



HAL
open science

Formation clinique et compétences relationnelles dans les métiers du travail social

Pierre Hébrard

► **To cite this version:**

Pierre Hébrard. Formation clinique et compétences relationnelles dans les métiers du travail social. Former au travail social. Vers la professionnalisation, entre alternance et accompagnement, 2017. halshs-01724736

HAL Id: halshs-01724736

<https://shs.hal.science/halshs-01724736>

Submitted on 6 Mar 2018

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

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

Formation clinique et compétences relationnelles dans les métiers du travail social

Pierre Hébrard

Chercheur associé au LIRDEF (Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Didactique, Éducation, Formation) Université de Montpellier

Résumé :

Ma contribution interroge la place de la dimension clinique et des compétences relationnelles dans deux dispositifs de formation de travailleurs sociaux en France. Elle comporte deux parties. La première revient sur les notions de démarche clinique, d'approche clinique et de formation clinique, telles qu'elles ont été développées par des auteurs comme Revault d'Allones (1989), Blanchard-Laville (2005), Cifali et Giust-Desprairies (2008). La seconde repose sur l'analyse de ce qui relève de cette dimension clinique et des compétences relationnelles dans les textes régissant ces dispositifs (référentiels, programmes de formation, grilles d'évaluation). Elle évoque le risque d'une réduction techniciste de la conception du métier, comme de la formation, qui pourrait être lié à l'approche par les compétences et à l'usage des référentiels. La conclusion essaie de répondre à la question : à quelles conditions peut-on concevoir un modèle de la formation qui articule les trois grandes dimensions du développement professionnel dans les métiers de la relation humaine : la formation théorique, la formation technique et la formation clinique ?

Mots clés : travail social, démarche clinique, formation clinique, compétences relationnelles, référentiels.

Formation clinique et compétences relationnelles dans les métiers du travail social

Ma contribution fait partie d'une série d'études menées sur les changements qui ont eu lieu en France au cours des années 2000 dans la formation des professionnels de la santé et du travail social. Ces réformes, fondées sur une approche dite "par les compétences", consistent notamment à structurer les dispositifs de formation sur la base de référentiels (d'activités, de compétences, de formation, de certification). Présentées par leurs promoteurs comme une avancée majeure dans le domaine de l'ingénierie de formation, elles ont fait l'objet de nombreuses critiques. Il leur a été reproché de privilégier "une logique techno-instrumentale des apprentissages" (Lenoir 2010), une vision techniciste des métiers de la relation (Hébrard 2011a, 2013a), les savoir-faire opérationnels au détriment des savoirs théoriques en sciences humaines (Prades 2012). Les dispositifs qui en découlent tendraient à occulter la subjectivité et la complexité (Houssaye 2015) et seraient difficilement compatibles avec les notions d'autonomie et de réflexivité, que ce soit en formation ou dans l'exercice de la profession (Carignan 2013). Ces critiques sont-elles réductrices ? Représentent-elles une vision passiviste de la formation professionnelle ? Concernent-elles indifféremment tous les dispositifs de formation des travailleurs sociaux et des personnels de la santé ? Doivent-elles être nuancées sur la base d'une étude attentive de chaque dispositif de formation ? Que mettre en regard de ce reproche de "technicisation" des métiers de la relation ? La place qui est faite aux compétences relationnelles et à une approche clinique peut-elle corriger ou contrebalancer les dérives ou les limites de l'approche par les compétences ?

L'étude ici présentée, proposera quelques éléments de réponse à ces questions. Elle examinera plus spécifiquement la place qui est faite à la dimension clinique et aux compétences relationnelles dans la formation et la professionnalisation de travailleurs

sociaux en France. Elle comportera deux parties. La première reviendra sur les notions de démarche clinique, d'approche clinique et de formation clinique, telles qu'elles ont été développées par des auteurs comme Revault d'Allones (1989), Blanchard-Laville (2005), Cifali et Giust-Desprairies (2008). La seconde reposera sur l'analyse de ce qui relève de cette dimension clinique et des compétences relationnelles dans deux dispositifs de formation de travailleurs sociaux, à partir de l'analyse documentaire des textes régissant ces dispositifs et des différents supports (référentiels, programmes de formation, grilles d'évaluation) qu'ils utilisent. Elle évoquera le risque d'une réduction techniciste de la conception du métier, comme de la formation, qui pourrait être lié à l'approche par les compétences et l'usage des référentiels. La conclusion interrogera la possibilité de concevoir un modèle de la formation qui articule les trois grandes dimensions du développement professionnel dans les métiers du travail social : la formation théorique, la formation technique et la formation clinique ?

1. Formation clinique, pensée clinique, travail clinique

Dans l'introduction de leur ouvrage "*Formation clinique et travail de la pensée*", M. Cifali et F. Giust-Desprairies (2008) ont titré un paragraphe "*spécificité d'une pensée clinique*". Il commence ainsi :

"Nous avons proposé à chacun des auteurs de réfléchir autour de la question : quels sont les effets de son travail clinique sur la manière de penser des étudiants, des professionnels et de tous ceux avec qui il travaille ? Ou autrement formulé : l'approche clinique dessine-t-elle une manière particulière de penser l'action professionnelle, de penser dans l'action professionnelle ?"

Trois expressions : pensée clinique, travail clinique, approche clinique, outre, dans le titre de l'ouvrage : "formation clinique", autant d'expressions avec le même adjectif, ce qui nous incite à interroger sa définition.

"Clinique : adjectif et nom féminin, est emprunté au latin *clinicus* (...) calqué sur le grec *klinikos* "qui concerne le lit"; substantivé au féminin *klinikê* (*tekhnê*) "médecine exercée au chevet du malade". *Klinikos* est dérivé de *klinê* "lit", lui-même de *klinein* "pencher, incliner" (Rey 1998).

Plus spécifiquement, dans le domaine des sciences humaines, Daniel Lagache, dès 1949 définissait les deux grandes orientations de la psychologie : la psychologie expérimentale et la psychologie clinique. Pour définir cette dernière, il disait notamment :

"La psychologie clinique est caractérisée par l'investigation systématique et aussi complète que possible des cas individuels. (...) L'humanité de l'objet la spécifie moins que l'attitude méthodologique : envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret, complet, aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits, tel est en résumé le programme de la psychologie clinique" (D. Lagache 2004/1949).

On trouve dans ces définitions une série de notions et d'idées qui décrivent l'approche clinique en psychologie : se pencher (*klinein*) sur le cas d'une personne singulière, pour l'observer, l'étudier, diagnostiquer sa maladie ou comprendre sa conduite, dans une

situation, elle aussi considérée dans sa singularité, appréhendée dans sa globalité, sa complexité, sa conflictualité éventuelle.

Dans le premier chapitre de son livre "Sciences cliniques et organisations sociales", André Lévy (1997) oppose *"une conception de la clinique référée aux seules professions de soin et conforme avec la démarche médicale classique – qui correspond aujourd'hui par exemple à une psychologie clinique qui serait réduite au diagnostic, à l'entretien ou aux tests projectifs"*, et *"une posture générale à l'égard de l'homme, souffrant ou non, et du savoir mis en jeu dans cette relation."*

Ce terme désigne donc une approche méthodologique et épistémologique (Revault d'Allones 1995, Cifali 2008) et un ensemble de dispositifs (le divan, les groupes de diagnostic ou d'analyse des pratiques, les récits biographiques, les entretiens, etc.).

Les pratiques qu'ils recouvrent reposent sur des attitudes, (écoute, attention, non jugement, souci de l'autre...), une éthique, la reconnaissance et la prise en compte de la singularité et de la subjectivité, celles du clinicien, comme celles des sujets auprès desquels il intervient. Mais elles se réfèrent à divers courants de pensée (psychologie humaniste, non directivité, psychanalyse, etc.) parfois divergents, en particulier concernant le rôle des phénomènes inconscients dans le fonctionnement psychique. Il faut ajouter que différents courants, parmi les disciplines relevant des sciences humaines, se définissent comme cliniques, en sociologie, anthropologie, ou psychosociologie. En outre, l'approche clinique est revendiquée par de nombreux travaux de recherche et de nombreuses pratiques dans les domaines de l'éducation et de la formation.

Dans son article de 2004 sur "l'analyse clinique des pratiques professionnelles", Claudine Blanchard-Laville dit se référer essentiellement au travail de Michaël Balint et de ses groupes de formation à l'intention des médecins généralistes se donnant pour but d'explorer les implications psychologiques inhérentes à la relation médecin-malade. Elle ajoute que Balint a conçu *"un style de travail qui relève à la fois de la recherche et de la formation"* (Blanchard-Laville 2004, p. 17). Elle définit sa propre approche comme relevant d'un "accompagnement clinique", ce qu'elle explicite ainsi : *"Il s'agit d'instaurer un échange de paroles en petit groupe, centré sur les implications psychiques de la pratique de professionnels de l'éducation et de la formation"* (p. 18).

Elle affirme la capacité de ce dispositif à soutenir une démarche professionnalisante, et cite Anne Jorro : *"La professionnalité prend appui sur la pensée des praticiens, les dilemmes et les intuitions qui les agissent. L'agir professionnel est ouvert à la subjectivité émotive et affective, ce qui suppose alors une prise de distance avec l'approche programmée et une disponibilité pour revenir sur l'activité afin de l'analyser et de la questionner de différents points de vue."*(p. 19).

Reviennent quelques expressions et mots-clés : prise en compte de la subjectivité, prise de distance, pensée de leur pratique par les praticiens, réflexivité, analyse, questionnement.

Dans même article (Blanchard-Laville 2004), l'auteure précise que, dans ces groupes, il ne s'agit pas de transmettre des savoirs théoriques mais de conduire un travail qui porte exclusivement sur l'analyse de situations professionnelles apportées par les participants. Et elle ajoute : *"Le déroulement du travail dans les séances constitue un apprentissage" (...)* *"un véritable apprentissage qui a probablement des conséquences importantes sur*

la posture même du praticien lors de son acte, en particulier du côté d'une plus grande ouverture à l'autre (p.20).

Elle précise aussi que ce que transmet l'animateur, *"c'est avant tout sa propre posture, faite d'écoute, de respect, de bienveillance, de non jugement, de respect du cadre établi et des règles de travail, une véritable posture de recherche."*(p. 21).

Cette posture, transmise par une formation clinique, recoupe très largement les compétences relationnelles au cœur des métiers du travail social.

2. Quelle professionnalisation pour les futurs travailleurs sociaux ?

La professionnalité qu'il s'agit de développer, tout au long du parcours de professionnalisation, par le biais de cette "formation clinique", serait celle de futurs "praticiens cliniciens", réflexifs, ayant acquis une posture et une éthique professionnelles, un ensemble d'attitudes et de valeurs, une ouverture à l'autre, au questionnement, à la recherche.

C'est aussi ce qui ressort d'un ouvrage collectif (Carignan et Fourdrignier 2013) *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*. Deux citations l'illustrent bien :

" C'est pourquoi, dès la formation initiale, il est important que le formé en travail social entretienne une posture réflexive et une implication critique et autocritique lui permettant d'abord de tirer le meilleur parti d'une formation en alternance, pour devenir un professionnel de l'intervention sociale." (Carignan. 2013, p. 36).

"Nous visons à la fois à insérer la personne en formation dans une culture professionnelle, avec ses codes, ses habitus, ses méthodes, etc., mais nous cherchons surtout à transmettre un habitus clinique pour qu'elle trouve sa propre voie, son style, et construise sa propre identité professionnelle à travers une posture éthique." (Vallet, 2013, p.145).

Mais ces auteurs évoquent aussi "un certain nombre de défis communs : la multiplication des référentiels, l'injonction de performance publique, la réduction de l'autonomie des professionnels, la mise à distance de la question de l'éthique, la "protocolisation" du travail social,..." (Carignan et Fourdrignier 2013, p. 2). Derrière ces défis se cache une interrogation sur les nouvelles orientations qui sont à l'origine des réformes ayant concerné les formations sociales.

Parmi de nombreux travaux, souvent critiques (Ollagnier 2002, Crahay 2006, Haberey et Heeb 2015), une étude du CEREQ sur "l'Europe de la compétence" évoque "une nouvelle ingénierie de formation caractérisée par la notion de référentiel (...) et un renversement par rapport aux pratiques antérieures, très axées sur les contenus des programmes de formation et les procédures d'évaluation" (Bouder et Kirsch 2007 p. 4).

Semblent alors se dessiner trois conceptions dominantes de la formation des travailleurs sociaux : la première mettait surtout l'accent sur la formation théorique (les programmes de formation disciplinaires), à côté d'une alternance souvent qualifiée de "juxtapositive". La seconde, caractérisée par l'approche par les compétences, est issue des réformes des années 2000, avec ses référentiels d'activités, de compétences, de formation et ses grilles d'évaluation à base d'indicateurs de compétence. Elle donne

aussi un poids accru aux "sites qualifiants" qui doivent valider les périodes de stage, sur la base des référentiels. La troisième est celle que nous avons décrite comme "une formation clinique" mettant l'accent sur la réflexivité, les compétences relationnelles et l'éthique. Les deux dernières citées se réfèrent à une alternance qualifiée d'intégrative.

De fait, ces trois approches se combinent dans les pratiques actuelles, ce qui ne va pas sans produire des tensions, des ambiguïtés, voire des paradoxes (Hébrard 2011a, 2013a, Fourdrignier 2013). La question de leur compatibilité est d'ailleurs soulevée par Louise Carignan (2013) sous la forme d'une question provocatrice : *"La pensée et l'analyse critique sont-elles compatibles avec les référentiels de compétences ?"*

Marc Fourdrignier pour sa part pose la question en termes d'usage des référentiels de compétences par les différentes parties prenantes. *"Sont-ils utilisés de manière normative et exclusive, l'apprentissage en stage se limitant aux indicateurs du référentiel, et le projet de stage devenant un extrait de ce référentiel ? Sont-ils utilisés de manière indicative permettant alors d'articuler référentiels de compétence et pratique réflexive, ou de mettre en tension les éléments normatifs et les singularités du stagiaire comme du lieu de stage"* (Fourdrignier, 2015, p. 106) ?

Mais les référentiels ne sont-ils pas par définition normatifs ? Leur usage n'entraîne-t-il pas une réduction techniciste de la conception du métier comme de la formation ?

Poursuivant une étude des effets des dernières réformes qu'ont subi les dispositifs de formation professionnelle des travailleurs sociaux, (Hébrard 2011a, 2011b, 2013a, 2013b, 2015) je me suis attaché à l'analyse des différents documents qui régissent certains de ces dispositifs depuis les réformes des années 2000. Je présente ici l'analyse de deux dispositifs de formation : celui des Moniteurs-éducateurs et celui des Assitants de Services Sociaux. Il s'agira principalement de répondre à deux questions : quelle place est faite à la dimension clinique et aux compétences relationnelles dans ces dispositifs ? A quelles conditions pourrait-on concevoir un modèle de la formation qui articule les trois grandes dimensions du développement professionnel dans les métiers de la relation humaine : une formation théorique, notamment en sciences humaines, une formation technique (l'acquisition de savoir-faire méthodologiques et pratiques) et une formation clinique (le développement d'une posture professionnelle fondée sur des "compétences relationnelles", des attitudes d'ouverture, d'attention et de respect d'autrui, bref une éthique professionnelle de travailleur social).

Comme dans les études précédentes portant sur la formation des infirmiers, des formateurs ou d'autres dispositifs de formation du travail social (Hébrard 2011a, 2011b, 2013a, 2013b), la méthodologie est celle d'une étude documentaire des outils utilisés (référentiels métiers ou d'activités, référentiels de compétences, programmes de formation, grilles d'évaluation). La méthode d'analyse porte aussi bien sur le contenu explicite (terminologie, notions et expressions utilisées), que sur les présupposés implicites qu'ils contiennent (Ducrot, 1991 ; Kerbrat-Orecchioni, 1986). Elle consiste d'une part à repérer la place faite aux compétences relationnelles dans les dispositifs étudiés, et d'autre part à étudier la façon dont ces compétences sont formulées, notamment à évaluer dans quelle mesure elle relève d'une approche clinique ou d'une approche techniciste de la formation et des compétences, influencée par le behaviorisme (Hébrard 2013c). Concernant ce dernier aspect, les principaux critères retenus sont :

- le degré de segmentation, de décomposition de l'activité professionnelle en un nombre plus ou moins élevé de tâches et d'opérations,

- la formulation des compétences en terme de comportements observables du type de ceux préconisés par la pédagogie par objectifs ("être capable de" + verbe d'action à l'infinitif décrivant une performance),
- une formulation des compétences relationnelles en terme de techniques, de contrôle, de maîtrise.

3. Le Diplôme d'État de Moniteur Éducateur

Dans le rapport intitulé "Évaluation de la réingénierie du Diplôme d'État de Moniteur Éducateur" (Dubouchet 2013), le résumé de ses conclusions fait d'abord état des "atouts" du dispositif de formation ainsi réformé, parmi lesquels :

- *Des professionnels concrets, présents dans le face à face pédagogique et l'organisation du quotidien dont la réingénierie a modernisé les techniques éducatives.* Mais sont ensuite mentionnés, quelques "préoccupations", dont les deux premières sont :
 - *Une insuffisante connaissance des problématiques complexes, (psychiatrie), qui affectent de plus en plus les publics*
 - *Des difficultés à adapter la réponse éducative et à en évaluer les effets* (op. cit. p.2).

On pourrait s'étonner du fait que des professionnels "présents dans le face à face pédagogique" et dotés de "techniques éducatives modernisées" aient malgré tout des "difficultés à adapter leur réponse éducative" ; et que "leur connaissance des problématiques complexes qui affectent de plus en plus les publics" soit insuffisante.

On peut faire l'hypothèse que les connaissances et les compétences relationnelles qui permettraient aux nouveaux ME de fournir une réponse éducative adaptée sont insuffisamment présentes dans leur formation.

Cependant, le rapport suggère que certaines insuffisances soulignées par les employeurs et les professionnels relèveraient *plus de l'évolution des rapports de travail que des effets de la réingénierie*". (Sont cités : *Un rapport plus exigeant des jeunes professionnels à l'égard de l'institution et de la hiérarchie, des faiblesses dans l'investissement personnel et l'implication dans les valeurs humanitaires qui caractérisent le travail social*").

Le rapport conclut cette remarque en disant : *Autant d'éléments plus imputables à l'évolution sociale et culturelle des jeunes professionnels qu'aux effets de la réingénierie des diplômés*" (op. cit. p. 9).

Ne peut-on considérer que la réingénierie de la formation est un peu rapidement exemptée de sa responsabilité, et se demander si la formation met suffisamment l'accent sur l'engagement personnel et l'intégration des valeurs qui fondent le travail éducatif et sont indissociables de l'éthique professionnelle.

Le rapport affirme aussi :

" la clarification introduite par les domaines de compétences pouvait en effet mettre en cause l'approche globale et l'acquisition du positionnement professionnel (...). Ce risque de segmentation, de technicisation, n'apparaît à aucun moment pour les moniteurs éducateurs en raison de la valorisation des savoir faire pratiques et opérationnels" (op. cit. p. 17).

Un tel risque n'est-il pas sous-estimé ? La valorisation des "savoir-faire pratiques et opérationnels" ne peut-elle pas entraîner une certaine "technicisation" ?

En outre, un paragraphe du rapport intitulé "le développement personnel des étudiants" commence ainsi :

"L'effet formation sur le développement personnel, la progression de la maturité, le contrôle des émotions, les aptitudes relationnelles n'est jamais évoqué dans les entretiens concernant les moniteurs-éducateurs. La question semble ne pas être à l'ordre du jour alors que, pour les éducateurs ou les assistants de service social, elle est très prégnante. Peut-être n'est-elle pas abordée pour marquer la différence et notamment le fait que les moniteurs-éducateurs sont attendus sur leurs capacités à organiser des activités plus qu'à jouer de leur personnalité".(op. cit. p. 22).

N'y-t-il pas là une première piste à explorer pour mieux comprendre les insuffisances mentionnées plus haut dans la formation des ME ? Une étude plus précise des référentiels peut fournir des éléments de réponse à ces interrogations.

Le "référentiel professionnel" se compose de plusieurs parties (Annexe 1 de l'arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat de moniteur-éducateur) :

La première est "la définition de la profession et du contexte de l'intervention". J'en retiens les éléments essentiels :

"Le moniteur-éducateur participe à l'action éducative, à l'animation et à l'organisation de la vie quotidienne de personnes en difficulté ou en situation de handicap, pour le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion, (...)

Le moniteur-éducateur assure une relation éducative au sein d'espaces collectifs et favorise l'accès aux ressources de l'environnement (...). Il peut ainsi mettre en place et encadrer des médiations éducatives et des activités de soutien scolaire, d'insertion professionnelle ou de loisirs. (...) Grâce à sa connaissance des situations individuelles, il contribue à l'élaboration de ces projets personnalisés et participe au dispositif institutionnel (...)

Il peut contribuer à l'éducation d'enfants ou d'adolescents ou au soutien d'adultes présentant des déficiences sensorielles, physiques ou psychiques ou des troubles du comportement. Dans ce contexte, il assure une relation éducative avec ces personnes (...)

Les expressions "action éducative, relation éducative, médiation éducative" sont bien présentes dans la définition de la profession à laquelle cette formation prépare les étudiants. Les dimensions relationnelles de l'activité de ces travailleurs sociaux sont bien présentées comme étant au cœur de leur métier.

Vient ensuite un référentiel fonctions/activités sous la forme d'un tableau qui présente trois grandes fonctions, découpées en activités : quatre activités principales pour chaque fonction, elles-mêmes divisées en une série d'activités détaillées (42 en tout).

Puis la présentation des quatre domaines de compétences (DC) et du référentiel de compétences détaillant ces domaines de compétences : 12 compétences et une série d'indicateurs de compétences (50 au total).

Tableau 1 : extrait du DC 1 Accompagnement social et éducatif spécialisé

COMPÉTENCES	Indicateurs de compétences
Instaurer une relation	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir prendre en compte la situation de la personne ou du groupe - Savoir observer les attitudes et comportements des usagers - Savoir développer une écoute attentive et créer du lien - Savoir identifier et réguler son implication personnelle
Aider à la construction de l'identité et au développement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir repérer et mobiliser les potentialités de la personne ou du groupe - Savoir s'interroger et interroger les dimensions éthiques ou déontologiques impliquées dans les pratiques - Savoir favoriser l'expression et la communication etc.
Assurer une fonction de repère et d'étayage dans une démarche éthique	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir favoriser l'apprentissage des règles de vie collective - Savoir utiliser des techniques de gestion de conflits - Savoir se positionner auprès de la personne aidée en tant qu'adulte de référence etc.
Animer la vie quotidienne au sein de l'établissement ou du service	etc
Concevoir et mener des activités de groupe	etc

On retrouve, en terme de compétences et d'indicateurs de compétences, différents items déjà présents dans le référentiel d'activités, notamment dans le cadre de la fonction "Exercice d'une relation éducative au sein d'un espace collectif". La différence est seulement qu'ils sont formulés à l'infinitif, (verbe savoir suivi d'un autre infinitif pour les indicateurs de compétences), alors que les activités sont formulées à l'indicatif sans pronom sujet. Par exemple : "assure une fonction de repère et d'étayage" ou "s'interroge et interroge les dimensions éthiques ou déontologiques impliquées dans les pratiques". Un ensemble de compétences relationnelles et d'attitudes, supposant un certain développement personnel, sont donc bien présentes dans le référentiel de compétences. Je citerai aussi : "prend en compte le projet des personnes et leur désir dans l'élaboration des actions éducatives", "préserve l'intimité et la vie privée des personnes", "prend en compte la singularité, les rythmes et les attentes des personnes". Bien qu'une assez forte segmentation des activités et des compétences soient avérée (42 activités, 50 indicateurs de compétences), on ne peut pas dire que les compétences

relationnelles soient absentes des référentiels, ni que ceux-ci traduisent une "technicisation" du métier de ME.

Les insuffisances relatives constatées dans le rapport cité pourraient donc plutôt relever de faiblesses attribuables aux dispositifs et aux activités de formation mises en œuvre dans les instituts du travail social, plus qu'au contenu des référentiels. Une enquête en cours dans ce domaine, visant à recueillir des informations sur ces activités et pratiques, directement auprès des formateurs permettra d'apporter des éléments de réponse à cette question (voir en annexe la grille d'entretien).

4. Référentiel professionnel des Assistants de Service Social (ASS)

Ce référentiel commence par une définition de la profession et du contexte de l'intervention (arrêté du 29 juin 2004):

"L'assistant de service social exerce de façon qualifiée, dans le cadre d'un mandat et de missions spécifiques à chaque emploi, une profession d'aide définie et réglementée (article L411-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles) dans une diversité d'institutions, de lieux et de champs d'intervention. (...)

Dans le cadre des missions qui lui sont confiées, l'assistant de service social accomplit des actes professionnels engageant sa responsabilité par ses choix et ses prises de décision qui tiennent compte de la loi et des politiques sociales, de l'intérêt des usagers, de la profession et de ses repères pratiques et théoriques construits au fil de l'histoire, de lui même en tant qu'individu et citoyen.

Dans une démarche éthique et déontologique, il contribue à créer les conditions pour que les personnes, les familles et les groupes avec lesquels il travaille, aient les moyens d'être acteurs de leur développement et de renforcer les liens sociaux et les solidarités dans leurs lieux de vie.

Dans ce cadre, l'assistant de service social agit avec les personnes, les familles, les groupes par une approche globale pour :

- améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel,*
- développer leurs propres capacités à maintenir ou restaurer leur autonomie et faciliter leur place dans la société,*
- mener avec eux toute action susceptible de prévenir ou de surmonter leurs difficultés."*

Le référentiel d'activités des ASS est précédé d'une phrase précisant que :

" Les fonctions/ activités des assistants de service social s'exercent en référence à des repères éthiques et déontologiques garantissant la qualité de leurs interventions".

Il semble que cette dimension n'ait pas pu être intégrée dans le tableau qui suit et qui détaille ces fonctions/activités (5 fonctions, divisées en 27 activités).

Parmi ces activités, certaines me semblent plus particulièrement requérir des compétences relationnelles. Je citerais :

- Entrer en relation/se mettre à disposition d'une personne et recueillir des éléments de connaissance permettant la compréhension de sa demande*
- Apporter une aide à la personne en favorisant ses propres ressources et celles de son environnement (famille, milieu de travail, etc.)*
- Co-élaborer un plan d'action avec la personne en coordonnant les différentes démarches, en tenant compte de ses ressources, de son environnement, des moyens de l'institution.*

- *Négocier un contrat d'action avec la personne et en organiser le suivi*
- *Participer à la régulation sociale ou familiale de situations de tensions ou de dysfonctionnement.*
- *Négocier pour les personnes auprès des associations, les institutions, les services publics*

Regardons ce qu'en dit le référentiel de compétences.

Tableau 2 : extrait du référentiel de compétences du Diplôme d'État d'Assistant de Service Social

<p>DC1 Intervention professionnelle en service social</p> <p>Conduite de l'intervention sociale d'aide à la personne</p> <p>COMPÉTENCES</p>	<p>Indicateurs de compétences</p>
<p>1.1 Evaluer une situation</p>	<p>1.1.1 Savoir recueillir les données nécessaires à la compréhension de la situation</p> <p>1.1.2 Savoir clarifier les difficultés et les aspirations d'une personne</p> <p>1.1.3 Savoir identifier les potentialités d'une personne</p> <p>1.1.4 Savoir mesurer et gérer son implication personnelle</p> <p>1.1.5 Savoir analyser une situation complexe</p>
<p>1.2 Elaborer et mettre en œuvre un plan d'aide négocié</p>	<p>1.2.1 Savoir utiliser des techniques relationnelles appropriées</p> <p>1.2.2 Savoir proposer et formuler un plan d'aide sur la base d'objectifs contractualisés</p> <p>1.2.3 Savoir mettre en œuvre des stratégies (environnement, ressources, contraintes, etc...)</p> <p>1.2.4 Savoir utiliser les ressources des dispositifs sociaux</p> <p>1.2.5 Savoir évaluer l'action dans la durée</p> <p>1.2.6 Savoir agir dans le respect des règles déontologiques</p> <p>1.2.7 Savoir évaluer la notion de risques</p>
<p>1.3 Apprécier les résultats de l'intervention</p>	<p>1.3.1 Savoir définir des indicateurs de progression</p> <p>1.3.2 Savoir évaluer ses méthodes pratiques et outils</p> <p>1.3.3 Savoir partager les analyses avec la personne et les partenaires</p> <p>1.3.4 Savoir construire une fin d'intervention</p>

Comme pour les autres référentiels du travail social, il apparaît une assez forte segmentation : 15 compétences, 70 indicateurs de compétences en tout (seules les trois premières compétences ont été retenues dans le tableau ci-dessus).

Pour la première compétence "évaluer une situation", les indicateurs sont formulés dans une logique de recueil et de traitement d'informations, à l'exception de la quatrième (*Savoir mesurer et gérer son implication personnelle*). Mais les verbes "mesurer et gérer" reflètent une conception des compétences relationnelles en termes de contrôle ou de maîtrise. Il ne semble donc pas que ces formulations concernant la conduite d'une aide à la personne correspondent bien à une approche clinique telle que définie plus haut.

Pour la deuxième compétence : "*Elaborer et mettre en œuvre un plan d'aide négocié*", la formulation de la compétence dénote une approche planificatrice, plus que la conduite d'une relation d'aide. Les indicateurs décrivent l'utilisation de "techniques relationnelles", la mise en œuvre de stratégies, l'utilisation des ressources de dispositifs. La dimension proprement relationnelle est réduite à des techniques, des ressources, des stratégies à utiliser. La dimension éthique est formulée en termes de respect de règles déontologiques.

Pour la troisième compétence (*Apprécier les résultats de l'intervention*), ils sont formulés en termes de définition d'indicateurs, d'évaluation de méthodes pratiques et d'outils. A l'exception de l'indicateur "*Savoir partager les analyses avec la personne et les partenaires*". Comme pour la précédente, la conception de cette compétence semble relever d'une forme de "technicisation".

Non seulement les référentiels d'activités et de compétences traduisent une vision très segmentée (27 activités, 70 indicateurs de compétences), mais les termes dans lesquels les indicateurs de compétences sont exprimés trahissent une vision plutôt techniciste du métier alors que la relation d'aide, l'écoute, la compréhension, la négociation, bref les compétences relationnelles qui sembleraient être au cœur de l'activité professionnelle des ASS, sont très peu présentes dans le référentiel. Lorsqu'elles y apparaissent, elles sont formulées en termes de techniques, d'outils, d'indicateurs, visant la maîtrise et l'(auto) contrôle et non d'une façon qui évoquerait une approche clinique telle que nous l'avons définie.

Ce n'était pas le cas des référentiels du Diplôme d'État de Moniteur-éducateur, même si le rapport d'évaluation cité (Dubouchet 2013) relevait certaines faiblesses de la formation de ces travailleurs sociaux.

5. Discussion et conclusion

Les critiques portant globalement sur les dispositifs de formation des travailleurs sociaux doivent donc être nuancées dans la mesure où l'analyse précise de chaque dispositif révèle des différences notables dans la façon dont sont traitées les compétences relationnelles. De plus, c'est l'étude concrète des pratiques, des activités pédagogiques réellement mises en place et de leur mode de conduite par les formateurs et formatrices qui donnera une connaissance plus juste de la place qui est faite à l'approche clinique dans ces dispositifs, et à la façon dont ils abordent le développement de compétences relationnelles et d'une éthique professionnelle.

Je voudrais, en conclusion, évoquer deux pistes de réflexion qui pourraient permettre de pallier les insuffisances et les limites constatées dans les textes régissant ces formations et dans les effets des réformes mises en œuvre en France depuis une dizaine d'années. La première porte sur la conception des référentiels et sur leur usage par les formateurs

des Instituts de formation des travailleurs sociaux. Ceux qui conçoivent ces référentiels doivent avoir conscience que ce sont des outils toujours provisoires, incomplets et donc prévoir de les actualiser et de les améliorer sur la base des évaluations qui en sont faites par ceux qui les utilisent et/ou par les experts mandatés pour le faire. Cette révision périodique devrait prendre mieux en compte le fait que le cœur de métier des travailleurs sociaux demeure une activité essentiellement relationnelle requérant "une posture réflexive et une implication critique et autocritique" (Carignan 2013), "un habitus clinique" (Vallet 2013), lesquels ne peuvent être développés que par une formation clinique (Cifali 2008). Sauf à accepter sans résistance l'idée d'une technicisation (pour ne pas dire d'une technocratisation) de ces métiers - notamment de celui d'ASS - qui les réduirait à l'application de protocoles prédéfinis et transformerait les travailleurs sociaux en gestionnaires de moyens et de dossiers, aggravant ainsi la maladie de notre société (De Gaulejac 2005) au lieu de contribuer à en soulager les maux.

Mais aussi ne pas oublier que, pour faire face à la complexité des situations personnelles et sociales auxquelles ils sont confrontés et y répondre de façon juste et adaptée, une formation théorique solide en sciences humaines est incontournable et que celle-ci ne s'oppose pas à la pratique ou aux techniques, mais qu'elle contribue à les fonder sur des connaissances validées (Jobert 2012).

La seconde piste de réflexion concerne l'alternance et le rôle attribué aux périodes de stage pratique dans le processus de professionnalisation. Il ne suffit pas d'évoquer une alternance intégrative et de donner un rôle accru aux "sites qualifiants" et aux formateurs de terrains (tuteurs, référents professionnels), ni même de former ces derniers (ce qui est bien entendu nécessaire). Plutôt que d'évoquer "*le passage du modèle formation-qualification au modèle expérience-compétence*" (Fourdrignier 2015, p. 103), il faudrait s'interroger sur les processus qui permettent de construire des connaissances et des compétences par l'analyse de situations vécues en stage. Là aussi, nous revenons à l'idée d'approche clinique, de travail clinique, c'est à dire à des activités comme les groupes d'analyse des pratiques et des situations et le travail de réflexion et d'écriture, depuis les études de cas cliniques jusqu'aux mémoires professionnels.

C'est la qualité de la reliance entre ces trois dimensions de la formation professionnelle des travailleurs sociaux - l'apprentissage par l'expérience de savoir-faire pratiques et techniques, la formation théorique en sciences humaines et sociales et la formation clinique - qui devrait permettre de former des futurs professionnels qui ne soient pas seulement des théoriciens, ni des techniciens, mais des praticiens-cliniciens. J'entends par là des travailleurs sociaux ayant acquis la capacité à adopter une posture professionnelle juste, adaptée, efficace et humaine, c'est à dire fondée sur des valeurs, sur des connaissances, sur une déontologie et une éthique personnelle, laquelle relèverait d'une éthique du *care* (Hébrard 2015). Du moins ce sont ces hypothèses que la suite de ma recherche va essayer de tester notamment à travers des entretiens et des focus groupes avec des formateurs et des responsables et des usagers de ces dispositifs de formation (voir la grille d'entretien en annexe).

Bibliographie :

- BLANCHARD-LAVILLE, C., et FABLET, D., (dir.), (2003), *Travail social et analyse des pratiques professionnelles. Dispositifs et pratiques de formation*, Paris, L'Harmattan.
- BLANCHARD-LAVILLE, C., (2004), « L'analyse clinique des pratiques professionnelles : un espace de transitionnalité », *Education Permanente*, n° 161, pp. 16-30.
- BOUDER, A., et KIRSCH, J. L., (2007), « La construction de l'Europe de la compétence. Réflexions à partir de l'expérience française », Céreq, *Bref*, 244.
- BOUDESSEUL, G., (Dir.) (2015), « *Alternance et professionnalisation : des atouts pour les parcours des jeunes et les carrières ?* », XXIIe journées d'étude sur les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail, Lille, CEREQ, *Relief*, 50.
- CARIGNAN, L., et FOURDRIGNIER, M., (2013), *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*, Québec, Presses Universitaires du Québec.
- CARIGNAN, L., (2013), « La pensée et l'analyse critique sont-elles compatibles avec les référentiels de compétences », dans CARIGNAN, L., et FOURDRIGNIER, M., *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*, Québec, Presses Universitaires du Québec.
- CIFALI, M., (2008), « Une pensée affectée pour l'action professionnelle », dans CIFALI, M., et GIUST-DESPRAIRIES, F., (dir.), *Formation clinique et travail de la pensée*, Bruxelles, De Boeck.
- CIFALI, M., et GIUST-DESPRAIRIES, F., (dir.), (2008), *Formation clinique et travail de la pensée*, Bruxelles, De Boeck.
- CRAHAY, M., (2006), « Dangers, incertitudes et incomplétude de la logique de la compétence en éducation », *Revue française de pédagogie*, 154, pp. 97-110.
- DE GAULEJAC, V., (2005), *La société malade de la gestion*, Paris, Editions du Seuil.
- DUBOUCHET, L., et GESTE, (2013), « Évaluation de la réingénierie du diplôme d'État de moniteur éducateur », Paris, Direction Générale de la Cohésion Sociale.
- DUCROT, O., (1991), *Dire et ne pas dire. Principes de sémantique linguistique*, Paris, Hermann.
- FOURDRIGNIER, M., (2015), « L'alternance intégrative, une nouvelle modalité de professionnalisation ? Le cas des métiers du travail social », dans BOUDESSEUL, G., *Alternance et professionnalisation : des atouts pour les parcours des jeunes et les carrières ?* Marseille, CEREQ, *Relief* 50, pp. 99-108.
- HABEREY, V., et HEEB, J. L., *Pour une critique de la compétence. La question du sujet et de la relation à l'autre*, Paris, L'Harmattan.
- HEBRARD, P., (2011a), « L'humanité comme compétence ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui », *Les Sciences de l'Éducation. Pour l'ère nouvelle*, Vol. 44, 2, pp. 103-121.
- HEBRARD, P., (2011b), « *Professionnalisation ou dé-professionnalisation des formateurs : la responsabilité des universités* », Communication au colloque du RUMEF, Université d'Avignon.

- HEBRARD, P., (2013a), « Ambiguities and paradoxes in a competence-based approach to vocational education and training in France », *European Journal for Research on the Education and Learning of Adults*, RELA, vol. 4, 2, pp. 111-127.
- HEBRARD, P., (2013b), « *Analyse croisée des nouveaux dispositifs de formation en alternance pour la formation aux métiers du soin et du travail social* », Communication dans le symposium « Alternance et processus de développement professionnel dans les métiers de la santé », Congrès AREF 2013, Université Paul Valéry, Montpellier.
- HEBRARD, P., (2013c), « Quelle « approche par les compétences » et quels référentiels pour la formation professionnelle aux métiers de la relation humaine ? », *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, n° 30, pp. 17-34.
- HEBRARD, P., (2015), « Compétence et travail du *care* dans la formation aux métiers de la relation humaine », dans Haberey, V., et Heeb, J. L., *Pour une critique de la compétence. La question du sujet et de la relation à l'autre*, Paris, L'Harmattan.
- HOUSSAYE, J., (2015). « Incompétence des compétences, Préface », dans Haberey, V. et Heeb, J. L., *Pour une critique de la compétence. La question du sujet et de la relation à l'autre*, Paris, L'Harmattan.
- JOBERT, G., (2012), « L'alternance, un fait social total », *Éducation Permanente*, 193, pp. 5-7.
- KERBRAT-ORECCHIONI, C., (1986), *L'implicite*, Paris, Armand Colin.
- LAGACHE, D., (2004/1949), *L'unité de la psychologie : psychologie expérimentale et psychologie clinique*, Paris, PUF, coll. « Quadrige ».
- LENOIR, Y., (2010b), « La notion de référentialité dans la formation à l'enseignement, apports et limites », *Recherche et formation*, 64, pp. 91-104.
- PRADES, J. L., (2012), « Formation en travail social, management et sujet concret. Où sont passées les sciences humaines? », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, 13, pp. 209-225.
- OLLAGNIER, E., (2002), « Les pièges de la compétence en formation d'adultes », dans DOLZ, J., et OLLAGNIER, E., (Dir.), *L'énigme de la compétence en éducation*, Bruxelles, De Boeck.
- REVAULT D'ALLONES, C., (1995), *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Dunod.
- REY, A., (dir.) (1998). Dictionnaire historique de la langue française en 3 volumes, Editions Le Robert)
- VALLET, P., (2013), « Entre référentiels de compétences et démarche clinique, la formation des travailleurs sociaux au cœur d'un processus réflexif », dans CARIGNAN, L., et FOURDRIGNIER, M., *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*, Québec, Presses Universitaires du Québec, pp. 137-151.

Annexe :

Grille d'entretien (formatrices, formateurs et responsables coordonnateurs de dispositifs) :

Qu'est-ce qui, dans le dispositif de formation des travailleurs sociaux, vous semble plus particulièrement destiné à développer les compétences relationnelles et une posture professionnelle juste (intégrant la dimension éthique du métier), dans la relation aux usagers et aux différents partenaires de leur activité ?

- apports de connaissances (lesquelles ?),
- expérience dans les périodes de stage : quelles activités ou situations pendant ces stages, quel accompagnement, quelle transmission par les tuteurs et autres professionnels ?
- retours et analyse du vécu, des situations et des activités réalisées pendant les stages,
- écrits réflexifs, étude de cas cliniques, mémoire...
- autres activités ?

Pouvez-vous me parler de ce qui vous semble essentiel dans la façon dont vous conduisez ou animez (certaines de) ces activités ? (ce sur quoi vous insistez, ce à quoi vous êtes particulièrement attentif-ve ?)

Les étudiants rencontrent-ils parfois des difficultés dans le développement de leurs compétences relationnelles et/ou de leur posture professionnelle ?

Si oui, quel type de difficultés ?

L'évaluation et la validation de ces compétences et de cette posture vous semble-t-elle plutôt facile ou plutôt difficile ?

- Si "plutôt difficile", à quelles difficultés ou à quels obstacles, êtes-vous confronté(e) ?
- Sur quoi porte cette évaluation ? Sur la base de quels supports est-elle réalisée ? Avec quelles méthodes, quels outils ?