



HAL
open science

Usages et reconfigurations de la clinique dans le champ de l'intervention sociale : regard sociologique

Bertrand Ravon

► **To cite this version:**

Bertrand Ravon. Usages et reconfigurations de la clinique dans le champ de l'intervention sociale : regard sociologique. Christophe Niewiadomski, Sébastien Ponnou. Pratiques d'orientation clinique en travail social, L'Harmattan, pp.71-93, 2020, 978-2-343-19695-4. halshs-03500051

HAL Id: halshs-03500051

<https://shs.hal.science/halshs-03500051v1>

Submitted on 20 Sep 2024

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.

Bertrand Ravon, « Usages et reconfigurations de la clinique dans le champ de l'intervention sociale : regard sociologique », in Niewiadomski Christophe & Ponnou Sébastien *dir.*, *Pratiques fondées sur des données cliniques en travail social*, Préface de Michel Chauvière, Editions L'Harmattan, 2020, pp.71-93.

1) Introduction

A l'articulation d'une double lecture sociologique, historique et pragmatiste, ce chapitre vise à rendre compte de quelques usages et reconfigurations de la clinique dans le champ large de l'intervention sociale, que l'accent soit mis sur le sujet de l'utilisateur/bénéficiaire (clinique de la relation d'aide), sur la vulnérabilité de son environnement social (clinique du social) ou sur les épreuves de professionnalité des travailleurs sociaux qui l'accompagnent (clinique de l'activité).

Nous défendrons la thèse d'une certaine dépsychologisation de la clinique dans le champ de l'intervention sociale, lui-même en profonde mutation. Nous ferons le double constat de son extension au-delà des interventions strictement *psy* et de la montée en charge du schème capacitaire qui vient remettre en cause sa posture fondamentale consistant à se pencher sur le versant négatif de la situation.

2) La sociologie à l'épreuve de la clinique

Auparavant, il convient de préciser quel type de regard sociologique nous pouvons porter sur la clinique, suivant le degré d'implication du chercheur, qui peut, tour à tour, se faire historien, analyste ou intervenant. La clinique pouvant être pour le sociologue aussi bien un objet d'investigation qu'une pratique d'intervention, nous commencerons par opposer schématiquement deux démarches distinctes mais complémentaires : la sociologie clinique et la sociologie *de* la clinique.

Le projet sociologique qui consiste à faire de la psychologie clinique un objet d'analyse s'inscrit d'une part dans la tradition ouverte par Norbert Elias renvoyant les processus psychiques – comme l'autocontrôle psychique ou l'autorégulation des affects – à une dynamique de civilisation historiquement située, en l'occurrence au moment de la formation des États modernes (Elias, 1991). Plus près de nous, les recherches sur la subjectivité comme objet des politiques publiques (Genard & Cantelli, 2007), sur l'extension de la thématique de la souffrance psychique (Ehrenberg, 2010) ou sur les épreuves existentielles de la vulnérabilité sociale (Martuccelli, 2014) analysent systématiquement, à l'ère de la modernité tardive,

l'exigence sociale généralisée d'implication individuelle et ses processus de responsabilisation, de participation, d'activation ou d'autonomisation. « L'individu contemporain n'est pas plus psychologique aujourd'hui qu'hier. En revanche, il est assailli, depuis l'avènement de la modernité, par une série d'épreuves pouvant trouver, dans la psychologie, un langage partiel mais fécond d'analyse. » (Martuccelli, 2007, p. 50).

D'autre part, le sociologue peut prendre pour objet la clinique à l'œuvre dans des configurations sociales données, avec le souci d'en examiner les pratiques. Sur ce plan, les études pionnières de Robert Castel sur le « psychanalisme » (1973) et la santé mentale (1981) ont ouvert la voie à la critique dite de la psychologisation du social (Bresson *dir.*, 2006), qu'il s'agisse d'analyser les lieux d'écoute (Fassin, 2004), le « travail sur soi » (Vrancken & Macquet, 2006), le traitement clinique du chômage (Oriane, 2005), ou la psychiatrie contemporaine (Coutant, 2012 ; Otéro, 2015). D'autres travaux, plus centrés sur le travail social, ont pu être menés sur la clinique psychosociale (Ravon, 2005), le souci clinique d'insertion (Laval, 2009) ou la clinique de la précarité (Pégon, 2011).

Ces différentes sociologies *de* la clinique se distinguent les unes des autres par leur rapport de proximité ou de distance aux praticiens *psy*. Lorsqu'elles sont peu familières des pratiques cliniques et de leurs référentiels, et principalement guidées par la dénonciation tous azimuts des processus de psychologisation du social, elles risquent l'excès de vitesse. Adossée au contraire à une démarche pragmatique soucieuse de ne pas présupposer le sens des pratiques cliniques mais de les interpréter à partir de l'analyse concrète des caractéristiques de leur déploiement, la sociologie *de* la clinique peut tenir son enjeu de compréhension des processus généralisés d'individuation, sans perdre en vigilance critique (Ravon, 2005).

Le projet de la sociologie clinique, également porté par l'analyse des processus de subjectivation et par la critique de la psychologisation du social, diffère cependant de la sociologie *de* la clinique, par le type de rapport qu'elle entretient avec sa voisine psychologue, du moins dans ses approches cliniques et psychosociologiques, d'orientation psychanalytique ou psychodynamique. Attentive aux enjeux inconscients des sujets (individus ou groupes) pour mieux explorer les « dimensions psychiques des phénomènes sociaux », elle est d'emblée pluridisciplinaire : « Il serait plus juste de parler de 'sciences sociales cliniques', ou encore de 'sociopsychologie clinique' » (Gaulejac & al. 2012, p.10). « L'intérêt d'intégrer la démarche clinique dans une perspective sociologique » repose alors sur la capacité à remettre en question « les différentes formes de production du savoir », à redéfinir les « conceptions de l'objectivité et de la subjectivité », à recourir « à des méthodologies subjectivantes dans la production de la

connaissance », à analyser « la notion de sujet face aux processus d'assujettissement », ou à s'interroger « sur la posture du chercheur et de l'intervenant » (Gaulejac & al. 2007, p.24).

Ainsi définie dans une approche interdisciplinaire, la sociologie clinique se caractérise notamment comme méthode d'intervention (Herreros, 2009). En plaçant au cœur de ses pratiques et de ses analyses la question du transfert et du contre-transfert, c'est-à-dire celle de l'implication subjective du chercheur, mais aussi en important quelques concepts clefs de la psychologie clinique, la sociologie clinique peut faire l'objet de critiques de la part des sociologues eux-mêmes. Certains d'entre eux mettent en avant la dépendance de la sociologie clinique à des catégories *psy* comme par exemple celles de « névrose », ou de « narcissisme », (Martuccelli, 2007), avec le risque de glissement du statut d'analyste sociologique vers celui de symptôme (Genard, 2015). Parallèlement, elle peut être critiquée pour son attachement à la notion de souffrance, qui tend à faire des rapports sociaux conflictuels un objet de compassion (Fassin, 2004), là où d'autres observateurs, non moins critiques, en font pourtant un puissant indicateur de la crise de nos sociétés avancées (Renault, 2004).

Au-delà des diverses approches et des controverses qu'elles suscitent, les sociologies qui s'intéressent à la clinique sont traversées par un questionnement récurrent, adressé à la société des individus : comment penser l'articulation entre processus de subjectivation et production d'une société assujettissante, comment rendre compte du traitement individualisé de la question sociale, comment penser l'injonction sociale à devenir l'acteur de son propre changement...

*

C'est à la croisée de ces deux démarches complémentaires que nous allons maintenant mener une analyse sociologique des dispositifs cliniques à l'œuvre dans le champ large de l'intervention sociale, afin d'en contextualiser les différents usages sans toutefois les réduire à une seule entreprise de psychologisation. Qu'elle s'adresse aux bénéficiaires de l'intervention sociale ou à ses professionnels, qu'elle s'inscrive dans le paradigme déficitaire de l'intégration sociale à l'œuvre depuis la fin du XIX^e siècle ou dans celui beaucoup plus récent qui repose sur une anthropologie capacitaire d'injonction à l'activation, la clinique renvoie à différentes expériences que nous distinguerons selon trois ensembles : 1) *Clinique de la relation d'aide*, lorsque l'accent est mis sur le sujet du bénéficiaire et la relation éducative ou d'accompagnement qui y est associée ; 2) *Clinique du social*, lorsqu'il est question de la vulnérabilité de l'environnement social de la personne aidée et des supports psycho-sociaux de son étayage ; 3) *Clinique des épreuves de professionnalité*, lorsque l'enjeu porte sur les

embarras institutionnels, organisationnels ou éthiques que rencontrent les intervenants dans leur travail.

3) La clinique de la relation d'aide : de la psychopédagogie au travail relationnel

A suivre l'histoire du travail social depuis sa fondation au début du XX^e siècle, force est de constater que la psychologie en est la discipline de référence. Certes, depuis 1968, la sociologie a pu faire différentes percées au point d'apparaître aujourd'hui – dans les centres de formation tout au moins – comme une discipline de première importance. Avec Binet et la mise en œuvre des classes de perfectionnement (1909), un modèle clinique d'intervention sociale se développe sous le nom de psychopédagogie. Placé sous le regard et la mesure du psychologue, l'enfant déficient n'est plus « anormal » mais « retardé », non plus « incurable » mais « irrégulier » ; en un mot il devient perfectible (Ravon, 2000). En quelque sorte, Binet invente ce qui deviendra, lors des années de croissance et de spécialisation du travail social dans les années 1960-1970, le cœur de métier, à savoir une technique d'identification et de compensation des déficits d'intégration sociale. L'enjeu n'est pas tant la mesure psychopathologique de la déficience que celle de l'inégalité relative à un défaut de constitution, qui toujours, mesure une infériorité (Castel, 1981) ou un « un retard que l'on constate pour se mettre à même de le combler » (Rancière, 1987, p. 198). Binet n'utilise pas le terme, mais la « pédagogie scientifique » qu'il développe, sous forme de tests psychologiques, est de part en part clinique : les descriptions visuelles du corps de l'enfant scolarisé, les mesures psycho-physiologiques et les enquêtes de moralité auprès des familles se combinent pour dresser des tableaux de la « misère sociale et physiologique ». La définition que donnera plus tard Daniel Lagache de la psychologie clinique, dont il est réputé être le fondateur, reprend les caractéristiques de l'approche psychopédagogique de Binet : « l'étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions (hérédité, maturation, conditions physiologiques et pathologiques, histoire de la vie), en un mot, l'étude de la personne totale 'en situation' » (Lagache, 1949, cité par Ciconne, 1998, p. 10).

Dès la fin des années 1960, les psychologues des établissements sociaux et médico-sociaux, vont doubler leur évaluation objective des troubles des enfants et adultes « inadaptés » d'un regard davantage tourné vers leur subjectivité. La pédagogie non directive de Rogers, à qui l'on doit la notion même de relation d'aide (Laval, 2000) se diffuse rapidement et largement au sein du champ. Guidé par une « attitude de considération positive inconditionnelle » favorable à « l'estime ou au 'rehaussement' de soi » à l'égard de la personne aidée (Rogers, 1967, p. 248), le psychologue peut alors développer une clinique du sujet. La question de l'écoute devient centrale. C'est ce que donne à voir le succès éditorial, chez les travailleurs sociaux, surtout chez

les éducateurs spécialisés, de l'ouvrage du psychanalyste A.S. Neil, *Libres enfants de Summerhill* (1971). Contre le modèle d'une « instruction » produisant des enfants « façonnés, conditionnés, disciplinés, refoulés », et s'insurgeant contre un système social manipulant les individus jusqu'à leur « libre consentement », il s'agit de favoriser les conditions de leur autodétermination.

Cette fonction d'écoute clinique a pu prendre depuis des formes variées, jusqu'à être reconnue comme une compétence centrale des travailleurs sociaux (Chauvière, 1999) qui tous, à quelques exceptions près, orientent leur intervention à partir d'entretiens diagnostiquant les manques et les difficultés auxquels il s'agit de remédier. L'extension, au-delà des psychologues, de ce « psychologisme d'intervention », correspond à une transformation considérable du travail social, lorsque sans programme institutionnel fort, sans offre réelle d'insertion et sans horizon éducatif précis, les travailleurs sociaux n'ont plus que l'écoute à proposer aux personnes qu'ils tentent d'aider (Ion, 1998). Avec le développement exponentiel des pratiques d'accompagnement social, lorsque *la relation à l'autre* devient un référentiel essentiel des politiques sociales, au point que la relation d'aide fait place à « l'aide à la relation » (Laval & Ravon, 2005), on ne parle plus de travail *sur* autrui, mais de « travail *avec* autrui » (Astier, 2007).

Didier Fassin a proposé une lecture critique de ce qu'il nomme une « politique de l'écoute » et qu'il caractérise par une « socialisation de la psychologie » : « un processus par lequel les notions de la psychologie deviendraient les lieux communs de l'action sociale, et ce quels que soient les agents qui la mettent en œuvre : psychologues tenus à l'écart des savoir-faire de leur profession ou bien travailleurs sociaux désormais plus sensibles à l'approche psychologique de leur public qu'à leur lecture sociologique. » (Fassin, 2007, p. 67-68) Le sociologue voit dans cette reconfiguration de la relation d'aide un changement de perspective de l'intervention, humanitaire plutôt que sociale, portée par une économie des sentiments moraux davantage que par un principe de justice sociale (Fassin, 2004), où l'intervenant serait habité par un « éthos compassionnel » (Fassin, 2007), et où, malgré l'effort de symétriser la relation d'aide, celle-ci demeurerait fondamentalement inégalitaire¹.

Résumons. Le tableau que l'on vient de brosser entend rendre compte d'une transformation générale du cadrage clinique des bénéficiaires du travail social : identifiés initialement comme

¹ En effet, si la relation est cadrée par la considération de l'autre comme un semblable, elle ne peut pourtant pas faire l'objet d'une réciprocité, la compassion étant par définition asymétrique (Fassin, 2010).

des *individus* dont il faut objectiver les retards ou les déficits pour mieux les intégrer, puis comme des *sujets* qu'il s'agit d'écouter dans une visée émancipatrice, les usagers tendent aujourd'hui à être reconnus comme des *personne* douées de compétences relationnelles qu'il s'agit d'associer à la production de l'intervention elle-même (Ion, Laval, Ravon, 2007). A cette reconfiguration correspond une transformation des lieux d'exercice de la clinique : école-laboratoire de Binet et ses expérimentations psychopédagogiques ; cabinets de consultation du *psy* et leur espace plutôt fermé pour favoriser le « colloque singulier » ; aujourd'hui, pratiques « d'aller-vers » hors les murs des établissements spécialisés et des cabinets privés. En effet, de nouvelles pratiques ambulatoires ont vu le jour depuis les années 1990 : lieux d'accueil et d'écoute, équipes mobiles, maraudes... : écouter, c'est d'abord aller à la rencontre (Ravon & al., 2000). C'est que dorénavant, l'utilisateur tend à être défini non plus tant à partir de son statut d'ayant-droit qu'à partir de ce qui se joue pour lui au moment même de l'intervention. Il convient donc d'aller vers les personnes pour établir, en situation, quelles pourraient être les ressources et les « prises » qui permettront à l'intervenant, de définir avec l'utilisateur, l'action qui convient (Ravon & Vidal-Naquet, 2016).

4) Clinique du social : souffrance psychique, vulnérabilité sociale et soutien psychosocial

La « clinique psychosociale » (Furtos, 1999, 2000 et 2005) fournit un bon exemple de cette reconfiguration de l'intervention sociale, dans la mesure où l'une de ses principales caractéristiques est de prendre en compte le problème sur les lieux mêmes de son expression, en l'occurrence les zones de vulnérabilité où la précarité sociale se manifeste, par des conditions d'existence sociale fortement dégradées (précarisation, logement indigne, vie à la rue, etc.), des « sorties du social » (rupture de liens conséquentes au chômage, au divorce, au décès d'un proche, à l'exil...), ou des « défaillances de l'environnement » (violence ou carence familiale, stress professionnel, ségrégation urbaine et scolaire). Émergeant aux confins du travail social et de la santé mentale à la fin des années 1990, dans un contexte fortement marqué par les premiers plans de lutte contre l'exclusion, cette approche, initialement nommée « clinique de la casse » (Furtos & Laval, 1997), s'intéresse aux atteintes psychiques (fragilisation narcissique, dépréciation de soi, voir effondrement psychique) conséquentes à des processus de socialisation négative. Adossée aux analyses sociologiques de Robert Castel sur la désaffiliation (Castel, 1995), la clinique psychosociale prend pour objet la souffrance psychique mais dans une perspective non pathologisante : cette clinique ne construit pas la « souffrance psychique » par le biais d'un tableau des symptômes rendant compte des processus psychiques d'intériorisation

de la « souffrance », mais à partir de la relation qui se tisse (ou non) entre les protagonistes de la situation d'aide (Ravon, 2008).

Ainsi, les cliniciens se réclamant de cette approche se caractérisent par leur capacité à se déplacer dans les centres d'hébergement, les accueils de jour, les missions locales, les services d'instruction des demandes de RSA, etc., et sont invités à « traîner » activement dans ces lieux (Jourdan, 2005). La plupart du temps, ils n'ont pas de bureau, pas de nom sur une porte, pas d'horaires de présence prédéfinis (Demetriades, 2002). Il s'agit « d'aller vers » les personnes en difficulté, sans attendre qu'elles se manifestent pour les laisser solliciter les intervenants comme et quand elles le souhaitent, dans une « libre adhésion » (Furtos, Lahlou & Laval, 1999). L'intervenant – qui n'a d'ailleurs jamais aussi bien porté son nom – se doit d'être présent en personne, d'être sur place, une place qui n'est ni celle de la consultation, ni celle de l'établissement institutionnel, mais celle de la rencontre elle-même. S'ils ne s'installent pas, c'est explicitement pour se maintenir dans une position intermédiaire, interstitielle (Lovell, 1996, Demailly, 2006), qui garantit une bonne écoute, précisément parce qu'elle n'est pas structurée par l'institution, mais se définit dans l'indécidabilité de la rencontre (Roussillon, 1987, Fustier, 2000).

Contrairement au psychopédagogue, qui, tenu par la durée et la visée relativement claire de sa mission, doit déployer des stratégies éducatives, contrairement au psychologue clinicien tenu par la temporalité du récit biographique du sujet dont il écoute l'histoire, l'intervenant psychosocial n'a ici de ressources qu'un « agir tactique », dépendant des circonstances, indissociable de la situation dans laquelle il se déploie (Soulet, 2003). Une telle posture ne se voit jamais aussi bien que lorsque les professionnels, au nom de la situation d'intervention, « désécialisent » leurs conduites. Par exemple, les psychologues habitués à intervenir de manière ambulatoire conduisent couramment les premiers entretiens avec l'objectif de les décharger de leur connotation *psy* sans quoi aucun dialogue ne peut s'installer. C'est le cas notamment avec les usagers qui en situation d'aide sociale identifient les entretiens comme des prises en charge thérapeutique avant de les refuser, leur demande ne relevant pas, selon eux, du soin (Furtos, 2005). Le malentendu ainsi ouvert par la neutralisation du statut, médical ou thérapeutique, permet même d'élaborer certaines « non-demandes », qu'il s'agisse de demandes impossibles à formuler ou de demandes croisées, lorsqu'un usager adresse à dessein une demande de soin à un professionnel du social et inversement. Il n'y a là aucune déprofessionnalisation. Bien au contraire, on peut comprendre les conduites de désécialisation comme une compétence professionnelle supplémentaire permettant d'ouvrir la relation d'aide

par l'aménagement d'un « milieu bienveillant » (Vidal-Naquet, 2005) en dehors duquel aucune négociation n'est envisageable.

Ainsi caractérisée, la clinique psychosociale s'écarte doublement du référentiel de la psychologie clinique héritée de la psychopédagogie. Premièrement, l'approche psychosociale n'est pas tant une clinique du sujet déficitaire qu'une clinique de la détérioration du social. Rappelons qu'avec le modèle solidariste qui naît à la fin du XIX^e siècle, le droit à l'assistance est pensé sur le mode de la compensation et de la réparation. L'aide est alors principalement conçue sous l'angle de la redistribution de droits en direction d'individus identifiés sur un mode *déficitaire*, mais avec la promesse d'une place dans un monde intégré. Le diagnostic de l'infériorité se déploie donc selon un mode progressiste, faisant de l'éducabilité le pivot de l'action. La clinique psychosociale pose le problème de manière sensiblement différente en le renvoyant à un « mal-être » lié à des parcours sociaux accidentés davantage qu'à des insuffisances, des handicaps ou des inadaptations initiales qui expliqueraient une fois pour toutes la situation. Rendant compte d'expériences sociales négatives exprimées de manière subjective mais imputées à des causalités sociales, elle ne peut plus faire l'objet des critiques classiques posées en termes de psychologisation, dans la mesure où elle se garde bien de renvoyer la question sociale à la responsabilité des individus les premiers concernés. Deuxièmement, il s'agit de soutenir et de prendre soin des personnes vulnérables davantage que de les guérir ou les éduquer (Hermant, 2004). L'aide porte davantage sur la réduction et la gestion des risques auxquels tout un chacun est exposé, certes de manière sensiblement différente selon les cas. Cadré de manière très située, dans un contexte de détérioration du social, le sujet de l'aide est d'emblée identifié dans son autonomie, avec ses ressources, ses attachements et ses prises, l'enjeu étant de soutenir ses capacités à prendre en charge concrètement la gestion de sa vulnérabilité. En quelque sorte, le modèle de solidarité fondée sur l'éducabilité où l'infériorité d'un individu est mesurée à l'aune de sa possible progression, a fait place à une nouvelle forme de solidarité, où le diagnostic de vulnérabilité invite à des actions d'étayage, selon un horizon de prévention/réduction des risques. En ce sens, la protection de la personne vulnérable se double de la promotion de son activation en tant qu'« acteur de son propre changement » (Ehrenberg, 2010).

Activation (Vrancken & Macquet, 2006), réhabilitation (Franck & Charrier, 2018), rétablissement (Rhizome, 2017), *empowerment* (Bacqué & Biewener, 2013) : l'enjeu du renforcement de la capacité d'agir traverse dorénavant l'ensemble du champ de l'intervention sociale. La pratique clinique s'en trouve doublement reconfigurée. D'une part, la souffrance

psychique « est désormais une raison d'agir sur des problèmes sociaux, et plus seulement une raison de soigner de la psychopathologie. Ce changement de statut de la souffrance psychique fait de celle-ci un signal de détresse fournissant un levier de l'action. » (Ehrenberg, 2010, p.302). La question sociale se manifeste comme un problème existentiel, en ce qu'elle renvoie la personne à l'impossibilité de répondre à l'exigence sociale de réalisation de soi dans un monde qui manque pourtant cruellement de supports permettant l'autonomie (Soulet, 2005 et 2007). Le sujet de la clinique n'est donc pas tant à chercher du côté des antécédents psychologiques de la personne que du côté des conséquences des différents processus de détérioration du social. D'autre part, et contrairement aux approches cliniques classiques centrées sur l'identification des déficits, la clinique psychosociale est orientée vers la recherche de prises, de ressources, de capacités ignorées ou inexploitées. En cela, la clinique psychosociale peut être considérée comme une forme d'intervention sociale de haut vol qui consiste à soutenir des personnes actrices de leur changement et dont les vies précaires, brisées ou diminuées seraient, malgré tout, porteuses de nouvelles capacités d'agir.

Si l'on considère l'activité clinique comme un « attracteur de négativité » (Pinel, 1996), il s'agit donc de reconnaître sa reconfiguration autour d'un changement de perspective, comme si délaissant l'étude des dysfonctionnements individuels indexés aux symptômes de la psyché, elle se réorganisait à partir de l'analyse des dérégulations sociétales imputables au néo-libéralisme. Sous cet angle, la clinique psychosociale se politise : « (...) Il s'est répandu ces dernières décennies d'autres formes de souffrance sociale qui d'une certaine manière ne possèdent pas de précurseur dans l'histoire des sociétés capitalistes ; elles sont largement moins accessibles à l'observation empirique parce qu'elles se manifestent dans le domaine psychique, de sorte que l'on ne dispose pour les appréhender que d'indicateurs cliniques. » (Honneth, 2006, p. 322). Ce faisant, la clinique permet de documenter la critique des institutions à partir du « sentiment d'injustice de ceux qui subissent l'ordre social » (Renault, 2004, pp. 24).

5) Clinique des épreuves de professionnalité : de l'expertise à la délibération

Le déclenchement d'une intervention en clinique psychosociale vient souvent d'une inquiétude d'intervenants sociaux qui vont interpeller les *psys* de leur entourage professionnel. Cette clinique est ainsi pensée initialement comme une « clinique de seconde intention », qui se saisit des problèmes des usagers à partir du malaise des intervenants. Selon Jean Furtos, « l'effet de la souffrance psychique » amène les intervenants « à un degré de malaise et d'indétermination professionnelle qui nécessite une réflexivité ». Dans la voie ouverte par le rapport Strohl-Lazarus (1995) où la question de la souffrance psychique d'origine sociale est

élaborée à partir des alertes lancées par les intervenants, il ajoute que « le mal-être des intervenants fait partie de la clinique psychosociale, il en est presque la condition » (Furtos, 2005, p. 12).

Le malaise des intervenants sociaux dériverait donc du sentiment d'incapacité à faire face aux situations, lorsqu'ils n'arrivent plus à donner de sens à leur travail, ou lorsqu'ils n'arrivent plus à tirer les leçons de leurs expériences. Historiquement, ce malaise est problématisé de deux manières différentes (Ravon, 2014).

D'une part, il a commencé par être circonscrit dans les années 1970, du côté des professionnels de santé impliqués dans la relation de soin, en termes de « syndrome d'épuisement professionnel » consécutif aux exigences relationnelles excessives liées à la difficulté à supporter la souffrance des patients et à l'impuissance à leur répondre efficacement. Cet épuisement des capacités émotionnelles est bien connu dans le champ du travail social, notamment chez les intervenants engagés dans des relations d'aide sans fin, voir sans finalité, sans progression, et donc sans horizon. De nombreux dispositifs cliniques d'analyse de la pratique professionnelle ou de supervision ont ainsi vu le jour depuis plus de 40 ans, avec l'idée générale d'offrir un espace de réflexivité professionnelle doublée d'une activité de régulation émotionnelle des pratiques (Ravon, 2009).

D'autre part, et depuis les années 1990, le malaise est pensé à partir des atteintes portées à l'exercice du métier, atteintes consécutives aux profondes transformations des conditions de travail : rationalisation, segmentation et flexibilisation du travail, précarisation des statuts, recherche obsessionnelle de la réduction de coûts, augmentation de la charge et de l'intensité du travail, démultiplication des évaluations standard d'une activité toujours pensée comme étant personnalisée. A ces deux problématisations (de la relation d'aide et des conditions de travail), on peut en ajouter une troisième, contemporaine de la singularisation des prises en charge et du caractère situé de la définition de l'action qui suppose de rechercher le consentement de l'usager. Dans ce cas, l'intervenant ne sait pas *a priori* ce qu'il convient de faire ; il est donc toujours confronté à des indéterminations, notamment éthiques, jamais réglées une fois pour toutes (Ravon & Vidal-Naquet, 2014).

« En raison de l'incertitude structurelle qui régit l'activité concrète des travailleurs sociaux et de la part immense que prend leur for intérieur dans l'orientation de celle-ci, ils ne peuvent jamais savoir s'ils font juste. Plus encore, ils savent que, quoi qu'ils fassent, ils ne peuvent faire juste au regard des paradoxes auxquels ils doivent faire face dans l'exercice de leur mandat. (...) Sommés de s'ajuster aux contraintes de la situation, *i.e.* aux contraintes de l'expérience des usagers, les intervenants sociaux se doivent de construire leur propre posture dans l'interaction avec l'usager et accepter de ne pas maîtriser le cadre de leur intervention. Ils sont confrontés à un problème continuuel *d'auto-conception*

professionnelle de leur intervention en situation pour la rendre socialement significative et efficace » (Soulet, 2016).

Ces différentes épreuves de professionnalité concernant la relation d'aide, les conditions – notamment organisationnelles – du travail, et la prise de décision en situation d'action, mobilisent une clinique du travail à chaque fois différente.

Généralement, ce sont plutôt des psychologues cliniciens qui animent les groupes d'analyse de la pratique de la relation d'aide, avec des traditions analytiques assez variées, bien que le modèle dit « groupe Balint » soit une référence forte en la matière². Quoi qu'il en soit, les groupes d'analyse de la pratique offrent aux travailleurs sociaux l'occasion d'exposer ce qui n'arrive plus à être contenu (Henri-Menassé, 2009) ; par le travail d'élaboration collective, les éléments non contenus sont « projetés » dans le groupe, et dans le meilleur des cas, « déposés » ou mieux encore « recyclés » : les spécialistes parlent de « métabolisation » (Roussillon, 1987, Fustier, 1999).

S'agissant de la détérioration des conditions de travail, une autre tradition clinique, répertoriée sous les expressions « analyse du travail » ou « clinique de l'activité », initialement ancrée dans le champ industriel, s'est déployée partout depuis 25 ans, et tout particulièrement autour de la thématique de la souffrance au travail (Dejours, 1998). Dans la filiation de l'ergonomie et de la psychopathologie du travail, cette « méthode pour l'action » repose notamment sur la capacité de l'analyse à restaurer de la conflictualité dans les collectifs de travail en vue de refaire vivre le métier dans ses nouveaux contextes de réalisation (Clot, 2014). Distincte de l'analyse des pratiques en ce sens qu'elle est dirigée vers la transformation des métiers (Clot, 2007), cette clinique reste encore marginale dans le champ du travail social et médicosocial.

Elle peut d'ailleurs être concurrencée par les « régulations institutionnelles » que proposent de plus en plus les psychologues cliniciens, pour aborder les questions organisationnelles depuis leur négativité, et à partir de l'institution qui les met en œuvre. Cette approche qui n'est pas sans rappeler le courant dit de l'« analyse institutionnelle »³, « conduit à ne pas voir de

² Le « groupe Balint », crée en Angleterre dans les années 1950 est un dispositif de soutien professionnel initialement destiné à des médecins généralistes. Ces groupes de « recherche-formation », n'ont pas vocation à devenir un lieu thérapeutique pour les participants, mais un lieu de transformation de leurs aptitudes professionnelles, par une meilleure compréhension psychologique d'eux-mêmes ainsi que de la situation relationnelle dans laquelle ils sont impliqués. (Balint, 1957)

³ « L'analyse institutionnelle », à la croisée de la sociologie critique des organisations et de la psychanalyse et qui pose d'emblée l'analyse comme acte d'intervention (Lourau, 1970), est, pour une part, issue historiquement du mouvement de la « psychothérapie institutionnelle », initié par François Tosquelles puis développé par Jean Oury. La psychothérapie institutionnelle désigne un moment particulier de transformation des pratiques de soin

différence de « *niveau* » entre la pratique professionnelle et l'institution dans laquelle elle s'actualise » (Monceau, 2008). L'analyse n'est donc pas réduite à une discussion entre les « praticiens » sur leurs pratiques, mais fait l'objet d'une délibération élargie aux autres acteurs de l'institution, des agents techniques et administratifs aux cadres (Gaillard, 2017).

Enfin, pour aborder les épreuves éthiques, relative aux incertitudes concernant les normes du bien, les reprises réflexives et analytiques de l'action ont peu de chance de trancher et de trouver de nouvelles prises. Une autre clinique, que nous proposons de nommer « clinique du sens de l'activité » (Ravon & Vidal-Naquet, 2014), devrait pouvoir être mobilisée pour traiter l'action « non point comme le résultat d'une intention ou l'application de règles et de normes, mais comme définissant ses objectifs dans son cours même. [...] La clinique du sens de l'activité pourrait avoir alors comme perspective de statuer, non plus sur le bien pour construire de nouvelles normes, mais, plus modestement et de façon dialogique, sur l'acceptable » (Ravon & Vidal-Naquet, 2014). En ce sens, l'enjeu de la reprise réflexive de l'action ne tiendrait pas tant à armer un peu mieux le professionnel en tant que sujet de sa pratique qu'à l'aider à chercher et à trouver dans l'environnement de son travail, de nouvelles pistes lui permettant *a minima* de maintenir l'action possible et au mieux d'identifier de nouvelles prises en vue d'agir autrement.⁴

Cet inventaire des différentes cliniques du travail social indique une forte extension de la réflexivité professionnelle. Il est bien sûr impossible de détailler ici l'ensemble de ces pratiques d'analyse. Au-delà de l'opposition disciplinaire entre la valence psychologique ou sociologique de la clinique, deux conceptions de la réflexivité peuvent être distinguées.

D'une part, le groupe Balint en est un parfait exemple, le modèle du « praticien réflexif » (Schön, 1994), élaboré au début des années 1980 repose sur l'idée selon laquelle l'expérience de l'action constitue le lieu par excellence de l'apprentissage de l'intelligence professionnelle. La connaissance, construite en amont de l'action puis réfléchi après coup, est « mentalisée » par le professionnel, qui par cumulativité des expériences, solidifie ses compétences et son agir

psychiatrique au début des années 1950, reposant sur le caractère « pathologique » de l'institution qu'il convient de prendre en charge et de soigner, de manière à retisser le maillage relationnel entourant le malade. (Tosquelles, 1995).

⁴ Cette clinique est encore expérimentale. S'inscrivant dans la tradition ouverte par Balint d'une part et par les analystes institutionnels d'autre part, elle s'appuie sur l'analyse de la pratique, mais sans en faire une question psychique (individuelle ou groupale), car elle s'intéresse avant tout à la contextualisation sociologique de l'action. C'est en cela que nous parlons de clinique sociologique (Ravon, 2012). Parallèlement, elle reprend à la clinique de l'activité la démarche dialogique de la controverse autour des actes de métier, mais sans mener une analyse du travail proprement dit, pour mettre plutôt l'accent sur le caractère acceptable ou non de l'activité, à partir de l'analyse de situations problématiques (Ravon, 2016).

professionnel. D'autre part, à cette conception « mentaliste » de la connaissance qui renforce la dimension d'expertise et de maîtrise par le professionnel de son activité (Mezzena, 2014), on opposera une conception prudentielle de la réflexivité, fondée sur le tâtonnement et la délibération (Champy, 2009), le sens de l'intervention se définissant au fur et à mesure de l'action, situation après situation, au gré des aléas de la rencontre avec les usagers.

« Ainsi, la demande d'aide réflexive ne tient pas dans la recherche d'une solution (...) mais dans la tenue d'un espace réflexif qui permette de continuer à faire tenir la possibilité d'une nouvelle issue. Dit autrement, l'exercice réflexif permet à l'action de continuer, malgré tout. La délibération entre pairs ne revient pas dans l'après coup des situations problématiques sur ce qu'il aurait convenu de faire ; elle « réécrit » après coup l'action en la prolongeant. En partageant l'épreuve de l'action, la délibération collective ne fait pas qu'en étendre sa compréhension. Elle transforme la pratique en expérience, en révélant à la fois ses limites et ses nouvelles potentialités. » (Ravon, 2016).

Quelles qu'en soient les spécificités, ces différentes cliniques du travail sont devenues aujourd'hui des vecteurs essentiels de régulation institutionnelle, dans la mesure où ce sont à peu près les seuls lieux de délibération où le travail social puisse être aujourd'hui pensé collectivement à partir de ses actes, dans un environnement saturé de contraintes organisationnelles prenant le pas sur le mandat de l'aide – ce que les *psys* nomment la « tâche primaire » (Gaillard, 2017). Cependant, une telle régulation ne peut être opérante que si l'analyse clinique de la pratique, de l'activité, de l'institution ou du travail, arrive à convertir l'identification des *symptômes* en *indicateurs* critiques capables de soutenir le débat collectif sur le sens de ce que l'on fait, ici et maintenant. Dit autrement, la question de la montée en généralité publique des analyses cliniques qui ont souvent tendance à s'élaborer dans l'entre soi est décisive, que cette clinique critique soit experte, adaptative ou subversive (Périlleux, 2015).

6) Conclusion

Sans prétendre à un répertoire exhaustif des dispositifs cliniques dans le champ de l'intervention sociale, l'inventaire raisonné proposé dans ce chapitre nous invite à une grande prudence quant aux leçons à tirer, du fait même de la pluralité des objets et des approches de la clinique. Cela dit, l'extension de la clinique dans l'intervention sociale montre avant tout la démultiplication de situations de « souffrance psychique » liées aux expériences de la vulnérabilité sociale, et notamment celles où les personnes sont amenées à en prendre la responsabilité. Devenir l'acteur de son changement : cette injonction sociale est un défi pour les cliniciens, habitués à regarder le versant négatif de la situation. Dorénavant, ils doivent « croire » et « espérer » dans les « forces de la personne ». Parallèlement, la « souffrance au travail » s'est étendue chez des intervenants rendus impuissants face à des situations souvent

sans issues, pris en tenaille entre les demandes singulières des usagers et les contraintes organisationnelles standardisées. Par ses capacités régulatrices, la clinique se trouve là aussi devant un défi délicat, celui d'assurer pour une bonne part la délibération publique sur le sens du travail social !

Ainsi définie, la clinique, du moins dans le champ de l'intervention sociale, ne saurait être définie comme un outil de production de données probantes, se réduisant à l'objectivation des situations de vulnérabilité et de la souffrance des professionnels. Sa capacité à faire entrer le cas singulier dans une collection d'observations déjà faites, qui avait ouvert à un nouvel âge de la connaissance, où l'on « pourrait enfin tenir sur l'individu un discours à structure scientifique » (Foucault, 1963), n'a cependant pas – encore ? – donné lieu, comme dans le champ médical, à des nosographies, bien que les outils d'évaluation des risques des populations vulnérables semblent, pour l'instant sans succès, être de plus en plus souvent exigés par les financeurs. Dit autrement, l'inventaire de la clinique en actes dans le champ de l'intervention sociale montre avant tout des situations relationnelles de rencontre et des situations groupales de réflexivité. Des situations dont le matériau probant est l'expérience de la vulnérabilité, qu'elle soit professionnelle ou relève des contextes de vie des usagers.

Il semble donc que l'apport majeur de la clinique dans le champ de l'intervention sociale concerne la prise en compte de l'expérience de la vie dans toute sa vulnérabilité. Canguilhem l'avait souligné dès son fameux essai de 1943 : « Nous pensons qu'il n'y a rien dans la science qui n'ait d'abord apparu dans la conscience, et... que c'est le point de vue du malade qui est au fond le vrai. » (Canguilhem, 1966, p.53). En insistant « sur le fait que le malade est un sujet conscient, s'employant à exprimer ce qui lui fait ressentir son expérience en déclarant son mal à travers la leçon vécue qui le lie au médecin » (Canguilhem, 1966, p.53), le philosophe oppose la posture clinique aux orientations positivistes qui depuis Claude Bernard objectivent cette expérience pour en faire un objet de laboratoire. C'est dire que « la vie ne se fait connaître, et reconnaître, qu'à travers les erreurs de la vie qui, en tout vivant, révèlent son constitutif inachèvement » (Macherey, 1990, p. 286-287)⁵.

Prendre en compte le point de vue du sujet souffrant de la clinique, qu'il soit usager ou professionnel, et le reconnaître dans toutes ses capacités à vivre les situations comme il l'entend, voilà ce qui pourrait en définitive définir la clinique dans/de l'intervention sociale.

⁵ Je remercie Numa Murard de m'avoir fait connaître ce texte de Pierre Macherey.

Bibliographie

- Astier, I. (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris : PUF.
- Bacqué, M.-H. & Biewener, C. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. Paris : La Découverte.
- Bresson, M. (coord.) (2006). *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. Paris : L'Harmattan.
- Canguilhem, G. (1988), *Le Normal et le pathologique* [1943]. Paris : PUF.
- Cantelli, F. & Genard, J.-L. dir. (2007). *Action publique et subjectivité*. Paris : DGLJ.
- Castel, R. (1973). *Le psychanalisme*. Paris : Flammarion, 1981.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris, Minuit, 1984.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard.
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : PUF.
- Chauvière, M. (1999). « La sphère clinique du travail social », *Lien social*, n° 500.
- Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris : Dunod.
- Clot, Y. (2007). « De l'analyse des pratiques au développement des métiers ». *Éducation et didactique*, vol 1 - n°1, 83-93.
- Clot, Y. (2014). « Clinique de l'activité ». in Zawieja, Ph. & Guarnieri, F. dir. *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil, p. 97-101.
- Coutant, I. (2012). *Troubles en psychiatrie*. Paris : La Dispute.
- Dejours, C. (1998). *La souffrance en France*. Paris : Le Seuil.
- Demailly, L. (2006). « Dispositifs institutionnels, dispositifs interstitiels en santé mentale ». in Laval, C. & Ravon B. coord. *Réinventer l'institution*. *Rhizome* N° 25, décembre, p. 40-44.
- Demetriades, C. (2002). « Psychologue en mission locale : une mise en perspective des cadres proposés ». *Le journal des psychologues*, n°201, octobre, dossier « L'insertion des jeunes. Rôle des psychologues en missions locales », p. 43-48.

- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob.
- Elias, N. (199) [1949]. *La Civilisation des mœurs*. trad. 1973. Paris : Calmann-Lévy.
- Fassin, D. et al. (2004). *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris : La Découverte.
- Fassin, D. (2007). « Un ethos compassionnel », in Soulet, M.-H. éd. *La souffrance sociale Nouveau malaise dans la civilisation*. Fribourg (CH) : Academic Press Fribourg, p. 51-72.
- Fassin, D. (2010). *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris : Gallimard/Seuil.
- Franck, N. & Charrier, P. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Paris : Elsevier Masson.
- Furtos, J. (1999). « Filiation et objet social, désaffiliation et perte des objets sociaux, réaffiliation ? ». Actes du séminaire *Pertinence d'une clinique de la désaffiliation ?*. Lyon : ORSPERE.
- Furtos, J. (2000). « Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy) ». *Pratiques en santé mentale*, n°1, p. 23-32.
- Furtos, J. (2005). « Souffrir sans disparaître », in Furtos, J. & Laval, C. dir., *La santé mentale en actes – de la clinique au politique*. Toulouse : Erès.
- Furtos, J. Lahlou, J. & Laval, C. (1999). *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*. Rapport de recherche pour la FNARS et la DDASS du Rhône. Lyon : ORSPERE.
- Furtos, J. Laval, C. et al. eds. (1997). *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*. Actes du colloque ORSPERE/école Rockefeller. Lyon : ORSPERE.
- Fustier, P. (1999). *Le Travail d'équipe en institution, Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*. Paris : Dunod.
- Fustier, P. (2000). *Le Lien d'accompagnement. Entre don et contrat salarial*. Paris : Dunod.
- Gaillard, G. (2017). « Intervenir en institution : préserver de la groupalité et restaurer de l'intermédiaire. » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 68,(1), 89-100.
- Gaulejac, V. Hanique, F. & Roche, P. dir. (2007). *La sociologie clinique Enjeux théoriques et méthodologiques*. Toulouse : Erès.

- Gaulejac, V. Hanique, F. & Roche, P. (2012). « Avant-propos à l'édition de poche ». in *La sociologie clinique Enjeux théoriques et méthodologiques*. Toulouse : Erès. Première édition. 2007.
- Genard, J.-L. (2015). « Sociologie critique, sociologie morale ». in Frère, B. dir. *Le tournant de la théorie critique*. Paris : Desclée de Brouwer. p.37-66.
- Henri-Menassé, C. (2009). *Analyse de la pratique en institution*. Toulouse : Erès.
- Hermant, H. (2004). *Clinique de l'infortune La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond.
- Herreros, G. (2009). *Pour une sociologie d'intervention*. Toulouse : Erès.
- Honneth, A. (2006). *La société du mépris*. Paris : La Découverte.
- Ion, J. (1998). *Le travail social au singulier*. Paris : Dunod.
- Ion, J., Laval, C. & Ravon, B. (2007). « Politiques de l'individu et psychologies d'intervention : transformation des cadres d'action dans le travail social ». in Cantelli, F. & Genard, J.-L. dir. (2007). *Action publique et subjectivité*. Paris : DGLJ. p. 157-168.
- Jourdan, M. (2005) « Accoler/racoler : le psy qui traîne ». in Joubert, M. & Louzoun, C. dir. *Répondre à la souffrance sociale*. Toulouse : Erès.
- Lagache, D. (1949). « Psychologie clinique et méthode clinique ». in *L'évolution psychiatrique*, I, 155-178.
- Laval, C. & Ravon, B. (2005). « Relation d'aide ou aide à la relation ? », in Ion, J. dir. *Le travail social en débat(s)* Paris : La Découverte. p. 235-250.
- Laval, C. (2000). « La relation d'aide à l'épreuve de la souffrance psychique et sociale ». in Micoud, A. & Peroni, M. coord.(2000). *Ce qui nous relie*. La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube.
- Laval, C. (2009). *Des psychologues sur le front de l'insertion. Souci clinique et question sociale*. Toulouse : Erès.
- Lovell, A. (1996). « Mobilités des cadres et psychiatrie 'hors les murs ' ». in Joseph, I. & Proust, J. éd. *La folie dans la place. Raisons pratiques n°7*. Paris : éd. EHESS. p. 55-81.
- Macherey, P. (1990). « De Canguilhem à Canguilhem en passant par Foucault ». in *Georges Canguilhem, philosophe et historien des sciences, colloque 1990*. Paris : Bibliothèque du Collège international de philosophie, Albin-Michel. p. 286-294.

- Martuccelli, D. (2007). « La souffrance et le modèle de l'individu psychologique », in Soulet, M.-H. éd. *La souffrance sociale Nouveau malaise dans la civilisation*. Fribourg (CH) : Academic Press Fribourg, p. 31-50.
- Martuccelli, D. (2014). « La vulnérabilité, un nouveau paradigme ? ». in Brodiez, A. von Buelzingsloewen, I. Eyraud, B., Laval, C. & Ravon, B. dir., *Vulnérabilités sociales et sanitaires. De l'histoire à la sociologie*. Rennes : PUR. p.27-40.
- Mezzena, S. (2014). *Connaissance et professionnalité dans la pratique comme territoire à équilibrer. Enquêtes et perspective dans l'activité des éducateurs*. Thèse de doctorat, Université de Genève.
- Monceau, G. (2008). « Entre pratique et institution. L'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles ». *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 41, no. 1, p. 145-159.
- Orianne, J.-F. (2006). « Le traitement clinique du chômage », in Bresson, M. coord. *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. Paris : L'Harmattan. p. 131-140.
- Otero, M. (2015). *Les fous dans la cité : sociologie de la folie ordinaire contemporaine*. Montréal : Ed. Boréal.
- Pégon, G. (2011). *Le traitement clinique de la précarité. Collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de care. L'exemple du Carrefour Santé Mentale Précarité*. Thèse de sociologie de l'Université Lyon2.
- Périlleux, T. (2015). « Pour une critique clinique ». in Frère, B. dir. *Le tournant de la théorie critique*. Paris : Desclée de Brouwer. p. 67-92.
- Pinel, J.-P. (1996). « La déliaison pathologique des liens institutionnels ». in Kaës, R. et al., *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris : Dunod. p. 48-79.
- Rancière, J. (1987). *Le maître ignorant*. Paris : Fayard.
- Ravon, B. dir., avec Pichon, P. Franguiadakis, S. & Laval, C. (2000). *Le travail de l'engagement. Rencontre et attachements : une analyse de la solidarité en direction des « personnes en souffrance »*. Rapport de recherche Mire/Fondation de France. Saint-Etienne : Créosal.
- Ravon, B. & Vidal-Naquet, P. (2014). « Epreuve de professionnalité ». in Zawieja, Ph. & Guarnieri, F. dir. *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil, p. 268-272.

- Ravon, B. & Vidal-Naquet, P. (2016). « L'épreuve de professionnalité : de la dynamique d'usure à la dynamique réflexive ». *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité, mis en ligne le 16 juin 2016, consulté le 17 octobre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/5363>.
- Ravon, B. (2000). « *L'échec scolaire* » *Histoire d'un problème public*, In Press Editions.
- Ravon, B. (2005). « Vers une clinique du lien défail ? », in Ion, J. et al. *Travail social et « souffrance psychique »*. Paris :Dunod. p. 3-36.
- Ravon, B. (2008). *Le souci du social. L'expérience publique des problèmes sociaux ; vers une sociologie de la clinique*. Thèse d'Habilitation à diriger des recherches. Université de Lyon2.
- Ravon, B. (2009). « L'extension de l'analyse de la pratique au risque de la professionnalité ». *Empan*, n°75/décembre *Quelles théories pour quelles pratiques en travail social ?* p.116-121.
- Ravon, B. (2012). « Refaire parler le métier. Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage ». *Nouvelle Revue de psychosociologie*, n°14. p. 99-113.
- Ravon, B. (2014). « Usure professionnelle ». in Jorro, A. dir., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Bruxelles : de Boeck Editions. p. 341-344.
- Ravon, B. (2016). « Risquer la trahison. Analyse dialogique de l'activité et régulation continue : l'exemple de la reprise collective d'une intervention à domicile ». *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité, mis en ligne le 16 juin 2016 : <http://sociologies.revues.org/5560>.
- Renault, E. (2004). *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*. Paris : La Découverte.
- Rhizome. (2017). *Apprendre le rétablissement*. Bulletin national Santé mentale et précarité, n°65-66.
- Rogers, C. (1967). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Roussillon, R. (1987). « Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice ». in Kaës, R. & al. *L'institution et les institutions, Etudes psychanalytiques*. Paris : Dunod.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Les Éditions Logiques.

- Soulet, M.-H. (2003) « Faire face et s'en sortir. Vers une théorie de l'agir faible ». in Châtel, V. & Soulet, M.-H. *Agir en situation de vulnérabilité*. Laval (Québec) : Les presses de l'Université Laval. p. 167-214.
- Soulet, M.-H. (2005). « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique ». *Pensée plurielle*, vol. n° 10, no. 2. p. 49-59.
- Soulet, M.-H. (2007). « Vulnérabilité sociale et souffrance individuelle ». in Soulet, M.-H. éd. *La souffrance sociale Nouveau malaise dans la civilisation*. Fribourg (CH) : Academic Press Fribourg, p. 9-16.
- Soulet, M.-H. (2016). « Le travail social, une activité d'auto-conception professionnelle en situation d'incertitude ». *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité, mis en ligne le 16 juin 2016, consulté le 17 octobre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/5553>.
- Tosquelles, F. (1995). *De la personne au groupe. A propos des équipes de soin*. Toulouse : Erès.
- Vidal-Naquet, P.-A. (2005). « A demi-mot : de l'écoute à la connivence ». in Joubert, M. dir. *Villes et « toxicomanies »*. Toulouse : Erès.
- Vrancken, D. & Macquet, C. (2006,). *Le travail sur soi : vers une psychologisation de la société*. Paris : Belin.