

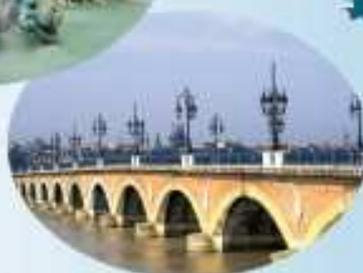
10^{èmes} Journées nationales de formation
des personnels des SESSAD

SESSAD, projets et territoires

Un assembleur de ressources
pour le projet de la personne

12, 13 & 14 Novembre 2012

Palais des Congrès
Bordeaux



SESSAD 2012

sessad, ssad, safep, sseffis, saais, sessad/itep



Prendre soin à domicile : du *nomadisme* au *délogement*, les enjeux d'un groupe soignant

Pascal ROMAN

Professeur de Psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse à l'Université de Lausanne, Auteur d'un ouvrage écrit en collaboration avec J.J. ROSSELLO « Le SESSAD, une institution nomade », Edition Erès, Février 2011

J'aimerais introduire mon propos avec un fragment du dernier ouvrage de O. Adam (2012), *Les lisières* :

« Nous avons vécu dans ce quartier dix ans et sans qu'on ait rien vu les choses avaient changé, les quincailleries avaient fermé les unes après les autres, remplacées par des magasins de créateurs, des galeries de design, des restaurants branchés. J'avais le sentiment d'avoir perdu le contact. Je ne pouvais m'empêcher de penser qu'en dépit des mots les choses s'étaient inversées : le centre était devenu la périphérie. La périphérie était devenue le centre du pays, le cœur de la société, son lieu commun, sa réalité moyenne. Partout s'étendaient des zones intermédiaires, les banlieues n'en finissaient plus de grignoter les champs, au milieu des campagnes surgissaient d'improbables lotissements pavillonnaires. La périphérie progressait à l'horizontal, s'étendait à perte de vue, mangerait bientôt la totalité du territoire. Oui, cela ne faisait aucun doute, la périphérie était devenue le cœur. Un cœur muet, invisible, majoritaire mais oublié, délaissé, noyé dans sa propre masse, dont j'étais issu et que je perdais de vue peu à peu » (p. 37-38).

On peut entendre tout à la fois une forme de nostalgie de ces configurations urbanistiques organisées autour d'un centre fort et explicite (« la périphérie était devenue le centre du pays »), et une inquiétude face au vacillement auquel confronte cette nouvelle réalité (« cœur muet, invisible, majoritaire mais délaissé »)...

En lisant O. Adam, j'ai pensé à cette mutation extraordinaire introduite par le développement des pratiques à domicile, et des Sessad en particulier : mutation des repères institutionnels, mutation des pratiques auprès des enfants et des adolescents et des pratiques en équipe, mutations des alliances et des partenariats professionnels... Quand le « centre devient la périphérie et la périphérie le centre », quand le cœur de nos pratiques quitte le confort du giron de l'institution-mère centrale pour risquer la rencontre des banlieues institutionnelles qui viennent occuper le devant d'une scène institutionnelle inédite... Du nomadisme au délogement.

Il me faut maintenant tenter de situer mon propos dans la thématique des Journées du Sessad : « Sessad, projets et territoire : un assembleur de ressources pour le projet de la personne ». J'ai bien aimé la référence à la notion de *territoire* et à celle de *géographie* à laquelle cette notion renvoie : géographie des pratiques, géographie des ressources, géographie des collaborations autour de l'enfant ou de l'adolescent, géographie des liens au sein de l'équipe – des équipes, ce que j'appelle ici le *groupe soignant*.

Nomade ?

Mon titre se veut l'écho de cette préoccupation géographique de vos journées : *du nomadisme au délogement*... et reprend aussi le titre de l'ouvrage à écriture collective que j'ai co-dirigé avec J.-J. Rossello (2011) dans le contexte d'une recherche-action menée il y a quelques années – et pendant quelques années – avec l'équipe d'un Sessad tout

nouvellement créé qui avait inscrit dans son projet la volonté d'accompagner l'inauguration de cette nouvelle pratique d'une démarche réflexive...

Sans doute n'est-il pas indifférent que ces métaphores spatiales aient été convoquées dans le contexte de cette recherche-action : le Sessad dans lequel elle s'est déroulée est un service issu d'un établissement (IR - Itep) dont une partie de l'équipe s'est détachée pour investir une nouvelle pratique, *à domicile*. Outre le vécu *nomade* de cette nouvelle pratique, le sentiment de se trouver délogé – au propre comme au figuré – a ouvert un champ d'exploration du *sens* de la pratique à domicile. La référence au *délogement* comme un levier, comme un analyseur, pour appréhender une psychodynamique des pratiques, pour tenter de penser les pratiques à domicile dans la double perspective des enjeux institutionnels et praticiens (P. Roman, 2011).

Mais quelle représentation appelle ce terme de « nomade » ? Je propose ici de faire un pas de côté, de changer de point de vue, pour donner la parole aux ethnologues et anthropologues et à ce qu'ils ont à nous apprendre sur le nomadisme. Contrairement aux idées reçues, le nomadisme est une pratique qui organise une géographie des déplacements, des liens, des échanges, des ressources...

Nous avons tenu à mettre en exergue de notre ouvrage une brève notice précisant le sens du nomadisme : « Pour raison de survie et pour que la médiation sociale puisse s'organiser correctement, les sociétés nomades, plus que les sociétés urbaines, ont besoin d'un territoire bien délimité. C'est à l'intérieur de ce territoire que l'espace vital est organisé : pâturages, points d'eau, campements. Les nomades, contrairement aux idées reçues, parcourent le même trajet à chaque saison et occupent le même lieu. La langue arabe classique (très influencée par le mode de vie des nomades dit « *bédouins* »), emploie la racine *DWR*, prononcée *dawara*, pour désigner à la fois les territoires au sens large aussi bien que des espaces plus restreints, et le fait de tourner et revenir au lieu de départ. Le sens premier de ce mot est tourner en boucle, partir et revenir, faire le tour, par extension « rechercher ». Ce mot désigne aussi un chef-lieu (Diyarbakir au sud-est de la Turquie, *le chef-lieu de la tribu de Bakr*), le couvent *dayr*, la maison *dâr*, et un clan *dâr*. Il a aussi le sens de « nomadiser, parcourir ». C'est de cette racine qu'est issu le mot « cercle »¹.

« Partir et revenir », « organiser la médiation »... voilà bien des projets auxquels le Sessad peut souscrire dans le déploiement de ses pratiques.

On peut rapidement rappeler que l'invention des Sessad s'inscrit dans un contexte politique qui privilégie ce que l'on peut appeler (et ce que j'appellerai à différents reprises), les pratiques hors-les-murs : à des accueils ou des dispositifs continus (hébergement, appui sur le quotidien) se substituent des accueils ou des dispositifs discontinus (séquentiel, appui sur des modalités de séance – individuel, groupe) en privilégiant le travail *à domicile*. Cette évolution concerne de nombreux champs dans le secteur médico-social : celui de la psychiatrie adulte ou infanto-juvénile, avec le développement de pratiques *de secteur*, celui de l'éducation spécialisée avec les pratiques de *milieu ouvert*, celui du soin somatique avec les *hospitalisations à domicile*, celui de l'accompagnement social... la *visite à domicile*, apparaissant comme le modèle de référence pour ces *nouvelles* pratiques.

¹ - Ce commentaire est emprunté aux travaux de Saba Farès, épigraphiste, maître de conférences, département d'arabe, Université Nancy 2

On sait que la *visite* à domicile (ou plus précisément *travail* à domicile) prend des formes élargies dans les pratiques en Sessad. En effet, le soin à domicile requiert un mode d'alliance spécifique, au regard des fantasmes d'intrusion qu'il contient. A ce titre, la dimension novatrice du Sessad, tient tout particulièrement à sa capacité d'inventer des modes de prise en charge alternatifs, en mesure de contenir les mouvements exacerbés par la mobilisation de l'intime (des intimes) dans le rapproché qui se joue au sein du domicile du patient et/ou de sa famille.

Nomadisme, délogement et groupe soignant : un triple risque pour les pratiques en Sessad

On a pu repérer, au fil des rencontres et de l'accompagnement des professionnels, que travailler en Sessad, c'est davantage que dans tout autre institution, accepter un triple risque :

- le risque du *nomadisme*, en ce qu'il organise une géographie professionnelle dans l'incertitude spatiale de l'engagement, liée au caractère hors-les-murs des pratiques professionnelles et institutionnelles ; cette incertitude se double néanmoins d'une suffisante assurance des parcours qu'implique le soin à *domicile* d'un enfant ou d'un adolescent : où le soin s'exerce-t-il ? Comment les déplacements – de l'enfant, du professionnel s'organisent-ils ? Selon quel rythme ? Dans quelle inscription de la réalité quotidienne de l'enfant ? De sa famille ? Du professionnel ? De son équipe ?
- le risque du *délogement*, c'est-à-dire le risque de se départir d'une posture normative du soin (appelée par les prescriptions des autorités scientifiques, en appui sur une référence généralisée et servile au DSM², ou par les prescriptions des autorités politiques, avec les projets de repérage des troubles des conduites dès 3 ans³), au profit d'une intervention dans le respect de la position du sujet dans son individualité, sa singularité et sa complexité ; le risque du délogement, c'est aussi le risque d'une posture qui se départit d'une sécurité et d'un *confort* liés à la référence aux *murs soignants*, pour investir l'inconnu des *périphéries du soin* : quel repère pour une pratique *délogée* ? Quelle implication en termes de dispositifs de soin (dispositif groupal ou individuel, dispositif du quotidien ou de séance) ?
- le risque d'une redéfinition du groupe soignant, considéré au sens de M. Sassolas (1999) comme
« (...) ensemble structuré – le groupe soignant – existe à partir du moment où le patient rencontre plus d'un interlocuteur, et que ceux-ci sont en lien les uns avec les autres. Lorsque ces liens interpersonnels sont structurés en un dispositif suffisamment clair pour être décodable par ses utilisateurs, ils deviennent autant de repères que ceux-ci peuvent utiliser puis intégrer » (p. 10).

Une telle redéfinition du groupe soignant dans le cadre du Sessad peut être décrite à partir du paradoxe selon lequel le groupe soignant en Sessad, constitue le repère principal alors même qu'il est par définition le plus souvent *absent* ou *absentifié* de la pratique des professionnels (au regard d'une pratique le plus souvent solitaire, de type séance) ; à cet égard, on pourrait dire que la pratique en Sessad repose sur la capacité des professionnels à construire le groupe soignant comme un objet interne suffisamment sûr pour constituer dans l'absence, une présence / référence suffisamment structurante.

² - Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders, bible des pratiques psychiatriques positivistes référées à l'*evidence base médecine*, et fossoyeur d'une approche humaniste

³ - référence à une étude menée par l'Inserm en France (2005) dont l'une des préconisations porte sur la nécessité d'un dépistage précoce de signes qui, chez le petit enfant, auraient une valeur prédictive quant à l'émergence de comportements violents dans le fil de son développement...

Les figures de l'institution

On l'aura sans doute compris, si mon point d'intérêt se porte ici sur l'institution Sessad dans sa spécificité, il s'inscrit de manière plus large sur les aménagements que les institutions (les équipes) inventent, au plan des alliances inconscientes et au plan des dispositifs, pour faire face à la rencontre des problématiques qu'elles ont à accueillir, accompagner, et pour traiter ces problématiques... et ce sont ces aménagements que je nomme « figure de l'institution ». Ici, pour ce qui nous intéresse dans le cadre du Sessad, le point crucial est celui du déplacement « du centre à la périphérie » pour reprendre la formulation d'O. Adam, déjà citée, et il faudrait sans doute ajouter aussi l'enjeu propre au type de *pathologie* accueillie : trouble du comportement et déficience intellectuelle pour le Sessad avec lequel j'ai travaillé... ces modalités psychiques auxquelles font écho des enjeux dans le registre du narcissisme, c'est-à-dire de l'identité. C'est pour rendre compte de cette problématique singulière que j'ai proposé la *figure du délogement* qui vient témoigner du vacillement des repères dans les pratiques à domicile...

Dans d'autres institutions, le point nodal sera celui du traitement de la violence (figure de l'otage), du traitement de l'idéal (figure du sacrifice), du traitement de la différence (figure de la perversion) ou de la perte (figure du désespoir). Chacune de ces figures a une structure biface, elle contient en elle-même des aspects organisateurs et désorganiseurs, structurants et aliénants, j'essaierai de le montrer à partir de la *figure du délogement*.

Repenser les organisateurs des pratiques

La référence à la métapsychologie, terme inventé par S. Freud pour démarquer son approche d'une psychologie positiviste, centrée sur l'étude du comportement, peut paraître bien ambitieuse lorsqu'il est comme ici question de clinique institutionnelle. J'aimerais rappeler ici que la métapsychologie est pour S. Freud une fiction, qui tente de rendre compte de la dynamique de l'appareil psychique individuel, et qui permet, par analogie, de rendre compte de la dynamique de l'appareil psychique institutionnel dans le prolongement des travaux de R. Kaës (1987, 2009) et de P. Fustier (2008) sur le groupe et l'institution. Dans *métapsychologie*, la racine *méta* signale un regard qui vise à dépasser une appréhension factuelle de la réalité, pour tenter d'en approcher une compréhension processuelle, et généralisable.

L'approche de la métapsychologie consiste, classiquement, à penser les organisateurs psychiques selon un triple axe ou une triple déclinaison : topique (qui fait référence à l'organisation spatiale de l'activité psychique), économique (qui fait référence aux flux d'énergie qui y sont engagés) et dynamique (qui fait référence aux tensions en présence dans l'activité psychique). La référence à ce triple point de vue me semble pertinente pour tenter d'analyser ce qu'il en est de la spécificité des pratiques à domicile.

Le premier schéma propose la représentation des différentes déclinaisons des pratiques et/ou des organisateurs psychiques des pratiques :

- *topique*, qui témoigne de la délimitation de l'espace (dedans / dehors, Sessad / non-Sessad, professionnel / non-professionnel...)
- *économique*, qui rend compte de la circulation d'énergie qui sous-tend les modalités d'investissement de l'espace (des espaces), en référence à la spécificité des dispositifs mis en oeuvre
- *dynamique*, qui signe le conflit autour du mode *d'habitation* des limites : les franges, les marges, les interstices

Le second schéma, quant à lui, propose une figuration du double ancrage d'une métapsychologie des pratiques à domicile, et de la tension (des conflits, signes de vitalité psychique mais parfois aussi d'empêchement) qui accompagne ce double ancrage :

- le dedans / dehors du soin – des pratiques (représenté par la position incluse / exclue du cercle) : Sessad *versus* partenaires
- la face interne / externe des références conceptuelles (représenté par la place dans la polarité du cercle) : spécificité des choix du Sessad (soutenus au plan institutionnel) *versus* contexte de l'environnement

Au fond, pour apprécier les organisateurs psychiques des pratiques à domicile (les enjeux des pratiques à domicile), il s'agit d'apprécier la manière dont elles se déclinent selon le triple registre topique / économique / dynamique. C'est ce triple registre qui va maintenant être décliné.

Topique des pratiques à domicile

Trois aspects principaux peuvent être appréhendés pour soutenir une appréhension de la topique des pratiques à domicile :

- la différenciation de la place de l'institution Sessad au sein des dispositifs : le Sessad est-ce un CMP bis, une école spécialisée, une institution de rééducation ? Rien de tout cela bien sûr, et en même temps un peu de tout cela, tant la dimension de la créativité est inhérente à une institution qui non seulement s'invente dans les premiers temps de son développement, mais qui doit chaque jour inventer sa pratique en appui sur les compétences des métiers de base de l'équipe pluridisciplinaire des professionnels qui la composent : chacun doit en quelque sorte ré-inventer son métier, *hors-les-murs* de sa pratique habituelle, l'éducateur, l'assistant de service social, le psychologue, le psychiatre, et même la secrétaire...
- l'identification des dispositifs de soin : comment situer les dispositifs de soin ? En fonction de leur inscription géographique (quel est à ce titre le statut des locaux du Sessad) ? En fonction de l'intervention d'un professionnel du Sessad (risque de personnalisation de la conception de la prise en charge) ?
- la délimitation professionnel – privé qui pose la question des frontières : de quelle manière l'investissement d'espaces autres que ceux de l'institution (délimitée par ses *murs*), expose le professionnel ? Un trajet en voiture dans le véhicule du professionnel ? Une rencontre au domicile de la famille, ou au *domicile de l'enfant* ? L'enjeu sous-jacent est celui du risque de fragilisation des frontières propre à la rencontre de l'intime – de l'autre, de soi, et à la dynamique qui s'instaure à partir de là (cf. la notion de don ambigu de P. Fustier, et de l'interprétation du don)...

Economie des pratiques à domicile

Quatre aspects viennent interroger l'économie des pratiques à domicile :

- le Sessad et le *domicile* de l'enfant : la question du *domicile* de l'enfant ouvre sur les enjeux économiques, au sens de l'économie psychique... même si l'économie au sens marchand n'est jamais bien loin dans les choix institutionnels (il ne faut pas non plus être dupe ! ?). L'investissement du *domicile* de l'enfant, c'est-à-dire des lieux qu'il investit de manière privilégiée au-delà de son *domicile domiciliaire*, celui de sa famille le plus souvent : le lieu du scolaire, le lieu culturel ou sportif... en faisant le pari que là peut se jouer un lien propice au soin et/ou au prendre soin. Ce choix d'élargir la notion de *domicile* porte en lui le risque (à identifier, à assumer) d'effets

de confusion ; si le lieu de vie est aussi le lieu de soin, comment maintenir une différenciation entre les espaces ? Si le soin est donné au sein de l'école par exemple, ce choix d'investissement *économique* de la pratique à domicile pourrait alors concourir à un écrasement de la topique du soin,

- l'occasion du déplacement peut être considérée comme un *moteur* du soin, situation au décours de laquelle les professionnels se trouvent confrontés à ce que je nommerais le *paradoxe de la liaison*. Là où le professionnel se trouve engagé dans une démarche qui valorise la liaison ou la re-liaison (déplacement en direction des différents *domiciles* de l'enfant par exemple), il prend à nouveau le risque de la confusion du fait de la séduction contenue dans l'offre faite à l'enfant... tout particulièrement si le professionnel utilise son véhicule personnel, chargé des indices de son propre intime qui ouvre potentiellement sur une actualisation du fantasme de séduction (« un enfant est séduit par l'adulte », S. Freud, 1919),
- l'investissement des pratiques professionnelles, dans une pratique en Sessad, met l'accent sur des dispositifs de type *séance* en délaissant les pratiques de type *quotidien* : là où le *vivre avec* du quotidien fonde la relation de soin *dans les murs* de l'institution (modèle internat), le *rendez-vous ponctuel* devient la norme dans les pratiques hors-les-murs. Les enjeux de séduction liés au *corps-à-corps* avec l'enfant dans le quotidien partagé se déplacent sur l'invitation à une rencontre duelle initiée par l'adulte...
- enfin, si bien souvent les outils de travail de l'équipe en institution *classique* prennent appui sur des dispositifs *institués*, portés par l'institution au fil des transmissions, alors que les pratiques à domicile mobilisent davantage l'investissement d'une énergie psychique au bénéfice de dispositifs *spontanés, inventés*, au risque de l'engagement personnel du professionnel et des dérives qu'il contient...

Dynamique des pratiques à domicile

On pourrait dire que l'enjeu de la dynamique des pratiques à domicile se situe dans la capacité de l'institution / de l'équipe / des professionnels à transformer une pratique des *lisières* (on peut à nouveau se référer à O. Adam) à une pratique de *l'intermédiaire*, au sens où la catégorie de l'intermédiaire (en suivant les propositions de D.-W. Winnicott, 1957) qui ouvre sur le déploiement de la créativité. A cet égard il est important de pouvoir travailler sur ce que l'on peut appeler les espaces-limites de la subjectivité : il s'agirait en effet de maintenir la tension entre les différents registres d'espaces au sein desquels les professionnels tentent de construire leur pratique :

- *l'extériorité*, avec le choix de l'investissement du dehors du lieu signifiant de l'institution Sessad : le domicile familial, le lieu de loisir...,
- la *marge*, avec le choix de dispositifs qui épousent les incertitudes des frontières de l'enfant ou de l'adolescent : rencontrer l'enfant ou l'adolescent dans un lieu institutionnellement indéfini, le café par exemple, déambuler avec l'enfant ou l'adolescent dans un lieu informel...,
- *l'interstice*, avec l'investissement d'espaces-temps *hors-nomenclature* en termes d'acte soignant : le transport d'un lieu à un autre, déjà évoqué, la salle d'attente...

L'hypothèse serait que l'investissement de l'intermédiaire contribuerait à construire le *territoire nomade* du point de vue des professionnels (construire des repères dans un contexte qui semble échapper aux repères), et viserait à transformer les vécus d'exclusion

de l'enfant ou de l'adolescent (exclusion subjective, familiale, scolaire, sociale...) en ressources, au service de l'investissement d'une position réflexive, narcissiquement soutenue, au service d'un délogement des effets d'aliénation et/ou de séduction, inhérents à la rencontre avec l'institution, qu'elle se situe dans ou hors les murs.

Le paradoxe du délogement dans les pratiques à domicile

Au fond, c'est à un triple paradoxe auquel confronte la *figure du délogement* pour le professionnel dans les pratiques à domicile :

- *le paradoxe de la référence à l'équipe* : l'équipe, comme nous l'avons dit, est renvoyée, au quotidien, à une absence du groupe soignant du fait de l'investissement privilégié des pratiques de séance, hors-les-murs pour une bonne part ; et dans le même temps, la dimension fédératrice / référentielle de l'équipe s'avère tout particulièrement essentielle au soutien de cette pratique (double mouvement du centre à la périphérie et de la périphérie au centre)
- *le paradoxe de l'exclusion – inclusion* : pour garantir leur affiliation au sein du groupe soignant, les professionnels doivent accepter, voire supporter, d'investir une posture de suffisante non-affiliation, contenue dans la *figure du délogement* ; le groupe soignant se spécifie ici du risque d'aliénation auquel confronte la figure du délogement : se séparer, est-ce se perdre, ou se séparer, est-ce exister ?
- *le paradoxe de l'accueil des enfants et des adolescents en Sessad* : dans les institutions de l'éducation spécialisée (de type internat), on a pu mettre en évidence, avec les travaux de P. Fustier (2008) en particulier, les risques d'un accueil inconditionnel et total de l'enfant qui viserait à répondre à l'ensemble de ses besoins (ce que P. Fustier nomme une institution du « manque-à-combler ») ; dans une institution discontinue comme le Sessad, le risque ne serait-il pas, en contrepoint, celui d'un accueil entaché par la fragilité qu'engendre la position nomade qui, si elle l'est pas construite, organisée et structurée de manière suffisamment sécurisée, placerait l'enfant dans le destin peu enviable d'un SDF ou d'un apatride ?

Perspectives

J'aimerais terminer avec une référence à P. Handke, référence littéraire qui nous aider à penser la clinique, et plus particulièrement à son ouvrage *Mon année dans la baie de personne* (1994), roman-fleuve construit sur la déambulation du narrateur, déambulation qui organise, topoïse les différents investissements de l'espace en une géographie structurée et structurante, *fond muet* permettant le déploiement des interactions.

Dans les pratiques de l'éducation spécialisée, la nouvelle géographie ouverte par l'investissement du domicile se trouve contrainte par la nécessité de prendre soin d'enfants et d'adolescents dont l'une des principales caractéristiques est, comme aurait pu le dire R. Misès, d'avoir manqué de soin, ou d'avoir manqué du manque. Prendre soin des déambulations des professionnels, des équipes, des enfants et des familles, constitue alors tout à la fois le fond-muet et le pivot d'un dispositif de soin à domicile, au prix de l'exigence d'une vigilance robuste / tenace. C'est à ce prix que ces pratiques peuvent s'inscrire dans une éthique du sujet, entre soigner et prendre soin. Autrement dit, c'est de la tension assumée entre délimitation et exploration du territoire, entre institutionnalisation et invention des pratiques, entre accueil inconditionnel et discontinuité de l'investissement, que peut se construire une authentique pratique de soin en Sessad, paradoxalement référée

à un *centre* représenté par le groupe soignant, et à une *périphérie* qui se décline du nomadisme au délogement.

Une butée des pratiques à domicile peut être décrite à partir de la figure du *squatt* dont on pourrait dire qu'elle traduirait l'écueil du montage subtil requis par le paradoxe du soin. Dans le *squatt*, transparaît tout à la fois la notion de contrainte (un domicile dans lequel on s'impose) et de précarité (l'expulsion, référée à une contrainte externe se substitue au *délogement*, conçu ici du point de vue de la posture psychique). Ainsi, la figure du *squatt* constituerait-elle le contrepoint de la figure du délogement, et elle en signale le *risque*. C'est donc à une forme d'inconfort qu'appelle la pratique spécifique en Sessad, entre nomadisme et délogement, inconfort qui consiste à remettre en jeu les certitudes du *prêt-à-porter* des parcours professionnels et institutionnels et à se risquer à l'invention de nouveaux dispositifs d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent *sur mesure*. C'est à ce prix qu'une pratique éducative-soignante peut se déployer à domicile, dans le projet de soutenir un travail de symbolisation (de mise en sens), en appui sur des repères suffisamment partagés entre professionnels, au bénéfice des enfants et des adolescents accueillis. Ce travail de symbolisation, dont le jeu de la bobine décrit par S. Freud (1920) peut être considéré comme un modèle (lancer – ramener l'objet, jouer sa disparition et son retour...), se trouve engagé dans la construction du territoire nomade. *Partir-revenir*, comme le propose le beau titre de la dernière livraison des Libres cahiers pour la psychanalyse⁴...

Bibliographie

- Adam, O. (2012). *Les lisières*. (Paris) Flammarion
Fustier, P. (2008). *Les corridors du quotidien*. (Paris) Dunod
Handke, P. (1994). *Mon année dans la baie de personne*. (Paris) Gallimard
Kaës, R. Ed. (1987). *L'institution et les institutions*. (Paris) Dunod
Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes*. (Paris) Dunod
Roman, P. & Rossello, J.-J., Eds (2011). *SESSAD, Une institution nomade - Eduquer et soigner à domicile* (Toulouse) Erès (Coll. Trames)
Roman, P. (2011). « La figure du délogement : vers une métapsychologie des pratiques de soin à domicile », *Dialogue*, 2, p. 31-43
Sassolas, M. Ed. (1999). *Le groupe soignant*. (Toulouse) Erès
Winnicott, D.-W. (1957). *Jeu et réalité*. (Paris) Gallimard, 1975

⁴ - *Partir-revenir* (2012), *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 26, 2012/2 (Ed. In Press)