

Des étoiles dans les yeux et de la moelle plein les os - la clinique dans l'action sociale -

Introduction / contextualisation de la réflexion

Il y a quelques années, je me suis demandé si l'attraction vocationnelle n'allait pas céder à la raréfaction de l'emploi. Qu'en était-il de la motivation chez les apprentis des métiers du social ? J'imaginai la horde des cadets fondant sur la manne encore intacte des budgets de l'action sociale, n'ayant pour toute quête qu'un emploi préservé des attaques de la mondialisation. Puis j'ai changé d'idée, à force de croiser sur le terrain des jeunes professionnels emplis de force et d'enthousiasme, une génération montante qui continue d'avoir de la moelle dans le contact avec les souffrances du peuple, même s'il en est aussi pour lesquels ce n'est plus le cas. Contrairement à mes craintes d'alors, je pense aujourd'hui que la clinique a une belle partie à jouer dans l'évolution des pratiques professionnelles en ce pays. Tant mieux, j'ai toujours agit en considération de ce mot : clinique. Il prend rang de leitmotiv dans la quatrième édition d'*Evaluer en protection de l'enfance* où j'écrivais en 2015 : « Défendons l'approche clinique. Faisons-le d'autant qu'en cette période, tout la menace : l'hypertrophie des procédures, la raréfaction des fonds financiers, l'invasion de démarches qualité issues de l'industrie, le déclin de la vocation chez pas mal de jeunes professionnels » (Alföldi, 2015, p.XI).

Sur ce point ma pensée persiste et je remercie la revue de l'Actif de m'avoir convié à la rédaction de ce dossier : la thématique rejoint pleinement mes préoccupations de compagnon praticien chercheur et d'artisan de l'action sociale. Défendre la noble idée de clinique face à la sous-culture de la performance, s'opposer à l'illusion de la traçabilité du résultat, résister à la braderie des moyens de l'action de terrain, ce sont là certainement des motivations cruciales. Le mot d'ordre de la loi de 2002 : l'usager au centre du dispositif, a fait long feu ; le sens initial cède le terrain à la compression des enveloppes budgétaires. L'évolution ou plutôt l'involution, passe notamment par l'attaque lexicale annoncée dans l'éditorial de ce dossier. Je vais donc profiter de l'occasion du présent article, pour avancer mon travail de recherche et d'élaboration sur le vocabulaire professionnel. Cela fera une pierre de plus au chantier permanent mis en ligne sur mon site *alfoldievaluation* sous l'intitulé : *Dico de Francis*, outil que d'aucuns connaissent, à titre d'information voici le cheminement numérique : <http://alfoldievaluation.com/dicodefrancis.html>.

Je me joins au courant tenant que l'appauvrissement du sens va bon train dans l'action sociale et qu'il paraît peu pertinent de s'évertuer à enrayer cet irréversible mécanisme. Que l'espoir demeure ; la clinique continue d'avoir son espace, fut-il restreint et menacé. La démarche reste valide à la condition de ne pas s'épuiser dans la nage à contre-courant. Des formes nouvelles sont en gestation dans ce pays, les professionnels, les citoyens expriment des attentes pressantes, une volonté de préserver l'essentiel, le sens, la quête d'une action solidaire centrée sur la personne en besoin d'aide. La clinique reste vivante, mais elle ne fait pas que survivre, elle est en train de rebondir.

La dynamique du rebond passe par l'explication sur le sens. La question a été posée, elle le reste aujourd'hui : le terme clinique n'est-il pas frappé d'obsolescence, dans une ère moderniste où l'on ne parle plus que management, performance et tarification ? Des marqueurs significatifs m'ont alerté ces dernières années. Tout d'abord une discussion avec un confrère consultant, spécialiste dont les travaux font référence dans le secteur. Je lui parlais de clinique, désignant ainsi l'approche de mon métier

d'artisan et de formateur. « La clinique, mais c'est complètement *has been* » me rétorqua-t-il. J'en conçus quelque inquiétude : aurait-il eu raison ? Autre signe alarmant évoqué en introduction de la quatrième édition de *Evaluer en protection de l'enfance*, la réaction d'une jeune professionnelle exprimant son mécontentement à l'issue d'une de mes formations dans un conseil départemental : « Je n'ai rien appris au cours de ces trois jours et puis ça parlait tout le temps de clinique ». Après l'inquiétude surgissait dans mon esprit la consternation !



Une autre dimension du problème m'apparut : la vulgarisation outrancière. Corolaire de la relégation, pire que l'accusation d'obsolescence, le recours au mot *clinique* est affligé d'une utilisation triviale qui en dévoie la dimension relationnelle. Mise à toutes les sauces, la clinique devient même un objet de métaphore commerciale. Quelle ne fut pas ma surprise de trouver dans la belle ville de Colmar une enseigne annonçant un travail clinique sur les appareils ménagers ! J'en ai publié la photo dans ma newsletter n°10, du 1^{er} avril 2016, dont voici les coordonnées numériques http://alfoldievaluation.com/crbst_39.html. Au passage, je propose à ceux que cela intéresse de s'abonner à ce petit bulletin trimestriel dans lequel j'évoque mes travaux, propose des articles et des outils. Pour ce faire, c'est simple, vous m'adressez votre adresse mail sur ma boîte : alfoldievaluation.com. Je vous inscris sur la liste de diffusion et si vous vous laissez, il y a juste à cocher la case de désabonnement.

Bien qu'en défendant l'usage, ouvertement partisan de son emploi, je reconnais que l'importation du terme *clinique* dans l'action sociale pose quelque inconvénient. Tout d'abord la dimension interhumaine n'est pas suffisamment présente, occultée par la dimension technique du geste hospitalier. Clinique évoque davantage un acte codifié, le vocable relève de la procédure plus que du processus. La primauté de la dimension technique altère la grande idée du travail social : aider la personne à devenir actrice de sa vie. La dimension de l'empowerment n'apparaît pas suffisamment dans la relation dite clinique ; or l'empowerment constitue à mon sens le phare dans la tempête qui agite les pratiques sociales des années 2010.

Si le mot clinique n'est pas le meilleur, comment désigner cette démarche, cette philosophie, cette théorie active et les dispositifs, méthodes et outils qui vont avec ? Faut-il renommer cette approche essentiellement orientée vers la personne en besoin d'aide ? Non, je n'y suis aucunement favorable. Une fois identifiés les inconvénients du terme, il ne sert en rien d'en forger un nouveau. Malgré ses défauts sémantiques, le mot *clinique* est bien repéré par les praticiens. Il conserve son droit de cité dans la culture du travail social. Son emploi a ses partisans et ses détracteurs ; il a pris du sens, même si celui-ci demande à être affiné. Le remplacer par quel qu'autre vocable, ne ferait que majorer la confusion dans cette portion du champ de la sémantique professionnelle. Autant s'abstenir d'accumuler les termes sans plus de précision pour intituler une même idée. Mieux vaut conserver le mot qui fait son chemin dans l'expérience collective et travailler à en affiner le sens.

Est-ce que la clinique coûte cher ?

A l'heure où la performance a le vent en poupe, les acteurs du social ne peuvent plus se limiter à élaborer des idées philanthropiques dans la sphère de la relation à la personne ; il leur faut envisager plus prosaïquement combien tout cela coûte à la collectivité.

Ainsi, comment caractériser aujourd'hui une assistante sociale compétente ? Quels paramètres autorisent à juger son efficacité et la rentabilité de son action ? Il serait si commode que ça marche au nombre d'entretiens ! Une assistante sociale qui réaliserait dix entretiens dans sa journée serait dès lors bien meilleure que sa collègue qui n'en a fait que deux. Elle le serait certainement si l'on se contente de la vision à court terme des démarches qualité informatisées qui encombrant l'action sociale depuis les années deux mille. Mais cette focale étroite, ne prend pas en considération une réalité de terrain essentielle : en seulement deux entretiens, la seconde assistante sociale a engagé une énergie considérable, elle a intensifié l'échange humain avec la personne concernée, elle a touché les niveaux profonds qui vont faire bouger la personne dans le sens de son mieux-être, ça marche ou ça va marcher le jour même où le jour suivant ou dans un an ou dans vingt ans ! Sa collègue qui a fait dix entretiens, a pu certainement appliquer à dix reprises une procédure ; elle n'a certainement pas engagé le processus d'une action en profondeur. Procédure et processus sont certainement nécessaires à l'action ; toutefois l'élaboration du processus s'avère bien plus complexe et va bien au-delà de l'application d'une simple procédure.

La procédure sert de bornage à un exercice professionnel dominé par les chiffres. Je retiens la définition du précieux lexique élaboré par Jacques Ardoino et Guy Berger : la procédure est une « façon de faire, systématisée et codifiée, pour ordonner et "techniciser" les pratiques » (Ardoino, Berger, 1989, p.220). Les procédures sont utiles et nécessaires ; elles aident à instrumentaliser la pensée lorsqu'il s'agit de résoudre une difficulté méthodologique. Elles indiquent une marche à suivre, apportent une cohérence technique. Utiliser une procédure favorise l'organisation de la pensée, réduit l'angoisse méthodique. Ainsi pour créer une table des matières avec le logiciel Word, il convient d'appliquer strictement la procédure informatique adéquate et pas autre chose. Rien ne sert de vouloir sauter une étape ; l'opérateur avance d'onglet en fenêtre, clic après clic, jusqu'à obtention du résultat.

Pour Jean-Jacques Lemoigne, « un processus est *a priori* un complexe d'actions peut-être multiples et enchevêtrées que l'on perçoit par l'action résultante » (Lemoigne, 1999, p.48). Les opérations constitutives du processus ne s'enchaînent pas nécessairement dans un ordre immuable, préétabli ; elles adviennent selon la singularité des circonstances, au rythme de leur enchaînement. L'on n'y entre pas nécessairement à l'item numéro 1 pour enchaîner un par un tous ceux qui suivent jusqu'au résultat prévu à 10, comme c'est le cas avec la procédure. Avec le processus, il faut parfois surseoir à l'étape 1, entrer à 2, shunter 3 et 4, mettre le paquet sur 5, 6, 7, passer rapidement sur 8 et 9 pour atteindre la dixième étape dans les meilleures conditions. Le processus aide à clarifier la pensée, à en explorer les aspects obscurs au moyen d'un outil de raisonnement organisateur et pénétrant.

L'approche clinique se caractérise par un processus porteur d'un changement profond dans la personne. Voici un exemple que je cite souvent lors des formations auprès des professionnels de la protection de l'enfance. Un éducateur en *assistance éducative à domicile* (AED) a prévu d'aborder quatre sujets lors du prochain entretien avec une mère de famille : 1. la gestion du budget familial, 2. la menace sur le logement, 3. l'installation du nouveau conjoint au domicile, 4. l'évolution de chaque enfant. Il est consciencieux et a pris le temps de préparer son entretien. A peine entrée dans le bureau,

la mère s'effondre en larmes : « Je suis morte d'inquiétude quand je sors de la maison en laissant Bertrand seul avec les enfants ». Notre éducateur s'il détient quelque expérience clinique, va immédiatement surseoir au deux premières questions : le budget et le logement, concentrant toute son attention et son énergie sur l'inquiétude maternelle à propos du nouveau conjoint. Il ne faut pas manquer le coche en clinique : peut-être cette femme est-elle enfin prête à faire des révélations essentielles sur une maltraitance active subie par ses enfants, une telle occasion ne se représentera peut-être pas de sitôt. Par contre, s'il ne sait faire autre chose que se réfugier dans le processus, l'éducateur tiendra le discours suivant : « Madame procédons par ordre, nous allons commencer par aborder les questions en suspens sur votre budget, souvenez-vous que des démarches sont en cours. Ensuite nous devons nous inquiéter de votre logement que vous risquez de ne pas pouvoir garder. Après cela nous pourrions parler de vos inquiétudes par rapport à votre nouveau conjoint. Il y aura enfin plusieurs points dont il faut parler à propos de vos enfants ». Au mieux, celui-là a besoin de continuer sa formation et gagner en expérience ; au pire il n'a rien compris et ferait mieux de changer de métier.

Depuis les années 2000, le secteur social subit une radicalisation institutionnelle orchestrée par une loi du 2 janvier 2002 lourdement équipée de ses satellites ultérieurs. L'expansion bureaucratique servant l'hypertrophie des procédures, l'énergie clinique des praticiens encaisse des impacts croissants. Dernier rejeton de la procédurose ambiante, si le lecteur veut bien pardonner un néologisme teinté d'ironie : le nouveau dispositif du projet pour l'enfant, développé par la loi du 14 mars 2016. Il se produit çà et là des référentiels qui prennent le relais de l'orientation donnée par la loi. Il s'agit en général de procédures lourdes qui laissent peu d'échappatoire à l'enfant face à son histoire. Tout y passe : cadre de la décision, autorité parentale, parcours institutionnel, historique familial, santé physique, santé psychique, besoins de soins, besoins d'accompagnement, relations avec la famille, relations avec les tiers, scolarité, vie sociale, sans parler de l'impraticable distinction entre objectifs et moyens. Avec bien entendu les mises à jour à chaque nouvelle étape du parcours institutionnel. « Belote et rebelote » comme dit le dicton populaire. Tout cela est bien trop intrusif, bien trop systématique, bien trop administratif. L'enfant qui passe ses dix-huit premières années sous l'égide de l'action sociale va se trouver affligé d'un énorme pavé, une « liasse » comme l'on disait dans l'aide sociale à l'enfance dans les années 1980. Semblable boulet au pied, le mineur pris en charge n'est pas prêt de tirer un trait sur les premières années d'un passé douloureux ; sa charge ontogénique lui sera rappelé à chaque actualisation de son *Projet pour l'enfant*, au motif de « garantir son développement, son bien-être et favoriser son autonomie » annoncé par le décret du 30 septembre 2016.

Accourant à la rescousse des procédures qui paralysent le système social, motivés par une rationalisation budgétaire à visée courte, les référentiels et autres progiciels qui les accompagnent, envahissent le secteur social. Ces outils à dominante essentiellement procédurale, font perdre le sens de l'action, bradent l'intention clinique, corrompent des termes qui relèvent essentiellement du processus, comme par exemple le mot *personnalisation*. Marie-Anne Dujarier épingle le mécanisme : « La personnalisation se fait par l'assemblage de modules standards ». Il suffit de mettre au point le logiciel *ad hoc* et la personnalisation se réduit au choix entre quatre ou cinq propositions anticipées. Ici advient la corruption de la pensée, car personnaliser n'équivaut pas à choisir entre cinq alternatives préconstruites ; il s'agit plutôt d'inventer avec la personne concernée la modalité inédite qui correspond à sa singularité. En cela réside un problème sociétal en plein développement : « Les offres de service, derrière leur apparente diversité, sont de plus en plus, des standards combinables » (Dujarier, 2008, p.25). Le propos alarmant écrit par Marie-Anne Dujarier en 2008, n'a malheureusement pas pris une ride !

Je ne compte plus les institutions dans lequel j'entends la plainte des professionnels, face à l'invasion des progiciels sensés simplifier leur action, améliorer leur efficacité et augmenter leurs performances. Les acteurs de terrain constatent trop souvent le contraire au quotidien. Ces usines à gaz numériques

qui coûtent le plus cher possible, échouent totalement à cerner la complexité de la réalité clinique des situations. Rien d'étonnant, leur fabrication provient le plus souvent du travail d'experts en informatique ignorant tout de la réalité clinique du travail social. La technique informatique non pondérée par le savoir-faire clinique restreint l'intelligence professionnelle à une production de chiffres déconnectés de la réalité tout en étant bien commode pour manipuler les opinions et orienter les politiques.

Certes, il importe de réduire les coûts du social, cette préoccupation se justifie pleinement des dilapidations qui ont trop longtemps affligé la vie des institutions françaises. Des chefs d'établissement qui ont fait construire leur maison de campagne par les hommes d'entretien, des colonies de vacances organisées dans les endroits les plus onéreux pour des enfants des banlieues qui avaient bien d'autres besoins à pourvoir, des éducateurs censés exercer en milieu ouvert qui ne se rendent pas dans les familles, ça a existé et ça va exister de moins en moins, notamment du fait des procédures qui renforcent le contrôle sur les pratiques. Un acteur du social impliqué et sincère ne peut que saluer une telle évolution. Mais cette préoccupation légitime ne doit pas se développer au détriment du sens même de l'action sociale, de son utilité, sans en respecter le caractère indispensable dans une démocratie soucieuse de conserver ses valeurs républicaines : la liberté, l'égalité, la fraternité. Sous prétexte de rationaliser les moyens, le corps social comprime, mutualise et supprime, tandis que des millions d'euros sont dépensés dans des démarches d'audits, dans les évaluations externes, dans l'instauration de progiciels qui, bien trop souvent, n'apportent aucune valeur ajoutée à l'action professionnelle et appauvrissent l'efficacité du service rendu à la personne concernée.

A la question de savoir si la clinique coûte cher au social, la réponse est : bien au contraire, le travail clinique à moyen et long terme, favorise une évolution positive chez la personne concernée, dont il respecte le rythme propre et les capacités d'acquisition, de prise de conscience, d'expérience et de progression. C'est bien plutôt la lutte contre l'approche clinique qui engendre ce qu'Henri Savall et Véronique Zardet appellent des coûts cachés. « Un coût est dit caché lorsqu'il n'apparaît pas explicitement dans les systèmes d'information de l'entreprise tels que le budget, la comptabilité générale et analytique ou les tableaux de bord usuels » (Savall, Zardet, 1995, p.19). Contrairement à l'effet d'annonce, la culture de la performance dans l'action sociale coûte cher à la société civile. Quand la frénésie de la performance prend le pas sur l'engagement professionnel, quand le contrôle normatif de la prestation sape l'énergie générée à chaque entretien, quand l'atteinte à la motivation des professionnels multiplie les arrêts maladies et les conflits dans l'institution, j'affirme qu'à terme, l'attaque sur la clinique va coûter bien plus cher au corps social.

Ancrage lexical

La volonté de rigueur requiert l'analyse du vocabulaire ; quel que soit le sujet il incombe au praticien-chercheur de définir les termes clef. Le travail lexical offre un recul épistémologique qui montre la dimension interdisciplinaire qui caractérise l'emploi moderne du mot *clinique*. La médecine, la psychologie, la sociologie et le travail social croisent ainsi dans un secteur des sciences humaines où il y a confrontation. Cette confrontation génère souvent un conflit de blocage qui aboutit à l'inertie, plus rarement un conflit d'élaboration producteur de sens.

En médecine

Le dictionnaire *Le Robert* pose le fondement médical du terme : « A la fois adjectif et nom, *clinique* s'applique à l'observation directe des manifestations de la maladie par le médecin, au chevet du malade ». L'observation médicale a pour but de déterminer la pathologie du malade afin d'en permettre le traitement. L'introduction du terme dans le champ social représente donc bien un emprunt à la médecine. Chez le même éditeur, le *Dictionnaire historique de la langue française* précise

que *clinique* vient du grec *klinein*, être penché, incliné. La forme double, substantive et adjective, vient de *clinice* : « médecine exercée près du lit d'un malade ». Appliqué à l'examen médical, clinique a la valeur de ce « qui s'établit d'après l'observation directe du malade et non par la théorie » (Rey, 1995, p.434).

Madeleine Grawitz dans son *Précis de méthodologie des sciences sociales* fait la jonction avec le champ social. « Ce que l'on appelle " le sens clinique du travail social ", ce qui permet à tel médecin d'avoir dans les cas douteux un diagnostic plus sûr, n'est pas une simple intuition. Celle-ci dont le rôle est certes indéniable, est elle-même le fruit d'une expérience, d'une observation constante et d'une grande rigueur dans l'interprétation des résultats : radiographies, analyses, etc. » (Grawitz, 1996, p.325). La sémantique médicale pose l'avantage de hisser la barre au niveau de rigueur exigible. En médecine, le sérieux et l'attention du praticien sont des compétences vitales pour le patient. Le travail social a tout à gagner en s'inspirant d'une démarche analogue dans ses différentes approches et domaines de pratique.

En psychologie

L'importation du terme médical dans les sciences connexes passe par le développement de la psychologie clinique, définie dans le *Vocabulaire de la psychologie*, d'Henri Piéron comme : « Science de la conduite humaine, fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie de cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle de groupes » (Piéron, 2000, p.362).

Cette définition engage la réflexion sur la problématique de l'échelle : la dimension clinique concerne de prime abord l'échelon individuel, l'interhumain restreint, caractérisé par le face-à-face du thérapeute avec son patient. Mais rien n'empêche d'envisager le développement à l'échelon groupal, puis à l'échelon sociétal, en se servant d'une modélisation bien aidante pour comprendre les phénomènes humains : la triade micro-méso-macro correspondant aux niveaux individuels, groupal, sociétal.

Autre trait majeur, l'approche par la psychologie met en avant l'importance de l'observation dans la démarche clinique. L'action clinique du praticien appelle en amont l'observation du patient. Cette approche requiert une étape supplémentaire : entre l'observation et l'action, il y a l'évaluation avec son développement : l'évaluation clinique.

En sociologie

Les sociologues passent également le cap en fondant la sociologie clinique avec des auteurs tels que Vincent de Gaulejac, Eugène Enriquez, pour ne citer que ceux qui m'ont le plus marqué. Vincent de Gaulejac contextualise la clinique dans le social, pointant une voie nouvelle de conceptualisation et de recherche : « L'approche clinique se distingue de la pensée classificatoire qui tend à modéliser le réel à partir de critères quantitatifs et statiques, ce qui entre en contradiction avec la nature mouvante, dynamique et imprévisible des phénomènes sociaux » (De Gaulejac et col., 1993, p.12). L'approche sociologique engage les sociologues cliniciens à examiner l'intrication des déterminismes, tant sur le parcours des individus que sur la trajectoire des groupes et à en repérer l'impact sur les conduites individuelles et groupales (De Gaulejac et col., 1993, p.14).

Les sociologues cliniciens désenclavent la sociologie d'une tendance à expliquer les phénomènes sociaux par la production de données quantifiées qui n'expliquent pas comment le sens a surgi, tout en produisant une apparence de scientificité souvent trompeuse. Les camemberts, les histogrammes et les nuages de points ne peuvent apporter de réponse à la question posée sur le fondement de leur production : à partir de quelles observations précises, en arrive-t-on à un tel résultat ?

Dans le travail social

Dès les années cinquante au siècle dernier, Gordon Hamilton, pionnier de la théorie du Case Work aux Etats-Unis, parlait de « Clinique de la protection de l'enfance » (Hamilton, 1972, p.198). Plus récemment, les travaux d'Anne-Marie Favard, accentuent l'ancrage du terme dans les pratiques

sociales ; la criminologue produit une définition synthétique dans son livre *L'évaluation clinique en action sociale* : « Par extension au travail social, la notion de clinique du travail social désigne l'espace d'interaction entre un intervenant praticien et un usager client » (Favard, 1991, p.47). Anne-Marie Favard précise la teneur du lien : « Cet espace d'interaction réduit ou élargi est essentiellement interhumain. Il se noue entre deux sujets ou plusieurs. Ce qui implique nécessairement que cet espace est intersubjectif, relationnel, qualitatif, vécu, de l'ordre des représentations, des valeurs, des affects, etc. » (Favard, 1991, p. 48). Entre les vœux d'objectivité et l'intersubjectivité dominante, au carrefour des approches quantitative et qualitative, aux lisières de l'intuition et de la rigueur, la méthode clinique aménage un dispositif à portée des professionnels. Les travaux d'Anne-Marie Favard ont clarifié la définition du concept. Un quart de siècle plus tard, la conceptualisation reste d'actualité ; je vois cependant la nécessité de moderniser la notion d'*usager-client*, le premier terme étant nocif et le second obsolète.

Après avoir essayé des formes plus humanistes tels que *personne accompagnée* ou *personne aidée*, je préfère employer le terme forgé par Yann le Bossé : *personne concernée*. Merci à cet auteur québécois d'avoir enfin produit une formulation acceptable pour décrire l'être humain au centre de l'action sociale. Enfin on peut tranquillement mettre au rancart l'abominable *usager*, vocable indigne évoquant l'idée d'une sorte de serpillière humaine. Éliminons donc promptement ce terme insidieux de nos pratiques verbales et scripturales en attendant que le législateur réagisse à son tour et l'abolisse enfin des textes légaux.

Fort judicieusement, le *Conseil supérieur du travail social* (CSTS), reprend les travaux de Yann le Bossé pour poser en 2015 un jalon supplémentaire dans la disqualification du mot, en produisant un rapport intitulé : *Refonder le travail aux personnes – Merci de ne plus nous appeler "usagers"*. La prise de position est nette : « Le terme "usager" est ressenti socialement et éthiquement comme inacceptable, car centré sur les problèmes, sur un statut d'assisté, sur une relation de dépendance à un service, voire sur une éventuelle inaptitude de la personne à pouvoir accéder à une autre forme de reconnaissance. Il est donc nécessaire et important de proscrire le mot "usager" dès lors que son emploi n'est pas référé à un objet, un dispositif, une politique... » (CTST, 2015, p.134).

Dans l'évaluation

J'ai inscrit mes travaux sur les traces d'Anne-Marie Favard, dans l'espace confidentiel dévolu à l'évaluation clinique. Depuis plus de vingt ans, je rencontre les professionnels de la protection de l'enfance pour leur parler d'évaluation en développant le versant des méthodes, plus particulièrement celle que j'ai forgé au fil des ans, la méthode Alföldi®. J'ai coutume de l'annoncer avant même de parler d'évaluation : en amont du terme clef il faut préciser d'où l'on parle en se positionnant sur le champ théorique. J'identifie deux approches pour l'évaluation dans les pratiques sociales en France : l'évaluation des politiques publiques et l'évaluation clinique. Il est clair que je ne me reconnais aucunement dans l'approche des politiques publiques : l'évaluation y aligne les chiffres, courbes, tableaux et histogrammes pour aboutir à une manipulation du sens qui ne rend pas compte du cheminement emprunté pour parvenir au résultat. Récusant une manière de penser qui n'éclaire pas le sens de l'action, je me situe résolument en ressortissant du courant de l'évaluation clinique.

Poursuivant le défrichage amorcé par Anne-Marie Favard, je continue de faire le bûcheron dans la forêt des mots, au long cours de l'aventure éditoriale des éditions successives d'*Evaluer en protection de l'enfance*. Le glossaire de la version de 2015, définit ainsi l'évaluation clinique : « démarche d'objectivation associant trois dimensions : diagnostic (l'enfant et sa famille), implication (les effets de l'intervention sur la situation) et prospective (les perspectives de travail) » (Alföldi, 2015, p.275).

Je continue d'utiliser largement le vocable et j'en revendique la pertinence. Mes travaux parlent couramment d'intelligence clinique, de pensée clinique, de réalité clinique, de réunion clinique, de réflexion clinique, d'approche clinique et de clinique éducative et médico-sociale, de centration clinique, d'entendement clinique, d'évaluation et d'observation cliniques, de critères cliniques, de cas cliniques, de ressentis et d'anticipation clinique, de sens et de cohérence clinique, d'objet clinique.

Exploration sémantique

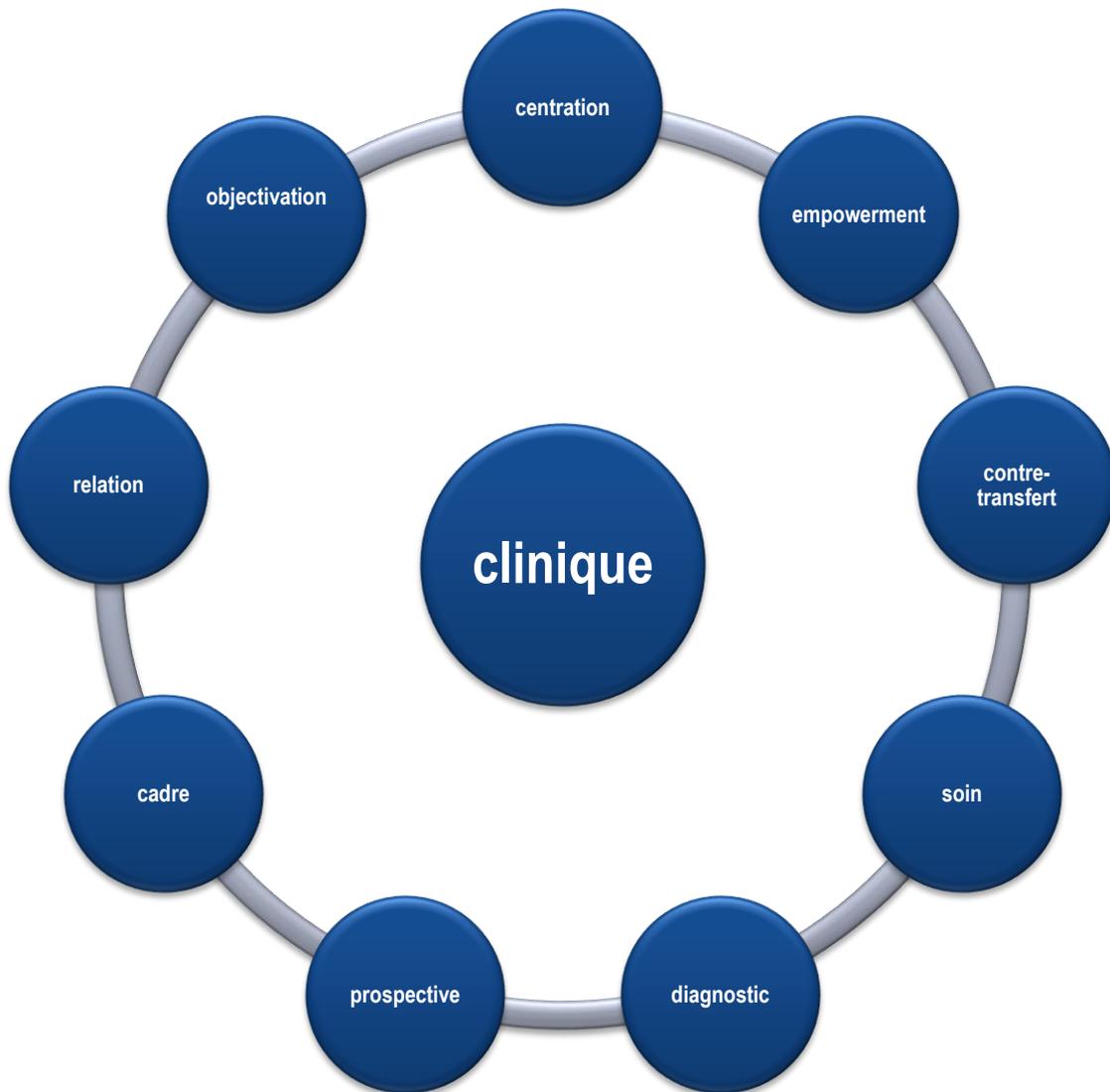
Il s'agit à présent d'examiner de ce que le mot *clinique* signifie lorsqu'il s'applique à l'action sociale. Une définition prospective est mise au travail dans cette communication. Son étayage conceptuel repose sur neuf dimensions repérées comme significatives, c'est-à-dire un peu plus importantes que toutes celles qui n'ont pas été sélectionnées. Chaque dimension est articulée avec la définition prospective, avant d'être explicitée par un argumentaire synthétique. Tout ceci ne vient pas de sortir tout chaud du four ; cet article reprend un certain nombre d'explorations antérieures ; l'idée est d'apporter une pierre de plus à l'édifice d'une recherche-action qui tient de l'atelier permanent.

Redéfinition de l'approche clinique

La quête du sens conduit à renforcer le lien entre la définition d'Anne-Marie Favard et l'ancrage médical : la clinique vient du médecin, la relation clinique est une relation qui soigne dans une direction déterminée : depuis un intervenant praticien vers une personne concernée. Repartons de la définition forgée par la criminologie : « Par extension au travail social, la notion de clinique du travail social désigne l'espace d'interaction entre un intervenant praticien et un usager client » (Favard, 1991, p.47) ; en faisant légèrement pivoter l'acception, on obtient la définition prospective : « La notion de clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée ».

Une modélisation en ennéade

Prenons à présent quelques instants pour envisager la clinique de l'action sociale à l'aide d'une petite modélisation en ennéade, ce joli mot inusité signifiant que cette modélisation se compose de neuf éléments : 1. la centration, 2. l'empowerment, 3. le contre-transfert, 3. le soin, 4. le diagnostic, 5. la prospective, 6. la socialité, 7. le cadre, 8. la relation, 9. l'objectivation. La modélisation est illustrée par une symbolisation graphique qui représente la clinique comme un noyau autour duquel gravitent neuf satellites.



1. Centration sur la personne

La clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée.

Pour que la dite relation soit effectivement soignante, il importe que l'intervenant soit en mesure de se centrer non uniquement sur lui-même, tendance naturelle et insuffisante, mais bien davantage sur la personne concernée par son intervention.

La centration sur la personne offre une clef d'accès à ce que la terminologie en vogue appelle : « bonne pratique professionnelle ». L'heure étant de faire en ce domaine des recommandations, si j'en avais une à dire dans la mesure où il viendrait à quelqu'un l'idée de me le demander, ma préconisation numéro un serait : « Veille à centrer ton attention et ton énergie sur la personne concernée par ton action professionnelle ». J'ai découvert ce concept lors d'un long parcours d'éducateur en protection de l'enfance ; puis j'en ai apprécié les mérites dans mon expérience de formateur en évaluant les situations de l'enfance en danger. Dernièrement j'ai élargi la perspective : au-delà de l'enfant en danger, la centration s'applique à la personne concernée, enfant, jeune ou adulte. La définition a été actualisée dans *L'analyse des pratiques en action sociale* : « La centration fait de la personne accompagnée le sujet central d'une pratique professionnelle qui accorde un intérêt significatif mais

moindre à toute autre question, y compris les difficultés du professionnel qui accompagne » (Alföldi, 2017, p.48).

En filigrane se distingue la relation d'objet dans la relation thérapeutique, développée par l'approche psychanalytique. J'ai intégré cette dimension dans la méthodologie d'évaluation en décrivant le cheminement ardu du professionnel qui apprend à traquer l'effet de sape de ses référents implicites, ces fameux critères latents qui ne sont pas expliqués et qui augurent de jugements de valeur qui ne sont pas exprimés. J'en ai repéré quinze dans *Evaluer en protection de l'enfance* : référent familialiste, référent religieux, référent politique, référent disciplinaire, référent socioculturel, référent de l'idée à la mode, référent corporatiste, référent institutionnel, référent de l'habitus, référent de genre, référent générationnel, référent état de santé, référent expérientiel, référent archaïque, référent moïque (Alföldi, 2015, p.85 à 107).

2. Empowerment

La clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée.

Pour qu'une relation s'avère soignante, il faut et il suffit que son processus renforce la personne concernée par le soin, que ce soit sur le plan psychique, sur le plan physique, ou les deux à la fois. Ce renforcement de la personne concernée correspond à ce que la nouvelle culture du travail social appelle volontiers *empowerment*, « ce concept à lui seul apporte un enseignement, une philosophie et une méthode propices à la centration de l'action sociale sur le mieux-être des personnes » (Alföldi, 2017, p.39).

L'anglicisme *empowerment* ne se traduit pas facilement en langue française. Cheminant sur le sentier d'une réflexion assez longue et toujours en cours, j'avance la définition suivante : « L'empowerment, c'est s'emparer personnellement et collectivement d'une part significative de la décision quelques soient les difficultés rencontrées » (Alföldi, 2017, p.46). Parallèlement à mes efforts de définition, je reconnais pour valide le terme *développement du pouvoir d'agir*, forgé par Yann Le Bossé, chercheur québécois dont les travaux sont repris dans un ouvrage français, dirigé par Claire Jouffrey (Jouffrey et coll., 2014). J'envisage aussi l'intérêt de l'ancien mot *emparement* : l'action de s'emparer de quelque chose, de quelqu'un, selon le *Vocabulaire historique de la langue française* (Rey, 1995, p.681). La grande idée de l'empowerment évoque également la mise en mouvement développée dans la culture associative de mouvements tels que le Secours Populaire ; je pense à la définition produite lors d'un atelier de recherche évaluative réalisé au siège de l'association en 2010 : « La mise en mouvement est un processus qui provoque une dynamique chez les personnes accueillies afin de générer un changement qui pourra réveiller le désir d'aller vers une autonomie ».

Les fondations viennent de loin. Les sociétés traditionnelles comme celle des maoris de Nouvelle Zélande appliquent l'empowerment dans leur façon de gérer les problèmes collectifs. Plus proche de la culture occidentale, la maïeutique de Socrate : qui consiste à faire accoucher l'autre de lui-même, repose sur les mêmes bases philosophiques.

L'empowerment offre une voie d'avenir à l'action sociale ; il engage à une relecture pertinente du concept d'accompagnement professionnel, lequel repose sur l'idée de cheminer à côté d'une personne concernée et consentante, l'idée de cheminer à son rythme dans la direction qui lui est propice en lui offrant une série de compétences ajustées à ses besoins spécifiques, l'idée de lui laisser l'initiative de ses choix tout en veillant à sa protection, l'idée de partager des valeurs et une expérience dans une relation contractualisée ou non.

3. Contre-transfert

La clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée.

Avant d'exercer une action curative envers qui que ce soit, il importe de vérifier comme les médecins en font l'apprentissage, que l'on ne va pas nuire, quelques louables soient les motivations. La sagesse populaire rappelle justement que l'enfer est pavé de bonnes intentions, ce que la psychanalyse éclaire en développant la notion de contre-transfert. Ce concept a fait l'objet de travaux multiples et le sens est traversé par différentes acceptions. Le recours à ce puissant outil de pensée impose de préciser de quoi l'on parle. Travaillant sur la pratique clinique, je suis parti de la psychanalyse pour forger une acception élargie dans *L'analyse des pratiques en travail social* : « Le contre-transfert est le travail de conscientisation et de distanciation réalisé par un praticien de la relation d'aide sur ses réactions latentes ou manifestes face au transfert affectif opéré sur lui par la personne qu'il accompagne » (Alföldi, 2017, p.54).

Voilà pour ce qui concerne l'éthique et la précaution de la santé d'autrui ; ensuite il importe de ne pas méconnaître la dimension du désir, lequel advient dans la relation clinique comme en toute autre forme d'interaction. Il s'y ajoute une particularité bien repérée par la sociologie clinique : pour s'engager dans une relation clinique avec une personne en difficulté, en souffrance, dans le besoin, il faut le vouloir très fort car cette relation convie le praticien à se reconnaître dans l'autre quand bien même celui-ci « incarne le bas de l'échelle, l'inverse de la réussite sociale » (De Gaulejac, Taboada-Nicoletti, 1994, p.264). La culture du contre-transfert dans la relation clinique, invite le praticien à un peu plus d'humilité. Un peu plus d'humilité, c'est toujours bon à prendre.

Certainement, en tant qu'êtres humains, la personne concernée et le praticien sont à égalité ; mais en fin de compte leur relation n'est pas vraiment symétrique : les seuils de responsabilité diffèrent. L'instauration et le maintien du cadre incombent au praticien quand ce n'est pas le contrôle délégué par l'autorité publique ; l'engagement dans la démarche thérapeutique, fut-elle plus ou moins contrainte au départ, appartient à la personne concernée.

4. Soin

La clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée.

La notion de soin s'avère incontournable dans la définition de la relation clinique, qu'il s'agisse du médical, du social ou du psychologique. La définition travaillée dans cette communication en réaffirme le caractère central dans la structuration du concept.

L'usage courant en langue française comporte une ambiguïté que les anglo-saxons évitent. L'anglais distingue le *care* et le *cure* ; le premier consiste à se préoccuper des besoins de la personne, le second conduit à traiter ce qui ressort de la maladie. Le français omettant cette distinction, autant faire de cette lacune un avantage et assumer la double posture dans l'intervention auprès de la personne concernée. Qu'il s'agisse de se préoccuper ou de traiter, l'intervenant se penche dans l'un et l'autre cas sur la personne concernée. L'étymologie du vocable *clinique* le rappelle, comme le confirme l'une des acceptions retenues par le Robert qui considère le soin comme un ensemble d' « actions par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé ». Bien vu ! Le dictionnaire généraliste synthétise les deux dimensions : le *care* qui consiste à conserver la santé et le *cure* qui tend à la rétablir lorsqu'elle défaille.

Les intervenants du social assument-ils pour autant la posture de soignant ? Voilà qui pose problème à plus d'un. Le travail social n'a pas vocation à soigner, si l'on entend par là l'action médicale ou psychothérapeutique. Or effectivement il soigne si l'on revient à l'idée initiale de ce qu'est une thérapie. Une thérapie, c'est une action qui soigne, une action qui concourt à conserver ou rétablir la santé. Point n'est besoin d'en faire toute une fromagerie de camemberts ! « Just therapy », selon l'intitulé fameux de Charles Waldegrave écrivant à propos de l'action curative des conférences familiales sur les problèmes des familles (Waldegrave, 2000, p.153) : seulement de la thérapie et rien de plus. Il n'y a pas de raison de s'en émouvoir, à l'instar de travailleurs sociaux maintes fois rencontrés sur le terrain de l'enfance en danger ; ceux-là mêmes se défont dès que leur travail revêt une dimension soignante ; ils brandissent alors une parade bien courante et bien éculée : « Ah moi je ne suis pas psychologue ! », laquelle masque un retrait frisant le sous-entendu cynique : « Donc je n'ai pas à faire et je ne ferai pas ». Comme s'il fallait être une sommité intellectuelle ou avoir fait dix ans d'université pour exercer une fonction thérapeutique ! L'académisme ne confère pas la compétence, tant s'en faut. Il y a bien des rebouteux efficaces dont les listes d'attentes sont pleines tandis que certains n'ont pas même le baccalauréat. Il n'y a pas de raison intelligente pour en faire tout un plat : il y a thérapie quand effectivement ça soigne. On retrouve l'idée dans les arts martiaux : la flèche arrive dans la cible pas seulement parce que l'archer a décidé de libérer la corde mais parce que ça part. Ça, c'est la relation, le lien entre l'archer, l'œil, l'arc, la flèche et la cible. De même dans la relation clinique, ça soigne parce qu'une relation s'établit entre un intervenant, un savoir-faire, quelque chose d'une souffrance, d'un préjudice et une personne concernée. Michaël Balint avait intégré ce concept en 1951 dès l'intitulé de son livre majeur : *Le médecin, son malade et la maladie* (Balint, 1996).

5. Diagnostic

La clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée.

Le praticien ne peut raisonnablement penser la relation soignante, ni repérer les axes de travail ajustés aux besoins de la personne concernée, s'il n'engage dès le départ ni ne poursuit tout au long de son action, un diagnostic précis et attentif de la situation qui motive son intervention. Diagnostic vient de la médecine, le terme a été introduit dans les sciences sociales notamment par les travaux de Gordon Hamilton. « L'opération intellectuelle visant la nature du problème et ses causes est appelée diagnostic – “ connaissance ”, “ reconnaissance ” ou “ compréhension complète ” ; le diagnostic cherche à répondre à la question “ de quoi s'agit-il ? » (Hamilton, 1972, p.201).

Le praticien forge le diagnostic lors de l'évaluation. J'en suis venu à associer étroitement les deux termes dans l'évolution des quatre éditions de *Evaluer en protection de l'enfance* : « L'évaluation diagnostique consiste à relever, analyser, classer les dysfonctionnements et les ressources apparus à l'observation clinique de la réalité évaluée » (Alföldi, 2015, p. 211).

L'approche diagnostique fait passer l'action sociale par la méthodologie : la recherche des méthodes *ad hoc*, leur élaboration et leur amélioration. Le diagnostic, c'est en quelque sorte la partie technique dans l'approche clinique, la machinerie méthodologique ; il mobilise les savoirs spécifiques des disciplines concernées : la médecine, la psychologie, la sociologie, les sciences de l'éducation. Le diagnostic requiert la formation, l'apprentissage, la validation des acquis et la légitimité dans l'exercice.

6. Prospective

La clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée.

La mise en relation entre le praticien et la personne concernée par le soin, n'a de sens que par le but commun : une amélioration significative pour la personne concernée, la suppression d'une souffrance, la réduction d'un préjudice. La prospective introduit dans la relation clinique, la dimension du projet, conçue par Jean-Pierre Boutiniet comme une « anticipation, opératoire, individuelle ou collective d'un futur désiré » (Boutiniet, 2005, p.67). Ce terme importe certainement si on l'utilise à bon escient, sa généralisation outrancière exposant son emploi au syndrome du mot valise. Précaution prise, il y a bel et bien la dimension du projet dans la relation clinique. Un projet de soin détermine la démarche prospective initiée par le praticien soignant et voulue par la personne concernée.

La notion de prospective qui vient de l'économie, se retrouve en méthodologie des sciences sociales chez Jean-Marie De Koetele et Xavier Rogiers, en référence aux travaux de Guy Berger. « La prospective, ce sont les grandes tendances à très long terme, qui ne sont pas concrétisées ni opérationnalisées. Elle consiste, selon Guy Berger, à « voir loin, voir large, analyser en profondeur et prendre des risques » : prospection de nouveaux marchés, lancement de nouveaux produits, recherche de moyens alternatifs de production d'énergie, etc. » (De Koetele, Rogiers, 1996, p.124). La prospective s'alimente de la conception dynamique développée par les sociologues cliniciens sur l'évaluation dynamique : les productions de la démarche d'évaluation sont réinjectées dans l'action de terrain par l'évaluateur qui est aussi praticien. Cette conceptualisation retient l'idée d'une « finalité opérationnelle » de l'évaluation (De Gaulejac et col., 1995, p.171).

Le processus de la relation clinique ne se limite pas à œuvrer dans le court terme. Soigner, ça prend souvent du temps. Cette condition explique en partie la disqualification du terme par la politique moderne, qui berce le secteur social de l'illusion d'un traitement immédiat à bas prix, le mirage de la performance pour reprendre la thématique engagée par ce dossier.

7. Cadre

La clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée.

Toute relation clinique est régie par un cadre d'intervention, que ce soit dans une institution, que ce soit sous une forme libérale ou associative. La relation clinique se distingue en cela de la relation personnelle : amour, filiation, amitié, camaraderie, voisinage, groupe de prédilection. Le cadre dans la relation clinique se constitue d'un ensemble de règles énoncées ou écrites et des agencements matériels nécessaires. Son dispositif triangule la relation entre l'intervenant praticien et la personne concernée. Cette fonction de tiers réduit les risques de dérives vers la relation fusionnelle entre le praticien et la personne concernée. Fondé par une philosophie partagée en amont, le cadre donne aux acteurs une marge de liberté. Sa fonction régulatrice joue le rôle de contenant dans l'espace psychique qui réunit les personnes. Le cadre fait tiers, il coupe court aux relations fusionnelles (Rullac, Ott, 2010, p.39-41). Par sa fonction de pare-excitation, le cadre contient l'agitation interne et préserve des agressions extérieures. Générateur de paix entre les pairs, il réduit l'anxiété ambiante. Son existence empêche de faire n'importe quoi (Hans, 2014, p.47).

Le cadre clinique qui régule la relation entre le psychanalyste et l'analysant se constitue pour l'essentiel d'un local servant de cabinet, d'un divan sur lequel s'allonge l'analysant, d'un fauteuil sur lequel s'assied l'analyste, de la consigne : « Dites ce qui vous vient à l'esprit » et du paiement des honoraires par l'analysant.

Le cadre éducatif de la relation clinique entre un moniteur d'atelier et un travailleur en situation de handicap dans un *Etablissement et service d'aide par le travail* (Esat), se constitue d'une institution installée dans un bâtiment équipé pour le travail assisté, d'une équipe de moniteurs d'atelier encadrée par une direction, d'une règle institutionnelle déterminée par un projet d'établissement et par les dispositions issues des lois du travail.

En contexte institutionnel, le cadre clinique prend appui sur la législation de l'action sociale, la réglementation des prestations et la professionnalité des intervenants ; en cadre associatif il repose sur les notions de citoyenneté et de bénévolat. Que ce soit à l'hôpital, dans un atelier d'analyse des pratiques, pendant la permanence de l'assistante sociale de secteur, dans le cabinet du juge des enfants, lors d'une visite médiatisée en lieu neutre, le cadre préexiste nécessairement à la relation clinique.

8. Relation

La clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée.

Constitutif de l'énoncé, le mot *relation* est la charnière incontournable dans la définition du terme *clinique*. Carl Rogers parle de la relation d'aide qu'il définit comme une « relation dans laquelle l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie ». (Rogers, 2005, p.27). Suivant l'idée du psychologue américain, la relation clinique tend au mieux-être de la personne en besoin d'aide. Ainsi, quand la relation clinique fonctionne à plein rendement, un et un font plus que deux ; les compétences respectives, capacité de soin du praticien et capacité propres de la personne concernée, interagissent et se démultiplient. La relation clinique ne se limite à pas à la mise en présence d'un intervenant praticien et d'une personne concernée ; leur interaction ouvre de nouvelles perspectives, renforce la personne face à son problème, qu'il soit d'ordre physique, psychique ou les deux à la fois.

La relation clinique interpelle le positionnement du praticien, l'appelle au travail réflexif et à la distanciation contre-transférentielle. Il appartient à chacun de choisir entre les postures de socialité primaire et secondaire. Je reprends ici le développement introduit dans *Mille et un jours d'un éducateur* à partir des travaux de Paul Fustier, qui applique les concepts sociologiques au travail social tout en conservant une perspective psychologique. La sociologie met en perspective deux modes de communication entre les personnes : la socialité primaire et la socialité secondaire. La socialité primaire est le lieu de l'échange par le don ; la socialité secondaire est celui de la transaction salariale. La socialité secondaire met en présence un professionnel et un usager. La relation est « définie par un contrat équilibré et se caractérise par un échange entre le travail et la rémunération » (Fustier, 2000, p. 11-22). Le lien est salarial et l'échange reste marchand.

En socialité primaire, les personnes se côtoient dans la communauté où se déroule leur vie privée. Elles se connaissent au travers de la famille, du voisinage, des associations de proximité. La communication est personnelle ; l'institution n'interfère pas. On parle plus de bénévolat ou de militantisme que de professionnalité. Les liens entre les personnes sont issus de l'échange par le don (Alföldi 2002, p.91). La socialité primaire appelle un engagement personnel qui se conjugue s'il le faut à la contractualisation professionnelle. En filigrane se dessine la notion de dévouement. La relation clinique c'est aussi cela : le dévouement du professionnel envers la personne concernée. La médecine fait la promotion de la philosophie du dévouement : celui de l'infirmière au chevet du malade à l'hôpital, le médecin de campagne qui ajoute une visite à une tournée surchargée.

La distinction entre les deux socialités a une incidence sur les orientations du travail social. Soit l'acte professionnel est « la conséquence d'une norme d'emploi définie par un contrat salarial (il provient de la socialité secondaire) ou cet acte a valeur d'un don adressé personnellement (il provient alors de la

socialité primaire) » (Fustier, 2000, p. 39). Le travail social formaté par la norme salariale, installe l'aide sociale dans l'assistantat. L'action reste strictement codifiée par la norme institutionnelle. Le temps imparti est limité. Le professionnel est davantage technicien que clinicien. Le travail social ouvert à la dynamique du don replace l'action sociale dans la sphère privée et dans le dépassement du temps. Le professionnel donne quelque chose de plus, quelque chose de personnel. Il s'engage et fait œuvre de solidarité ; il ne se cantonne pas aux limites du contrat de travail (Fustier, 2000, p. 95).

9. Objectivation

La clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée.

La relation clinique comporte plus d'un piège, ne pas y tomber requiert non seulement la compétence du métier mais encore une philosophie assumée. Axes moteurs de cette philosophie, la mise à distance de l'illusion de toute-puissance, la relativisation de l'efficacité de l'action et le renoncement à l'objectivité, conduisent à opter pour l'objectivation. Encore faut-il préciser le concept. Anne-Marie Favard apporte une définition succincte et opérationnelle : « L'objectivation est un ensemble de méthodes propres à faire de la subjectivité un objet de connaissance » (Favard, 1991, p.49). Dans *Evaluer en protection de l'enfance*, j'ai envisagé une comparaison mathématique pour mentaliser ce processus raffiné. « L'objectivation se distingue également de l'objectivité. Comme une asymptote, elle tend vers l'objectivité sans jamais la rejoindre. Ainsi, l'objectivation traverse l'évaluation clinique comme une courbe à la poursuite infinie d'une droite : l'objectivité qu'elle n'atteindra jamais » (Alföldi, 2015, p.205).

Ainsi élaboré, le concept d'objectivation prend rang de principe clef dans la pratique du clinicien. L'objectivation est certainement le moteur idéal de la posture clinique. « Ce concept fondamental cible le jugement professionnel ; il en signe l'orientation éthique. L'objectivation nécessite une distinction cruciale entre objectivité et subjectivité » (Alföldi, 2015, p.204).

Compétence cruciale, l'objectivation permet de relativiser la détention de la vérité. Sa prise en compte contraint le praticien à admettre la présence incontournable de l'erreur dans les différentes opérations et étapes de son activité professionnelle : du recueil d'information jusqu'à l'acte auprès de la personne concernée, en passant par le jugement élaboré sur la situation.

Le passage par la métaphore

La réflexion sur la clinique ne se limite pas à l'exploration théorique et au raisonnement conceptuel. Elle s'enrichit du passage par l'expérience et le symbole. Je fais référence au marquage émotionnel durable vécu lors du Congrès sur les pratiques restauratives qui s'est tenu à Veldhoven, au mois d'août 2003, à l'initiative de l'*International Institute for Restorative Practices* (IIRP). Vingt-cinq nations étaient présentes à cette manifestation, où il était beaucoup question des conférences familiales, le *family group conferencing* selon l'approche anglo-saxonne. J'ai rencontré plusieurs praticiens fortement impliqués dans le développement et l'exercice de cette méthode ancestrale. Ces gens étaient heureux de ce qu'ils faisaient, quelque chose de transcendantal se dégageait de leur personne. A plusieurs reprises, j'ai en quelque sorte vu des étoiles dans les yeux des coordinateurs qui me parlaient des conférences familiales à Veldhoven en 2003. Le parcours depuis m'a conduit à rencontrer derechef des praticiens engagés, impliqués, passionnés, enrichis par leur travail auprès des personnes. De temps à autre, j'ai revu l'étincelle qui me rappelait les rencontres de Veldhoven.

A mon sens la clinique c'est aussi et c'est surtout cela : des étoiles qui brillent dans les yeux de ceux qui la pratiquent. Eh oui, curieux discours à l'heure où il se doit de parler performance et management ! Qu'importe, la clinique apporte quelque chose de transcendantal à qui s'inscrit

vraiment dans son approche, quelque chose d'extrêmement utile, quelque chose de bon pour ceux qui la partagent : praticiens et personnes concernées. Dans la clinique la transcendance advient avec la subtile notion de *gumption*. « Ce petit vocable sorti d'un dialecte écossais, décrit l'enthousiasme transcendantal, le zèle jubilatoire, l'effcience à gros potentiel, la qualité intérieure et le détachement narcissique, tous et toutes requis pour réussir les tâches difficiles » (Alföldi, 2017, p.114). Voilà pour l'effort de définition formelle, en passant une nouvelle fois par la métaphore il suffit de dire : *gumption* ça veut dire des étoiles dans les yeux. Je parlais de désir en voici donc un : que longtemps encore continuent de briller les étoiles dans les yeux des cliniciens de l'action sociale.

Qu'on ne s'y méprenne pas, l'engagement dans le travail clinique n'est pas qu'une affaire de doux rêveur en quête de transcendance et mon propos n'est pas celui d'un illuminé ; la visée finale c'est bien l'efficacité dans l'action, d'où le rebond de la métaphore : des étoiles dans les yeux mais aussi de la moelle plein les os. L'efficacité et la performance ne s'obtiennent pas à coup de référentiel ; ça part du petit moteur existentiel qui anime l'intervenant impliqué par son action sur le terrain où vivent les personnes.

Conclusion

La posture clinique décrit l'indispensable résistance de tous les défenseurs des valeurs fondamentales du travail social face à l'agression d'une société moderne qui tend à déshumaniser les pratiques. L'idée de *clinique* appliquée à la vision moderne du travail social engage vers la transcendance du professionnel par le métier, le principe même du compagnonnage : amour du travail bien fait, réalisation de soi par l'élaboration du chef-d'œuvre, transmission du savoir actif entre les anciens et les débutants.

Ce qui importe en fin de compte, c'est l'efficacité de l'action. La clinique dans l'action sociale, ça marche ou ça ne marche pas. Je soutiens que ça marche et ça marche d'autant mieux quand la clinique relève d'une démarche philosophique épaulée par la réflexion conceptuelle. Centration, empowerment, contre-transfert, soin, diagnostic, prospective, socialité, cadre, relation, objectivation, la présente ennéade n'est qu'une vision théorique et personnelle. Chaque praticien pour peu qu'il détienne quelque expérience, n'a-t-il pas acquis sa conception propre ? Sans doute, mais il importe aussi que certains se chargent de mettre tout ceci en mots, rôle qui précisément incombe au praticien chercheur.

A parler vrai, la clinique est aujourd'hui, le domaine qui m'attire le plus dans le social. Le versant institutionnel est très utile, je ne veux pas le nier ; simplement je laisse à d'autres le soin de s'en occuper. Moi c'est la clinique qui m'intéresse. Mes travaux à venir s'orientent vers l'idée d'associer *clinique* et *solidarité* au travers de la pratique des conférences familiales. Je vais ainsi consacrer mon énergie au développement de cette méthode active ; je prépare actuellement le premier d'une série d'articles à venir aux Cahiers de l'Actif.

Bibliographie

ALFÖLDI Francis, 2015, [1999], *Evaluer en protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 4^e éd., 292 p.

ALFOLDI Francis, 2017, *L'analyse des pratiques en travail social*, Paris, Dunod, 263 p.

ARDOINO Jacques, BERGER Guy, 1989, *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes*, Paris, Matrice, 240 p.

BALINT Mickael, 1996, [1957], *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 427 p.

BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte, CHANTREAU André, LASSUS Pierre, 1995, *Dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, Bayard, 443 p.

BOUTINET Jean-Pierre, 2005, [1990], *Anthropologie du projet*, Paris, PUF Quadrige, 409 p.

Conseil Supérieur du Travail social, février 2015, *Refonder le travail aux personnes – Merci de ne plus nous appeler "usagers"*, 184 p.

DE GAULEJAC Vincent et col., 1993, *Sociologies clinique du travail social*, Paris, Desclée de Brouwer, 331 p.

DE GAULEJAC Vincent, TABOADA-LEONETTI Isabelle, 1994, *La lutte des places*, Paris, Desclée de Brouwer, 288 p.

DE GAULEJAC Vincent, BONETTI Michel, FRAISSE Jean., 1995, *L'ingénierie sociale*, Paris, Siros, 217 p.

DE KETELE Jean-Marie, ROEGIERS Xavier, 1996, *Méthodologie du recueil d'informations*, Bruxelles, De Boeck, 226 p., 3^e édition

DUJARIER Marie-Anne, 2008, *Le travail du consommateur*, Paris, La Découverte, 249 p.

FAVARD Anne-Marie, 1991, *L'évaluation clinique en action sociale*, Toulouse, Erès, 112 p.

FUSTIER Paul, 2000, *Le lien d'accompagnement*, Paris, Dunod, 238 p.

GRAWITZ M., 1996, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 10^e éd., p.325

HAMILTON Gordon, 1972, [1951], *Théorie et pratique du case work*, Clermont-Ferrand, Ecole psychologique et sociale interrégionale, 295 p.

HANS Danielle, 2014, « L'analyse des pratiques en institution, le difficile chemin d'un processus de subjectivation », in CHAMI Jean, HUMBERT Chantal (dir.), *Dispositifs d'analyse des pratiques et d'intervention*, Paris, L'Harmattan, p.39-62

JOUFFREY Claire et coll, 2014, *Développement du pouvoir d'agir*, Claire JOUFFREY (dir.), Rennes, Presses de l'EHESP, xxx p.

LEMOIGNE Jean-Luc, 1999, [1990], *La modélisation des systèmes complexes*, Paris, Dunod, 179 p.

PIERON Henri, 2000, [1951], *Vocabulaire de la psychologie*, Paris, PUF Quadrige, 595 p., 3^e éd.

REY Alain, 1995, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 2389 p.

ROGIERS Carl, 2005, [1968], *Le développement de la personne*, Paris, Inter-édition, 276 p.

RULLAC Stéphane, OTT Laurent (dir.), 2010, *Dictionnaire pratique du travail social*, Paris, Dunod, 363 p.

SAVALL Henri, ZARDET Véronique, 1995, *Maîtriser les coûts et les performances cachés – Le contrat d'activité périodiquement négociable*, Paris, Economica, 412 p.

WALDEVRAVE Charles, 2000, "Just therapy with family and communities", in BURFORD G., HUDSON J., dir., *Family Group Conferencing – New directions in community-centered child and family practice*, New York, Adline de Gruyter, p.153-164

Court résumé de l'article

Dans un contexte où l'accent porte sur une performance instrumentalisée par des critères de normalisation à visée budgétaire, la réflexion sur la clinique de l'action sociale prend rang de précaution éthique et de veille philosophique. Le postulat de la présente réflexion prend le contre-pied de la tendance actuelle : il est vain de considérer que la clinique coûte cher, bien au contraire elle réduit les coûts cachés de l'action sociale. L'étude commence par un repérage de l'ancrage lexical du terme *clinique* dans les sciences humaines. La démarche se poursuit par la production d'une définition prospective : la clinique du travail social désigne la relation soignante engagée par l'intervenant praticien envers la personne concernée. L'édifice conceptuel repose sur une modélisation à neuf composantes : centration, empowerment, contre-transfert, soin, diagnostic, prospective, socialité, cadre, relation, objectivation. La conceptualisation rebondit au travers d'une métaphore qui donne le titre de cet article : *des étoiles dans les yeux et de la moelle plein les os*, avant de conclure sur l'annonce des travaux clinique à venir : le développement des conférences familiales.

Publications de l'auteur

Je vois deux supports à publier sur la page promotionnelle qui fait suite à l'article :

- la présentation de deux de mes ouvrages avec photo du livre avec extrait de quatrième de couverture :
 - *Evaluer en protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 2015, 4^e éd., 292 p.
 - *L'analyse des pratiques en travail social*, Paris, Dunod, 2017, 263 p.
- l'annonce de l'existence de ma newsletter trimestrielle en proposant l'abonnement qui se fait par une demande adressée sur mon mail : alfoldievaluation@gmail.com