

## CONCLUSION

**Mireille Cifali et Florence Giust-Desprairies**

*in* Mireille Cifali et Florence Giust-Desprairies , *Formation clinique et travail de la pensée*

**De Boeck Supérieur | Perspectives en éducation et formation**

**2008**

**pages 149 à 152**

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/formation-clinique-et-travail-de-la-pensee---page-149.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Cifali Mireille et Giust-Desprairies Florence, « Conclusion », *in* Mireille Cifali et Florence Giust-Desprairies , *Formation clinique et travail de la pensée*  
De Boeck Supérieur « Perspectives en éducation et formation », 2008 p. 149-152.  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## C O N C L U S I O N

*Mireille CIFALI*<sup>1</sup>

*Florence GIUST-DESPRAIRIES*<sup>2</sup>

### ***Les conditions du travail de pensée : un cadre et un dispositif***

Chacun des auteurs s'est référé, pour évoquer le travail de pensée, au dispositif qui l'a rendu possible. L'approche clinique a la spécificité de construire la pensée à partir d'une pratique à l'intérieur d'un dispositif. Les dispositifs évoqués sont pluriels, mais ils ont néanmoins des constantes : définition précise d'un cadre qui structure les modalités de relation et d'échange et constitue la structure, comme espace sécurisé de contraintes et de possibilités, dans laquelle se déroule le processus d'analyse. C'est à l'intérieur de ce cadre, qui est à distinguer du cadre institutionnel dans lequel prend place le dispositif proposé, que des règles sont énoncées et que se délimite l'espace-temps du travail clinique. Le dispositif désigne les modalités particulières du travail qui s'engage. Il n'est pas seulement une méthode ni une technique. Il est l'appareillage visible d'une épistémologie et engage celui qui le met en place.

Les dispositifs évoqués ont leur pertinence dans le contexte institutionnel dans lequel ils s'inscrivent. Certains sont classiquement cliniques : groupe Balint, groupe d'analyse clinique groupale ; d'autres relèvent de ce qui est désigné communément par « groupes d'analyse de pratiques » mais dans une orientation clinique ; d'autres enfin introduisent des modalités qui se réfèrent à la démarche clinique dans des structures classiques de transmission comme celle du séminaire ou du cours.

---

1 Université de Genève, Suisse.

2 Université de Paris VII Diderot, France.

## ***Du dispositif à la mise en mouvement de la pensée***

La démarche commune des auteurs est de présenter des dispositifs qui mettent en travail un groupe. La visée concerne l'essor d'une pensée élaborative pour chacun des participants. Toutefois, celle-ci advient dans un « penser ensemble » rendu possible par la dynamique groupale. La pensée groupale est différemment sollicitée selon l'orientation disciplinaire, par exemple psychanalytique ou sociologique ou psychosociologique.

Faut-il revenir ici sur la frontière entre site thérapeutique et espace de formation ? Les dispositifs présentés sont tous liés à un contexte professionnel. L'engagement des participants se présente différemment selon qu'il s'agisse d'une volonté, de leur part, de s'inscrire dans une démarche dont ils savent qu'elle requiert une disponibilité aux contenus psychiques ou d'une démarche dans laquelle ils se retrouvent impliqués et dont ils découvrent peu à peu ces implications.

## ***La subjectivation de la pensée***

Parce qu'ils portent leur attention sur la qualité de la pensée mise en mouvement chez ceux avec lesquels ils engagent un travail d'élaboration, les auteurs ne peuvent manquer de réfléchir à la particularité de leur accompagnement et au travail de penser du clinicien qui ne sont pas sans effet sur la possibilité ou non de la mise en mouvement de la pensée des professionnels ou des étudiants.

Si évoquer une pensée professionnelle fait généralement référence à la rationalité, à l'exercice d'une conscience et d'une raison, le travail clinique exige que le sujet qui pense soit en contact avec ses propres contenus psychiques ; qu'il soit attentif pour lui-même comme pour ceux à qui il offre son dispositif, aux liens qui se tissent entre les différents registres de la pensée : d'un côté, les émotions, les affects, les représentations ; de l'autre, la réflexivité dans ses dimensions analytiques et critiques. C'est, de notre point de vue, une des caractéristiques du travail de pensée clinique : ne pas mettre hors de la pensée les sentiments éprouvés dans l'action ; lier émotions à recherche de rationalité ; passer par l'expression des sentiments pour engager la pensée.

Le corps lui aussi est présent dans la pensée comme siège des émois, des humeurs, des symptômes, de l'activité pulsionnelle. Il est engagé dans l'action et la pensée de cette action. Tous les textes en témoignent et font la démonstration que le registre des émotions est requis pour que du sens inédit advienne, pour qu'une interprétation opère.

## ***Une analyse compréhensive théorisée***

Chacun, à sa manière, s'est efforcé de montrer comment l'expérience d'une pensée qui ouvre la conscience à des contenus évités, méconnus ou

déniés, une pensée qui travaille la part inconsciente des intentions et des conduites et lève le clivage entre rationalité et intériorité, aide les professionnels à sortir d'une idéalisation de la maîtrise des situations et de l'anxiété corrélative qu'ils développent dans leurs pratiques de soin, d'éducation et de transmission. Qu'ils s'attachent exclusivement aux processus psychiques ou qu'ils resituent ces derniers dans une approche pluri-dimensionnelle, les auteurs ont abordé différemment leur cadre conceptuel. Certains ont situé leurs choix, d'emblée comme préalable à la présentation du dispositif ; d'autres ont opéré des développements conceptuels chemin faisant, dans le cours de leur présentation clinique ; d'autres enfin ou les mêmes, à d'autres moments, précisent leur position épistémologique et théorique au cœur de l'analyse qu'ils font des processus.

Si tous les auteurs s'attachent à la singularité des situations et des histoires, le débat s'engage sur la montée en généralité des connaissances produites par leurs approches. La plupart défendent qu'il est possible de prétendre, non à la généralité mais à l'universalité concernant le registre des processus appréhendés dans l'exigence du travail de singularité. Certains voient la validation dans le déplacement opéré de la capacité d'argumentation et de confrontation des différentes interprétations possibles d'une situation.

### ***La mise en mouvement de la pensée à l'intérieur d'un groupe***

Nous avons vu, à partir des différentes expériences relatées, que mettre en mouvement la pensée est un processus difficile, long, semé d'obstacles. La temporalité du changement n'est pas linéaire ; on y rencontre des défenses, des inerties, des résistances psychiques, mais aussi des difficultés, des empêchements propres à la dynamique groupale, institutionnelle et aux cultures et contextes sociaux et professionnels propres à chaque situation. Cette mise en mouvement n'éluide pas la souffrance de penser, la difficulté à se dégager des assujettissements de la pensée aux autres internes/externes. Elle exige du clinicien des capacités de contenance et d'étayage, condition pour que puissent être traversées les turbulences associées à la remise en cause des constructions antérieures qui présidaient au regard porté sur le monde.

Les auteurs soulignent les effets d'une pensée en travail : effets de changement, d'évolution, de transformation du sujet dans sa réflexion, sa représentation, son action. Toute entreprise de formation vise une transformation. Ce qui spécifie l'approche clinique, c'est d'investir le temps comme condition essentielle du processus de transformation. La plupart des textes montrent des dispositifs qui se déroulent sur une, voire plusieurs années. Cette conception du temps est à contre-culture des accélérations actuelles et de ce culte de l'urgence où les professionnels, qu'ils exercent dans les domaines du soin, de l'éducation ou de la formation sont, comme les autres, attendus sur une efficacité calculée à partir d'un rapport serré entre temps, coût et résultat. L'essor et la valorisation sociale des thérapies et des formations brè-

ves rendent fragile, institutionnellement, une démarche dans les conditions effectives des organisations qui s'établissent sur un temps fractionné, des décisions dans l'urgence, un envahissement des logiques gestionnaires entravant lourdement la capacité de pensée.

Dans ce contexte, les bénéfices de ce travail sont-ils seulement intérieurs ? Construction d'une estime de soi, réhabilitation narcissique ? Les situations présentées montrent au contraire que les effets dont témoignent les participants touchent également leur façon d'agir, de penser dans l'action, de penser leur action, et d'être plus à même d'éviter les impasses destructrices, les situations qui s'enkystent, les logiques déshumanisantes.

### ***Une éthique à l'épreuve du lien***

Cette invitation à une pensée qui instaure une levée du clivage entre affects et raison, entre intériorité et extériorité comprend inévitablement une dimension éthique.

Faut-il concevoir la dimension éthique comme spécificité d'une pensée ? La question des valeurs, des dispositions, du rapport à l'autre comme du rapport à soi se pose tôt ou tard. Mais, pour le clinicien qui répond à une demande instruite par un malaise, une souffrance, un désir de changement, cette position éthique ne se suffit pas de la conviction de valeurs énoncées. Elle est une éthique de la finitude (Enriquez, 1997) qui accepte le questionnement continu, la remise en cause, la prise de conscience de ses limites, le travail d'élaboration poursuivi, le deuil des illusions. Questionnement qui se fait, en actes, dans l'épreuve du lien que constitue chaque fois le site clinique.