socialisations des supports des différents participants, Mylène se montre particulièrement respectueuse de la parole des membres du groupe. D'une nature apparemment discrète, Mylène prend peu la parole. Elle intervient de manière toujours précautionneuse dans la formulation de ses propos. Si elle semble, de prime abord, plutôt effacée et timide, ses prises de parole démontrent une attention soutenue dans l'écoute des récits et une réelle implication. Mylène décide de présenter son support le dernier jour du module. Elle nous présente sa ligne de vie et débute son récit en faisant part des échos qu'elle a ressentis à l'écoute de certaines histoires. En effet, elle évoque deux récits entendus les jours précédents, où la question centrale était celle de la « place ». Elle précise qu'elle aussi se « *sente dans l'ombre de quelqu'un, [sa] sœur* ». Elle souhaite donc explorer son histoire de vie à partir du thème de sa place dans la famille. Avant de se lancer dans sa présentation, elle aborde de façon imprécise les questionnements qu'elle se pose autour de la catégorie sociale dont elle est issue et l'exercice de son métier d'ES.

A l'occasion de la présentation de sa ligne de vie, Mylène explique, presque en s'excusant, faire partie d'un « *schéma familial classique* » avec une « *histoire de vie banale* ». Elle est née en 1994 et est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. Elle a une sœur qui a un an de moins qu'elle et un petit frère plus jeune de cinq ans. Son père est exploitant agricole et sa mère comptable dans l'entreprise familiale. Elle est issue d'une famille d'agriculteurs depuis au moins 3 générations, et ce des deux côtés de la famille. Elle évoque sa petite enfance, qu'elle décrit comme heureuse. Ayant peu d'écart d'âge avec sa sœur, elle dit partager beaucoup avec elle, en termes de temps, de complicité, d'échanges, de confidences etc. Puis, elle aborde sa scolarité : Mylène rencontre des difficultés d'apprentissage à l'école primaire et redouble son CE1. Sa sœur, quant à elle, présente beaucoup de facilités, il lui est proposé de sauter la classe de CM1 ; ce qui conduit donc les deux sœurs à être dans la même classe du CM2 jusqu'à la fin du collège.

Leurs liens se détériorent à partir de cette période : la « *compétition et la rivalité* » remplacent la complicité présente jusqu'alors et, peu à peu, leur relation se trouve conditionnée par cette concurrence, notamment en termes de résultats scolaires. Mylène se décrit comme étant une élève « *normale* » : elle n'excelle pas sans pour autant être de nouveau en difficulté (jusqu'à l'obtention du baccalauréat, il n'y aura pas d'autre redoublement). En revanche, sa sœur est particulièrement « *douée* » et présente de très bons résultats. La relation, désormais enracinée autour de ces rapports de compétition scolaire, est asymétrique, et Mylène nous fait part des traces héritées de cette époque dans leurs rapports actuels. Au lycée, sa sœur choisit la filière scientifique (fortement

valorisée dans la société, mais également très mise en avant par ses parents), quant à Mylène, elle fait le choix de s'orienter vers une filière économique et sociale. Avec beaucoup de retenue, Mylène déplie alors un récit donnant à voir un sentiment d'infériorité, voire de honte.

Dans tous les cas, l'estime de soi est remise en cause par la mésestime des autres. Le sujet est déchiré par des tensions contradictoires entre la tentative pour sauvegarder son unité et l'impossibilité d'y parvenir sans rejeter une part de lui-même. Il est confronté à une dénégation de ce qui constitue tout ou partie de son être profond. Ce déchirement produit une conflagration psychique. La cohérence qui fonde les jugements de valeur est prise en défaut. [...] La relation au monde se transforme, l'espace entre soi et le monde est envahi par le doute et la confusion. (Gaulejac, 2019, p. 324)

Elle nous explique que sa sœur a fait une école de commerce et est devenue cheffe de secteur depuis déjà deux ans ; quant à son frère, après avoir, lui aussi, suivi une filière scientifique, il est maintenant ingénieur. Elle nous fait part des « *parcours sans embûches* » qui ont mené sa sœur et son frère à occuper des postes socialement valorisés, notamment par ses parents, mais également par l'ensemble de sa famille. Leurs salaires sont élevés (sa sœur vient de s'acheter une maison qu'elle décrit comme « *superbe* ») et ils ont des horaires de travail dits « classiques » (contrairement à elle qui peut être amenée à travailler les week-ends, les soirées etc.). Elle nous dit que cette « génération » de la famille (à savoir la sienne) présente des similitudes et des caractéristiques communes : en effet, ses cousins et cousines ont fait des études dans le secteur du commerce, des sciences politiques ; bref, des études supérieures conduisant à une « place » avantageuse, valorisée et reconnue dans la société. Par le récit de certaines scènes familiales (notamment des repas réunissant l'ensemble de la famille : grands-parents, oncles et tantes, cousins etc...), Mylène esquisse les contours de sa place dans la famille de manière assez négative : elle n'a pas fait de « grandes études », n'a pas de maison, n'a pas de compagnon... En revanche, elle dit avoir la place de « l'écoutante » dans et de la famille : elle semble très proche de sa grand-mère paternelle, elle l'aide et l'écoute beaucoup. Et si ses parents l'interrogent peu sur sa vie (il lui semble qu'elle a moins de choses, par exemple que ses cousins, à en dire, que celle-ci est moins intéressante), elle écoute, elle, tous les membres de sa famille.

Contrairement à sa sœur ou son frère, Mylène nous explique que son parcours n'a pas été linéaire et sans embûches : en effet, si elle intègre la formation d'ES à l'âge de 24 ans, c'est bien parce qu'avant elle « *s'est cherchée* » et a fait d'autres études : elle a notamment intégré une école d'orthophonie en Belgique. Là encore, son discours se veut dévalorisant : elle nous dit n'avoir aucun mérite, puisque pour être admis, en tant que français, dans ces écoles, il faut déposer un dossier, ensuite la sélection des étudiants étrangers se fait par tirage au sort. Quand le groupe découvre son parcours scolaire, il la questionne sur ses motivations de l'époque à être

orthophoniste. Mylène répond spontanément que cette orientation s'est faite sous la pression familiale : il fallait qu'elle intègre une école, qu'elle apprenne un métier et qu'elle gagne sa vie. Puis, elle s'arrête, réfléchit et commence à élaborer un lien entre sa place d'écouter au sein de la famille et sa tentative pour être orthophoniste. En effet, ce dernier est un praticien qui travaille à la prévention, l'identification et l'accompagnement des troubles de la communication, du langage et de la parole, et il doit de fait disposer de qualités d'écoute particulièrement fines et aiguës. Mylène n'avait encore jamais fait ce lien, et cette mise en sens, semble en partie la tranquilliser : la « *pression* » exercée par ses parents pour intégrer l'école d'orthophonie s'inscrit dans un fonctionnement familial où elle occupe à la fois la place de celle qui écoute ainsi que la place de celle qui ne « réussit pas » (d'où le choix d'une école sans une trop grande sélectivité, avec un tirage au sort). Elle comprend davantage la honte qu'elle a intériorisée comme « un effondrement intérieur, le moi n'étant plus digne face aux exigences de son idéal. C'est ce qui explique l'association fréquente qui existe entre honte et dépression. » (Gaulejac, 2019, p. 325). Mylène ne « tient » pas longtemps dans cette école : éloignée de sa famille et de ses amis, elle se retrouve isolée, la formation ne lui convient pas (elle ne répond pas, nous dit-elle à « ses valeurs ») ; elle décide donc d'y mettre un terme. Cet arrêt de formation constitue, de nouveau, un échec pour sa famille. Après quelques remplacements dans le secteur médico-social, elle décide finalement de s'orienter vers un métier qui prend sens pour elle, notamment dans ce qu'il comporte de valeurs et d'idéaux à défendre.

Mylène termine sa présentation sur des réflexions portant autour des tensions familiales que génèrent les choix professionnels qu'elle fait. Elle insiste fortement sur la question des valeurs qui s'entrechoquent, des idéaux qui se heurtent, ainsi que sur les incompréhensions produites (son métier est peu connu, et au sein de sa famille, il véhicule beaucoup de représentations négatives). Elle conclut en venant réinterroger la question de sa place au sein de la famille et pointe les contradictions qui la traversent : entre l'invalidation de ses choix par ses proches, sa volonté de défendre ses valeurs et l'envie de se définir personnellement « *au-delà d'un métier* ».

8.3.2. La réaction inédite du groupe face à cette histoire présentée comme « banale »

Certainement au vu des histoires de vie des membres de ce groupe (décrites dans la partie suivante), les participants avaient tous fait preuve, durant ces trois jours, de subtilité et de tact dans leur manière de s'adresser entre eux, et particulièrement avec la personne qui présentait son récit. C'est avec beaucoup de finesse et d'habileté qu'ils proposaient leurs hypothèses au

narrateur ; de plus, ils étaient très attentifs à la complexité des histoires et des nœuds sociopsychiques qui se présentaient, donnant ainsi à voir une compréhension fine des enjeux, et une précaution quant aux mécanismes de défense présents. Or, à la suite de la présentation de Mylène, tout ceci s'est effacé pour laisser place, le temps de quelques minutes (avant que je n'intervienne) à des prises de parole plus brusques, à des interprétations bien plus « sauvages » et finalement, à une déconsidération de Mylène. Cette dernière, lors de ces retours, se met peu à peu en retrait, (en se « collant » au mur), elle baisse les yeux, écoute attentivement ce qui se dit mais ne répond rien. Le groupe se lance alors, de façon presque unanime, dans des critiques vives à l'encontre de sa famille : le positionnement de sa mère est reproché (elle aurait dû être plus protectrice), celui de son père est désapprouvé (il n'aurait pas dû favoriser son frère et sa sœur), et le comportement de sa petite sœur est blâmé vigoureusement (elle est quasiment jugée comme vénale). Le groupe « s'emporte » : il se précipite dans des interprétations sauvages, se hasarde à émettre des hypothèses qu'il ne soumet plus à l'approbation de Mylène, et, par conséquent, il ne l'écoute plus. J'interviens rapidement, d'abord pour mettre un terme à ces commentaires, puis pour demander à l'ensemble du groupe (y compris Mylène) de réfléchir à ce qui se joue à ce moment-là. Les narrataires sont d'abord surpris par mon intervention, puis, se tournant vers Mylène, ils perçoivent rapidement la position dans laquelle ils l'ont placée. Mylène est la première à reprendre la parole, en expliquant qu'elle s'est de nouveau retrouvée dans « *sa place habituelle* », celle qui écoute mais que l'on n'écoute pas. Elle nous fait part des appréhensions qu'elle avait à livrer son histoire, qu'elle jugeait moins intéressante que celles des autres (car elle est « *tout ce qu'il y a de plus banal* ») et qu'elle se sentait gênée de présenter ses « *petites histoires classiques* » de rivalité entre sœurs, au vu des histoires très difficiles que le groupe avait accueilli (sous-entendant par-là que son histoire mériterait moins d'attention). Un silence troublé s'installe dans la salle que Romane va rompre en premier. Elle présente des excuses à Mylène pour ne pas l'avoir écouté suffisamment finement lors de ces échanges, et elle revient sur les hypothèses qu'elle avait émises en percevant leurs violences faites de jugements forts à l'encontre de sa famille. Le groupe la suit et se trouve dans un état émotionnel particulier : teinté de gêne, de honte, comme si un phénomène de contagion psychique venait organiser la dynamique du groupe en rejouant les termes du scénario familial de Mylène. Je reprends cela avec le groupe en venant les interroger : Que se passe-t-il en ce moment dans le groupe ? Comment comprennent-ils cela ? Mylène reprend la parole et demande à être écouté par le groupe cette fois car « *c'est son moment* ». Avec mon aide, elle élabore une hypothèse jusqu'alors inexplorée : en effet, sur l'ensemble des histoires présentées, elle est la seule à avoir axé son récit autour de son choix

professionnel et des valeurs qu'il mobilise. Or, si l'ensemble des parcours diffère, il n'y a qu'un seul point commun entre tous ces étudiants : celui d'être en formation d'éducateur spécialisé. Mylène émet l'hypothèse que « l'emballement » du groupe s'origine autour de la question des idéaux, que son histoire familiale est venue convoquer chez chacun d'entre eux. Le groupe acquiesce et valide cette hypothèse, et à partir de cet instant, les échanges redeviennent bien plus corrects, et le travail d'élaboration autour de l'histoire de vie de Mylène continue.

8.3.3. La formulation des hypothèses : un enjeu de co-construction

La question de l'appropriation des hypothèses et du mécanisme permettant cette intégration est soulevée. À quel moment est-on réceptif aux hypothèses formulées par le groupe et/ou l'animateur ? Quelles sont les conditions permettant de créer cette réceptivité ? « À quelles conditions le récit peut-il devenir un outil clinique favorisant tout à la fois la prise de conscience, la compréhension des conflits vécus, la résolution des problèmes existentiels ? » (De Gaulejac, 2020, p. 13). Comment soutenir l'accueil des histoires par les narrataires tout en explorant les effets du récit sur eux ? Dans la monographie de Céline, le travail de socialisation se termine par l'intervention d'une des membres du groupe. Cette intervention souligne très justement la question de l'appropriation de l'hypothèse (ou des hypothèses) faite par le groupe au narrateur. En effet, à partir de l'histoire racontée, des événements présentés, le groupe écoute, fait des liens et se situe dans une posture à la fois contenante et aidante, censée favoriser l'expression, la compréhension et la résolution des nœuds sociopsychiques. Mais la monographie de Mylène nous montre les écueils et les difficultés que peuvent rencontrer le groupe, quand bien même l'histoire semble *a priori* ordinaire. Lors du bilan du module de 2021 (qui a lieu en fin d'après-midi, la journée où Romane et Mylène ont présenté leurs supports), une majorité des participants est revenue sur l'histoire de Mylène, en indiquant que sa présentation et les échanges qui avaient suivis, était source d'enseignements. Romane, en particulier, revient sur ce moment : elle souligne l'imprudence et la précipitation du groupe quant à leur formulation d'hypothèses ainsi que la non-écoute à l'égard de Mylène. Elle remercie également Mylène : en effet, elle nous explique qu'elle retiendra beaucoup de choses de ces trois jours, mais que le moment où Mylène renvoie au groupe son impétuosité et sa pétulance restera un temps fort d'apprentissages. Le groupe abonde en ce sens : si l'histoire de Mylène, qu'elle a commencé par nous exposer comme étant « *banale* » fait autant écho pour le groupe, c'est pour plusieurs raisons. La première, nous l'avons dit précédemment, est qu'elle mobilise la question des valeurs et des idéaux qui soutiennent leur

engagement dans ce métier, et ce à quelques mois de leur entrée dans la vie professionnelle. La seconde, plus pragmatique, touche à ce qui s'est passé au sein du groupe et les renvoie à leurs pratiques professionnelles, particulièrement en ce qui concerne l'élaboration des projets des personnes accompagnées. Le groupe, y compris Mylène, a expérimenté, de manière assez forte, la violence des interprétations sauvages, de la formulation hâtive d'hypothèses et de la non-appropriation de celles-ci. Dans un premier temps, les hypothèses ne sont pas du tout coconstruites avec Mylène, cette dernière n'étant même pas consultée. « La co-construction est un processus qui cherche le croisement des questions, des observations, des analyses liées aux expériences qu'on les acteurs [...], afin de rendre possible l'émergence d'une hybridation des réflexions prospectives, réalisant ainsi un dépassement des points de vue spécifiques et différents. » (Foudriat, 2021, p. 47). Les membres du groupe ont, avec Mylène, uniquement cherché à lui transmettre leurs opinions et jugements sans jamais les croiser et les confronter avec le sien. Ce faisant, ils ont arrêté la démarche qu'ils avaient entreprise jusqu'à lors visant à se situer dans une perspective d'intercompréhension. Celle-ci implique, d'une part, que les participants prennent « conscience que chaque point de vue est référé à un cadre de référence lié aux expériences récurrentes propres à la position occupée et aux caractéristiques de la trajectoire sociale et professionnelle » (Foudriat, 2021, p. 50). Le travail d'élaboration autour de l'histoire de Mylène est venu ramener sur le devant de la scène la question de leurs engagements professionnels. Avec le récit de Mylène, les étudiants se sont finalement tous retrouvés invités à réfléchir à cela : en quoi l'engagement dans cette voie professionnelle répond-elle (ou pas) aux attentes et exigences (réelles et supposées) de leurs familles ? Quelles sont les valeurs qui motivent cet engagement, et où celles-ci s'originent-elles ? Est-ce que les idéaux qu'ils défendent en s'engageant dans ce métier relèvent d'une forme de déterminisme social, ou au contraire, est-ce qu'ils se heurtent aux héritages familiaux ? Dans un premier temps, les étudiants n'ont pas perçu que la thématique centrale de leurs échanges était celle-ci, et c'est l'intervention de Mylène qui souligne cet aspect et recentre le débat. Étant donné leur position sociale et professionnelle commune, cette dimension a constitué un angle mort pour les narrataires et un renversement s'est opéré à la suite de à mon intervention et à la prise de parole de Mylène. En effet, en soutenant sa parole et en la validant, je lui donne l'occasion de reprendre la place centrale qu'elle était censée occuper à cet instant (celle du narratrice), et ce faisant, nous reprecisons les processus à l'œuvre en termes de co-construction au sein du groupe.

Cette dimension coconstructiviste résonne fort avec le travail éducatif mis en œuvre par les professionnels. Ces derniers se trouvent en effet régulièrement confrontés dans leurs pratiques à de multiples formes de non-écoute des histoires de vie des personnes accompagnées ainsi qu'à des formes de déni de la part des professionnels concernant l'appropriation des hypothèses. En effet, l'éducateur propose un projet d'accompagnement aux bénéficiaires, et ce projet est élaboré à partir d'observations qui ont elles-mêmes conduit à des postulats, des hypothèses de travail, qui par la suite se traduisent en actions concrètes. Or, l'éducateur doit faire preuve de prudence quand il propose ces projets : Comment la personne accompagnée comprend-elle et entend-elle ce qui lui est renvoyé ? Qu'en dit-elle ? Comment adhère-t-elle à ces propositions ? La prudence, l'humilité, la précaution nous semblent nécessaires pour penser ces dimensions du métier. Quand la personne réfute celles-ci (qui sous-tendent les axes de travail et les propositions éducatives), bien souvent la faute est rejetée sur le bénéficiaire, considéré alors comme celui qui « n'adhère » pas au dispositif proposé. Avec la présentation de Mylène, les étudiants ont opéré une démarche réflexive leur permettant d'éclairer les processus conduisant à ce type de pratiques.

8.4. La place de la sociologie clinique en formation d'éducateurs spécialisés

Afin de clôturer ce chapitre, je souhaite mettre en avant des éléments spécifiques à la mise en place de ce type de module au sein des formations d'adultes, et notamment concernant celles des éducateurs spécialisés. Outre le fait que ces étudiants exercent dans un champ particulier, celui de la relation humaine, il s'avère que certaines caractéristiques de ces formations sont inévitablement à prendre en compte dans l'animation de ces modules et dans leurs mises en œuvre. La question des liens entre les participants est une thématique centrale, qui entre en jeu de part et d'autre, et s'immisce tout au long du module. De plus, l'animation de ce type de module suppose une formation des animateurs aux approches biographiques : en ce sens, je souhaite rendre visible les effets de la formation que j'ai moi-même réalisée au sein du RISC. Ces effets portent sur ma manière d'aborder cet enseignement, de faire vivre ce module, de l'animer, et de le relier aux problématiques rencontrées par les futurs professionnels sur les terrains. Je terminerai par la délicatesse et la prudence, caractéristiques qui m'apparaissent fondamentales pour mener à bien ce type d'accompagnement et de formation.

8.4.1. Les liens entre les participants : incidences et leviers sur l'écoute et la compréhension des hypothèses

La composition des groupes n'est pas anodine et il convient de s'y attarder. En effet, les étudiants participent à ce module au cours de leur dernière année de formation. Ils ont donc déjà partagé plus de deux années en commun : espaces de formation, à l'école ou sur des terrains de stage, amitiés (et parfois amours) naissantes, vie commune pour certains à travers des colocations etc. Bref, de façon générale, ils se connaissent et pour certains, très bien. C'est un élément déjà observé en 2017 et 2018 et qui s'est trouvé renforcé en 2019. En effet, comme dit précédemment, ce module regroupait auparavant trois filières (ES, ETS et ASS), et cette « mixité » entre les filières au sein des groupes pouvait estomper les effets liés à la connaissance mutuelle entre les uns et les autres. En 2017 et 2018, les étudiants, lors des bilans de fin de module, évoquaient l'intérêt de la méthode et de la perspective sociologie clinique dans ce qu'elle apporte, au sein des groupes, à travers le travail d'implication. Ils évoquaient également les formes de « distance », de création d'espaces propices à l'écoute, ainsi que des capacités, souvent découvertes (ou perçues comme telles) lors de ce module, notamment en se livrant auprès, avec et face à un groupe composé de personnes qu'ils connaissent très bien, ou peu, voire pas (l'inter filière renforçant ce phénomène de distanciation des liens). Cet aspect, souvent souligné par les étudiants, est effectivement observable, et ce de manière significative : certains membres des groupes se connaissent très bien. L'hypothèse selon laquelle ces liens ne sont pas sans impact sur la manière de présenter son support et sur la façon dont l'exercice est vécu (et repris ou pas, par la suite, entre les membres du groupe ?) me semble constituer une dimension spécifique à la mise en place de ce dispositif dans ce type de formations.

Prenons comme illustration le module de 2017 : composé d'une dizaine d'étudiants, la majorité était des éducateurs spécialisés, et au sein de ce groupe s'est très vite formé un sous-groupe de quatre jeunes femmes, toutes ASS (les seules du groupe). Dès le début du module, ces quatre étudiantes donnent à voir très vite des signes laissant à penser qu'elles se connaissent très bien : en effet au travers d'échanges informels, elles évoquent des éléments de leurs biographies qui ont l'air d'être connus et sus par les autres. Malgré cette connaissance *a priori* de la vie de l'autre, ces étudiantes évoquent lors du bilan leurs étonnements quant aux récits de vie entendus, parfois concernant des amis proches. Ils mettent en avant la méthode et les outils comme facilitateurs de la parole et suscitant des récits qui surprennent, parfois même les narrateurs. En 2019, concernant

le module sur lequel je m'attarde, il s'avère que les modalités de choix pour les étudiants ont été différentes cette année-là, à savoir les étudiants s'inscrivent sur des panneaux affichés au sein de l'école. Avec une collègue qui anime le deuxième groupe atelier « récit de vie », nous remarquons que cette modalité d'inscription a une incidence sur la composition des groupes ; en effet pour la première fois, l'inter filière n'est pas représenté au sein des groupes. En effet, dans notre groupe, les étudiants sont tous des ES (notre formation initiale...) et notre collègue (psychosociologue de formation) n'a quant à elle que des ASS. Nous partageons également les mêmes observations à l'issue du module, à savoir que les liens entre les membres du groupe étaient particulièrement forts.

Ce point est d'autant plus significatif que ce n'est pas le cas au sein des autres groupes. Avec ma collègue, nous faisons l'hypothèse que cette modalité d'inscription a généré des « catégorisations » et des formes de reproduction de classes par métiers, et ce uniquement au sein des groupes récits de vie. Les étudiants (dans les deux groupes) diront lors des bilans que c'est grâce à cette « homogénéité de métier » (ils n'utilisent pas ces termes là, mais parlent uniquement en termes de filière) qu'ils ont pu s'impliquer et se livrer autant. Je discute longuement avec ma collègue de ces observations communes et partagées dans nos groupes respectifs. Nous avons tendance à réfuter leur hypothèse, notamment au vu de nos expériences passées où l'inter filière n'était pas du tout un frein à la parole, voire pouvait créer surprise et étonnement : « *En effet, lors de cet atelier, à plusieurs reprises je me suis dit : « Ça fait 3 ans qu'on est ensemble, et jamais je n'aurais pu imaginer ça d'eux ». Enfin, ou imaginer... je ne m'étais même pas posé la question, je n'avais même pas prêté attention qui ils pouvaient être en fait, c'est vraiment le truc où je me suis dit : « Mais en fait j'ai été nulle pendant 3 ans (rires) je ne les ai pas vus ». J'ai découvert des parcours que je n'aurais pas soupçonné, je ne me posais pas la question, je n'aurais pas imaginé ça et je pense que ça, oui, tout notre carrière de travailleur social, on aura droit à ça, à découvrir de nouvelles histoires auxquelles on ne s'attend pas, et donc on n'a pas fini ! (rires) » (n° 3).*

Toutefois, il ne suffit pas d'objecter trop rapidement et d'infirmer ces propos des étudiants. Cela pourrait sembler contradictoire avec une approche clinique, qui justement insiste sur l'importance de la prise en compte du vécu des sujets. Si j'écoute donc ce que m'ont rapporté les étudiants de ces deux groupes (soit une bonne vingtaine de personnes), le fait d'être avec « des semblables », des personnes connues, a aidé à instaurer un climat sécure basé sur la confiance, créant ainsi une ambiance quasi- « intime » liée à cette appartenance commune, cette « mêmeté » liée au métier partagé : « les éducateurs ». Si cela est effectivement ce qui s'est passé en 2019, pour autant que

je puisse en témoigner, je ne suis pas convaincue que ce critère soit indépassable, ou qu'il soit une condition *sine qua none* à la création de ce climat de confiance.

En effet, mes expériences dans les groupes précédents, ainsi que dans celui de 2020 (où les étudiants, s'ils étaient tous ES, ne se connaissaient pas particulièrement bien) m'ont démontré que le contraire n'est pas vrai : à savoir, si cette condition de métier n'était pas respectée, il n'y aurait par conséquent pas, ou moins, ce climat familial sécurisant la parole. Or, dans d'autres groupes que j'ai animé, ainsi que dans les GIR animés par les différents professionnels et chercheurs (notamment par l'équipe du RISC), l'enjeu est bien à chaque fois de savoir créer, susciter cette ambiance permettant « des formes d'abandon » dans la parole et la mise en mots de son histoire, et ce quelle que soit la composition du groupe. Il me semble que les autres années où j'ai animé ce module, les participants avaient tout aussi bien pu se livrer et se raconter ; et que cette capacité à dire ne venait pas tant des traits communs entre les participants que des règles communes au groupe, règles proposées et initiées par l'animateur. La sécurisation de la parole dans ce type de démarche relève davantage des compétences de l'animateur à mettre en œuvre ce climat, à créer cette ambiance. Les questions liées au rôle de l'animateur seront développées dans la sous partie suivante.

Dans ce groupe, en 2019, il y avait donc six jeunes femmes, toutes éducatrices spécialisées en formation, de moins de 25 ans. Sur ces six femmes, cinq avaient l'air de très bien se connaître et une autre, que je nommerai Cerise, semblait ne pas avoir beaucoup de liens avec le reste du groupe. Pour information, les promotions d'éducateurs spécialisés sont souvent conséquentes (entre 75 et 90 étudiants par an, pour 20 ASS). Il m'a fallu prendre cela en compte dans l'animation et la manière de faire vivre le groupe, en veillant notamment à ce que Cerise se sente en confiance et puisse prendre la place qui lui convienne au sein du groupe. Cerise a présenté son support, selon son choix, le dernier jour (soit 7 semaines après les deux jours et demi du début de module), en étant la seule et dernière à présenter ce jour-là. Sa place a donc tout de même été un peu particulière, distanciée pourrait-on dire. Cela alimente des pistes concernant l'hypothèse formulée précédemment : la place qu'occupe un étudiant au sein du module « récit de vie » n'est pas sans lien avec la place qu'il occupe couramment et quotidiennement au sein de son groupe de référence, (dans ce cas la filière et plus généralement l'espace de formation), mais de façon plus globale, avec la place qu'il occupe dans sa famille, dans son équipe de travail, et dans la société.

J'ai également pu observer, particulièrement dans le groupe de 2019, à quel point les liens entre les participantes ont pu être une ressource intéressante : en effet, notamment grâce au travail de cadre et de soutien dans l'animation du groupe, ces liens rapprochés ont facilité à la fois l'émergence de la parole et son écoute. Les liens d'affinités rapprochant les participantes ont ici porté une bienveillance garantissant le maintien de ces attaches. La première matinée d'introduction du module, lors de la présentation du « contrat » liant les participantes dans ce groupe, la bienveillance était mentionnée, mais celle-ci se trouve inévitablement impactée par les liens qui unissent préalablement les membres du groupe. Ces liens d'amitié, s'ils ont fait émerger de très bonnes qualités d'écoute, d'accueil de la parole, de compréhension et de proposition d'hypothèses, impulsent-ils une écoute complexe particulière ou relèvent-ils simplement de la sympathie ? Comment éviter dans ces dynamiques relationnelles au sein de ce type de groupe, le piège de la complaisance ?

8.4.2. Ma formation en sociologie clinique : ses effets sur l'animation du module

Entre le module de 2017 (où je n'avais pas de formation spécifique aux approches biographiques), ceux de (2018 et 2019 où j'étais en formation longue au RISC) et celui de 2021 (où cette formation était achevée depuis un an), ma façon d'animer ce type de groupe n'a eu de cesse d'évoluer. Désormais, je suis plus à l'aise et plus assurée, notamment dans la formalisation du contrat et dans la co-élaboration d'hypothèses avec la personne et le groupe. De plus, j'ai mesuré l'importance des échos au sein du groupe et la nécessité d'axer une partie de nos interventions sur la métacommunication ; ce qui se joue au sein du groupe est souvent le reflet des nœuds présents dans les histoires individuelles, il convient donc de pouvoir créer les conditions de mise en mots et de mise au travail autour de la communication existante au sein du groupe. Reprenons l'exemple de 2021, le groupe d'étudiants a livré des histoires particulièrement difficiles : en effet, sur 10 étudiants présents, il y avait 3 histoires d'incestes (vécues par la génération des parents des étudiants), 2 récits portants sur des violences conjugales dans le cercle familial proche (avec incarcération dans l'un de ces récits), 2 histoires avec des maladies ou handicaps (hémiparésie d'un frère jumeau et suicide d'un père schizophrénie) et enfin 2 pères d'étudiants assassinés...

Les effets de la formation étaient visibles sur ma manière d'accueillir ces récits, d'animer et d'accompagner les propositions d'hypothèses. Celles-ci se sont avérées très fines et le groupe très

contenant. Je pense également que l'ensemble des apports théoriques, méthodologiques et pratiques appris durant cette formation m'ont permis d'être plus « solide » et vigilante sur le soin et l'attention à apporter dans l'accueil de ces paroles par le groupe et dans la façon dont il va écouter et se saisir de ces récits. De plus, j'ai explicité de façon plus claire, me semble-t-il, les objectifs de ce module, en resituant l'intérêt du détour biographique et réflexif dans la compréhension des phénomènes transférentiels en jeu dans les relations éducatives, et dans la compréhension de leur manière d'exercer et d'être éducateur. Enfin, j'ai été particulièrement attentive dans la formulation et la proposition des hypothèses faites par le groupe. Si je fais ce bref retour sur mon cheminement en tant qu'animatrice de ce type de dispositif, c'est, entre autres, pour mieux situer la façon dont j'ai compris et dont je me suis saisi des interactions qui ont suivies la présentation de Mylène.

Dans le dispositif du GIR, le travail groupal est au cœur de la démarche : c'est le lieu où des espaces, des écarts vont se créer entre l'histoire telle qu'elle est pensée et racontée par le narrateur et l'histoire qui est entendue, comprise par les narrataires. C'est dans ces écarts, ces décalages de représentations, de compréhension, que de nouvelles hypothèses (ou pistes d'hypothèses) peuvent surgir. C'est au travers des hypothèses proposées par le groupe que le narrateur peut créer « le sentiment d'advenir comme sujet ». Le travail de reconfiguration ne peut être entendu et compris qu'à certaines conditions, nous semble-t-il. La notion de co-construction fait partie de ces conditions incontournables ; en effet, le groupe doit, d'une certaine manière, être « installé » dans une atmosphère de confiance, de discrétion, de liberté. Le « contrat » passé avec le groupe au début semble être une étape primordiale et cruciale dans la création de ce climat et dans l'instauration du cadre qui va régir les interactions. Une formation aux approches biographiques semble incontournable pour asseoir et consolider cette dimension.

La co-construction, entendue ici comme une démarche impliquante et visant à permettre l'expression et l'élaboration de différents points de vue, et à composer, à partir de ces pluralités de perceptions, une vision partagée de la situation, est un point de pivot important du dispositif, et ce particulièrement au regard de l'appropriation des hypothèses. Par exemple, pour que Céline puisse « faire sienne » l'hypothèse selon laquelle l'événement qu'elle raconte au groupe (« le signalement ») constitue un nœud sociopsychique ayant engendré des empêchements à dire, il est nécessaire que cette hypothèse soit co-construite et partagée par les membres du groupe. Cela vient créer un « renversement clinique », « l'aide et le soutien viennent des participants eux-

mêmes et du cadre qu'ils ont aidé à co-construire. » (Gaulejac, 2020, p. 85) Si un « renversement clinique » s'opère dans ce type de dispositif, c'est en partie parce que la hiérarchie entre les savoirs et les détenteurs de ces savoirs (savoir savant, savoir professionnel, savoir existentiel...) est bousculée justement par les processus liés à la co-construction. À l'inverse, si Mylène n'a pas adhéré aux hypothèses du groupe, c'est bien parce que celui-ci, débordé par ses affects, n'a pas réussi à les co-construire avec elle, en écoutant ce qui était « parlant » ou non pour elle. L'animateur de ce type de module doit se montrer particulièrement attentif à la dynamique du groupe et à la circulation des savoirs au sein de celui-ci. Il est, d'une certaine manière, le garant de l'ambiance contenante du groupe : c'est sur lui que repose le respect du contrat, la liberté de dire et de taire. Mais pour que ces récits puissent être dits et entendables, il convient d'être vigilant par rapport aux processus de co-construction, avec ce qu'ils contiennent d'imprévisible, d'inattendu et d'incertain.

8.4.3. Délicatesse et prudence au cœur de la démarche

Pour qu'un travail de reconfiguration et d'appropriation des hypothèses soit possible, il m'apparaît capital d'être attentifs à la question de la « prudence » dans la formulation des hypothèses. La notion de « Kaïros » peut être éclairante à ce sujet. Kaïros est un dieu grec représentant l'opportunité, l'occasion à saisir. Il est question de sentir et de saisir « le moment opportun » ; un moment qui ne se prévoit pas, ne dure pas, mais qui serait éventuellement porteur de promesse, parce qu'il ouvre des portes sur de nouvelles perceptions de la vie et les événements qui la jalonnent. Le kaïros désigne un instant fugitif mais essentiel, autant soumis à l'imprévisibilité de la vie qu'au savoir antérieur, aux raisonnements. En effet, le kaïros dépend de l'acuité de chacun à voir et sentir ce moment. Si ce dernier peut être le fruit du hasard, la capacité des individus à reconnaître cet instant, elle, se fonde en partie sur leurs raisonnements, leurs savoirs, leurs expériences. L'écoute d'une émission de radio de philosophie est venue nous réinterroger sur cette notion de « prudence ». Se basant sur une œuvre d'Aristote, « L'éthique à Nicomaque », l'animatrice y définit la prudence comme « une vertu permettant de faire des choix éclairés, dans des circonstances particulières, à un endroit donné, un instant t, dans une situation de kaïros donc. » (Mosna-Savoie, 2020). Il s'agirait d'une faculté à observer et apprécier le moment, « d'une justesse de coup d'œil, de vivacité d'esprit » permettant de comprendre les moments-clés, les tournants. Or, il nous semble que le travail de reconfiguration et d'appropriation des hypothèses va dépendre en partie des facultés du groupe, et de l'animateur, à percevoir ce moment,

puis à « saisir » cette opportunité. Céline, par exemple, par un jeu de résonances et de phénomènes transférentiels, commence à nous raconter son histoire avant sa présentation à la suite à des paroles prononcées par une autre participante (évoquant ses « parents défaillants »). Quand elle entend ces mots, Céline saisit le moment pour prendre la parole, jugeant opportun d'intervenir à cet instant précis. Dès lors, en utilisant ce temps « kairos » (certainement de façon inconsciente) et en partageant une partie de son histoire à cet instant, Céline entame ce travail de reconfiguration et de reconsidération des événements qui composent sa vie.

La prudence et le kairos sont donc en jeu dans ce type de travail, et concernent à la fois les participants lorsqu'il est question de leur propre situation (comme expliqué ci-dessus), mais également quand il s'agit d'écouter et d'intervenir sur celles des autres. L'animateur représente également un point de repère et d'appui important sur cet aspect : tout comme il garantit la discrétion, la bienveillance, l'écoute, le respect, il doit, étant le garant du cadre, pouvoir assurer aux membres du groupe que la prudence sera de mise et fera partie intégrale de ce cadre. La délicatesse fait également partie intégrante de cette démarche :

Elle est une manière de sentir et en appelle au doigté, au flair, au tact qui impliquent de ne pas trop toucher, conviant au dessaisissement au cœur de l'approche. Elle permet d'accueillir la vulnérabilité sans s'appesantir. [...] En termes de clinique, la délicatesse évoque une capacité d'écoute particulière associée à la naissance de la psychanalyse. C'est un art discret de l'accompagnement qui implique d'être capable de prévenance et de saisir le moment opportun. Faire parler avec délicatesse, c'est délier, analyser très tendrement. (Vincent-Buffault, p. 182)

C'est ce manque de délicatesse que le groupe a éprouvé lors des échanges avec Mylène. En effet, celle-ci « implique bien souvent de suspendre l'interprétation pour éviter, comme le dit Winnicott dans *La crainte de l'effondrement* (1974), « des solutions traumatiques au problème du trauma » ; entendre sans forcément comprendre, ou du moins proposer son hypothèse avec tact. » (Vincent-Buffault, 2019, p. 182). Or, lors de la présentation de Mylène, le groupe n'a justement pas pris le temps de « suspendre l'interprétation », ce qui a conduit à replacer l'étudiante dans le rôle assigné au sein de sa famille. Cette délicatesse, dont les travailleurs sociaux et les soignants doivent exercer quotidiennement ne peut s'évaluer ou se quantifier. Les référentiels de compétences actuels font complètement l'impasse sur ces ressorts du travail éducatif et soignant. La délicatesse, à notre sens, se loge dans les interstices du travail inestimable et inévaluable que défendait Jean Oury :

Le travailleur est pris dans le système capitaliste. Son travail va être mesuré, tandis que le « travail vivant » n'est pas mesurable. Il est « inestimable ». [...] Je m'en suis servi pour justifier ma critique de l'évaluation et de l'accréditation. Tout cela met en relief la critique de « l'efficace » et souligne bien l'importance accordée par Christophe Dejours à la « grève

du zèle ». Mais ce qui est parfois efficace, quand on croise un « malade » sensible, ce n'est pas forcément un discours, mais quelquefois rien ou simplement un geste de la main, ou un sourire, mais pas un « sourire d'hôtesse de l'air ». Alors, ça vaut combien un sourire ? Sur les fiches techniques ? Quelquefois même, c'est une faute professionnelle. (Oury, 2008b, p. 19-20).

Conclusion générale

Vers une subjectivité mieux comprise et plus assumée

Tout au long de ce travail de recherche, je me suis appuyée sur mes expériences personnelles et professionnelles, en tentant de mettre en lumière l'importance des dimensions et compétences existentielles, bien souvent souterraines, à l'œuvre dans les métiers de la relation humaine. C'est pourquoi, comme pour les chapitres 1 et 8, cette conclusion est écrite à la première personne. Ainsi, je souhaite retracer mon cheminement et affirmer mon positionnement en tant que chercheuse, et en tant que sujet. À travers le détour réflexif réalisé dans le premier chapitre, et avec l'utilisation du *je*, mon intention est de mettre en lumière les dimensions biographiques de mon parcours, pour mieux comprendre la raison même de cette enquête, et sa réalisation. Interroger les raisons – subjectives et objectives – qui m'ont conduit vers un objet de recherche précis (l'écoute et l'accueil de la parole), m'a offert une lucidité plus constructive en ce qui concerne les implications et les rapports que j'entretiens avec cet objet de recherche. En m'appuyant sur une « nécessaire autoréflexivité » (Brasseur, 2012), j'en suis venue à interroger ma position sociale, tenant compte du fait que celle-ci dépend des capitaux à ma disposition (économiques, culturels, sociaux, symboliques, biographiques), mais également de la représentation que j'ai de cette position (Bourdieu, 1984). Ces perceptions s'ancrent dans ma trajectoire passée, et sont fondées par mes (sur)déterminations sociales, historiques, familiales. Dans un double mouvement, j'ai tenté d'objectiver ma position et de la soumettre à mon interprétation. Arrivée au terme de ce travail doctoral, ce détour réflexif me paraît désormais constituer une nécessité : « Si l'oubli de la subjectivité est coûteux, son déni aussi. » (Rabatel, 2013). Identifier ce que l'objet de recherche éveille chez le chercheur ainsi que la manière dont ces « échos » sont agissants dans sa façon de le questionner éclaire également sur la « posture » (Viala, 1993), entendue comme une manière d'incarner, d'investir et de s'approprier une position. Or, ma posture d'éducatrice, de formatrice, de chercheuse, a été modelée par mon vécu. Partant de mes expériences et de l'écoute des étudiants en formation, l'accueil de la parole et l'écoute des histoires de vie sont devenues des thématiques centrales. Le travail mené sur ma propre histoire m'a permis de comprendre pourquoi et en quoi ces questions me préoccupent tant. Une fois le phénomène de transfuge de classe identifié, j'ai mieux compris ce qui était à l'œuvre dans mon parcours : entre un héritage culturel du monde ouvrier et paysan et une acculturation au monde intellectuel et universitaire, se jouaient des questions liées à mon enfance, sur le droit à taire (sa propre histoire) et l'autorisation à raconter (celles des autres).

Tout le monde surveillant tout le monde. Il fallait absolument connaître la vie des autres – pour la raconter – et murer la sienne – pour qu'elle ne le soit pas. Difficile stratégie entre « tirer les vers du nez » de quelqu'un mais en retour ne pas se les laisser tirer, juste « dire ce qu'on veut bien laisser perdre ». (Ernaux, 1997, p. 65)

Je fus frappée, à la lecture de ce passage de *La honte* d'Annie Ernaux, par un étrange sentiment de mêmeté : la ressemblance était saisissante entre nos enfances, notamment dans le rapport que nos parents entretenaient avec et sur les histoires de vie (la leur et celles des autres). La mise à jour des phénomènes sociaux-affectifs, présents dans mon rapport à l'objet de recherche (l'écoute), m'a permis de dévoiler la nature de ces implications. La prise en compte de ma classe sociale d'appartenance, de mon ancrage géographique, de mon schéma familial, de mes héritages culturels, comme autant d'éléments centraux dans le fait même de réaliser une thèse sur l'écoute, a contribué à l'élaboration d'une posture, sinon plus juste, à tout le moins plus réfléchie. « Il s'agit ici d'un jeu d'équilibriste : toute la gageure consiste à trouver une juste position ou une position juste, mettant à distance, avec la même défiance, l'illusion d'une absolue neutralité et celle, non moins risquée, d'une sur-implication, voire du subjectivisme. » (Alcaraz & Léonard, à paraître). Une fois ces implications identifiées, celles-ci peuvent être éclairantes sur la manière dont l'enquête est menée, la façon de questionner cet objet, etc. De plus, le processus de subjectivation m'a permis, d'une part, de « recomposer les différents éléments qui contribuent à la fabrication de l'individu, d'autre part, [de] transformer les affects incorporés dans l'histoire en raison d'exister » (Gaulejac, 2009).

L'histoire d'un « travail inestimable », à l'épreuve des processus de désinstitutionalisation et de chalandisation

Mon passage, en tant que jeune monitrice soignante à la clinique de La Chesnaie, n'a fait que renforcer ma sensibilité et mon attention sur les questions d'écoute et d'accueil. Le mouvement de psychothérapie institutionnelle n'a eu de cesse d'alimenter mes réflexions : cette philosophie politique du soin a façonné mon rapport à l'Autre, en s'arrimant dans une démarche herméneutique, et en s'inscrivant dans une perspective critique du monde social, en particulier dans les secteurs du soin et de l'éducation. Mes pratiques, mes conceptions et mes questionnements s'originent dans ce mouvement, et dans ce « travail inestimable » évoqué par Oury. Se logeant dans tous les interstices du quotidien, faisant appel à la créativité, mobilisant la recherche de sens, il constitue le cœur de l'activité des professionnels, en mettant la « clinique » au premier plan de l'accompagnement. La volonté affirmée de reconsidérer et de bousculer les

rapports de domination et enjeux de pouvoir (qui, inévitablement structurent et verrouillent la relation à l'autre souffrant) a conduit à la mise en place pratique d'un travail thérapeutique indissociable d'une analyse institutionnelle permanente. Si ce « travail inestimable », singulier et personnel, résiste et tente d'échapper aux processus d'objectivation et de rationalisation, il n'en reste pas moins que les phénomènes actuels de désinstitutionnalisation et de chalandisation du secteur médico-social (Chauvière) reflètent les tentatives (nombreuses et incessantes) de contrôle et d'évaluation de l'accompagnement social et soignant, cherchant à le rendre plus efficace, et si ce n'est plus rentable, moins coûteux. Les alertes des professionnels, les fermetures de services, les difficultés de recrutements sont autant de signes mettant en lumière tant les mutations que traversent ces secteurs, que les héritages qui les ont construits.

Le travail socio-historique que j'ai mené dans les chapitres 2 et 3 permet d'éclairer les origines et les motivations à la création des lieux d'accueil tout en étayant les fondements des pratiques des professionnels. L'analyse historique des lieux d'accueils des personnes présentant des troubles de la sphère psychique permet d'observer ces affiliations : la psychiatrie, construite en partie sur des rapports de force et de domination, a donné naissance à des organisations visant, dans un premier temps à exclure la personne, puis s'attachant principalement à l'observation d'un objet de soin. La clinique du regard (basée sur « l'observation des corps morts ») et la culture d'une médecine fondée sur la preuve (*evidence-based medicine*) constituent, en ce sens, les fondations des pratiques professionnelles. La naissance de la psychanalyse et le mouvement désaliéniste ont amorcé une révolution en la matière : la personne souffrante de troubles psychiatriques devient un sujet de soin et un citoyen. Cette tentative pour lutter contre les tendances de réification du sujet s'est toutefois trouvée mise à rude épreuve par l'émergence d'une nouvelle ère biomédicale, neurobiologique et comportementale. La clinique du sujet, mise en défaut de la sorte, résiste mal à l'avènement de la société post-moderne : les exigences de rentabilité et d'efficacité, sous-tendus par des processus d'évaluation et de contrôle bureaucratiques, ont peu à peu étouffé la dimension existentielle et clinique des accompagnements soignants et éducatifs. Néanmoins, cette dimension apparaît comme inéluctable et inévitable : en ce sens, les entretiens menés auprès des étudiants confirment cela, par ce qu'ils donnent à voir de la prégnance de la fonction d'écoute.

Le rappel à l'histoire du « prendre soin » : entre injonctions biographiques et mutations sociétales, la nécessité de « prendre soin » d'institutions dignes

La post-modernité, avec l'effritement des grands récits, le développement de l'individualisme, l'amplification des mobilités sociales, la désinstitutionnalisation (notamment des espaces primaires

sociaux, tels que la famille), les mutations économiques (avec l'essor de l'auto-entrepreneuriat) et technologiques, est venue transformer les rapports sociaux. En manque de repères, les individus se sont trouvés seuls face à leurs histoires (de vie, de famille, de classe, de société). Retracer une partie de ces histoires (de la folie, des formations, de la subjectivité, des approches biographiques) constitue une proposition qui contribuera, je l'espère, à sa mesure, à éclairer les origines des pratiques et à mieux saisir les enjeux et tensions actuels.

À l'heure où j'écris ces mots, la clinique de La Chesnaie devient « un symbole à vendre » (Pouille, 2022), l'un des derniers bastions du mouvement de psychothérapie institutionnelle luttant pour sa survie. Figure historique de résistance et de liberté, le mouvement de psychothérapie institutionnelle continue de se dresser contre la « marchandisation de l'existence » (Gori) en revendiquant une philosophie politique et humaniste du soin. Les moniteurs-soignants se débattent pour assurer la pérennité de son fonctionnement, en militant pour la mise en place d'un projet coopératif et en défendant une « psychiatrie à visage humain » :

Les logiques de rentabilité et de gestion managériale dans le champ de la santé depuis plusieurs dizaines d'années conduisent notre système de santé à un état catastrophique. Le manque de moyens dégrade les conditions de travail, d'accueil et de soin. La protocolisation et l'homogénéisation des pratiques entraînent une perte de sens, un sentiment d'impuissance et entravent la créativité nécessaire à l'accueil de la folie. Les soignants de la clinique sont conscients de la chance qu'ils ont de travailler dans une clinique à taille humaine. Depuis sa création, il s'y développe une culture chesnéenne que beaucoup considèrent comme un bien commun, qu'ils veulent protéger. Ils veulent continuer à créer des rencontres, des liens qui libèrent, donner le temps et les moyens nécessaires à chacun pour se soigner, s'orienter et créer sa circulation dans la cité. (Association Les ami-e-s de la Chesnaie, 2022).

Cet appel de La Chesnaie résonne fortement avec l'ensemble des cris d'alarme des professionnels des secteurs soignants et éducatifs. En effet, la dégradation manifeste des conditions d'accueil et la complexité des problématiques (existentielles, économiques, sociales, sanitaires, territoriales, psychiques et biographiques) rend le travail des éducateurs et des soignants intenable. Souvent loin des mouvements institutionnels érigeant le « prendre soin de l'institution pour être soignant », ces professionnels sont pris entre une histoire faite d'« institutions totales », décrites par Foucault ou Goffman, et les élans massifs de désinstitutionnalisation contemporaine ; ils se retrouvent alors dans des « organisations paradoxantes ». Celles-ci produisent « de façon systématique et continuelle des injonctions paradoxales. La double contrainte y est banalisée, comme élément normal de fonctionnement : elle est inscrite dans la structure même de l'organisation, comme un élément permanent du système, qui tend à générer d'autres paradoxes pour assurer sa survie. » (Gaulejac & Hanique, 2015, p. 263). Or, actuellement, les institutions du secteur médico-social sont « pétries » par ces injonctions paradoxales : d'une part, l'exigence d'inclusion et

d'autonomie, requise par les organismes gestionnaires et financeurs, d'autre part, la nécessité de protection sollicitée par les bénéficiaires et les familles et enfin, la recherche et le maintien de sa survie. Pris dans et par ces discours, les professionnels ne peuvent répondre à l'une de ces obligations sans contrevenir aux autres. Confrontés à ces difficultés éthiques, sans en avoir le temps disponible pour s'en extraire, sans prise de recul et sans, par exemple, le soutien d'une démarche d'analyse institutionnelle, il leur devient alors quasiment impossible de faire émerger une « parole parlante ». Tout au long de ce travail, je me suis efforcée de mettre en lumière les mutations et transformations sociétales qui conduisent à une profonde restructuration du secteur social, éducatif et soignant. Ces modifications contribuent à déstabiliser les fonctions, particulièrement celles des éducateurs spécialisés.

La clinique de la rencontre et les logiques néolibérales en formation : une opposition insoluble

Ma première hypothèse résidait dans l'idée que la « clinique du regard » avait façonnée la formation et les pratiques professionnelles des infirmiers, induisant des stratégies d'évitement dans l'accueil et dans l'écoute de la parole de l'autre ; tandis que la formation (et les pratiques) des travailleurs sociaux s'arrimaient dans une « clinique de l'écoute ». Certains éléments démontrent qu'effectivement la clinique du regard prévaut dans la formation des infirmiers et dans leur conception des pratiques professionnelles : une pédagogie et des enseignements relativement prescriptifs et technicistes ; un principe de cloisonnement des espaces professionnels et privés, dispensé en formation ; ainsi que l'enseignement du transfert, transmis et/ou compris comme à éviter. Arrimée historiquement à une conception positiviste de la maladie et du soin, la formation des étudiants infirmiers est clairement et solidement ancrée dans une « clinique du regard ». Cette démarche ne tient cependant pas compte des dimensions existentielles en jeu dans la relation soignante, et n'accorde que peu de place à la question du biographique. Par conséquent, les étudiants, non-initiés aux approches biographiques, sont moins attentifs à cette dimension, et mettent en place, dans leurs pratiques, des stratégies d'évitement et de distanciation face aux histoires de vie. Ne sachant que faire des résonances pourtant bien présentes et à l'œuvre dans les relations tissées, et ne disposant pas d'espaces institutionnels pour les « mettre au travail », ces étudiants se trouvent en difficulté. S'ils disent adhérer au principe de cloisonnement des sphères, en essayant, par-là, d'asseoir une certaine légitimité de « professionnel », ils se trouvent bien en peine de l'appliquer sur les terrains. Pris dans ces contradictions, ils n'apprennent pas à manier leurs propres « compétences biographiques » (Niewiadomski). L'intérêt d'une initiation aux approches biographiques pour ces professionnels, serait, d'une part, de les amener à être attentifs

aux dimensions existentielles de la rencontre, avec ce qu'elles comprennent de phénomènes transférentiels ; et d'autre part, d'avoir la capacité d'identifier les ressorts de leurs propres trajectoires, de repérer leur « capital biographique » (Delory-Momberger). Le manque de temps à leur disposition pour écouter les patients (exprimé de façon unanime par les étudiants) s'ajoute à ces difficultés, et rend ce travail d'autant plus complexe et difficile.

Ces résultats peuvent être pondérés au regard des biais et limites de l'enquête : tout d'abord, le petit nombre d'enquêtés, notamment chez les infirmiers, ne peut résumer et refléter l'ensemble de ce groupe professionnel. De plus, ces étudiants appartenaient tous au même centre de formation, ces résultats peuvent alors être compris et discutés comme étant aussi lié à la structuration et au fonctionnement de ces écoles. Néanmoins, il me semble que le travail réalisé autour de l'histoire des formations a pu dégager des tendances générales, donnant ainsi à voir les mouvements globaux qui participent à l'élaboration et à la structuration de ces formations.

Concernant les travailleurs sociaux, mon enquête m'invite à nuancer ma première hypothèse : les résultats laissent à penser que l'architecture de la formation ne s'arrime plus uniquement sur une clinique de l'écoute. La formation professionnelle s'est progressivement structurée sur une logique libérale, avec un haut niveau concurrentiel ; animée par « une volonté toujours plus grande d'objectiver et de formaliser l'accompagnement socio-éducatif » (Alix, 2017, p. 94), les acteurs de la formation professionnelle ont fait preuve d'« un abandon doctrinale préjudiciable » (Alix, 2017) : celui de la clinique. Poursuivant le « mythe de la possibilité d'un savoir absolu en matière éducative » (Qribi, 2010, p. 149), la logique de compétence, la fragmentation et segmentation des savoirs, l'effacement des disciplines ont conduit à un morcellement du métier. Les difficultés croissantes rencontrées sur les terrains et les mutations profondes du secteur de la formation professionnelle ont largement contribué à réduire la place d'une clinique de l'écoute pour ces professionnels, tant dans les pratiques que dans la conceptualisation de celles-ci. Les enseignements techniques et méthodologiques dispensés en formation se sont vus renforcés, à l'instar de la logique projet et de son incontournable évaluation.

De plus, les acteurs de la formation sont écartelés entre les objectifs économiques (l'acte de formation étant entendu par les organismes gestionnaires comme un objet de production à vendre) et leurs assises théoriques, éthiques et pratiques. Leurs marges de manœuvre sont bien souvent réduites, et eux aussi, se trouvent en difficulté dans la transmission de certains enseignements : en effet, comment quantifier, mesurer et rendre rentable, un acte de formation visant à développer une écoute clinique fine ? Submergés par des processus d'évaluation de la moindre séance de formation, et embarqués dans une fragmentation des savoirs les conduisant parfois à perdre la

vision globale du métier, les formateurs, cloisonnés dans des domaines de compétence, font face à des difficultés structurelles et conjoncturelles mettant leurs activités sous tensions. Les enseignements relatifs à la réflexivité et la question de la clinique sont principalement relayés à l'endroit du GAPE. Étant de fait moins tangibles, ces enseignements s'avèrent incompatibles avec les démarches d'évaluation qui conditionnent désormais le fonctionnement des organismes de formations, et sous-tendent les architectures de celles-ci. Tant que les logiques néolibérales, avec leur lot de contraintes économiques, prédomineront sur les logiques cliniques du métier, l'ensemble de ces acteurs (formateurs, professionnels de terrain, étudiants) feront face à des injonctions paradoxales et seront mis dans des positions intenable, mettant, par conséquent, à mal l'accompagnement, notamment en termes biographiques, des personnes accompagnées.

La nécessité d'une démarche de formation tenant compte des dimensions existentielles

Pris entre l'insaisissable travail de rencontre, de création de liens, et les exigences normatives (fondées sur une culture comptable et gestionnaire), qui les obligent à donner la preuve de leur efficacité et performance ; les étudiants se retrouvent démunis face à l'écoute des histoires de vie. Sans les nommer et les conscientiser de la sorte, ils évoquent les nombreuses situations dans lesquelles ils produisent des injonctions biographiques : les anamnèses et projets successifs, les comptes rendus pour le juge, les bilans, sont autant d'occasions où les personnes accompagnées sont sommées de se raconter.

Sommé de se justifier biographiquement dans une mise en récit perpétuelle de lui-même face aux institutions auxquels il s'adresse, l'individu fragilisé par sa position objective est bientôt contraint d'intérioriser subjectivement la responsabilité de sa condition. » (Niewiadomski, 2019d, p. 52-53)

Les pratiques référées aux histoires de vie, dans l'exercice au quotidien, prennent des formes multiples et très diversifiées. Formalisées ou non, elles peuvent sans conteste représenter un levier puissant dans la relation, de part et d'autre, pour se rencontrer. La « condition biographique » est intériorisée par les étudiants : ils éprouvent quotidiennement ce « renversement du rapport historique entre l'individu et le social dans lequel les conséquences sur les existences individuelles des contraintes sociales et économiques et des dépendances institutionnelles sont perçues comme relevant d'une responsabilité individuelle et d'un < destin personnel >. » (Delory-Momberger, 2010, p. 22). Les étudiants, partants d'un apprentissage basé sur l'alternance intégrative (notamment sur l'observation de leurs pairs) intériorisent inconsciemment ces pratiques, qui parfois ne sont pas connues et portées à la conscience des professionnels. Le « récit de soi entre dans un système contractuel où il acquiert un statut de contrepartie et de monnaie d'échange »

(Delory-Momberger, 2010, p. 44), la biographie devient donc à la fois un instrument et un critère de l'action sociale qui n'est pas toujours pensé par ces acteurs comme tel. Les futurs travailleurs sociaux ne peuvent pas répondre correctement aux injonctions à personnaliser l'accompagnement et à prendre en compte les paroles des personnes accompagnées, sans avoir au préalable reçu l'étayage nécessaire sur les enjeux épistémologiques, éthiques et pratiques des approches biographiques. Les professionnels mobilisent alors la question des histoires de vie sans en avoir vraiment conscience. L'enquête met en lumière les confusions et les contradictions auxquels les étudiants éducateurs sont confrontés dans leurs pratiques et leurs discours. Ces résultats invitent également à confirmer et appuyer ma dernière hypothèse : l'impérieuse mise en œuvre d'une clinique de la rencontre dans les accompagnements ne peut avoir lieu sans une formation solidement ancrée dans une tradition herméneutique, sensible et attentive aux questions d'écoute, d'accueil de la parole et de complexité. Au regard des lacunes observées en formation en termes d'approches biographiques (voire de leur déni), et au vu du cœur de l'activité de ces professionnels, il me semble nécessaire de réorienter les formations autour d'une démarche plus générale et globale, qui tienne compte des savoirs existentiels des apprenants, des événements de leurs vies et qui mette au travail les articulations et implications entre les différentes sphères qu'ils traversent. La démarche de formation entreprise par les étudiants, devenant en soi un support de réflexions et d'apprentissages, peut permettre de redonner du sens aux actions menées ainsi qu'aux motivations premières. Ce type d'approches peut également éviter l'écueil du morcellement et de l'émiettement de l'activité.

A la découverte des compétences biographiques ignorées : une mise en sens des enjeux et phénomènes transférentiels

Puisque « chacun d'entre nous se trouve en permanence confronté à l'épaisseur de la complexité des dimensions biographiques qui traversent l'existence humaine. » (Niewiadomski, 2021, p. 44), il apparaît indispensable que la clinique de l'écoute puisse constituer l'une des clés de voute de ces formations. La rencontre, au cœur de ces métiers, ne saurait en effet avoir lieu sans un accompagnement clinique basé sur une écoute fine et complexe. Ce type d'accompagnement doit être porté et soutenu par un haut niveau de qualification, et étayé par une démarche réflexive en formation portant, entre autres, sur la mise au travail des rencontres faites sur les terrains. L'engagement à l'égard des personnes accompagnées exige d'incarner une posture éducative dans laquelle les sujets, en formation, doivent faire preuve de suffisamment d'autonomie, de maturité, de prudence et de sincérité, notamment en ce qui concerne le cœur de leur activité : la rencontre.

Les résonances entre les différentes sphères de la vie (privée et professionnelle, notamment), observables chez tous les étudiants, démontrent l'inévitable croisement des sphères et des espaces d'existence. Cette enquête souligne, dans le prolongement des travaux de Myriam de Halleux, la tendance des éducateurs à « ignorer, négliger, masquer les enjeux sociaux de leur trajectoire » (Halleux, 2007, p. 78). Faire l'économie, en formation, d'une démarche de réflexion approfondie, faite par les étudiants, sur eux-mêmes, me semble très préjudiciable, tant pour eux, que pour les personnes accompagnées, et conduirait à nier la dimension clinique existentielle et consubstantielle aux métiers dits « de l'humain ». Cette enquête démontre ainsi l'intérêt d'un travail biographique mené en formation : comme l'illustrent les monographies, la mise à jour des héritages, des déterminismes, des filiations et des nœuds sociopsychiques permet aux futurs professionnels, d'une part, d'identifier leurs difficultés à accueillir les histoires de vie et à en dire quelque chose. D'autre part, une fois ces difficultés repérées, les étudiants ayant été formés aux approches biographiques, (particulièrement en sociologie clinique), accueillent et acceptent les porosités entre les différentes sphères de leurs vies. Ils assument davantage, et de façon moins confuse, leur subjectivité et sont donc plus à même de comprendre les ressorts et les enjeux de la relation éducative. Les phénomènes transférentiels sont mis au « travail », contrairement au groupe contrôle et au groupe des étudiants en soins infirmiers, pour lesquels une mise à distance et des stratégies défensives d'évitement sont observés. Les étudiants ayant participé au groupe expérimental expriment de façon claire la conscientisation de ces compétences existentielles, jusqu'alors passées sous silence. Leur posture professionnelle, notamment en ce qui concerne la parole et l'écoute, en est foncièrement modifiée : étant plus « au clair » avec leurs histoires de vie, ils mobilisent leur propre histoire de vie en connaissances de cause. Ils arrivent mieux à « jauger » leurs capacités d'accueil des récits de vie : étant plus aguerris sur les dimensions existentielles, ils comprennent et saisissent plus finement les mécanismes en jeu dans la construction de ces compétences. Ils sont davantage à même de s'appuyer sur des événements personnels qu'ils ont traversés pour étayer leurs accompagnements : en d'autres termes, la mobilisation (ou non) de leur capital biographique se fait à bon escient, et de façon plus conscientisée.

Pour une clinique narrative engagée et impliquée

Les perspectives en termes de recherche biographique auprès des futurs travailleurs ou soignants apparaissent alors nombreuses, riches, multiples et diverses. L'enjeu actuel est primordial : le manque de personnel, les difficultés à recruter, la baisse croissante du nombre de candidats à

intégrer une formation, nous invitent à venir interroger en profondeur l'exercice du métier ainsi que la formation y conduisant. Si la question de la rémunération de ces acteurs n'est pas à négliger, la répétition des mobilisations collectives observées actuellement s'explique également par l'envergure et la radicalité des transformations qui traversent ces secteurs depuis maintenant une vingtaine d'années. La colère, la fatigue, la lassitude et le désarroi qu'expriment les travailleurs sociaux et les soignants s'inscrivent, plus largement dans le changement radical des conditions d'exercice et des attendus de leurs pratiques professionnelles. Définies et financées dans le cadre des politiques publiques, les missions de ces professionnels sont élaborées et encadrées par les orientations économiques et philosophiques de ces dernières. Désormais sous-tendu par le néolibéralisme, l'ensemble des politiques publiques historiques ont été remises en question. La notion d'intérêt général, soutenue par l'État Providence, s'est avéré incompatible avec cet horizon idéologique : une rupture s'est alors opérée, dans le financement, le fonctionnement et les idéaux des secteurs pour qui, justement, l'intérêt général est le cœur de l'activité. Soumis à la logique de marché, sans subvention pérenne, les institutions sont mises en concurrence (financement par appels à projets) ; les multiples absorptions, les mutualisations reconfigurent totalement le paysage du secteur sanitaire et social. La désinstitutionnalisation renforce le mouvement de décomposition/ reconstitution du secteur et entraîne des transformations perpétuelles. Dans ce contexte nouveau, mouvant et incertain, les professionnels et les étudiants, désormais attendus en tant que « prestataires de services », s'épuisent face à ces exigences et nouvelles normes qu'ils jugent, à bien des égards, contradictoires avec les besoins des personnes accompagnées et les moyens qui y sont alloués.

Au vu du contexte évoqué précédemment, la question du sens à (re)donner à ces missions s'avère cruciale, notamment en ce qui concerne la professionnalisation de ces acteurs. L'entrée dans le métier, la formation initiale et l'exercice professionnel (soutenu par des démarches de formations continues), sont autant d'endroits et d'étapes pouvant constituer des opportunités de remise en sens du travail. L'enquête a permis de mettre en lumière le travail réflexif que les étudiants avaient réalisé lors du module, et bien souvent, celui-ci les conduisait à réinterroger le sens de leur engagement dans ce métier (les motivations premières, les injonctions etc...). Étant alors « plus au clair » sur les raisons (objectives et subjectives) de cet engagement, les futurs professionnels peuvent réajuster leurs implications dans ce métier. En ce sens, les approches biographiques, en particulier la sociologie clinique, mais également l'ensemble des formes que cette recherche peut revêtir, constitue un apport incontournable pour les futurs professionnels, ainsi que ceux en poste. La clinique narrative défendue ici, vise à re considérer la place, la fonction et la nature des

dimensions biographiques présentes dans tout travail relationnel d'accompagnement. Le recours à ce type de clinique suggère, de fait, la mobilisation d'une part intime de soi ; c'est ce « dialogue entre deux intimes » (Gaberan, 2022) qui constitue toute relation éducative ou soignante. La subjectivité, insaisissable, ne peut se contraindre ou se soumettre à une logique comptable et gestionnaire. Vivace et résistante, c'est elle qui fait le lit des résonances vécues et qui crée les rencontres. Ma thèse est claire sur ce point : la subjectivité et l'histoire de vie font partie intégrante de la professionnalité des éducateurs et des soignants. Plus qu'une simple modalité pédagogique, la prise en compte de l'histoire de vie dans la formation des futurs professionnels du secteur médico-social constitue, à mes yeux, une proposition pédagogique, philosophique, clinique et politique se déployant au bénéfice de la construction de compétences plus ajustées en matière d'accompagnement des usagers.

Bibliographie

(1955) *Arrêté du 28 juillet 1955 portant sur la réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignants des hôpitaux psychiatriques*, JORF n° 191 du 13 août 1955. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000834341](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000834341)

(1967) *Décret n° 67-138 du 22 février 1967 instituant un diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé*, JORF du 23 février 1967. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000350679](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000350679)

(1973) *Arrêté du 16 février 1973 portant sur la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique*, JORF n° 49 du 27 février 1973. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000482718](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000482718)

(1979) *Arrêté du 26 avril 1979 modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique*, JORF n° 105 du 6 mai 1979. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000669917](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000669917)

(1985) *Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique*, JORF n° 1 du 1^{er} janvier 1986, [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000878232/](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000878232/)

(1990) *Arrêté du 6 juillet 1990 fixant les modalités de sélection et de formation des éducateurs spécialisés, d'organisation des examens pour l'obtention du diplôme d'Etat et conditions d'inscription et d'agrément des centres de formation et conditions d'agrément des directeurs et responsables d'unité de formation*, JORF n° 157 du 08 juillet 1990. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000716495/](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000716495/)

(1990) *Décret n° 90-574 du 06 juillet 1990 portant modification du décret 67-138 du 22 février 1967 instituant un diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé*, JORF n° 157 du 8 juillet 1990. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000350679](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000350679)

(1992) *Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier*, JORF n° 172 du 25 mars 1992. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000158224](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000158224)

(2002) *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*, JORF n° 2 du 3 janvier 2002, texte n° 2. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000834341](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000834341)

(2004) *Arrêté du 12 mars 2004*, JORF n° 78 du 1^{er} avril 2004. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000252818](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000252818)

(2007) *Arrêté du 20 juin 2007*. JORF n° 152 du 3 juillet 2007. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000278576](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000278576)

(2018) *Arrêté du 22 août 2018 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé*, JORF n° 0193 du 23 août 2018. [https : //www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037324563/](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037324563/)

(2018) *Décret n° 2018-733 du 22 août 2018 relatif aux formations et diplômes du travail social*, JORF n° 0193 du 23 août 2018. [https : //www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037324425/](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037324425/)

(2018) *Décret n° 2018-734 du 22 août 2018 relatif aux formations et diplômes du travail social*, JORF n° 0193 du 23 août 2018. [https : //www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037324454/](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037324454/)

(2019) Arrêté du 10 janvier 2019 relatif au cadre national sur les attendus des formations conduisant au diplôme d'Etat d'assistant de service social (DEASS), au diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE), au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé (DEES) et au diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé (DEETS), JORF n° 001 du 13 janvier 2019. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037996383>

Alcaraz, A. (2021) Écoute. Dans : Foudriat, M. & Leyrie, C. (dir), *Vocabulaire de la co-construction*. (p. 83-85). Montrouge : ESF éditeur.

Alcaraz, A., & Léonard, E. (2023, à paraître). Réflexivité biographique et construction de la posture de recherche. Les apports de la sociologie clinique. Dans : Pagoni, M., & Baeza, C., (dir.), *La place du sujet dans le travail éducatif. Regards croisés entre recherche biographique et analyse de l'activité*. Presses universitaires du septentrion.

Alix, J., Bertrand, D., Brun, J., Chauvière, M. & Garrigue, G. (2017). *Debout pour nos métiers du travail social !* Toulouse : Érès.

ANESM. (2018). *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap*. (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf, consulté le 23 mars 2020)

Ardoino J. (2008). L'écoute (de l'autre). *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 2(2), p. 291-302.

Association Les ami·e·s de La Chesnaie (2022, 12 août). À la Chesnaie, une psychiatrie à visage humain est encore possible, *Libération*. (https://www.liberation.fr/idees-et-debats/tribunes/a-la-chesnaie-une-psychiatrie-a-visage-humain-est-encore-possible-20220812_E7QDKNUSXFHTJFDJPB72S2W3ZU/, consulté le 24 août 2022).

ASIHVIF (2022). *Les Statuts* (www.asihvif.com/1/upload/statuts.pdf, consulté le 28/04/2022)

Astier, I. & Duvoux, N. (2006). *La société biographique : une injonction à vivre dignement*. Paris : L'Harmattan.

Bachelard, D. Pineau, & G. (coord.) (2009). *Le biographique, la réflexivité et les temporalités*. Paris : L'Harmattan.

Balat, M. (2007). *L'accueil*. (<http://www.balat.fr/L-accueil.html>, consulté le 17/01/2017)

Bardin, L. (2018). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF

Barus-Michel, J. (1986). Le chercheur, premier objet de la recherche. *Bulletin de psychologie*, tome XXXIX (377), p. 801-804.

Basaglia, F. (2012). *L'institution en négation*. Milan : Les éditions arkhé

Becquemin, M. (2014). *Les institutions à l'épreuve des dispositifs*. Rennes : Presses universitaires Rennes.

Bellahsen, M. (2021). *Assises de la psychiatrie couchée. Épisode 1 : la consécration de la cérébrologie*. Médiapart. (<https://blogs.mediapart.fr/mathieu-bellahsen/blog/290421/assises-de-la-psychiatrie-couchee-episode-1-la-consecration-de-la-cerebrologie>, consulté le 9 janvier 2022)

Bertomeu, A. (2015). S'appuyer sur la psychothérapie institutionnelle pour transformer les pratiques. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 125, p. 82-85.

Bonnafé, L. (2002). 1937-1987 : Apprendre l'histoire et la manière de s'en servir. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 74, p. 40-43.

Bonnafé, L. et Tosquelles, F. (1995), « *Contre point sur la naissance de la psychiatrie de secteur. Un dialogue : Tosquelles et Bonnafé* », *Revue Institutions*, n° 23 « *Panne de secteur ?* » Repéré à [http : //www.revue-institutions.com/articles/16/Document2.pdf](http://www.revue-institutions.com/articles/16/Document2.pdf)

Bouilloud, J-P. (2007). Le chercheur, un autobiographe malgré lui. Dans : Gaulejac (de) V., Hanique, F.& Roche, P. (dir), *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*. (p. 75-89). Erès.

Bourdieu, P. (1984) La représentation de la position sociale. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, N)52 (1), p. 14-15.

Bourdieu, P. (1986) L'illusion biographique. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 62 (1), p. 69-72.

Bourdieu, P., (2001). *Esquisse pour une auto-analyse*. Paris : Editions Raisons d'agir.

Boussion, S. (2013) *Les éducateurs spécialisés : naissance d'une profession : Le rôle de l'Association Nationale des éducateurs de jeunes inadaptés (1947-1959)*. Presses universitaires de Rennes. (10.4000/books.pur.113048. consulté le 5 novembre 2021)

Boutinet, J. (2012). *Anthropologie du projet*. Paris : PUF.

Brasseur, M. (2012). L'interaction du chercheur avec son terrain en recherche-action : Deux cas d'accompagnement individuel des managers. *Recherches en Sciences de Gestion*, n° 89 (2), p. 103-118.

Caire, M. (2012) *Les textes réglementaires de la période 1936-1938*. Histoire de la psychiatrie en France. ([http : //psychiatrie.histoire.free.fr/index.html](http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.html), consulté le 4 février 2021)

Camus, A. (1985). *Le Mythe De Sisyphe Essai Sur L'absurde*. Paris : Gallimard.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*, Paris : PUF.

Capul, M. (2010). *L'invention de l'enfance inadaptée : L'exemple de Toulouse Saint-Simon (1950-1975)*. Paris : Érès.

Capul, M., & Lemay, M. (1996). *De l'éducation spécialisée*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

Carreteiro, T. (2019). Évènement. Dans : Agnès Vandeveld-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 272-274). Toulouse : Érès.

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, n° 82, p. 31-42.

Chanoit PF. (1995). *La psychothérapie institutionnelle*. Que sais-je ? Paris : PUF.

Chapoulie, J. (2001). Comment écrire l'histoire de la sociologie : l'exemple d'un classique ignoré, Le paysan polonais en Europe et en Amérique. *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, n° 5, p. 143-169.

Chaudieu, E. (2019). Formations sociales, les premières retombées de Parcoursup, *Le Média Social Emploi*. ([https : //www.lemediasocial-emploi.fr/article/formations-sociales-les-premieres-retombees-de-parcoursup-2019-09-25-07-00](https://www.lemediasocial-emploi.fr/article/formations-sociales-les-premieres-retombees-de-parcoursup-2019-09-25-07-00), consulté le 24 mars 2022)

Chauvière, M. (2009). *Qu'est-ce que la « chalandisation » ? Informations sociales*, n° 152, p. 128-134

Coldefy, M. (2012). *L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie*. ([http : //www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf](http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf), consulté le 15 février 2018)

- Collée M., Quérel C. (1987), *Histoire des maladies mentales*. Que sais-je ? Paris : PUF.
- Conférence de Roland Gori à la « cité philo » de Lille, le 15/11/2013 « La fabrique des imposteurs
- Costantini, C. (2009). Le chercheur : Sujet-objet de sa recherche ? *Cliopsy, 1*, p. 101-112.
- Coulon, A, (2020). *L'École de Chicago*. Que sais-je ? Paris : PUF.
- Coupechoux, P, (2006). *Un monde de fous*. Paris : Seuil.
- Coupechoux, P, (2009). *La déprime des opprimés*. Paris : Seuil.
- Coupechoux, P, (2014). *Un homme comme vous, Essai sur l'humanité de la folie*. [E-book] Seuil. (https://lire.amazon.fr/reader?asin=B07JGF8RNZ&ref=kwl_kr_iv_rec_1&language=fr-FR, consulté le 09/03/2022)
- Crozier, M et Friedberg, E. (1977) *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.
- Daovannary, L. (2019), La représentante de l'ONU exhorte la France à fermer ses établissements, *Dictionnaire Permanent*, n° 366, p. 1-3.
- Delaloy, M. (2014). L'émergence des nouveaux discours managériaux dans le secteur. Dans : Maxime Delaloy éd., *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social* (p. 31-42). Paris : Dunod.
- Delhaye, P. (2014). La recherche clinique en travail social. Projet épistémologique et enjeux éthiques. *Le Sociographe*, n° H-7, p. 35-50.
- Delion, P. (1995). *Tosquelles et Bonnafé : contre point de la psychiatrie de secteur*. Revue Institutions, « Panne de secteur ? », n° 16.
- Delion, P. (2014). *Tosquelles et Oury, parce que c'était eux....* Chimères, n° 84, p. 20-28.
- Delion, P. (2021, 14 avril), Cri d'agonie de la psychiatrie, *Libération*, (https://www.liberation.fr/idees-et-debats/tribunes/cri-dagonie-de-la-psychiatrie-20210414_KEER442HNVCALDQUVED34UAPS4/), consulté le 15 juin 2021.
- Delory-Momberger, C. (2007). *Biographisation des parcours entre projet de soi et cadrage institutionnel*, L'orientation scolaire et professionnelle. (<https://journals.openedition.org/osp/1243?lang=en>, consulté le 12 février 2018)
- Delory-Momberger, C. (2010), *La condition biographique, Essai sur le récit de soi dans la modernité avancée*. Paris : Téraèdre.
- Delory-Momberger, C. (2019), Biographie/ biographique/ biographisation. Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 47-51). Toulouse : Erès.
- Delory-Momberger, C. (2019a), Illusion biographique. Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 96-98). Toulouse : Erès.
- Delory-Momberger, C. (2019b), Recherche biographique en éducation. Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 250-255). Toulouse : Erès.
- Delory-Momberger, C. (2021a). La recherche biographique en éducation : émergence, projet et enjeux. *Le sujet dans la cité*, n° 12, p. 27-37.

Delory-Momberger, C. (2021b). Des visages et des écrans : un monde « sans contact ». *Le sujet dans la cité*, n° 12, p. 17-21.

Devandas-Aguilar, C. (2017). *Observations préliminaires de la rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées*. HCDH. (<https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=E>, consulté le 18 janvier 2019)

Devereux, G. (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion

Dewey, J. (2011). *Démocratie et éducation : Suivi de Expérience et Éducation*. Paris : Armand Colin.

Didelet, S. (2017). *Jean Oury... Celui qui faisait sourire les schizophrènes*. Paris : Champ Social.

Dominicé, P. & Pineau, G. (2011). Les histoires de vie en formation. Entre illusion et injonction biographique. Dans : Philippe Carré éd., *Traité des sciences et des techniques de la formation* (pp. 309-329). Paris : Dunod.

Dominicé, P. (2002). *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris : L'Harmattan

Doray, P. (1992). Compte rendu de [Claude Dubar, La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, Paris, Armand Colin, 1991, 278 p.] *Cahiers de recherche sociologique*, n° 18-19, p. 308–311.

Drapeau, M. (2001). Quelques propositions inspirées de la psychanalyse pour argumenter la rigueur en recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, n° 22, p. 73-92.

Draperi, J-F. (2010). *Parcourir sa vie, Se former à l'autobiographie raisonnée*. Montreuil : Presses de l'économie sociale.

Dréano ; G. (1978). *Dix ans de diplôme d'Etat d'éducateurs spécialisés : bilan, janvier 1978, 29p.*

DREES. (2017) *La formation aux professions de santé*. (https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/491_la-formation-aux-professions-de-sante/information/, consulté le 15/04/2022)

DREES. (2021) *La formation aux professions sociales*. (https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/492_la-formation-aux-professions-sociales/information/, consulté le 24/03/2022)

Dubet, F. (2010). Déclin de l'institution et/ou néolibéralisme ? *Éducation et sociétés*, n° 25, p. 17-34.

Ernaux, A. (1997) *La honte*. Paris : Gallimard

Ernaux, A. & Jeannet FY, (2003) *L'écriture comme un couteau*. Paris :Gallimard

Feldman, J. (2002). Objectivité et subjectivité en science. Quelques aperçus. *Revue européenne des sciences sociales*, n° 124, p. 85-130

Foucault, M. (1972) *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard

Foudriat M. (2019). *La co-construction, une alternative managériale*. Rennes : Presses de l'EHESP

Foudriat, M. (2021) Co-construction. Dans : Foudriat, M. & Leyrie, C. (dir), *Vocabulaire de la co-construction*. (p. 47-50). Montrouge : ESF éditeur.

Fourdrignier, M. (2020). *Fondements et enjeux de la réforme de 2018. À propos des diplômes d'Etat du travail social*. HAL. (<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03000143/document>, consulté le 17 décembre 2021)

Fousson, J. (2006). En finir avec la folie ? *L'information psychiatrique*, n° 82, p. 817-825.

Frégné, C. (2019). École de Chicago. Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des Histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 204-206). Toulouse : Érès.

Gaberan, P. (2013). Éditorial : Désinstitutionnalisation. *Empan*, n° 89, p. 7-9.

Gadras, M. (2019). Herméneutique de la parole. Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des Histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 224-228). Toulouse : Érès.

Gagnon, C., Mazalon, É. & Rousseau, A. (2010). Fondements et pratique de l'alternance en formation à l'enseignement professionnel. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, n° 13(1), p. 21-41.

Garo, I. (2020). Mort d'un philosophe communiste aux temps du choléra néolibéral. Hommage à Lucien Sève, *Contretemps, Revue de critique communiste*. (https://www.contretemps.eu/hommage-lucien-seve/#_ftnref1, consulté le 13 avril 2022)

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

Gaulejac, V. (2009). *Qui est-je ?* Paris : Gallimard.

Gaulejac de, V. (2008). *La sociologie clinique entre psychanalyse et socioanalyse*. Sociologies (en ligne) « Théories et recherches ». (<https://journals.openedition.org/sociologies/1713>, consulté le 25 mai 2019)

Gaulejac de, V. (2012). Postface. Dans : C. Niewiadomski, *Recherche biographique et clinique narrative : Entendre et écouter le Sujet contemporain* (p. 255-260). Toulouse : Érès.

Gaulejac, V. (de) & Legrand, M. (dir.). (2015). *Intervenir par le récit de vie*. Toulouse : Erès

Gaulejac, V. (de) & Hanique, F. (2015). *Le capitalisme paradoxant*. Paris : Seuil.

Gaulejac, V. (de) & Coquelle, C. (2017). *La part de social en nous : Sociologie clinique et psychothérapies*. Toulouse : Érès.

Gaulejac, V. (de) (2019). Honte. Dans : Agnès Vandeveld-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 324-327). Toulouse : Érès.

Gaulejac, V. (de) (2020). *Dénouer les nœuds sociopsychiques, Quand le passé agit en nous*. Paris : Odile Jacob

Girard, M-J, Bréart De Boisanger, F., Boisvert I., & Vachon, M. (2015). Le chercheur et son expérience de la subjectivité : une sensibilité partagée. *Spécificités*, n° 8(2), p. 10.

Gori R. & Del Volgo MJ. (2009). *La santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence*. Barcelone : Flammarion

Gori, R. (2013). *La fabrique des imposteurs*, Cité philo de Lille. (<http://www.citephilo.org/index.php?p=archive&replay=2013>, consulté le 20 mars 2017)

Guéranger, D. (2012). La monographie n'est pas une comparaison comme les autres : Les études de l'intercommunalité et leur territoire. *Terrains & travaux*, 21, 23-36.

Halleux de, M (2007) « *Le métier d'éducateur : trajectoires sociales et constructions identitaires* », thèse de psychologie et des sciences de l'éducation, sous la direction de De Villers, Guy et Legrand Michel (posthume), Université de Louvain-la-Neuve, 264 pages

Heidegger, M. (1927). *Être et temps*, Paris : Gallimard.

Herreros, G. (2019). Réflexivité et organisation. Dans : Vandeveldde-Rougale, A. & Fugier, P. (dir), *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 540-542). Toulouse : Érès.

Jacquard, A. (1986). *L'héritage de la liberté*. Paris : Seuil.

Jaeger, M. (2016a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 1. L'anti-mythe Jean-Baptiste Pussin. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 131, p. 104-119.

Jaeger, M. (2016b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 2. Personnel laïc et personnel religieux. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 132, p. 105-115.

Jaeger, M. (2017a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 3. La constitution d'une profession. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 133, p. 104-123.

Jaeger, M. (2017b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique : 4. La formation des infirmiers. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 134, p. 109-126.

Janvier, R. (2012), *Désinstitutionnalisation, Danger ou opportunités ?* rolandjanvier.org. (<https://www.rolandjanvier.org/articles/pedagogie-education/507-desinstitutionnalisation-danger-ou-opportunit%C3%A9-03-05-2012/>, consulté le 5 décembre 2021)

Jeanguiot, N. (2006). Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, n° 87, p. 75-135.

Jeanne, Y. (2007). Désiré Magloire Bourneville, rendre leur humanité aux enfants « idiots ». *Reliance*, n° 24, p. 144-148.

Krzyzaniak, P & Miribel de, J. (2016) Les savoirs infirmiers en psychiatrie. Comprendre l'évolution de la profession au XXème siècle. *Éducation permanente*, n°209 p. 163-173. ([hal-01706171](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01706171))

Ladsous, J. (2017). Rétrospectives... perspectives. *Empan*, n° 106, p. 105-108.

Lainé, A. (2004). *Faire de sa vie une histoire, Théories et pratiques de l'histoire de vie en formation*. Paris : Desclée de Brouwer.

Lambelet, D. (2019). Formation. Dans : Agnès Vandeveldde-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 292-295). Toulouse : Érès.

Le Henaff, G. (s.d.). La vie des centres, Stages des infirmiers des hôpitaux psychiatriques, p. 28-37. (<https://docs.tila.im/f/68d8bb583a5d45889c10/?dl=1>, consulté le 29/03/2022)

Legrand, M. (1993). *L'approche biographique*. Paris : Desclée de Brouwer.

Lejeune, P. (1996). *Le Pacte autobiographique*. [E-book] Seuil. (https://lire.amazon.fr/reader?asin=B014G64Q94&ref=kwl_kr_iv_rec_2&language=fr-FR, consulté le 13 avril 2022).

- Lepage, D. (2017). De l'émergence de la fonction éducative au métier d'éducateur spécialisé, un regard historique. *Empan*, n° 106, p. 18-24.
- Leyreloup, A. (2010). Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. *Sud/Nord*, n° 25, p. 121-128.
- Lyotard, J.-F. (1979), *La condition postmoderne*. Paris : Éditions de Minuit.
- Lyotard, J.-F. (2004). *La phénoménologie*. Que sais-je ? Paris : PUF.
- Maillard Fabienne (dir.) (2012) *Former, certifier, insérer. Effets et paradoxes de l'injonction à la professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.
- Mairesse, Y. (2019). Écoute clinique. Dans : Vandeveld-Rougale, A. & Fugier, P. (dir), *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 115-116). Toulouse : Érès.
- Marrou, H.-I. (2004). *De la connaissance historique*. Paris : Seuil.
- Massa, A. (2019). Implication. Dans : Agnès Vandeveld-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 353-354). Toulouse : Érès.
- Maurot, E. (2012). Entretien Jean OURY « Il faut assumer la transcendance de l'autre ». *La Croix*. (<https://www-la-croix.com/archives/2012-08-23/Jean-Oury>, consulté le 19 avril 2017)
- Meirieu, P. (2018). Le docteur Itard et L'Enfant Sauvage. Dans : Fournier, M., *Les Grands Penseurs de l'éducation* (p. 43-46). Éditions Sciences Humaines.
- Meirieu, P. (s.d.). *Petit dictionnaire de pédagogie*. Site de Philippe Meirieu. (<http://meirieu.com/DICTIONNAIRE/dictionnaireliste.htm>, consulté le 03 novembre 2021)
- Mercier, L. (2019). Clinique de l'accompagnement. Dans : Vandeveld-Rougale, A. & Fugier, P. (dir), *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 115-116). Toulouse : Érès.
- Mik-Art. (2016). *Gustave Courbet, Le désespéré (1843-45), analyse d'œuvre*. Biographie-Peinture-Analyse, Histoire de l'art. (<https://www.biographie-peinture-analyse.com/analyses-d-oeuvres/>, consulté le 25/04/2022)
- Molina, Y. (2015). L'accès aux formations sociales, entre choix d'orientation professionnelle et stratégies, *Formation emploi*, n° 132, p. 117-137.
- Monjour, S. (2019). Pratiques numériques (blogs, forums, réseaux sociaux). Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des Histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 438-440). Toulouse : Érès.
- Montémont, V. (2008). Le pacte autobiographique et la photographie. *Le français aujourd'hui*. n° 161, p. 43-50.
- Mosna-Savoie, G. (2020), *Qu'est-ce que le kaïros ?* Carnet de philo, (<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/le-journal-de-la-philo/qu-est-ce-que-le-kaïros-6737760>, consulté le 15 juin 2020)
- Natanson, J. (2001). L'évolution du concept de transfert chez Freud. *Imaginaire & Inconscient*, n° 2, p. 7-19.
- NEXEM. (2021, janvier). *Livre blanc sur l'attractivité des métiers du secteur social et médico-social*. (<https://www.unaforis.eu>, consulté le 17 mars 2021)

Niewiadomski, C. (2006). L'événement : entre intra-psychique et socio-psychique. « Événements catastrophe », effets de résonances et interprétation dans les groupes. *Pensée plurielle*, n°13, p. 49- 58.

Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative*. Toulouse : Érès.

Niewiadomski, C. (2017). Clinique narrative, sociologie clinique et psychothérapies. Dans : Gaulejac (de), V., *La part de social en nous : Sociologie clinique et psychothérapies* (p. 61-78). Toulouse : Érès.

Niewiadomski, C. (2018). La subjectivité comme ressource et obstacle à l'intelligibilité de l'action. *Recherche et formation*, n° 88, p. 33-144.

Niewiadomski, C. & Poirier-Courbet, L & Seret, I. (2019a). Traumatisme. Dans : Vandeveld-Rougale, A. & Fugier, P. (dir), *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 666-669). Toulouse : Érès.

Niewiadomski, C. (2019b). Approches biographiques. Dans : Vandeveld-Rougale, A. & Fugier, P. (dir), *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 79-82). Toulouse : Érès.

Niewiadomski, C. (2019c). Clinique narrative. Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des Histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 312-315). Toulouse : Érès.

Niewiadomski, C. (2019d). Compétence biographique. Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des Histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 51-53). Toulouse : Érès.

Niewiadomski, C. & Delory-Momberger C. (dir.) (2021) *Territoires contemporains de la recherche*. Paris : Téraèdre.

Niewiadomski, C. (2021). Recherche biographique, territoires épistémologiques et interdisciplinarité. *Le sujet dans la cité*, n° 12, p. 39-51

Omélianenko, I. (2014). La borde une clinique psychiatrique toujours hors norme, *L'heure du documentaire*, (<https://www.franceculture.fr/emissions/lheure-du-documentaire/la-borde-une-clinique-psychiatrique-toujours-hors-norme>, consulté le 22 juin 2020)

Oury, J. (2008) *L'analyse institutionnelle*, Association des psychologues du centre APREC, Tours, (<http://bibliothequeopa.blogspot.com/2009/07/jean-oury-lanalyse-institutionnelle.html>, consulté le 19 juillet 2020)

Oury, J. (2008b). Le travail est-il thérapeutique : Entretien réalisé par Lise Gaignard et Pascale Molinier à la Clinique de La Borde 2 septembre 2007. *Travailler*, n° 19, p. 15-34.

Oury, Jean (2016). *La psychothérapie institutionnelle, de Saint-Alban à La Borde*. Paris : Éditions d'une.

Pagès, M. (1993). *Psychothérapie et complexité*. Paris : Épi-Desclée de Brouwer.

Paillet, P. (2007). ... en contrepoint - Mettray, colonie d'éducation ou baignade d'enfant ? *Informations sociales*, n° 140, p. 93-94.

Paillet, P. (2019). Herméneutique. Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 222-224). Toulouse : Érès.

Parant, P. (2019), Manifestation des urgentistes : « Donnez-nous les moyens d'être humains », *L'express* (https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/manifestation-nationale-des-urgentistes-donnez-nous-les-moyens-d-etre-humains_2082605.html, consulté le 16 avril 2020)

Perret, C. (2014). Transmettre une appétence pour la recherche dans la formation en travail social. À propos du mémoire du Diplôme d'État d'Assistant de service social. *Le Sociographe*, n° H-7, p. 203-218.

Pelletier, J.-F. & Davidson, L. (2015). À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin. *Santé mentale au Québec*, n° 40(1), p. 19-33.

Pineau, G. & Le Grand, J. (2019). *Les histoires de vie*. Que sais-je ? Paris : PUF.

Pineau, G. (1998). *Accompagnements et histoires de vie*. Paris : L'Harmattan.

Pineau, G. (2019). Histoires de vie en formation Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 355-358). Toulouse : Érès.

Pineau, G. (2019b). Histoires de vie. Dans : Delory-Momberger, C. (dir), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 230-233). Toulouse : Érès.

Piveteau, D. (2014). *Zéro sans solution : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf, consulté le 26 avril 2017)

Ployé, A. (2015). L'objet à l'ombre du chercheur, le chercheur à la lumière de son objet. *Cliopsy*, n° 12, p. 29-40.

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

Pouille, J. (2022, 26 mai), La clinique psychiatrique de la Chesnaie, un symbole à vendre, *Le Monde*, (https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/05/26/la-clinique-psychiatrique-de-la-chesnaie-un-symbole-a-vendre_6127712_3224.html, consulté le 30 mai 2022).

Prost, A. (2015). Les sciences de l'éducation. Émergence d'un champ de recherche dans l'après-guerre », *Histoire de l'éducation*, n° 142, p. 273-277.

Prouvez, V. (2020). Vers une définition de l'éducateur comme « expert ». *VST - Vie sociale et traitements*, n° 148, p. 122-128.

Qribi, A. (2010). La réforme de la formation des éducateurs spécialisés : Approche critique et propositions pédagogiques. Dans Gallut, X. & Qribi, A. *La démarche qualité dans le champ médico-social* (p. 145-162). Toulouse : Érès.

Quétel C. (2009) *Histoire de la folie*. Paris : Tallandier.

Rabatel, A. (2013). L'engagement du chercheur, entre « éthique d'objectivité » et « éthique de subjectivité ». *Argumentation et analyse du discours*, n° 11 (<https://journals.openedition.org/aad/1526>, consulté le 15 juin 2021)

Randin J.-M. (2008). Qu'est-ce que l'écoute : Des exigences d'une si puissante « petite chose ». *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, n° 1(1), p. 71-78.

Rapport CNSA. (2020). *Une réponse accompagnée pour tous*. (https://real.ehesp.fr/pluginfile.php/277574/mod_resource/content/1/R%C3%A9ponse%20accompagn%C3%A9e%20-%20Rapport%20de%20capitalisation%20%202020.pdf, consulté le 2 mai 2021)

- Ricœur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. [E-book] Paris : Seuil. (<https://lire.amazon.fr/reader?asin=B010BGOZC6&ref=kwl kr iv rec 2&language=fr-FR>, consulté le 09/04/2022)
- Roche, P. (de) (2014). La subjectivation. Dans : Gaulejac (de), V., Hanique, F., Roche, P. (dir), *La sociologie clinique, Enjeux théoriques et méthodologiques*, (p. 161-185). Toulouse : Erès
- Roque, G. (2008) *L'autoportrait de Van Gogh à l'oreille bandée*, Dans : Darras, B. (dir), Images et sémiologie. (imagesanalyses.univ-paris1.fr/v5/lautoportrait-de-van-gogh-a-loreille-bannde/, consulté le 28/04/2022)
- Rousseau, J.J. (1966). *Émile ou de l'éducation*. Paris : Garnier-Flammarion
- Rousseau, J.J. (2021). *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes* (librio éd.) [E-book].
- Rousseil, M. (2007). Femmes et hommes dans le secteur social. *Empan*, n° 65, 74-78.
- Rouzel, J. (2002). *Le transfert dans la relation éducative, Psychanalyse et travail social*. Paris : Dunod.
- Rouzel, J. (2018). *La pratique des écrits professionnels en éducation spécialisée : Méthode et cas concrets*. Malakoff : Dunod.
- Saint-Martin, C. (2017). Les parcours de professionnalisation : entre employabilité et logique de métier. *Empan*, n° 106, p. 42-47.
- Seret, I. (2015). Récit biographique et écoute testimoniale. *Le sujet dans la cité*, n° 4, p. 22-35.
- Soumet-Leman, C. (2011). Impacts d'un travail d'histoire de vie sur la prise en charge d'un patient psychotique. *Le Journal des psychologues*, n° 289, p. 26-30.
- Starck, S. (2016). La posture professionnelle : Entre corps propre et corps sociaux. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, n° 32(3), Article 3. (<https://journals.openedition.org/ripes/1124>, consulté le 25 avril 2021)
- Tosquelles, F. (1975). Histoire de la psychiatrie ou le secteur impossible ? *Revue « Recherches*, n°17.
- Van Laethem, N. & Josset, J. (dir) (2020). *La boîte à outils des soft skills*. Paris : Dunod.
- Vandeveld-Rougale, A (2019). Co-construction. Dans : Vandeveld-Rougale, A., Fugier, P. (dir), *Dictionnaire de sociologie clinique*. (p. 126-129) Toulouse : Erès.
- Vandeveld-Rougale, A. & Fugier P. (dir.) (2019) *Dictionnaire de Sociologie Clinique*. Toulouse : Erès
- Verron, C. (2016). *Les formateurs en travail social. Sociologie d'un groupe professionnel menacé*. Paris : L'Harmattan
- Viala, A. (1993). Eléments de sociopoétique. Dans : Molinié, G., *Approches de la réception : Sémiostylistique et sociopoétique de Le Clézio*, Paris : PUF.

Vincent-Buffault, A. (2019). Délicatesse. Dans : Agnès Vandavelde-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 182-183). Toulouse : Érès.

Visscher, de, P. (2013). Petit groupe ou groupe restreint ? Réduire ou décanter ? Un construct lewinien de la dynamique des groupes. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 97, 95-110.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, n° 17, p. 9-36.

Zarifian, E. (2000). *Les jardiniers de la folie*. Paris : Odile Jacob.

L'écoute clinique en formation d'adultes

Place de la clinique narrative dans la formation des futurs professionnels du secteur médico-social

Résumé

S'appuyant sur son vécu et ses expériences, notamment en psychothérapie institutionnelle, l'auteur traite, dans ce travail de thèse, la question de la formation des étudiants en travail social et en soins infirmiers à l'élaboration d'une posture professionnelle basée sur une clinique de l'écoute. À travers l'étude sociohistorique de deux métiers emblématiques du secteur, les infirmiers et les éducateurs spécialisés, cette recherche met en lumière les mutations qui ont traversé les institutions médicosociales, et qui continuent de transformer les conditions d'exercice et les pratiques des professionnels. L'enquête, menée auprès d'une vingtaine d'étudiants rend compte de l'enchevêtrement des sphères privées et professionnelles et met en évidence la nécessité de prendre en compte les histoires de vie des étudiants dans le processus de professionnalisation. La recherche biographique, et particulièrement la sociologie clinique, à travers l'expérimentation d'un module de formation, présentent alors un intérêt certain pour former les futurs professionnels à l'accueil de la parole et à la prise en compte des histoires de vie des publics qu'ils accompagnent.

Mots-Clés : recherche biographique ; psychothérapie institutionnelle ; écoute clinique ; formation d'adultes ; travail social ; infirmiers ; éducateurs spécialisés ; sociologie clinique ; psychiatrie ; clinique narrative ; histoires et récits de vie

Clinical listening in adult education

The place of the narrative clinic in the training of future professionals in the medico-social sector

Abstract

Based on her experience, particularly in institutional psychotherapy, the author deals with the issue of training social work and nursing students to develop a professional posture based on a listening clinic. Through the socio-historical study of two emblematic professions in the sector, nurses and specialized educators, this research sheds light on the changes that have taken place in medico-social institutions and that continue to transform the conditions of practice and the practices of professionals. The survey, carried out with about twenty students, shows how private and professional spheres are intertwined and highlights the need to take into account students' life stories in the professionalization process. Biographical research, and particularly clinical sociology, through the experimentation of a training module, is therefore of great interest in training future professionals in the acceptance of speech and in taking into account the life stories of the people they work with.

Keywords : biographical research; institutional psychotherapy; clinical listening; adult training; social work; nurses; specialised educators; clinical sociology; psychiatry; narrative clinic; life stories and narratives