Posture clinique et approche sociologique dans l'intervention psychosociologique

Autor(en): **Blondel, Frédéric**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales**

Band (Jahr): **73 (2015)**

Heft 1

PDF erstellt am: **26.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-823157

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

POSTURE CLINIQUE ET APPROCHE SOCIOLOGIQUE DANS L'INTERVENTION PSYCHO-SOCIOLOGIQUE

FRÉDÉRIC BLONDEL
Sociologue, Université de Paris Denis Diderot
Laboratoire de Changement Social et Politique
frederic.blondel@univ-paris-diderot.fr

Le processus de production des connaissances dans le cadre d'intervention participative et clinique dans les organisations doit être mis en relation avec le rapport spécifique que les participants et le(s) chercheur(s) nouent à l'objet de recherche. Pour expliciter la singularité de ce rapport, il est nécessaire d'en éclairer le cadre méthodologique et plus particulièrement de commenter la posture clinique qu'adopte le chercheur dont il convient de préciser le rôle dans le processus général de production des connaissances. Pour ce faire, l'auteur définit dans un premier temps les options méthodologiques propices à l'élucidation du rapport à l'objet (ou du phénomène) étudié, puis, à travers un exemple emprunté à son expérience d'intervenant au sein d'organisations hébergeant des jeunes mineurs, il met en évidence le type de savoir produit par le croisement d'une démarche clinique empruntée à Winnicott et à une approche sociologique contextualiste et historiciste.

Mots clés: posture clinique, approche clinique en sociologie, espaces sociaux et symboliques, espace potentiel, espace transitionnel, Winnicott, Castel.

Il est courant de constater que la nature et la qualité de la connaissance dépendent de ses conditions de production. La spécificité du processus de production des connaissances dans la recherche-action et dans l'intervention participative et clinique dans les organisations doit, en dernière instance, être mise en relation avec le rapport lui-même spécifique que les participants et le(s) chercheur(s) nouent à l'objet de recherche. Pour expliciter la singularité de ce rapport, il est nécessaire d'en éclairer le cadre méthodologique mobilisé et plus particulièrement de commenter la posture clinique qu'adopte le chercheur dont il convient de préciser le rôle dans le processus général de production des connaissances. L'hypothèse que nous soutenons est que ce type de travail (qu'il soit d'accompagnement de groupes de travail dans le cadre de recherche-action ou dans le cadre d'interventions dans les organisations) nécessite l'existence d'une démarche globale et un cadre *contenant* pour ceux qui se prêtent à ce travail, l'institution d'un tel cadre qu'on qualifie d'espace social de production des connaissances étant la condition *sine qua non* pour que les participants se sentent en confiance et en sécurité, la sincérité et l'authenticité des matériaux produits en dépendent. La présente com-

munication se propose ainsi de privilégier l'étude de certaines conditions méthodologiques propices à la production d'une connaissance sur un phénomène constituée à partir du travail de compréhension des rapports que des participants entretiennent à celui-ci. On s'attardera peu, du fait des limites qu'on s'impose pour la présente communication, à expliciter le cadre global, pourtant déterminant, dans lequel s'insère la démarche clinique (négociation de la commande, comité de pilotage). Si quelques aspects de ce cadre seront cependant évoqués dans l'exemple mentionné plus bas, le cœur de l'article se concentre sur l'explicitation du processus de production de connaissance élaborée dans le cadre de la démarche clinique et du croisement de ses résultats avec des données factuelles et contextualisées. Ce travail clinique suppose, dans un premier temps, de se centrer sur le vécu des participants dans leur rapport à l'objet travaillé, puis, de situer la connaissance singulière produite, par une approche plus sociologique, dans le contexte historique qui a pu en influencer le vécu.
Le plan de l'article est ainsi le suivant: dans un premier temps, nous définissons les options méthodologiques propices à la production d'un savoir constitué par l'élucidation du rapport à l'objet (ou du phénomène) étudié, puis, à travers un exemple emprunté à notre expérience d'intervenant chargé d'évaluer l'application de politiques sociales au sein d'organisations hébergeant des jeunes mineurs, nous montrerons le type savoir produit et actualisé par le croisement d'une démarche clinique empruntée à Winnicott et à une approche sociologique contextualiste et historiciste (Delzescaux, Blondel, 2009).

1. LA POSTURE CLINIQUE

Les personnes sollicitées pour s'exprimer sur un objet d'étude et l'analyser ne peuvent le faire de manière singulière que dans un cadre susceptible de contenir les appréhensions, voire les angoisses que peut susciter le processus de recherche à caractère introspectif. Les critères de constitution des groupes jouent, d'entrée de jeu, un rôle clé dans le processus de sécurisation de la prise de parole des participants, le fait de réunir, dans un premier temps, des personnes dont les profils sont homogènes[1] permettant un premier niveau de sécurisation. Le lieu de réunion et la taille des groupes contribuent aussi à en accroître le niveau, la posture de l'intervenant jouant un rôle décisif. Ce dernier, en effet, remplit une fonction d'accompagnement dans la mise en évidence des corrélations qui peuvent exister entre le contenu des connaissances proposées et la place occupée par chacun vis-à-vis du phénomène étudié, l'hypothèse classique sous-tendant cette mise en relation étant que l'interprétation des données (externes ou internes à la personne) est influencée par la place (statut, fonction et rôle) occupée au regard de l'objet étudié.
Dans le cadre de cette perspective qualitative, l'orientation clinique repose sur la posture qu'adopte l'intervenant (chercheur, animateur) pour «animer» les débats et accompagner le groupe dans l'analyse des matériaux retenus. Cette posture, lorsqu'elle est qualifiée de *clinique*, renvoie fondamentalement à la fonction de tiers qu'occupe le chercheur au sein du groupe. En tant que garant du cadre institué, c'est lui qui porte la responsabilité de la régulation des échanges, du respect de l'égalité du droit de parole et de l'équilibre des temps de parole, de la sécurisation de la vie du groupe et de la reformulation des propos des uns et des autres pour accompagner le travail d'approfondissement et d'éclaircissement du savoir,

---

1 Sans entrer dans le détail, soulignons que les groupes de travail sont souvent constitués

la liste n'étant bien-sûr pas exhaustive. En sa qualité de tiers, le chercheur doit aussi assurer l'*interface* entre l'individu et son discours, de même qu'entre le discours de l'individu et celui du groupe. Il remplit également une fonction de *maïeuticien* auprès des participants (Herreros G., 2002). En effet, il les accompagne dans l'»accouchement» de leurs propres connaissances. La posture adoptée dans ce cadre est, dans une certaine mesure, assez proche de celle adoptée par le psychanalyste auprès des *analysants* — plutôt que des analysés — qu'il reçoit dans son cabinet. En effet, à la différence de la posture classique d'expertise qui fait dépendre l'analyse du seul chercheur, la posture clinique fait dépendre l'analyse des participants, le clinicien les incitant à se rendre disponible à la relation qu'instaure cette configuration de travail, et les accompagnant dans leur travail d'élaboration sur les matériaux qu'ils apportent. L'expertise du clinicien porte donc sur la maîtrise de la méthode plutôt que sur la connaissance de l'objet étudié[2]. Pour accompagner les participants à l'exploration des soubassements des énoncés, le clinicien construit un *espace potentiel* — qui correspond à un espace-temps sécurisé propice au travail réflexif — à l'intérieur duquel le *participant-analysant* est susceptible de faire un certain type de travail réflexif plus ou moins approfondi[3]. Pour comprendre les incidences de la posture clinique sur le processus de production des connaissances, sans doute est-il nécessaire de revenir sur sa définition qui varie quelque peu suivant les champs d'application. Sans être exhaustif, on relèvera ici les caractéristiques principales utiles pour saisir sa fonction dans l'ensemble du dispositif d'intervention (Rhéaume J., 1993). Assez communément, la posture clinique s'insère dans le cadre élargi de l'approche clinique qui emprunte à la métaphore du médecin se tenant «au chevet du patient» (Sévigny R. 1993)[4]. Cette démarche tient au fait que la collaboration du patient est indispensable à l'établissement du diagnostic d'une maladie invisible à l'œil du praticien. Par analogie, la posture clinique en sociologie désigne le type d'écoute qu'adopte le chercheur pour accompagner les participants d'un groupe dans le processus de co-production (entre eux et, ou avec eux) d'un diagnostic sur le phénomène étudié. L'utilisation de la notion de diagnostic partagé vient de ce travail de mise en commun des savoirs issus d'horizons divers. Dans cette approche, la relation entre le chercheur et les participants devient, de par le travail d'explicitation de la position de chacune des personnes interagissant (participants et chercheur), la source et la condition spécifique de la production d'une connaissance légitime. Les participants sont, pour leur part, tour à tour sujets et objets de la recherche. En effet, c'est en leur qualité de «sujets» qu'ils réfléchissent sur leurs pratiques qui constituent, elles, une partie de l'»objet» de la recherche et ils sont ainsi tour à tour producteurs et destinataires du savoir construit. Les interprétations suggérées par le chercheur égalent, dans cette situation de travail, celle des participants. Le savoir tire sa légitimité du processus de co-construction qui tient au contexte dans lequel il est produit et à la situation de relation

---

2 Cette position tenue à un moment dans le travail de recherche n'exclut pas, bien évidemment, une reprise ultérieure par le sociologue clinicien de ces analyses dans la mesure où elles constituent aussi des matériaux d'études sociologiques.

3 Parmi les moyens (qu'il n'est pas possible de lister ici de manière plus exhaustive) auxquels recourt le clinicien pour rendre cet espace consistant, le nombre plus ou moins important de séances de travail, représente l'un des plus décisifs dans la possibilité de faire émerger avec plus ou moins de consistance cette aire de travail.

4 L'auteur, après avoir défini la notion, écrit en substance: «Le clinicien en sciences humaines se rend aussi «auprès du lit», p. 13. On peut préciser que dans l'univers médical, le médecin *in fine* impose son expertise du fait qu'il est celui qui établit le diagnostic, alors que la posture clinique en sciences sociales suppose que le chercheur accepte de suspendre son savoir éventuel sur l'objet de recherche ou que, s'il entre en co-construction avec les participants, il accepte que son savoir équivaut à la contribution de n'importe quel autre participant.

établie entre participants et chercheur.
En d'autres termes, le clinicien aide les participants à mettre en mots, par la reformulation et la régulation des échanges, ce qui est parfois resté dans le domaine du non-dit. Il accompagne à l'élaboration d'un savoir déjà là et c'est pourquoi il est qualifié, on l'a dit plus haut, de *maïeuticien*. La posture clinique, pourrait-on dire, correspond à une démarche méthodologique au service d'une finalité de connaissance dont personne – *a fortiori* les participants et le chercheur - ne peut prévoir *a priori* l'orientation. Les fonctions du clinicien consistent en la régulation bienveillante des échanges entre des individus s'exprimant à partir de leur vécu[5], mais aussi à soutenir et contenir les participants lorsqu'ils se risquent à énoncer une parole singulière sous le regard du groupe[6]. Ce travail, diraient les psychanalystes, revient à créer les conditions favorables à un *transfert* positif. Il revient, en effet, au chercheur clinicien de maîtriser ce qui se joue dans les relations transférentielles, et notamment de contrôler ses propres projections à l'égard des sujets accompagnés de sorte que la relation devienne un outil d'émancipation et non d'assujettissement. En effet, une maîtrise inadéquate des relations transférentielles, la quête de reconnaissance en étant un exemple, peut conduire au retournement des objectifs de l'accompagnement. Par exemple, des attentes réciproques de gratifications symboliques risquent d'instaurer un code dans les relations que les protagonistes s'efforceront de ne pas transgresser par crainte du désamour. Ce pacte affectif, souvent inconscient (Anzieu D., Martin J-Y., 2007), enveloppe les personnes interagissant à l'intérieur d'un cadre érigé tel une frontière marquant un territoire, et qui de ce fait, fixe les limites de l'expression. Dans ce contexte de relation affectivée, et en l'absence d'élaboration sur ce qui se passe, chacun «règle» ses propos sur ce qu'il imagine être la limite de l'entendement d'autrui, et s'agissant du chercheur-intervenant, il règle les siens – et par extension l'ensemble de son accompagnement – en prenant soin de ne pas faire «violence» aux participants. Aucun intervenant n'est à l'abri de voir l'outil d'émancipation de la connaissance se retourner en structure d'aliénation, fusse-t-elle dorée.
Par ailleurs, la difficulté de l'intervenant à repérer les processus de contre-transferts à l'œuvre dans la relation peut aussi conduire à une clôture de l'expression qui est du même ordre que celle évoquée précédemment. Dans le champ de la psychanalyse, le contre-transfert est défini comme «l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci» (Laplanche T. et Pontalis J-B., 1967). L'application de cette définition à la posture clinique en sociologie conduit à penser que l'analyse contre-transférentielle porte prioritairement sur l'identification des différences normatives, idéologiques, morales, esthétiques et sur l'étude de leurs causes. Mais la posture clinique suppose, plus largement, que soit acquis une disponibilité à soi, au sens de savoir laisser venir à soi les sentiments (inconscients) négatifs qui peuvent apparaître dans le cadre d'une relation instaurée et savoir faire de l'analyse du transfert/contre-transfert un outil de perception qui informe sur certains aspects de la communication établie (Klein M., 1966).

---

5 Ce soutien et cette fonction contenant sont indispensables dans la mesure où le rapport à l'objet d'étude (qui bien souvent désigne leur rapport à l'action) active chez certains professionnels des émotions variées (plaisantes, pénibles, ambivalentes) les amenant à porter un regard et par conséquent à élaborer des stratégies qui, de manière plus ou moins conscientes, visent à trouver un compromis dans la gestion de l'action, mais qui, du coup, occultent la cause réelle de la stratégie. Goffman a bien identifié ces processus de «rationalisations secondaires» qu'il nomme parfois «stratégies adaptatives» (GOFFMAN, E., 1968).

6 D'où le recours aux entretiens individualisés selon les circonstances.

La distinction qu'il aura opéré entre ce qui appartient à la relation instaurée — c'est à dire qui l'implique comme sujet — et ce qui appartient en propre au(x) participant(s), aidera le clinicien à repérer ce sur quoi il peut fonder ses interventions ou d'éventuelles interprétations. Cette élaboration lui permet de contrôler les affects qu'il éprouve, dans le registre de la conscience, vis -à-vis des sujets accompagnés (de même qu'elle semble nécessaire à l'émergence d'une parole libératrice). Pour éviter le piège d'une relation étayée sur des projections inconscientes jamais identifiées comme telles, le clinicien porte son attention aux signes souvent furtifs qui témoignent de ces projections (Devereux, G., 1980)[7] car leur émergence équivaut à la réapparition de l'altérité dans un espace où les acteurs peuvent être tentés de privilégier l'identité. Le travail de contre-transfert consiste à comprendre, autant que faire se peut, le sens d'un non-dit qui passe furtivement par des sentiments dans lesquels sont inconsciemment fusionnés, c'est-à-dire non-disjoints, la problématique relationnelle, celle qui concerne la nature des propos tenus au nom de la nature de la relation qui s'est nouée entre participant et chercheur, et la perspective existentielle propre au sujet. Ce travail d'accompagnement à l'analyse réflexive sur les perceptions en jeu dans la relation est du même ordre que celui qui porte sur l'étude du processus de jugement en jeu dans la *recherche-action*. C'est à ce type de travail spécifiquement réflexif auquel prétend contribuer la posture clinique lorsqu'elle est placée au centre de l'architecture méthodologique de l'intervention d'orientation compréhensive.

Pour que les participants se risquent à exprimer une parole singulière, certaines règles éthiques et déontologiques doivent former le socle «contractuel» du travail de recherche en groupes restreints. Les membres doivent être notamment assurés de l'attitude de non jugement des participants entre eux, de l'égalité d'accès à la prise de parole, du respect de la personnalité de chacun, du cadre de travail contractualisé. L'intervenant doit être le garant de ce cadre s'il veut potentiellement qu'une parole sincère et authentique advienne, étant entendu que l'authenticité et la sincérité dépendent d'un soi à soi et ne peuvent donc être certifiées que par celui qui s'en revendique (Thrilling L., 1994).

2. LES ESPACES SOCIAUX ET SYMBOLIQUES DE PRODUCTION DES CONNAISSANCES

L'efficience de la posture clinique tient à son insertion dans un cadre méthodologique que l'on décompose, en référence aux définitions et distinctions que propose D. Winnicott (1975) dans ses travaux[8], en deux instances. La première, nommée *espace potentiel*, peut être définie comme un espace-temps dont la fonction est de préparer les conditions d'une prise de parole spécifique. La deuxième, nommée *espace transitionnel*, s'attache à désigner l'*aire* à partir de laquelle le participant interroge et reformule le sens qu'il attribue à son rapport à l'action. Ce n'est pas uniquement dans le caractère objectif de ces espaces (disposer d'une salle confortable, cadre temporel fixé) qu'une connaissance reformulée peut advenir.

---

7 «C'est le contre-transfert, plutôt que le transfert, qui constitue la donnée la plus cruciale de toute science du comportement» G. DEVEREUX (1980) p. 16. Fethi Ben Slama (1993), avec «La question du contre-transfert dans la recherche», met en évidence les différents champs d'application du contre-transfert p. 139-153. Par ailleurs, V. de Gaulejac a proposé une définition du contre-transfert institutionnel dans son article intitulé «Le rapport aux institutions», dans La lutte des places (2014).

8 Il ne s'agit donc pas d'appliquer ici le travail psychanalytique de Winnicott à notre propos, mais d'emprunter à son épistémologie, qui nous semble, en de nombreux points, transposable dans une démarche de sociologie clinique.

Ces espaces doivent être «animés» dans une perspective propice à la réflexivité et la posture clinique de l'intervenant doit aider à cette forme d'expression non conventionnelle.

2.1. L'espace potentiel

En transposant à notre sujet l'analyse qu'en propose D. Winnicott (1975), l'*espace potentiel* désigne, en recherche-action ou intervention participative et clinique, le cadre physique à l'intérieur duquel est déployée une pédagogie d'accompagnement ouvrant la voie à l'élaboration d'un savoir. Cet *espace potentiel* s'offre aux participants comme une séquence, un espace/temps, de travail disponible dont ils peuvent se saisir pour expérimenter la construction d'un savoir susceptible de se démarquer de celui qui circule déjà plus ou moins informellement dans le champ de leur action. L'hypothèse qui sous-tend l'ouverture de cet espace est que la connaissance constituée repose en général sur des préjugés non explicités. De même, l'implication dans la prise de parole n'est pas toujours vectrice de connaissance (Enriquez E., 1992). Il s'agit finalement de s'écarter des dispositifs d'expression qui ne font que stimuler un savoir déjà là et qui, finalement, font écran à un savoir plus personnel, occulté et enfoui par la force de l'autocontrôle[9]. L'*espace potentiel* cherche à offrir un cadre contenant et un temps dédié pour que l'exploration de l'objet puisse se réaliser sous plusieurs angles. C'est à l'intérieur de cet espace sécurisé, à l'écart des sollicitations, et de ce temps consacré en groupe restreint à l'analyse des pratiques ou du rapport à l'action, que le sociologue clinicien, par son attention à la relation, s'efforce de transmettre à chacun des membres du groupe un sentiment de sécurité suffisant pour que tous s'engagent dans un travail réflexif conduisant à des approfondissements inédits ou à de nouveaux registres de savoirs. L'ouverture d'un *espace potentiel* doit pouvoir permettre, d'un point de vue méthodologique, l'émergence d'une aire spécifique. Il s'agit-là d'un terme fonctionnel par lequel Winnicott désigne un registre du fonctionnement psychique et cognitif et non un territoire physique où se localiserait la rencontre entre la réalité du phénomène étudié et l'intériorité du participant.

2.2. L'espace transitionnel

Ainsi que le rappelle D. Winnicott, l'*espace potentiel* doit être propice à l'émergence d'une aire qu'il qualifie d'*espace transitionnel* et qu'il définit comme un espace paradoxal situé «entre l'objectivement perçu et le subjectivement conçu» (Winnicott D., 1975, p. 44) du fait qu'il se situe entre l'intérieur et l'extérieur, le dedans et le dehors, la réalité extérieure et la réalité interne de l'individu. Dans le cadre du processus de production des connaissances, *la réalité* désignée ne se situe jamais d'un côté ou de l'autre de ces deux réalités, mais se situe à la frontière mouvante entre ces deux pôles de réalités. C'est la raison pour laquelle une *réalité* n'est jamais exactement la même pour un ensemble de personnes. Un consensus cependant s'établit entre ces dernières parce qu'elles s'accordent, sur un fond de culture partagée pour désigner, au delà des différences, un objet qui leur est commun. On peut dire avec D. Winnicott (p. 30) que la réalité est une *illusion* suffisamment collective pour devenir ce qu'on identifie comme le monde commun. L'accord collectif qui se crée autour de l'idée que la réa-

---

9 On emploie ici la notion d'autocontrôle qui appartient au registre de la sociologie (ÉLIAS N., 1975) plutôt que celle de refoulement, qui appartient au registre à la psychanalyse. Il s'agit bien de procéder prioritairement à l'étude de l'intériorisation des contraintes normatives, c'est à dire à ce qui est intériorisé par la conscience et enfoui dans ses tréfonds tout comme le conducteur automobile conduit sans réfléchir à partir d'un savoir intériorisé dans les sphères de la conscience et non de ce qui est refoulé par et dans l'inconscient.

lité n'est pas une illusion, conforte les uns et les autres dans l'idée qu'ils appartiennent à un même monde commun. Cette perception contribue à l'idée selon laquelle l'individu se pense singulier (dans sa réalité psychique) tout en pensant partager la même réalité que d'autres (d'où l'illusion de l'existence d'un monde suffisamment commun à un grand nombre pour qu'il le désigne comme «normal»). De même, D. Winnicott qualifie de «paradoxal» le travail psychique et cognitif qui s'effectue entre le pôle de la réalité extérieure et celui de la réalité intérieure. Il désigne par là-même le mouvement de deux pôles contraires qui sont indissociables du processus de *construction* d'une *réalité sociale* (Berger P., Luckmann T., 1996), la construction de cette «réalité» et sa stabilisation étant étroitement liées au discours tenu sur celle-ci. Ce n'est sans doute pas par hasard que Winnicott qualifie d'*aire de jeu* cet espace intermédiaire désignant un espace/temps d'expériences renouvelées. L'*aire* désigne ainsi un processus plus qu'un espace physique fixe ainsi que le soulignent J. B. Pontalis et C. Monod dans leur commentaire à propos de la traduction du terme *experiencing* (note en bas de page 30 de *Jeu et réalité*). Bien que les réflexions de Winnicott soient centrées sur les enfants et les adolescents, il mentionne que le travail effectué dans cette «aire intermédiaire» concerne aussi les adultes. D'où l'usage que l'on s'autorise à faire e sa théorisaton.
La subjectivation des objets concrets à laquelle procèdent les individus crée, pour ainsi dire, une nouvelle *réalité*. Ces objets possèdent bien une existence matérielle dont on peut dire qu'elle est externe aux individus, mais ces derniers l'appréhendent à travers le prisme de leur *réalité interne*. En d'autres termes, la construction de cette *nouvelle* réalité procède de la rencontre avec la réalité objective de l'objet, — réalité qui est relativement indépendante du regard de l'observateur — que l'individu saisit et réinterprète en s'appuyant sur sa réalité *interne* — réalité que l'on peut qualifier d'intérieure en ce sens qu'elle renvoie à l'intimité de l'individu, son «for intérieur» auquel lui seul a accès (Enriquez E., 1995) — qui, elle-même, se modifie avec la confrontation à la réalité externe de l'objet. Dans le cadre de la recherche-action, la *réalité* que les participants co-construisent, et sur laquelle ils essaient de s'accorder («parle-t-on bien de la même chose»), résulte, si l'on suit le raisonnement de Winnicott, du dialogue instauré dans l'*aire transitionnelle* entre ces deux premiers ordres de réalité (réalité intérieure du sujet et réalité extérieure au sujet). Elle peut être stabilisée au sein du groupe ou être intégrée plus largement à la culture d'une organisation, comme elle peut être remise en question par une *réalité* concurrente née d'une autre perception (celle de la hiérarchie, celle d'autres groupes de travail). Cette *réalité* est donc plus ou moins reprise ou réinventée par les protagonistes[10]. Il existe différents «périmètres» de réalité extérieure à l'individu. En général, celle-ci est faite de ce qui apparaît à la portée de l'individu. La saisie et la compréhension d'une réalité dépendent des données à la portée de l'individu ou de celles qu'il a pu rassembler. La connaissance d'une réalité extérieure à soi peut être donc plus ou moins riche, il revient ainsi au collectif de travail et à l'intervenant de concourir à une ouverture plus ample, si besoin, des périmètres de réalités déjà à la portée des participants à l'étude. Ce travail d'élargissement de l'accès à une réalité extérieure plus riche est souvent réalisé par la problématisation auquel s'attache l'intervenant lorsqu'il pense que les mondes vécus

---

10 Claude Dubar, dans son ouvrage sur la socialisation et l'identité professionnelle (1996), souligne le caractère plus ou moins contingent de la transmission. Dans le champ de la socialisation secondaire, pour qu'une transmission se réalise, il faut d'un côté une volonté de transmettre et, de l'autre, un acte volontaire de reprise.

des participants sont animés par des réalités objectives dont ils n'ont pas conscience ou qui ne sont pas à leur portée à un moment donné. On le verra plus bas ce travail concerne le travail du sociologue, et de fait la connaissance du groupe est en quelque sorte tributaire de la culture de l'intervenant dans le domaine étudié.

En adoptant une posture clinique, le chercheur entend donc favoriser l'ouverture d'un *espace transitionnel* et rendre ainsi possible aux participants la rencontre ludique entre une réalité objectivement perçue et subjectivement conçue. Le travail d'expérimentation et d'élaboration réalisé peut déboucher sur la création d'un sens ignoré jusque-là que le groupe va chercher à vérifier et stabiliser. Les perceptions mises en avant par les participants s'apparentent, dans un premier temps, à des «commencements de points de vue», ou peuvent correspondre, plus en amont, à des émotions ou des sentiments qui forment le point de départ de leur élaboration. Au fur et à mesure que le groupe combine entre elles les élaborations singulières, advient, toujours du point de vue du groupe, un jugement explicite et «rationnel» doté d'une légitimité collective. La consistance du jugement devient la *réalité* «dégagée» et partagée par et pour le groupe. Cette *réalité* correspond au compromis dégagé de l'analyse de l'écho de sens que la réalité extérieure produit sur chaque réalité intérieure.

La *réalité* ainsi comprise, est le fait d'interactions et sa consistance est structurée par le *discours* qui l'institue comme telle[11]. Elle est donc fondamentalement une réalité vécue et non une réalité dont l'observateur pourrait dire qu'elle est saisissable en dehors de toute subjectivité et qu'il pourrait en atteindre l'essence en dehors de ses représentations. Georges Devereux a déjà montré l'importance de la subjectivité dans la saisie des objets concrets, la question étant toujours de savoir «où commence l'observateur et où commence l'objet» (Devereux G., 1980, p. 386). Ces analyses relativisent la consistance du terme de «réalité objective» et la véracité du jugement. D. Winnicott attire l'attention sur le fait que la réalité psychique des individus (leur vie intérieure) se façonne dans la rencontre avec les objets qui lui sont extérieurs. C'est ainsi que, lorsqu'il parle de «mère suffisamment bonne», il ne qualifie pas uniquement la disponibilité psychique de la mère à l'égard de son nourrisson, mais aussi la satisfaction que ce dernier obtient (du sein) de sa mère, plaisir qui peut être parfois indépendant de l'intention de la mère à vouloir lui «être suffisamment bonne». On sait, en empruntant un exemple *a contrario,* que le nourrisson peut se sentir oppressé et étouffé par le sein, qui se présente pourtant avec bonté, alors qu'il n'en a ni le désir ni le besoin à ce moment là (Klein, M. 1966). Le nourrisson, aussi autonome psychiquement soit-il, peut «faire» quelque chose de la «mère», parce que mère il y a. C'est le *paradoxe* dont parle Winnicott (p 22), la *réalité* subjective ne serait pas ce qu'elle est sans la rencontre avec l'objet extérieur, de même que l'objet n'existe spécifiquement que par une structure psychique elle-même spécifique qui l'appréhende, la réalité d'aujourd'hui étant ressaisie par la «réalité psychique»

---

11 Dans les organisations sociales telles que les foyers de placement pour mineurs où nous avons conduit des interventions, l'ensemble du personnel — cuisiniers, personnels de lingerie, veilleurs — a globalement été impliqué dans le travail de *recherche-action*. Ces professionnels ont pu attirer l'attention, à propos des *espaces potentiel* et *transitionnel* ouverts par la recherche, sur l'importance qu'avait revêtu, pour eux, leur investissement dans ces espaces où ils avaient le sentiment qu'ils pouvaient prendre soin d'eux, s'occuper d'eux mêmes. Ils ont pu évoquer leur satisfaction, par exemple, de pouvoir disposer de lieux d'expression pour eux. La fonction de valorisation de la *réalité du vécu* de ces espaces est, semble-t-il, d'autant plus importante que certaines professions se trouvent dans une «misère de position» (Bourdieu, 1992) par rapport au statut dont leurs collègues jouissent dans leur travail et par rapport aux bénéfices symboliques, entre autres, qu'ils en retirent (notre analyse rejoint le constat établi par l'équipe du *Tavistock Institut*: la prise en compte des professionnels déclenche des attitudes qui mettent en évidence l'importance du thème de la reconnaissance symbolique dans les organisations). La consistance attribuée au savoir ainsi constitué peut devenir un enjeu de reconnaissance entre les acteurs.

dont la «configuration» s'est formée au cours des expériences antérieures.
Dans le cadre de la *recherche-action* ou de l'intervention participative et clinique, les *espaces potentiel* et *transitionnel* ouverts ne s'inscrivent pas dans une démarche thérapeutique mais pédagogique, cette dernière faisant partie intégrante du processus de production des connaissances, même si, elle peut, par ailleurs, produire des effets thérapeutiques pour les participants. Ces espaces, dédiés, ici, à l'expérience de production de connaissances[12], sont présentés comme «neutres» et ils pourraient être aussi nommés «espaces ou surfaces neutres de projection» dans la mesure où ils ne sont que des formes méthodologiques vides de contenus. Ces méthodologies, en effet, ne contiennent pas de contenus susceptibles d'orienter les connaissances des participants invités à analyser un phénomène (un jeu de rôle, par exemple, est une technique méthodologique qui se présente aux participants comme une «surface de projection». En général, ce sont les «acteurs» eux-mêmes qui proposent les thèmes qu'ils veulent jouer et soumettre à l'analyse collective).
De même, l'usage des notions d'«*espaces potentiel* et *transitionnel*» empruntées à D. Winnicott, souligne le parti pris de l'intervenant dans les méthodologies qu'il juge pertinentes pour le processus de production des connaissances. Il se peut que ces méthodologies ne soient pas utilisées à la hauteur de leur visée car, pour de multiples raisons, la production de connaissances peut ne pas être conforme à ce que l'architecture méthodologique entendait produire initialement. Le recours à cette terminologie permet aussi de désigner deux cadres que l'on peut qualifier d'«instituant»: l'*espace potentiel* institue le cadre physique d'espace/temps et l'*aire transitionnelle* institue l'espace fonctionnel du travail psychique auquel chaque participant se livre lorsqu'il confronte ce qui émerge de son for intérieur comme «réalité» subjectivement conçue à la «réalité» objectivement perçue et qui est incarnée par les points de vue énoncés par les autres participants. Ces deux cadres sont censés offrir aux participants un temps pour qu'ils puisent en eux des éléments de connaissance possiblement en décalage par rapport à ceux qui circulent déjà sur l'objet de recherche. Ce sont aussi des espaces où les participants peuvent prendre de la distance par rapport à leurs prénotions, revisiter des situations et effectuer à leur sujet un nouveau travail de symbolisation, condition majeure d'accès à un nouveau registre d'autonomie intellectuelle. La possibilité d'élaborer sur un vécu potentiellement douloureux peut produire une mise à distance et un apaisement relatif, le travail d'élaboration pouvant favoriser le détachement ou au moins permettre d'introduire une distance par rapport à la charge émotive dont l'action peut être investie et, dans ce même mouvement d'intelligibilité, ce travail peut permettre de percevoir ce qui les relie l'un à l'autre. Ce travail est aussi susceptible de mettre en évidence la relation qui existe entre ces mondes (de l'action et de l'émotion) et peut permettre de dépassionner les débats, de même qu'il peut, à terme, socialiser les points de vue des par-

---

12 L'intervenant représente, lui aussi, une «surface» de projection, et à ce titre, il ne doit pas influencer la production de connaissance par ses attitudes ou ses interventions. C'est d'ailleurs souvent sa distance qui lui vaut parfois d'être mis à mal dans la relation, ce dernier ne montrant pas son adhésion aux jugements proposés par les participants. Mais comme le rappelle D. Winnicott à propos de l'*objet transitionnel*, sa fonction est de résister à l'épreuve du lien. L'intervenant pourra remplir cette fonction d'objet transitionnel s'il sait résister à l'épreuve de mise à mal du lien. Le groupe, en effet, peut l'ériger en mauvais objet notamment lorsqu'il cherche à faire de l'étranger un semblable, cette tentation le conduit à le tester et à vouloir le plier à sa dynamique, à ses codes, à ses idéologies implicites. Le passage du statut de *mauvais objet* à celui d'*objet transitionnel* marque une évolution des rapports transférentiels dans les groupes de travail à l'égard de l'intervenant (et réciproquement).

ticipants. Cette socialisation est aussi encouragée par des rencontres organisées[13] entre les groupes de participants. Cette volonté de croiser les points de vue part de l'hypothèse selon laquelle chaque point de vue énoncé puise a minima sa légitimité dans la place que chacun des acteurs occupe dans l'organisation, dans son histoire singulière et dans les interactions que les acteurs nouent entre eux[14].

3. LIEN ENTRE APPROCHE CLINIQUE ET ANALYSE SOCIOLOGIQUE

Le travail d'accompagnement qu'accomplit le chercheur clinicien dans le cadre de la recherche-action ou d'une intervention consiste donc à aider les participants à élaborer des connaissances susceptibles de contribuer à la mise en sens de situations qui sont plus souvent vécues que parlées, l'absence de mise en mots étant un obstacle à une élaboration singularisée de l'objet étudié. Dans cet accompagnement à la «mise en mots», le clinicien s'attache à identifier des échos de sens particuliers se produisant lorsque la «réalité» concrète (l'objet d'étude) vient à être saisie par l'intériorité des sujets. Ce travail, plutôt tourné vers des pratiques d'introspection, peut utilement être croisé avec l'analyse sociologique de l'objet d'étude qui, elle, tente de proposer une analyse fondée sur la connaissance des éléments de contexte situés en extériorité à l'individu. L'établissement d'une connexion entre le type de connaissance que la posture clinique fait advenir et l'analyse sociologique du système étudié doit permettre aux participants de prendre conscience de la dépendance (comme de l'autonomie) relative de leurs représentations par rapport aux données factuelles (Jodelet D. 1989). Ce travail met en évidence, pour partie, les effets psychosociologiques des conditions objectives dans lesquelles les intéressés évoluent. Il met parfois également en évidence que le faible niveau d'information et de connaissance détenu par les acteurs sur l'objet d'étude les limite pour penser la multiplicité des points de vue qui circule à son égard et leur légitimité. C'est parce que le sens est produit dans l'acte de subjectivation auquel procède le sujet lorsqu'il rencontre la réalité externe que le chercheur et le groupe tentent de réaliser collectivement ce travail d'élargissement de la compréhension et de la mise en sens en enrichissant la problématisation initiale de l'objet de recherche (Martuccelli D., 2010). Ce travail est réalisé lorsque le groupe arrive à saisir ce que le vécu doit à l'intériorisation de dimensions techniques, sociales ou encore économiques. C'est à partir de la perception subjective de la production objective du système étudié que les participants donnent sens à leur action (Bouilloud P., 1997; Blondel F., 2003) et c'est sa ressaisie dans son contexte historique expli-

---

13 Ce dispositif se rapproche, par certains égards, de la sociopsychanalyse institutionnelle développée par G. Mendel (MENDEL, G., 2002). Les groupes de travail, constitués en général de participants aux profils professionnels homogènes, travaillent pendant un temps dans un «entre soi» relatif (l'intervenant ne peut être garant des échanges entre les groupes professionnels en dehors de sa présence) et ne se rencontrent entre eux qu'ultérieurement. Une des fonctions de ce temps de travail est de préparer les membres de chaque groupe à la rencontre tant sur le fond (sur quoi doit porter l'échange?) que sur la forme (comment s'y prendre pour communiquer pacifiquement). Lorsque la commande d'intervention concerne une problématique d'évaluation, les groupes professionnels peuvent, via les intervenants, soumettre leur questionnement par écrit aux autres groupes. Dans le cadre de recherche-action, les «vignettes» (ou séquences) d'analyses d'un groupe peuvent être soumises, par écrit aussi, à d'autres groupes.

14 À la différence de la sociologie de Michel Crozier pour qui les stratégies des acteurs sont fondamentalement orientées par des logiques d'acteurs dotées d'une rationalité limitée, l'approche clinique vise à intégrer le fait que les positionnements des acteurs sont aussi mus par des «motivations» qu'ils ne «conscientisent» pas spontanément. Ces motivations sont souvent du domaine de l'inconscient qui suppose l'exploration d'un irrationnel qui ne s'amalgame pas à la logique des sentiments qui se déploierait dans le champ de l'organisation informelle, toujours selon le découpage que propose Crozier (BERNOUX P. 1985; Crozier M. et Friedberg E., 1977). En effet, les fonctionnements affectifs que les auteurs opposent aux logiques stratégiques et rationnelles ne peuvent être réduits à l'existence de logiques de camaraderies au sein des organisations.

cite que se constitue la version sociologique du sens subjectivé. Nous faisons référence ici à la proposition de Danilo Martuccelli qui, dans son livre sur la *société singulariste*, insiste sur le travail que doit faire le sociologue chercheur dans l'accompagnement des publics qui sollicitent son intervention. Pour lui, les difficultés que les personnes rencontrent pour surmonter les *épreuves* de la vie ne sont pas uniquement à lier à une méconnaissance de soi, méconnaissance qui pourrait être surmontée par l'introspection, mais à une méconnaissance de la réalité sociale dans laquelle les individus évoluent. Pour réduire cette méconnaissance et accroître leurs marges de manœuvre, D. Martuccelli pense que le sociologue doit accompagner son public dans un travail d'*extrospection*, ce travail consistant à découvrir la *flexibilité* du système social en accroissant sa connaissance afin d'imaginer de nouveaux jeux possibles avec le système. Mais ce travail d'extrospection vise aussi à identifier certains déterminants historiques et contextuels de l'action étudiée qui peuvent peser sur le monde vécu des participants sans pour autant accéder à leur conscience du fait qu'ils ne sont pas reconnus comme tels. On peut donc penser que le sociologue clinicien accompagne son public à un travail de va et vient entre séquences d'introspection et d'extrospection.
Les résultats d'une évaluation participative réalisée à la demande d'une direction d'association dirigeant des foyers d'accueil et de placement pour mineurs et jeunes majeurs a permis de montrer l'intérêt que les organismes de tutelle avaient à soutenir des démarches évaluatives soucieuses d'historiciser et de contextualiser les *référentiels* et les indicateurs d'évaluation avec l'appui réflexif des acteurs soumis à évaluation et d'articuler cette analyse au vécu des acteurs. Après avoir apporté des précisions sur le dispositif lui-même d'évaluation et sur l'importance du cadre méthodologique, nous dégagerons le savoir produit qui résulte de l'articulation entre une analyse centrée sur le vécu et le travail d'*historicisation et de contextualisation* du phénomène étudié. L'exemple étudié porte sur la compréhension des conditions de production du sentiment d'insécurité chez les personnels éducatifs accueillant des adolescents dans un des foyers d'hébergements de l'association.

3.1. Approche clinique et sociologique du sentiment d'insécurité au foyer Guy Moquet

Cette intervention participative à laquelle nous nous référons maintenant a été réalisée dans le cadre de l'évaluation de l'offre de service d'une structure d'hébergement *le foyer Guy Moquet* qui dispose d'un double agrément *ASE (Aide Sociale à l'Enfance)* et *PJJ (Protection judiciaire de la Jeunesse*[15]*)*. Ce foyer d'hébergement est l'une des nombreuses structures gérées par l'*Association Printemps* qui est uniquement agréée par l'ASE.
Le foyer *Guy Moquet* a été créé après la deuxième Guerre Mondiale (1947) et accueille des mineurs et jeunes majeurs âgés de 13 à 21 ans. L'évaluation sollicitée avait pour finalité d'analyser si les moyens mis en œuvre par la structure d'accueil étaient cohérents non seulement avec ses objectifs propres[16], mais également avec les attentes des partenaires institutionnels, les exigences de la commande sociale et, enfin, avec les attentes des bénéficiaires (jeunes et familles). Le dispositif d'évaluation mis en place s'est articulé autour de deux axes de travail:

---

15 L'ASE relève de la compétence administrative du conseil général (département) alors que la PJJ relève d'une compétence de l'État.
16 Des objectifs qui sont notamment définis dans le cadre du projet d'établissement.

> un axe privilégiant le recueil et l'analyse du point de vue des bénéficiaires de l'action sur les prestations proposées dans les différents services du foyer *(Internat, Service de suite des jeunes mineurs en studios en ville, Service d'accompagnement, Scolarité, Insertion sociale et professionnelle)*.
> un axe privilégiant le recueil et l'analyse du point de vue des professionnels de la structure (toutes catégories confondues) selon la méthodologie clinique esquissée plus haut, et de différents partenaires institutionnels (financeurs, prescripteurs, interlocuteurs permanents ou occasionnels) sur ces mêmes prestations à partir d'entretiens semi-directifs.

Ces «données» ont ensuite été mises en perspective par l 'étude factuelle (souvent réalisée à partir des rapports d'activités, des flux (entrées et sorties) de populations accueillies...) et la contextualisation de l'action au regard des différents cadres réglementaires qui lui ont donné vie, et d'entretiens réalisés auprès de «personnes ressources», personnalités qualifiées, figures historiques.

Dans ce foyer, l'évaluation a été conduite pendant deux ans par un *comité de pilotage* hétérogène comprenant des représentants de l'institution commanditaire, des représentants des instances décisionnaires en matière de placement des enfants (financeurs et prescripteurs), des représentants des bénéficiaires (jeunes et familles), des représentants des groupes de travail chargés de l'évaluation et les chercheurs sollicités pour conduire l'évaluation. Deux groupes de travail, composés de professionnels volontaires de la structure, ont été constitués en vue de traiter les deux axes d'évaluation. Les participants formaient un profil professionnel homogène, la hiérarchie n'étant pas présente dans ces groupes de travail-ci, de même les participants disposaient d'une lettre de mission légitimant leur implication. Les séances de travail se sont déroulées dans une salle protégée des passages et à l'écart de risque de dérangement. On retrouve ici l'attention portée à ce que l'*espace potentiel* génère chez les participants un sentiment de protection et de sécurité, et peut-être qu'il serait fondé de penser que l'exploration du thème de l'insécurité est en rapport avec les conditions de sécurité ressenties par les groupes dans la réalisation de leurs travaux.

Quoique techniques, ces précisions importent car la consistance d'un cadre «participatif», pierre d'angle du dispositif d'évaluation, suppose, en premier lieu, que les instances commanditaires et les professionnels eux-mêmes acceptent de s'inscrire dans une *temporalité* «dilatée». Cette dilatation suppose, entre autre, de prendre le temps de négocier le type de rapports et de régulation que les différentes parties souhaitent mettre en place entre le comité de pilotage et les groupes de travail, et pour ces derniers, elle correspond à un temps de «pose» où la question de l'*opérationnalité* (celle de l'*agir*) se trouve provisoirement suspendue au profit de celle du *diagnostic* (celle de la *réflexivité*) à élaborer.

La connaissance construite avec les professionnels à propos du phénomène d'insécurité au foyer *Guy Moquet* est ici restituée dans sa globalité afin de rendre plus évident l'articulation réalisée entre travail clinique avec les groupes de professionnels et contextualisation de leurs vécus au regard du sentiment d'insécurité qu'ils éprouvent dans leur travail. D'un point de vue analytique, le travail comprend bien les trois temps que nous avons développés plus haut: le premier correspond à l'approche clinique centrée sur le vécu et dans laquelle les intervenants mobilisent une méthodologie fondée sur les notions d'espaces sociaux transi-

tionnels en travaillant à partir du concept d'aire *transitionnelle*, puis un deuxième temps est consacré à la collecte de données plus ou moins factuelles, et enfin le troisième temps consiste en l'analyse collective centrée sur la «relecture» et la mise en perspective des élaborations issues de l'analyse du vécu au regard de données *historicisées et contextualisées*. Ce troisième temps correspond au travail de croisement de méthodologies.

3.1.1. Les données du questionnement: des adolescents «en danger» aux adolescents «dangereux»

Au cours de l'évaluation, les personnels éducatifs du foyer *Guy Moquet* ont attiré massivement, unanimement et de façon récurrente l'attention sur l'évolution du profil des adolescents pris en charge (filles et garçons confondus). *Ces adolescents*, disent-ils en substance, *sont de plus en plus violents, asociaux et incontrôlables*. Comme symptômes de cette violence et de ce caractère asocial, ils évoquent en priorité la multiplication, dans le cadre de la prise en charge, des agressions physiques et verbales, la banalisation de la violence verbale, le brouillage des repères par rapport aux détenteurs légitimes de l'exercice de l'autorité, brouillage qui tendrait, selon eux, à gommer les différences entre les générations et favoriserait les passages à l'acte. Cette évolution du profil des adolescents placés est jugée d'autant plus alarmante par ces personnels qu'elle contribue à l'échec répété[17] de la prise en charge dans un nombre croissant de cas. Les professionnels semblent confrontés aujourd'hui à une *altérité* que l'on pourrait qualifier de «radicale» tant les *habitus* des uns et des autres semblent éloignés, voire même opposés ou inconciliables. Ce qui frappe, en premier lieu, c'est le sentiment d'insécurité qu'expriment les professionnels lorsqu'ils évoquent leur rapport aux adolescents, insécurité qu'ils mettent en corrélation avec la «dégradation» des profils des adolescents accueillis. Les travaux de groupes ont mis en évidence que l'insécurité vécue par les professionnels traduisait un nouveau rapport à l'altérité marqué du sceau de la violence, une violence qu'ils vivent d'autant plus mal qu'ils se sentent, face à elle, radicalement impuissants. Il apparaît que le sentiment d'insécurité qu'ils éprouvent prend une place telle dans leur rapport aux adolescents qu'il peut être de nature à l'altérer. Les professionnels passeraient, autrement dit, d'un rapport positif à l'altérité, moteur de leur engagement dans la prise en charge des adolescents considérés comme étant en danger, à un rapport négatif à l'altérité, moteur du retrait dans la prise en charge de ces adolescents perçus désormais comme «dangereux». L'intervention a pu montrer que la dégradation des profils des adolescents était une hypothèse vraie et erronée selon le point de vue adopté et la nature de la réalité saisie, car si ce que les professionnels consignent sur les bénéficiaires de leur prise en charge depuis les années 60 dans les rapports d'activité annuels était avéré, les jeunes d'aujourd'hui s'apparenteraient à des «monstres» de violence. C'est cette réalité perçue et vécue qui sera mise au travail dans les groupes afin d'y apporter différents éclairages susceptibles d'expliquer — tout au moins partiellement — les conditions à partir desquelles s'étaye la construction de ce sentiment d'insécurité éprouvé par les professionnels et qui les conduit à demander à la direction d'intervenir toujours plus alors que l'accélération de l'intervention est elle-même propice au renforcement du sentiment d'insécurité.

---

[17] Échecs qui se traduisent dans les faits par le renvoi ou réorientation de l'adolescent placé.

3.1.2. Le vécu des professionnels: force de la socialisation et pénibilité du travail éducatif.

Au-delà de certains aspects concernant le poids de l'organisation du travail sur la construction de la représentation sociale de l'adolescent posé comme une altérité menaçante (Salas, 2005), les participants mettent spontanément en relation la pénibilité du travail — qui est de plus en plus perçue comme telle — avec l'usure et leur vieillissement (et au-delà d'eux, des professionnels éducatifs de l'institution en général) qui tendraient à favoriser une perception polarisée de l'altérité (on aurait d'un côté les jeunes générations et de l'autre les anciennes) et à aiguiser la sensibilité à l'insécurité. Le travail avec les groupes de professionnels a été l'occasion de souligner le fait que la prise en charge de ce type de publics ne peut guère se placer sous un autre sceau que celui de la conflictualité, voire de l'affrontement. En effet, les adolescents accueillis sont, ainsi que l'indique la consultation des dossiers, massivement confrontés à de fortes tensions intra-familiales, ils éprouvent souvent un vif malaise existentiel et manifestent vis-à-vis du placement des sentiments soit très ambivalents (ils en reconnaissent la nécessité mais éprouvent, par ailleurs, de forts sentiments de culpabilité vis-à-vis de leur famille qui les amènent à adopter des postures agressives à l'égard des personnels du foyer), soit de rejet (rejet qui peut se traduire, en premier lieu, par une transgression constante des règles de vie imposées par le foyer et par une tendance marquée à rechercher l'affrontement avec ceux supposés incarner l'autorité). Cela dit, les participants s'accordent sur le fait qu'il serait réducteur de ne s'en tenir qu'aux caractéristiques intrinsèques du profil des adolescents pris en charge pour expliquer la pénibilité du travail d'éducateur.

Il apparaît aussi, et pour ainsi dire, que les *habitus constitués* de ces adolescents heurtent bien souvent de plein fouet celui des éducateurs. Ces derniers disent se sentir profondément *maltraités*, non pas *professionnellement* mais *humainement* et cette *maltraitance* les affecte jusque dans leur vie privée. *C'est un métier*, dit l'un d'eux, *qui engendre la souffrance vivante devant soi et en soi*. Le rapport à l'*altérité* est donc, ici, vécu essentiellement sur le mode de l'*étrangeté* (*étrangeté* des normes de conduite et de langage propres aux uns et aux autres, *étrangeté* des normes qui régissent le rapport au corps et le rapport au monde) et de la *confrontation* (agressivité physique et verbale, conduites transgressives s'opposant au cadre institutionnel), confrontation d'autant plus lancinante qu'elle est, les éducateurs le savent et le disent, *consubstantielle* au métier: à la fois *quotidienne* et sans cesse *renouvelée* (il y aurait ici une identité avec le mythe de Sisyphe: on n'en sort jamais).

Par cette dynamique relationnelle, les professionnels expriment leur ambivalence à l'égard de ces publics: s'ils sont unanimement en accord avec les fonctions de protection qu'ils se doivent de remplir auprès de ces adolescents, et exposent l'*insécurité* qu'ils éprouvent face à eux. Le terme *insécurité* est à prendre, ici, dans un sens générique plutôt que restreint. Il ne renvoie pas, en effet, à un sentiment de peur qui se manifesterait face à un danger plus ou moins imminent mais plutôt à un sentiment d'angoisse face à la part d'*incertain* dans la prise en charge. Ce que les professionnels questionnent implicitement, c'est le cadre de cette prise en charge: *pourra-t-il ou non, si besoin, contenir ces publics dont on ne perçoit plus que la dangerosité potentielle?* La réponse, d'un point de vue fantasmatique, est non car le risque de l'explosion, de l'agression, de la confrontation demeure. S'il faut insister sur le caractère fantasmatique de cette réponse c'est que les effectifs d'encadrement du foyer ont quasiment été multipliés par 5 en 45 ans et les conditions de travail n'ont cessé de s'améliorer.

Un autre aspect mis à jour par les groupes de travail, et qui est en lien avec le premier, concerne l'usure des professionnels et l'instabilité des équipes éducatives qui marquent aussi le regard porté sur les adolescents pris en charge. Cette usure, les professionnels la mettent en relation:

> avec le caractère ininterrompu de la confrontation puisqu'aux adolescents difficiles avec lesquels ils ont parfois réussi à nouer des rapports apaisés succèdent d'autres adolescents difficiles;

> avec le sentiment récurrent d'*impuissance* que suscitent les difficultés d'insertion à la fois sociale et professionnelle auxquelles se heurtent ces publics;

> avec, enfin, leur propre vieillissement qui tend à rigidifier leur comportement vis-à-vis des conduites transgressives des adolescents et cela même s'ils sont plus expérimentés et donc plus armés pour faire face aux difficultés.

Les professionnels mentionnent aussi l'effet de leurs trajectoires sociales et spatiales sur leurs représentations à l'égard des adolescents. On peut souligner qu'il s'agit d'une catégorie sociale qui a connu une forte ascension sociale au regard de ses origines (Muel-Dreyfus, 1983; Vilbrod, 1995). Cette histoire sociale est confirmée par les travaux faits avec les professionnels impliqués dans les groupes de travail. Les éducateurs spécialisés ont accédé aux modes de vie des classes moyennes. Ils ne vivent plus ni ne viennent des «cités» et ne sont plus au contact quotidien des modes de vie et d'expression des jeunes. Leur ascension sociale les a insensiblement éloignés de leurs *habitus* d'origine qui sont, bien souvent, très proches de ceux des populations dont ils ont la charge.
Il faut ajouter à ces différents éléments, la difficulté pour les personnels les plus anciens, de se réorienter professionnellement, le fait qu'ils se trouvent au plus haut échelon de la grille indiciaire des salaires rendant difficile leur intégration à d'autres structures. Les professionnels attirent aussi l'attention sur la valorisation insuffisante du statut d'éducateur d'internat tant sur le plan symbolique que sur le plan financier. Les rapports d'activité des années 60 mentionnent déjà les difficultés de recrutement des éducateurs d'internat et l'importance du *turn over* de ces personnels, l'instabilité des équipes trouvant là un de ses principaux supports. Or, ce processus impacte fortement la prise en charge: le *turn over* des personnels entrave la constitution d'équipes stables et cohésives plus susceptibles de contenir les conduites transgressives des adolescents et il contribue, de ce fait, à alimenter le turn over des adolescents accueillis, l'instauration d'un lien social un peu stabilisé et apaisé s'en trouvant toujours hypothéquée.

3.1.3. La collecte des données

Le rapport à l'insécurité exprimé et analysé par les groupes de travail aurait pu en rester là si l'équipe d'intervenants avait adhéré, peut être dans le souci de complaire, au point de vue proposé par les participants aux groupes de travail. Nous l'avons vu plus haut, il se peut qu'une relation de transferts positifs réciproque (les intervenants pouvant partager avec les professionnels les mêmes sentiments à l'égard des jeunes accueillis) s'installe dans la vie du

groupe et neutralise l'évolution de la réflexion. Une manière de réduire ce risque (mais surtout d'être plus exhaustif sur le phénomène) est de reprendre ce rapport à l'insécurité et de le mettre en perspective au regard des données contenues dans différents matériaux factuels collectés telle l'analyse des rapports annuels d'activité existant depuis 1947, l'analyse des profils des jeunes accueillis (évolution des rythmes d'entrée et de sortie), évolution du projet d'établissement, des conditions de travail et des profils de poste.

L'analyse des rapports d'activités sur une période de 40 ans a permis de mettre en évidence que depuis les années 60, en effet, les personnels éducatifs de ce centre attirent régulièrement l'attention de leurs autorités de tutelle sur le profil des adolescents qu'ils estiment toujours plus violents et transgressifs. L'ancienneté de ce discours a engagé les groupes à déplacer leurs interrogations: la question n'était plus de savoir si les adolescents étaient effectivement de plus en plus violents, mais pourquoi les professionnels les percevaient comme tels. En répondant à cette question nous avons pu cerner au plus près la force du lien repérable, ici, entre *insécurité* et *altérité*, et méthodologiquement entre posture clinique et approche sociologique.

Depuis les années 60 et jusqu'en 2005, date de l'intervention, ce discours prévaut encore chez les professionnels du centre *Guy Moquet*. Pour les personnels éducatifs, le renforcement de la violence des adolescents est «un fait» indiscutable et peu discuté, les difficultés quotidiennes qu'ils rencontrent dans la prise en charge justifiant et renforçant le caractère d'évidence de ces représentations. Si l'on met en perspective les propos relatifs au profil des adolescents avec ceux relatifs à l'évolution de l'offre de service, on observe à quel point les uns font échos aux autres car, dès les années 60, les rapports alertent les autorités de tutelle sur la difficulté de recrutement des éducateurs d'internat et sur la nécessité de démultiplier les groupes de façon à aplanir les difficultés que soulève leur prise en charge. Quarante ans plus tard, et en dépit des multiples transformations de l'organisation du travail, ces difficultés de recrutement demeurent ce qui tend, par conséquent, à confirmer l'existence, dans la profession[18], d'un véritable malaise. Si ces derniers, via les rapports d'activité, attirent en premier lieu fortement l'attention sur «la dégradation» des profils des adolescents placés, ils attirent aussi simultanément l'attention sur les conditions matérielles de la prise en charge.

Pour comprendre les éléments à partir desquels s'étaye la représentation selon laquelle les adolescents seraient de plus en plus violents, nous avons appréhendé et soumis à l'analyse des groupes, des données collectées à partir de statistiques et d'entretiens qualitatifs, concernant les spécificités des adolescents[19]. La mise à plat des données montre donc que les professionnels accueillent des classes d'âge hétérogènes selon les périodes, recrutent des adolescents sur des aires géographiques de plus en plus homogènes, et que l'accompagnement éducatif s'inscrit dans une temporalité qu'on pourrait qualifier d'»inversement proportionnelle» aux problématiques à prendre en charge. Une première conclusion semble alors s'imposer: les représentations que véhiculent les professionnels sont homogènes alors que les catégories d'adolescents auxquelles elles renvoient ne le sont pas (Bourdieu, 1984). D'un point de vue logique, on peut penser que le sentiment de «dégradation» des profils tient en

---

18 Notamment celle des éducateurs d'internat.

19 Les indicateurs dont nous disposions étaient: l'âge à la date d'entrée, à la date de sortie, le motif de placement et le lieu de résidence de l'adolescent.

priorité à la multiplicité des problématiques et à leurs modes d'expression qui varient selon les classes d'âge, les lieux de recrutements et les conditions de prise en charge. Le sentiment d'accroissement de la violence pourrait ainsi être lié à la diversification des manifestations de celle-ci, l'hétérogénéité des manifestations de violence devant être mise en relation avec les spécificités de chaque classe d'âge et les modalités de son expression selon les époques et selon les origines socioculturelles et spatiales. Par ailleurs, on peut penser que le raccourcissement de la prise en charge contribue aussi à rendre plus précaire l'établissement du lien éducatif. Les professionnels considèrent d'ailleurs que ce raccourcissement des prises en charge et l'augmentation corrélative de la vitesse de rotation de ces publics contribuent à accentuer le sentiment de malaise qu'ils disent éprouver. On peut aussi soutenir l'hypothèse complémentaire que certains adolescents — aujourd'hui plus qu'avant — rodés au parcours institutionnel, optent pour des attitudes que les professionnels jugent déconcertantes voire insolentes.

Enfin, le resserrement géographique comme critère de recrutement des adolescents placés semble provoquer la réitération des modes de vie déjà à l'œuvre dans les quartiers d'origine. On assisterait, autrement dit, à la reformation de «bandes» au sein même du centre, ce phénomène étant jugé menaçant par les professionnels dans la mesure où ces regroupements apparaissent, d'une part, comme un type d'organisation parallèle et autonome par rapport à celui mis en place par le monde adulte et, d'autre part, comme un type d'organisation capable de transformer, par l'effet du nombre, le rapport de force avec le monde adulte.

De même, les groupes ont été amenés à effectuer un cadrage sur l'évolution du personnel et à l'analyser. Les éléments saillants qui ressortent de ce travail sont les suivants. Le foyer *Guy Moquet*, créé en 1947 par une association départementale, représente un des premiers foyers en France dit de semi-liberté. Conformément à l'ordonnance de 1945, il est habilité à recevoir des mineurs en danger, le régime de *semi-liberté*, ainsi que le mentionne le rapport d'activité de 1960, permettant *aux jeunes de suivre une scolarité ou de faire un apprentissage dans les écoles de la région, de travailler dans des entreprises, tout en recevant dans les groupes du centre une éducation appropriée à leur personnalité.* Le statut du centre a évolué vers celui de *foyer d'éducation surveillée, puis de foyer d'éducation spécialisée*[20]. L'offre de service du centre s'est considérablement diversifiée en cinquante ans, la capacité d'accueil, soit une cinquantaine d'adolescents, évolue peu puisqu'elle passe d'une trentaine d'enfants dans les années cinquante à cinquante sept enfants en 2005. Cette diversification doit être mise en relation avec l'évolution des lois relatives aux mineurs en danger et l'évolution de la commande sociale. Globalement, le projet d'établissement de *Guy Moquet* évolue, l'internat s'ouvre aux problématiques d'insertion scolaire, puis professionnelle, puis à celles de l'intégration des jeunes majeurs dans le tissu urbain. Ces différentes évolutions du projet concernent des subdivisions des services aussi pour faire face à la difficulté de prise en charge des adolescents réputés de plus en plus difficiles. On notera au passage que la place faite aux familles s'accentue depuis la loi de 2002. Au fur et à mesure des époques apparaissent dans la vie du foyer les psychologues, les éducateurs scolaires, les chargés d'insertion sociale et professionnelle, les psychanalystes, autant de corporations qui concourent à l'émergence de nouvelles logiques de métiers et qui produisent des diagnostics de situation des jeunes en

[20] Ces dénominations pourraient, à elles seules, faire l'objet de commentaires

rapport avec les théories au fondement de leur intervention. l'augmentation du personnel éducatif est liée en partie à la création successive de nouveaux services (Guy Moquet compte 6 éducateurs et 1 cuisinier en 1950 pour une trentaine d'enfants, pour 57 salariés dont 25 personnels éducatifs (hors cadres) en 2005), mais à travers l'énumération des missions et des postes de travail apparaît la contradiction selon laquelle l'amélioration manifeste des conditions de travail et de la prise en charge ne suffit pas à endiguer la représentation d'une dégradation des profils des adolescents accueillis et un vécu de plus en plus difficile de la prise en charge. À défaut de pouvoir être exhaustif dans le cadre de cet exposé, nous concentrerons notre propos sur deux dimensions sociologiques de ces évolutions qui semblent constitutives et susceptibles d'avoir contribué au vécu du sentiment d'insécurité. Le premier porte sur la complexification de la prise en charge qui se manifeste au travers de l'exemple du raffinement du diagnostic porté sur les adolescents. Le deuxième porte sur la spécialisation des services et l'atomisation du personnel au niveau de sa fonction.

Le vocabulaire utilisé pour caractériser les profils des adolescents va aller de pair avec l'apparition de nouvelles compétences professionnelles au sein du centre et ces dernières vont contribuer au raffinement des diagnostics portés sur les jeunes entrants (raffinement utilisé aussi, par ailleurs, pour justifier de la nécessité de se séparer d'un adolescent). Certaines contributions d'experts se centrent sur les troubles sociaux, d'autres encore sur des troubles psychiques, d'autres encore sur les troubles cognitifs etc. La multiplication des experts (psychologues, éducateurs, psychiatres, psychanalystes) contribue donc à la diversification des diagnostics mais surtout met en lumière troubles et pathologies jusque là inexistants parce qu'imperceptibles. Les compétences mobilisées rendent «visibles» l'invisible (Foucault, 2000), révèlent en les multipliant les déficiences des adolescents que les professionnels vont devoir prendre en charge. Ainsi, certains diagnostics portent l'accent sur la dimension thérapeutique, d'autres sur l'insertion, ou encore l'éducation, pendant que d'autres encore proposent une attention soutenue sur la cognition. Sans développer les dimensions contradictoires qui peuvent exister entre différents types de diagnostics, on peut imaginer la difficulté, pour les professionnels, d'intervenir sur les différentes déficiences qu'ils doivent corriger dans une temporalité elle-même de plus en plus contraignante. Les progrès réalisés dans le champ du diagnostic se cumulent les uns aux autres, activant un sentiment d'impuissance chez les professionnels qui se sentent parfois incompétents face aux problématiques à traiter. Ces problématiques sont diagnostiquées aujourd'hui grâce à ce savoir pluridisciplinaire, les adolescents se voyant attribuer des pathologies auparavant méconnues. Ils seraient donc, en quelque sorte, victimes des progrès de la connaissance, et tout se passe comme si les pathologies mises à jour ces cinquante dernières années se transmettaient, de manière cumulative, d'une génération à l'autre, participant à la construction d'une forme de «condition héréditaire de déviants dangereux»[21].

Il importe, par ailleurs et toujours dans le cadre de l'évolution de l'offre de service, de tenir compte du fait que cette représentation sociale est aussi véhiculée par les professionnels d'une génération à l'autre. Une analyse fine des entrées et des sorties du personnel montre, par exemple, que le cuisinier a fait toute sa carrière au foyer *Guy Moquet*, de même que

---

[21] Au même titre qu'Étienne Balibar parle d'une condition héréditaire d'immigrant (É. Balibar, «Uprisings in the banlieues», Lignes, numéro 23, novembre 2006, cité par R. Castel (2007).

le directeur adjoint et le précédent directeur ont, eux aussi fait une grande partie de leur carrière au centre (plus de vingt ans pour chacun d'entre eux). C'est également le cas pour le personnel administratif et le personnel de lingerie. Les anciens contribuent ainsi à la socialisation professionnelle des nouveaux venus, la sensibilisation aux conditions actuelles de travail s'effectuant à travers le prisme d'un passé très souvent teinté de nostalgie[22]. Même si, comme le montre Claude Dubar (Dubar C., 1996) la socialisation professionnelle et les représentations qui en forment le socle ne se réalisent qu'à la condition d'être reprises par le sujet en voie de socialisation, et même si l'on convient que les sujets reprennent à leur compte cette socialisation en y apposant leur empreinte critique, il apparaît, néanmoins, à la lecture des rapports d'activité successifs que les représentations des nouveaux se cumulent à celles des anciens.

Cela étant, cette construction collective de la représentation sociale des profils des adolescents est, au fur et à mesure des années, vécue sur le mode individuel plutôt que collectif. En effet, il résulte de la diversification considérable de l'offre de service (internat, scolarité, soutien extra-scolaire, service de stages en entreprises, service familles, service de suivi des jeunes majeurs en appartements en ville, activités culturelles en semaines et lors des congés, gestion du partenariat d'insertion sociale, service de relation avec les familles d'accueil etc.), outre des difficultés de coordination, une spécialisation des équipes éducatives sur des fonctions et des tâches dont les professionnels ne perçoivent pas spontanément les complémentarités et les interdépendances. Les équipes perçoivent l'entité organisationnelle comme une entité abstraite dont la légitimité dans la gouvernance s'affaiblit au fur et à mesure que les équipes ne visualisent plus quel est leur plus petit dénominateur commun, ce qui affaiblit la vision des liens d'interdépendances entre les différents services. Les professionnels, privés des informations sur la charge de travail des uns et des autres, nourrissent souvent l'idée que la leur est supérieure à celle des autres équipes, mais surtout, se sentent de plus en plus dans une situation de solitude quant à la gestion de la relation avec les jeunes. L'enrichissement et la complexité des tâches semblent paradoxalement contribuer à une forme de taylorisation de l'organisation du travail dans laquelle la perception d'un cadre institutionnel contenant s'affaiblit, ce qui favorise l'accroissement du sentiment d'insécurité face aux adolescents. Ce sentiment d'insécurité peut, en outre, se voir renforcé par les doutes que les professionnels peuvent nourrir sur leur propre capacité à établir un lien éducatif avec les adolescents, et ce d'autant plus que la diminution de la durée moyenne des séjours ne cesse de porter préjudice à la visibilité des résultats.

3.2. Le croisement méthodologique ou quand la sécurisation va de pair avec le sentiment d'insécurité

Ainsi, les sentiments persistants d'*insécurité* ont été mis en relation avec ce qui a à voir avec un processus de *sécurisation* croissante des rapports au sein même de la structure. Il nous a semblé utile de nous appuyer dans le travail avec les groupes sur la thèse de Robert Castel (Castel , 2003) qui nous engage à ne pas *opposer insécurité et protections comme si elles*

---

22 On sait que ces discours revêtent toujours une dimension narcissique et stratégique qui cherche l'adhésion de celui qui l'écoute au récit d'une période héroïque, où les difficultés sont plus vécues sur le mode de l'absence de conditions de travail plutôt que sur celui de la plainte à l'encontre des profils des jeunes. Par exemple, dans ce centre, le personnel éducatif et d'encadrement sera hébergé en logement de fonction jusqu'aux années 1975.

appartenaient à deux registres contraires de l'expérience collective. Il faut, nous dit-il, définir la *sécurité* et l'*insécurité* comme des *«rapports» aux types de protection qu'une société assure, ou n'assure pas, d'une manière adéquate*[23]. En d'autres termes, si la création, dans les sociétés contemporaines, de multiples systèmes de protections civiles et sociales a contribué à sécuriser les individus, l'existence de tels systèmes a contribué, dans le même temps et paradoxalement, à nourrir chez eux un *sentiment d'insécurité.* Pourquoi? Parce que les *attentes* que ces systèmes *font naître* risquent toujours d'être déçues dans la mesure où *ces systèmes de sécurisation [...] portent en eux-mêmes le risque de faillir à leur tâche*[24]. Ce sur quoi insiste donc R. Castel, c'est sur le fait, premièrement, que *les programmes protecteurs ne peuvent jamais être pleinement accomplis et produisent déception et même ressentiment;* et sur *le* fait, deuxièmement, que *leur réussite, même relative, en maîtrisant certains risques, en fait émerger de nouveaux. C'est,* dit-il, *le cas aujourd'hui avec l'extraordinaire explosion de cette notion de risque. Une telle exaspération de la sensibilité aux risques montre bien que la sécurité n'est jamais donnée, ni même conquise, parce que l'aspiration à être protégé se déplace comme un curseur et pose de nouvelles exigences au fur et à mesure que ses objectifs antérieurs sont en voie d'être atteints.* D'où aussi *la prolifération contemporaine d'une «aversion au risque» qui fait que l'individu contemporain ne peut jamais se sentir totalement en sécurité*[25].

En nous engageant à penser la *sécurité* et l'*insécurité* en termes de *rapports*, R. Castel nous invite aussi à considérer l'écart potentiel entre le sentiment d'insécurité que peut éprouver un individu et le danger réel qui le menace: *le sentiment d'insécurité*, indique-t-il, *n'est pas exactement proportionnel aux dangers réels qui menacent une population. Il est plutôt*, dit-il, *l'effet d'un décalage entre une attente socialement construite de protections, et les capacités effectives d'une société donnée à les mettre en œuvre.* Et de conclure: *l'insécurité serait, en somme, [...] dans une large mesure l'envers de la médaille d'une société de sécurité*[26].

4. CONTINUITÉ RELATIVE ENTRE MONDES VÉCUS ET MONDES SOCIAUX

Nous pensons avoir montré, s'agissant de comprendre et d'expliquer les conditions à partir desquelles s'étaie le sentiment d'insécurité au travail des professionnels éducatifs du foyer *Guy Moquet*, la complémentarité entre une analyse, qui, d'une part, se construit par emprunts à la posture clinique et à la démarche méthodologique de la psychanalyse ainsi qu'aux apports de Winnicott, et, d'autre part, construit son argumentation «psychosociologique» par la mise en perspective des expériences vécues avec des données factuelles contextualisées. Ce travail a permis de montrer que l'insécurité provenait d'un rapport fragile à l'altérité, mais aussi d'historiciser le sentiment d'insécurité en montrant son rapport avec la sécurisation relative des conditions de travail.

En effet, si l'on se replace dans le contexte de la prise en charge des adolescents placés, on peut considérer que les différents développements des métiers éducatifs, du management, de la coordination, ainsi que le perfectionnement global de la prise en charge des adolescents ont contribué à sécuriser les professionnels dans les relations éducatives qu'ils entretiennent

---

23 Ibid., p. 7.
24 Ibid., p. 6.
25 Ibid., p. 8.
26 Ibid., p. 7.

avec ces derniers. Dans le même temps, et paradoxalement, ces développements ont aussi contribué à nourrir, chez ces professionnels, un sentiment d'insécurité, leurs attentes risquant toujours d'êtres déçues dans la mesure où les dispositifs de sécurisation de l'acte professionnel restent faillibles. La moindre faiblesse dans le système de protection peut donc activer ou réactiver le risque d'un débordement violent de la part des adolescents. Les professionnels ne sont donc jamais sûrs de parvenir à l'objectif de sécurité. Celui-ci étant à conquérir au jour le jour. Dans la perspective psychosociologique de cette intervention, nous sommes fondés à penser que le sentiment d'insécurité au travail est virtuellement consubstantiel à l'être du professionnel éducatif intervenant auprès de ce profil de public et dans ce type de structure. En effet, l'exposition à ce qui est perçu comme une forte altérité éveille chez les professionnels un sentiment d'insécurité qui ne trouve à s'apaiser que par le renforcement d'un cadre toujours plus contenant pour les pratiques professionnels, ce cadre sécurisant alimentant par ailleurs une susceptibilité à l'insécurité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANZIEU D., MARTIN J-Y. (2007) *La dynamique des groupes restreints*, PUF.

BARUS-MICHEL J., ENRIQUEZ E., LÉVY A., (2001), *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*, Érès.

BERGER P., LUCKMANN T, (1996) [1966]; *La construction sociale de la réalité*, Éditions Armand Colin.

BERNOUX P., (1985) *La sociologie des organisations. Initiation*, Éditions du Seuil.

BLONDEL F., (2003) *Un mode spécifique d'accompagnement des personnes polyhandicapées enfants et adultes en institution: la pratique du Snoezelen*, Centre de Ressources Multihandicap «Le Fontainier».

BLONDEL F., DELZESCAUX S., (2010) *Politiques et pratiques d'accompagnement des personnes multihandicapées vieillissantes: dans les coulisses de la dépendance*, Éditions Centre de Ressources Multihandicap.

BOUILLOUD J-.P. (1997) *Sociologie et société*, PUF, notamment chapitre «Épistémologie de la réception» pp.245-275.

BOURDIEU P. (Sous la dir.) (1993) *La misère du monde*, Éditions. Seuil.

BOURDIEU P., «La «jeunesse» n'est qu'un mot», dans *Questions de sociologie*, Les Éditions de Minuit, 1984, p. 143-154.

BOURDIEU P., CHAMBOREDON J-C., PASSERON J-C., (1969), *Le métier de sociologue*, Mouton Bordas.

CASTEL R., (2003) *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?*, La Républiques des idées, Seuil.

CASTEL R., (2007) *La discrimination négative. Citoyens ou indigènes*, La Républiques des idées, Seuil.

CASTEL R., MARTIN C., (2012) *Changements et pensées du changement*, Éd. La découverte.

CROZIER M., FRIEDBERG E, (1977) *L'acteur et le système*, Éd. du Seuil.

DELZESCAUX, S., BLONDEL, F., «L'approche contextualiste et historiciste dans les processus d'évaluation internes au champ médico-social» *La Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n°8, pp 151-168, 2010.

DEVREUX G., (1980) *De l'angoisse à la méthode*, Flammarion.

DUBAR C. (1996) *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, 2ème édition.

DUBOST J., (2001) «Réflexions sur les passés de la recherche-action et son actualité», La recherche-action, perspectives internatio-

nales, *Revue internationale de psychosociologie*, n°16 et 17, p. 10.

ÉLIAS N., (1975) *La dynamique de l'occident*, Agora, Calmann-Lévy.

ENRIQUEZ E., (1995), «*Approches du for intérieur*», dans CURAPP, Le For intérieur, Paris, Presses universitaires de France, p. 11-26).

ENRIQUEZ E., HOULE G., RHÉAUME J., SÉVIGNY R. (sous la dir.), (1993) *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal, Éditions Saint Martin.

FETHI Ben SLAMA, «La question du contre-transfert dans la recherche» (1993) dans *La démarche clinique en sciences humaines*, ENRIQUEZ E., HOULE G., RHÉAUME J., SÉVIGNY R. (sous la dir.), Montréal, Éditions Saint Martin, p. 139-153.

FOUCAULT M. (1963), *Naissance de la clinique*, PUF, 2000.

GAULEJAC, V de, BLONDEL, F. et TABOADA-LEONETI, I. (2014) *La lutte des places*. Desclée de Brouwer.

GOFFMAN E., (1968) *Asiles*, Éd de Minuit.

HERREROS G. (2002) *Pour une sociologie d'intervention*, Toulouse, Érès.

JODELET D. (1989) *Folies et représentations sociales*, PUF, 1989.

JUAN, S., (1999), *Méthodes de recherche en sciences sociohumaines. Exploration critique des techniques*, PUF.

KLEIN M. (1959) *La psychanalyse des enfants*, PUF.

KLEIN M. et al. (1966) «Notes sur quelques mécanismes schizoïdes». in: *Développements de la psychanalyse*. 1946. Paris, P.U.F., pp. 274 à 300.

LAPLANCHE T. et PONTALIS J-B (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, (sous la dir. de LAGACHE D.), Paris, PUF, p. 103.

MARTUCCELLI, D., *La société singulariste*, Éditions Armand Colin, 2010.

MENDEL G., (avec JL Prades) (2002) *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*, Éditions La Découverte (coll. Repères).

MUEL-DREYFUS F., *Le métier d'éducateur*, Les Éditions de minuit, 1983.

RHÉAUME J. (1993) «Dimensions épistémologiques des liens entre théories et pratiques» dans ENRIQUEZ E., HOULE G., RHÉAUME J., SÉVIGNY R. (sous la dir.) *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal, Éditions Saint Martin.

RHÉAUME J., SÉVIGNY R., (1988) *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale*, tome I, Les pratiques alternatives: du groupe d'entraide au groupe spirituel, tome II, La pratique psychothérapeutique: de la croissance à la guérison, Montréal, Éditions St-Martin, 222 p. et 214 p.

SALAS D., *La volonté de punir. Essai sur le populisme pénal*, Hachette Littératures, 2005.

TRILLING L. (1994) *Sincérité et authenticité*, Collège de philosophie, Éditions Grasset.

VILBROD A., *Devenir éducateur, une affaire de famille*, Éditions L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1995.

WEBER M., (1992), *Essai sur la théorie de la science*, Éditions Plon.

WEBER M., (1995) *Économie et société*, Tome 1; «les catégories de la sociologie» (1922), Éditions Plon.

WINNICOTT, D. W. (1975) *Jeu et réalité, Éditions Gallimard*, Paris