



Sous la direction de
Marie-Chantal Doucet
Simon Viviers

Métiers de la relation

Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail





COLLECTION
SOCIOLOGIE
CONTEMPORAINE

COLLECTION FONDÉE ET DIRIGÉE PAR DANIEL MERCURE

La collection Sociologie contemporaine rassemble des ouvrages de nature empirique ou théorique destinés à approfondir nos connaissances des sociétés humaines et à faire avancer la discipline de la sociologie. Ouverte aux diverses perspectives d'analyse, « Sociologie contemporaine » s'intéresse plus particulièrement à l'étude des faits de société émergents.

(Liste des titres parus à la fin de l'ouvrage)

Métiers de la relation

Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail

Métiers de la relation

Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail

Sous la direction de

Marie-Chantal DOUCET
et Simon VIVIERS



**Presses de
l'Université Laval**

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour nos activités d'édition.

Financé par le gouvernement du Canada
Funded by the Government of Canada



Mise en pages : **Santô** *grafis*
Maquette de couverture : Laurie Patry

ISBN 978-2-7637-3060-8
PDF 9782763730615

© Presses de l'Université Laval. Tous droits réservés.
Dépôt légal 4^e trimestre 2016
www.pulaval.com

Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Liste des auteurs | IX |
| Introduction | 1 |
| MARIE-CHANTAL DOUCET ET SIMON VIVIERS | |
| PREMIÈRE PARTIE | |
| Les métiers relationnels contemporains : logiques d'actions, contraintes et potentialités | |
| CHAPITRE 1 | |
| Activité et langage des métiers relationnels | 13 |
| <i>Une sociologie de l'implicite</i> | |
| MARIE-CHANTAL DOUCET | |
| CHAPITRE 2 | |
| La fabrique des pratiques acceptables | 35 |
| <i>Travail relationnel, épreuves de professionnalité et régulation dialogique de l'activité</i> | |
| BERTRAND RAVON | |
| CHAPITRE 3 | |
| Nouveaux acteurs, nouvelles logiques de champ pour les métiers de la relation | 51 |
| LISE DEMAILLY | |

DEUXIÈME PARTIE

Tension dans les orientations professionnelles et théoriques

CHAPITRE 4

Orientations théoriques et Zeitgeist de la psychologie québécoise 69

ANNIE JAIMES, NICOLAS MOREAU ET KATHARINE LAROSE-HÉBERT

CHAPITRE 5

Politiques publiques et métiers relationnels 87*Analyse des transformations de la profession de conseiller d'orientation en milieu scolaire au Québec*

SIMON VIVIERS ET PATRICIA DIONNE

TROISIÈME PARTIE

**Subjectivité et métier au travail :
entre résistance et engagement personnel**

CHAPITRE 6

Métier relationnel et dispositifs publics 107*Regard sur l'activité de conseil d'orientation en milieu scolaire*

PATRICIA DIONNE ET SIMON VIVIERS

CHAPITRE 7

Le cœur battant du travail relationnel 123*Métiers mis en danger, répliques cliniques*

THOMAS PÉRILLEUX

CHAPITRE 8

Repères pour la thématique subjectivité et travail 141*Le thème de l'engagement personnel dans les métiers de la relation en milieu institutionnel et communautaire au Québec*

MARIE-CHANTAL DOUCET ET DOMINIC DUBOIS

QUATRIÈME PARTIE
Mouvance du social et du politique
et transformation des pratiques

| | |
|---|------------|
| CHAPITRE 9 | |
| Sur les traces d'une relation d'aide | 161 |
| <i>Programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort, 1972-2002</i> | |
| MARIE-CLAUDE THIFAULT | |
| CHAPITRE 10 | |
| Quand le patient devient thérapeute..... | 175 |
| HICHAM KHABBACHE, JOËL CANDAU, NICOLA LUIGI BRAGAZZI ET ISMAIL RAMOUZE | |
| CHAPITRE 11 | |
| Migrants et santé mentale: pour une politique de la relation..... | 189 |
| NICOLAS CHAMBON | |

Liste des auteurs

Nicola Luigi **Bragazzi**, Department of Health Sciences (DISSAL), Université de Gênes, Italie.

Joël **Candau**, Laboratoire d'anthropologie et de psychologie cognitives et sociales, Université de Nice Sophia Antipolis.

Nicolas **Chambon**, sociologue, responsable Pôle Recherche au Centre Max Weber – Lyon.

Lise **Demailly**, professeure émérite et membre du CLERSE UMR-CNRS 8019, membre du bureau de l'Association internationale des sociologues de langue française.

Patricia **Dionne**, professeure adjointe au Département d'orientation professionnelle de l'Université de Sherbrooke.

Marie-Chantal **Doucet**, professeure à l'Université du Québec à Montréal et chercheure régulière au CRIEVAT.

Dominic **Dubois**, professionnel de recherche et doctorant en sociologie, Université du Québec à Montréal.

Annie **James**, doctorante en psychologie, Université du Québec à Montréal.

Hicham **Khabbache**, Laboratoire Études théologiques, sciences cognitives et sociales, Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Fès, Maroc.

Katharine Larose-Hébert, candidate au doctorat en service social à l'Université d'Ottawa.

Nicolas **Moreau**, professeur adjoint à la faculté des sciences sociales de l'École de service social de l'Université d'Ottawa.

Thomas **Périlleux**, sociologue, professeur à l'Université catholique de Louvain, membre fondateur du Laboratoire « Globalisation, institution, subjectivation » (LAGIS) et chercheur associé au Groupe de sociologie politique et morale (GSPM - EHESS).

Ismail **Ramouze**, Clinical Neuroscience Laboratory, Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Fès, Maroc.

Bertrand **Ravon**, professeur de sociologie à l'Université Lumière Lyon2 et chercheur au Centre Max Weber.

Marie-Claude **Thifault**, professeure, Université d'Ottawa.

Simon **Viviers**, professeur en sciences de l'orientation à l'Université Laval et chercheur permanent du Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail (CRIEVAT).

Introduction

Marie-Chantal Doucet et Simon Viviers

Les métiers relationnels subissent de profondes mutations ces années-ci. Le mouvement de reconnaissance des droits civiques des groupes marginalisés, héritage des années 1960, le rétrécissement des investissements de l'État dans les politiques de protection sociale (Castel, 2009), le phénomène de désinstitutionnalisation psychiatrique ainsi que l'approche milieu (Dorvil, 2005) ont provoqué une reconfiguration des dispositifs publics de services sociaux et de santé. À cela faut-il ajouter la nouvelle normativité dont les paramètres sont l'impératif d'acquisition de l'autonomie personnelle et l'ascension vers le devenir soi-même (Astier, 2007 ; Otero, 2008). Les institutions de l'aide à autrui, désormais *sans murs*, comme le souligne l'expression consacrée, comptent de plus en plus sur leurs professionnels afin d'assurer les services. Les professions de la relation d'aide dans le monde de l'éducation (conseillers d'orientation, psychoéducateurs, etc.) semblent elles aussi marquées par des transformations scolaires doublées d'une diminution des ressources, là aussi, ce qui amène des questionnements sur leur activité de travail, mais aussi sur leur identité professionnelle (Viviers, 2016, Bourassa et coll., 2013).

Le contexte est propice à une démarche de réflexion sur les acteurs chargés d'intervenir sur les problèmes sociaux et scolaires, car cette refonte générale de l'aide à autrui impulse de nouvelles conduites et de nouvelles épreuves du travail. Nous définissons les *métiers relationnels* de la manière suivante : une activité transdisciplinaire d'aide ou d'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité, que ce soit au travers de transactions adaptatives, émancipatrices ou encore d'une quête de sens. L'idée de *métier*, qui s'inscrit dans un discours commun d'action, est passée de concept quotidien chez les professionnels (psychologues, conseillers d'orientation, organisateurs communautaires, psychiatres, travailleurs sociaux, etc.) à un concept scientifique en

usage dans les études sur le travail (Clot, 2008 ; Dejours, 2007 ; Demailly, 2007 ; Doucet, 2014 ; Viviers, 2016). Quant au mot *relation*, il désigne ce qui se trouve au centre de l'éthos du métier, c'est-à-dire l'action de « travailler la relation » avec les sujets que les praticiens rencontrent dans le cadre de leur travail (Doucet, 2014).

Plusieurs études démontrent l'écart entre les prescriptions organisationnelles et le travail réel des professionnels et font état d'un malaise croissant vis-à-vis des contraintes de l'organisation (Dejours, 2010 ; Lhuilier, 2006). Ces prescriptions semblent évacuer le sens que prêtent les praticiens à leur activité. Le travail relationnel qui, comme l'avance Bertrand Ravon dans le présent ouvrage, ne peut être « ni entièrement décrété ni administré à partir de prêts à penser », se déroule aussi sur fond de subjectivité où des sentiments divers s'entremêlent. Un certain ressentiment en rapport avec les transformations de l'organisation du travail semble régulièrement se profiler dans les récits subjectifs de la pratique. Ce ressentiment résulte des rêves déçus et de la dure désillusion de celui qui pensait réparer le monde et se retrouve devant un empêchement de penser et d'agir (Le Guillant, 2006). Le praticien se rend compte alors que l'on ne lui en demandait pas tant. Entre le trop demandé et le pas assez, le ressentiment mine au long des jours, car le sujet fait l'expérience de ce qu'il considère comme une indifférence de sa hiérarchie par rapport à son savoir professionnel et à son potentiel créatif. C'est non seulement le sujet qui s'en trouve affecté, mais l'ensemble de son métier à travers lui-même, générant ce que Viviers (2016) appelle une souffrance identitaire de métier ; un vécu subjectif partagé issu d'une mise en impasse d'un désir d'accomplissement de soi professionnel par les contraintes réelles de travail, qui fait qu'on ne reconnaît plus sa profession dans son expérience du travail.

Dans une contribution déclinée en deux chapitres, Viviers et Dionne mettent en évidence la manière dont les politiques publiques affectent les conditions de réalisation du travail relationnel. Arrimées aux principes de la nouvelle gestion publique, nombre de politiques publiques adoptées ces dernières années se traduisent par une organisation du travail qui « malmène le métier » en contribuant à la désagrégation du socle institutionnel nécessaire au travail relationnel (Cifali et Périlleux, 2012). Recherche d'efficacité et de productivité, fixation sur le mesurable et sur la reddition de comptes instrumentés, ces normes néomanagériales viennent à contrecourant des règles de métier, ce qui non seulement met en impasse le désir de métier (Osty, 2002) et altère le plaisir du travail bien fait, mais remet en question la capacité à assumer la responsabilité de son activité et sa conscience professionnelle. Ultimement, c'est la dévitalisation qui guette tant les métiers relationnels que les personnes qui les exercent.

Dans un chapitre du présent ouvrage, Thomas Périlleux identifie aussi un sentiment de désarroi au sens d'une déroute que partagent les praticiens et les usagers. Il y aurait une correspondance entre les souffrances sociales des usagers et un malaise croissant des intervenants devant la diminution des ressources et ainsi, de leur pouvoir d'agir. Le désarroi et le ressentiment se manifestent donc fréquemment dans les corpus de recherche et de clinique exposés ici et semblent s'inscrire particulièrement dans les contraintes et les empêchements provenant des hiérarchies. Cependant, ces émotions s'expriment aussi en rapport avec les équipes qui tiennent lieu à la fois de refuge exerçant une forme de contre-pouvoir devant les impositions et prodiguant reconnaissance et sanction morale puis, de ring où les conflits se mettent en scène entre les collègues. Il s'y opère alors une autorité intersubjective où chacun lutte pour sa place, que ce soit dans les concurrences interprofessionnelles ou les conflits interpersonnels.

Le malaise pourrait donc aussi résulter de nouvelles logiques qui dépassent les causes organisationnelles. À la source de sentiments divers qui peuvent comprendre le ressentiment et le désarroi, mais aussi la passion du métier, se joue « un nouvel agencement symbolique de mobilisation professionnelle » comme l'explique au chapitre 3 l'auteure Lise Demailly. Celui-ci donne lieu à de nouvelles représentations du métier. Ces logiques émergentes, telles que la question de l'autonomie des acteurs comme horizon d'un aller-mieux potentiel (Demailly et Garnoussi, 2016) et la volonté de symétrie relationnelle des « participants » qui en résulte, de même que des logiques de marché qui transforment le patient en client au sens consuméristique du terme, demandent au clinicien de se positionner différemment et ainsi d'adapter « la bonne distance » et un « toucher clinique » autrement.

Les pratiques semblent ainsi fondées sur une autorégulation continue entre autres, à travers l'engagement à se former tout au long de la vie professionnelle, à se superviser et à développer le métier. Selon ce qu'en écrit Bertrand Ravon dans son chapitre, le modèle du praticien réflexif de Schon (1994) devient peut-être moins pertinent. La réflexivité dans la pratique se double en effet d'une réflexivité continue sur la pratique. La floraison récente des groupes d'analyse de pratique, des formations et des supervisions de toutes sortes témoignent d'une grammaire du métier plastique, création constamment en cours (*work in progress*), mais qui repose néanmoins sur un éthos relationnel relativement stable.

Or, ce qui demeure décisif dans ce livre que nous présentons est que, pour le meilleur ou le pire, la subjectivité semble devenue prépondérante au travail, quel que soit son mode de gestion, et se manifeste dans les rapports verticaux aussi bien que collégiaux tout comme elle joue un rôle indéniable

dans la construction du métier. À l'affirmation intéressante de Meyerson (2007), selon qui le travail est entré dans la personne et tend à y prendre une assez grande place, répond une autre proposition, à savoir que la personne elle-même a fait son entrée sur la scène du travail et y occupe une place historique. Aussi, les traits personnels semblent venir au premier rang des compétences à développer non seulement à l'intérieur d'une nouvelle mécanique managériale, mais aussi, plus largement, dans l'émergence d'une logique de réalisation personnelle au travail. Le développement et le maintien (la sauvegarde diraient certains) d'une autonomie d'action, d'une indépendance d'esprit, tout autant que d'une maîtrise stratégique de soi-même et d'une pensée verbale affûtée, composent une connaissance subjective de haut niveau dont le praticien doit être doté en plus de son diplôme (Doucet et Dubois).

Une complexité intéressante peut ainsi y être observée: il y aurait réorganisation de la tâche par l'activité des individus au travail (Clot, 2008; Filiettaz et Bronkart, 2005). Si plusieurs études se concentrent sur les cadres normatifs du travail, encore trop peu de recherches se penchent sur ce que les praticiens font de ces contraintes. L'idée d'une composition implicite avec les divers langages et les tentatives quotidiennes de lier ce qui est séparé, voire opposé, est également au cœur d'un travail relationnel tout à la fois cognitif, affectif et social (Doucet). On constate que la source d'une affectivité, mais aussi d'une conscience constamment en éveil « dans » le travail et « envers » le travail, pourrait être aussi en grande partie expliquée par un nouveau sens du travail où l'engagement personnel en devient la règle centrale (Doucet et Dubois). Les métiers relationnels en constituent certainement un lumineux cas de figure, puisqu'ils participent à la configuration des subjectivités tout en étant eux-mêmes soumis aux nouvelles règles sociales d'engagement personnel.

Malgré les apparentes discordes théoriques entre professionnels, mais aussi à l'intérieur même des disputes entre des professionnels d'un même ordre, dont nous font état Jaimes et ses collaborateurs sur la profession de psychologue, il existerait un langage commun au sujet de la primauté du relationnel. Ce qui fonde l'armature de ces métiers, quelles que soient d'ailleurs l'appartenance professionnelle et l'orientation théorique, semble en définitive toujours reposer sur des qualités morales d'alliance thérapeutique, d'empathie et de bienveillance. L'ambiance humaniste qui mobilise ces métiers dans leur version clinique, pratique et militante depuis leur origine fait en sorte qu'il soit admissible à la fois de se porter à la défense d'un pluralisme professionnel et théorique et de l'idée d'un langage commun. Il devient alors envisageable de considérer ces métiers carburés mais aussi à la tête d'un travail tout à la fois: « sur », « pour » – et encore plus aujourd'hui à travers l'émergence des logiques participatives –, « avec » l'humain. En plus de constituer des ressources transpersonnelles (Clot,

2008) pour guider leur activité, ces valeurs animent (au sens d'insuffler la vie) les métiers relationnels et motivent les différentes formes de résistances de ces métiers au regard des contraintes qui, au-delà des controverses professionnelles, les rendraient « méconnaissables » à eux-mêmes.

Dans leurs pratiques, enfin, les praticiens ont dû faire face à d'importantes transformations. On voit apparaître de nouveaux visages de la vulnérabilité à travers le migrant précaire (Chambon) ou encore, dans la foulée du désenfermement, le fou civil (Otero, 2010). Ces figures de la marge recomposent ces métiers, les invitant à redéfinir leurs propres valeurs. La grammaire du métier doit adapter ses règles de manière à absorber les préoccupations sociales pour la « cause des étrangers » comme le souligne très justement Chambon dans son chapitre. En effet, la figure de l'étranger, qu'il soit itinérant, réfugié ou encore toxicomane ou psychotique demeure plus que jamais un révélateur du regard social sur les problèmes sociaux ou, comme le souligne Otero, de ce qui est « socialement problématique » (Otero, *ibid.*). À l'échelle de l'histoire d'un seul individu, il est possible de constater ce que produisent les politiques de santé dans les pratiques ainsi que dans les parcours de vie des patients comme le fait Marie-Claude Thifault au chapitre 9. On peut dire que la plupart des pays membres de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) s'engagent dans une deuxième phase de désinstitutionalisation, le premier moment ayant été consacré à la transition entre l'asile et la communauté. La deuxième phase se caractériserait par l'ancrage dans la communauté et, par ce fait même, aux discours et aux pratiques d'une intégration qui, par ailleurs, se réalise difficilement.

Cependant, certains pays d'Afrique du Nord, comme le Maroc, manquent cruellement de moyens, notamment en ce qui a trait au nombre de professionnels et à leur reconnaissance, ce qui oriente les services et requiert aussi une inventivité de leur part (Khabbache et coll.). C'est ce que Khabbache et ses collaborateurs présentent en relatant une expérience de thérapie par les pairs. Cette expérimentation mue par la nécessité d'agir dans un contexte de pauvreté des ressources est inspirée des nouvelles thérapies américaines. Elle renvoie à l'idée de nouvelles logiques qui amènent à réfléchir sur la recomposition des métiers relationnels et la nécessaire prise en compte du contexte politique, social, culturel et économique des pays où ils évoluent.

PRÉSENTATION DES CHAPITRES

Le présent ouvrage se divise en quatre thèmes :

1. Les métiers relationnels contemporains : logiques d'actions ; contraintes ; potentialités.
2. Tensions dans les orientations professionnelles et théoriques.

3. Subjectivité et métier au travail : entre résistance et engagement personnel.
4. Mouvence du social et du politique et transformations des pratiques.

La première partie porte sur les nouvelles logiques sur lesquelles reposent les métiers relationnels contemporains.

Dans le premier chapitre **Marie-Chantal Doucet** amorce la réflexion en définissant ce qui est entendu par l'expression « métier relationnel ». À partir d'une recherche monographique sur les métiers relationnels dans un contexte québécois, elle s'intéresse ici particulièrement à la manière dont les praticiens pensent leur métier et à la façon dont ils en parlent. L'auteure propose ainsi de mettre au travail la notion d'implicite dans le cadre de l'analyse de l'activité et du langage en milieu de travail. Elle montre de quelle manière la dynamique implicite s'aménage entre contraintes et potentialités. La notion d'implicite est ainsi mobilisée comme une propriété active du métier qui contribue au développement et à la régulation des organisations et éventuellement à la configuration des représentations et des institutions.

Bertrand Ravon démontre qu'il n'y a pas de « bonnes pratiques », mais plutôt des « pratiques acceptables ». À cet effet, Ravon discute des modalités pratiques du travail relationnel et également des compétences spécifiques qui y sont associées. Les propos de l'auteur découlent d'un travail de terrain sur un dispositif d'analyse des pratiques d'encadrement qu'il a mis sur pied où les professionnels étaient invités à changer leur position d'expert en position d'enquête. Ravon expose dans ce chapitre que le travail de réflexivité et de délibération collective ne construit pas un savoir généralisable, mais plutôt, qu'il permet de trouver des issues pratiques acceptables aux épreuves de professionnalité.

Enfin, pour conclure cette première partie, **Lise Demailly** substitue le concept d'identité professionnelle à celui « d'agencements symboliques de mobilisation professionnelle » et démontre comment ces agencements échouent dans leur fonction adaptative et laissent les praticiens de la relation en état de mal-être. Demailly postule que depuis l'arrivée des « nouveaux *managements* publics », la tension entre profession et organisation serait déséquilibrée au profit de l'organisation. Cela étant, l'auteure démontre bien que les stratégies de luttes « contre-offensives » permettent aux praticiens de la relation de créer leur métier au jour le jour par l'accumulation des savoirs expérientiels et en utilisant les marges de manœuvre des normes organisationnelles.

La deuxième partie s'intéresse aux tensions théoriques qui peuvent exister à l'intérieur même des orientations que prennent les professions de la relation d'aide à travers leur histoire.

Annie Jaimes, Nicolas Moreau et Katharine Larose-Hébert montrent que les orientations théoriques des psychologues cliniciens ont beaucoup changé au cours des dernières décennies en Amérique du Nord. Basées sur les données recueillies par l'Ordre des psychologues du Québec, les analyses tendent à illustrer que seule la psychothérapie cognitivo-contemporaine a augmenté dans les dernières années, comme orientation principale des psychologues. En effet, toutes les autres orientations ont connu une baisse. Ces résultats posent ainsi en creux la question de l'homogénéisation des affiliations théoriques et par ricochet la réduction des choix des options de traitement psychothérapeutique pour les individus.

Le deuxième chapitre sous la rubrique des orientations professionnelles, celui de **Simon Viviers et Patricia Dionne**, cherche à comprendre comment les politiques et dispositifs publics ont marqué, au Québec (Canada), l'évolution de la profession de conseiller d'orientation comme métier de relation d'aide et dans quelle situation politico-organisationnelle elle se retrouve actuellement. Les auteurs s'intéressent aux forces organisationnelles, professionnelles et gestionnaires qui tiraillent actuellement la profession en milieu scolaire et laissent entrevoir les conséquences de ce tiraillement tant du côté de la « professionnalisation » que du côté du registre du travail relationnel.

La troisième partie de l'ouvrage porte sur la question de la subjectivité au travail.

Dans la continuité de leur chapitre précédent **Dionne et Viviers** poursuivent leur exposé en se penchant plus précisément sur la clinique de l'activité des conseillers d'orientation en milieu scolaire. À partir des résultats d'une « instruction au sosie » (Clot, 2008), ils analysent notamment le sens que prend la relation dans leur activité et mettent en évidence le risque d'une certaine dévitalisation du métier induite par les encadrements organisationnels de leurs pratiques.

Issu de différentes enquêtes sociologiques et également de l'expérience de l'auteur comme intervenant en clinique du travail à Liège (Belgique), **Thomas Périlleux** discute de l'usage de la parole et du souci du cadre. Il dévoile également certaines contradictions pouvant mener des praticiens à des résistances dans leur milieu de travail. En articulant le malaise que vivent certains praticiens autour de ce qu'il nomme « l'injustice dans les équipes de travail » et « l'inconsistance du cadre institutionnel », l'auteur dévie l'analyse classique entourant la gravité des situations rencontrées par les personnes. De là, Périlleux documente les raisons que peuvent évoquer les praticiens pour se sortir de ces enjeux.

Marie-Chantal Doucet et Dominic Dubois s'attardent à quelques repères qui pourraient s'insérer dans la thématique subjectivité et travail, en parallèle à la problématique de la santé mentale au travail qui y est souvent considérée. En portant l'analyse sur le sens que prend le travail de ces praticiens dans leur existence, la grammaire du métier des praticiens a permis d'identifier l'engagement personnel *dans* leur travail et *envers* leur travail comme règle centrale de construction et de développement du métier.

La quatrième et dernière partie réunit des textes qui mettent en relief certaines incidences de la mouvance du social et du politique sur les pratiques des métiers relationnels.

Le texte de **Marie-Claude Thifault** révèle les migrations transinstitutionnelles dans les différents services externes de l'hôpital Montfort (Ottawa, Canada). Documentée à partir des notes de l'équipe multidisciplinaire, l'auteure retrace le parcours en institution d'une patiente souffrant de troubles psychiques afin de mieux comprendre tantôt les différents dispositifs mis en place, tantôt les rencontres avec les différents intervenants de l'équipe multidisciplinaire et l'évolution du processus d'insertion sociale de la patiente.

Hicham Khabbache, Joël Candau, Nicola Luigi Bragazzi et Ismail Ramouze dévoilent les résultats d'une ethnographie dans une association à Fès (Maroc) venant en aide aux personnes atteintes de troubles mentaux. Les données des auteurs suggèrent que par le développement de l'autonomisation (*self-empowerment*), des incidences positives se font ressentir dans les services offerts et dans la pratique clinique. Les auteurs proposent que la thérapie par les pairs permet aux usagers de devenir leur propre thérapeute (par des ateliers d'écriture, par exemple). Spécifiquement, des activités proposant une réflexion sur leur propre situation et un apprentissage autodirigé permettent aux personnes de prendre un rôle plus actif dans la ressource (participation active au programme thérapeutique, accueil des personnes, etc.).

Enfin, pour clore cet ouvrage, le chapitre de **Nicolas Chambon** documente les enjeux de l'évolution des pratiques liées à la prise en charge en santé mentale pour les migrants tout en mettant en relief la perspective politique. Dans son texte, l'auteur fait un panorama des migrations dans un contexte français et documente les souffrances relatives à la santé mentale vécues par ces personnes migrantes. Également, il dévoile certaines épreuves auxquelles les professionnels travaillant avec ces personnes migrantes sont confrontés. L'auteur pose l'hypothèse que, en recadrant le sens de l'intervention et des dispositifs de prise en charge, la figure du « migrant précaire » pose une nouvelle épreuve qui contribue à une redéfinition des métiers relationnels.

RÉFÉRENCES

- Astier, Isabelle (2007), *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF.
- Bourassa, Bruno, Geneviève Fournier, et Liette Goyer (2013), *Construction de savoirs et de pratiques professionnelles : le double jeu de la recherche collaborative*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, Collection « Pratiques d'accompagnement professionnel ».
- Castel, Robert (2009), *La montée des incertitudes*, Editions du Seuil, Paris.
- Cifali, Mireille et Thomas Périlleux (2012), *Les métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques*. Collection Savoir et Formation, Série Psychanalyse et Éducation. Paris, L'Harmattan
- Clot, Yves (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF
- Dejours, Christophe (2010), « Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie » dans Chiland, C., Bonnet, C., Braconnier, A. (dir.), *Le soin en psychiatrie, entre souffrance et plaisir*, Paris, Érès.
- Demailly, Lise (2008), *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et du travail de la relation*, Presses universitaires du septentrion.
- Demailly, Lise et Nadia Garnoussi (2016), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Presses universitaires du septentrion.
- Dorvil Henri (2005), « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionalisation » Nouveau malaise dans la civilisation, Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation, *Cahiers de la recherche sociologique*, Montréal.
- Doucet, Marie-Chantal (2014), « Grammaire du métier de praticien en santé mentale jeunesse : catégories cognitives et configuration d'une individualité authentique » dans Marie-Chantal Doucet et Nicolas Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société aujourd'hui. Les voies de la recherche en sciences sociales*, Montréal, PUQ.
- Filliettaz, Laurent et Jean-Paul Bronkart (2005), *L'analyse des actions et discours en situation de travail*, Louvain-la-Neuve, Peeters.
- Le Guillant, Louis (2006), *Le drame humain du travail*, Toulouse Érès.
- Lhuillier, Dominique (2006), *Clinique du travail*, Toulouse. Érès.
- Meyerson, I. (2007), *Existe-t-il une nature humaine ?* Paris : les empêchements de penser en rond.
- Osty, Florence (2002), *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Otero, Marcelo « Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles », *SociologieS*, Théories et recherches, mis en ligne le 29 septembre 2010. [En ligne]. [<http://sociologies.revues.org/3268>] (Consulté le 10 mai 2016).

- Otero, Marcelo (2003), *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Viviers, Simon (2016), « Souffrance et stratégies défensives dans le travail de conseillers d'orientation en milieu scolaire : l'identité professionnelle en question ». Dans G. Fournier, L. Lachance et E. Poirel (dir.), *Éducation et vie au travail : Diversité des trajectoires professionnelles et dynamique de maintien durable en emploi*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

PREMIÈRE PARTIE

**Les métiers relationnels contemporains :
logiques d'actions, contraintes
et potentialités**

CHAPITRE 1

Activité et langage des métiers relationnels

Une sociologie de l'implicite

Marie-Chantal Doucet

INTRODUCTION

Ce chapitre présente des pistes de théorisation issues d'une recherche monographique sur les métiers relationnels. Ces métiers, comme il a été dit en introduction du présent ouvrage, ont été définis comme des activités transdisciplinaires d'aide ou d'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité. Ils ont pour contexte particulier les milieux socio-sanitaire et éducatif, relevant de dispositifs publics, communautaires ou privés.

D'une manière transversale, la question fut de savoir comment les praticiens pensent leur métier et comment ils en parlent. Partant du postulat qu'ils possèdent une connaissance des enjeux de leur travail qui se situe souvent dans le non-dit, et qui se construit dans le contexte même de leur pratique, la notion d'implicite a été mobilisée. Cette dernière notion ne doit pas être associée à une absence de langage mais plutôt, à la part « incodifiable » de leur action qui contribue pourtant à la régulation, au développement et éventuellement à la transformation des institutions. Du coup, on peut parler d'une sociologie de l'implicite.

La première partie portera sur le courant de l'analyse de l'activité et du langage en milieu de travail tandis que la deuxième se concentrera plus précisément sur l'opérationnalisation de la notion d'implicite dans une analyse de l'activité et du langage des praticiens relationnels.

L'ACTIVITÉ ET LE LANGAGE DU TRAVAIL

La singularisation et la subjectivation croissante des sociétés contemporaines obligent à reconnaître la place de plus en plus importante des acteurs au travail. Cette situation peut, d'un côté, être analysée comme une nouvelle forme de domination où ils sont considérés comme opérateurs intelligents au service de l'organisation et dont les potentialités réflexives et créatives seront mises à profit. Par ailleurs, elle peut aussi être vue comme complexifiant davantage le monde du travail, justement en raison des facultés réflexives et de la capacité des acteurs à penser et à parler de leurs actions. Les activités ne seraient pas soumises à des déterminismes purs et durs allant des directives aux actions ni à une complète liberté mais se développeraient et se réaliseraient dans un entredeux où il faudrait composer entre les contraintes et les potentialités. Ce qu'il importe de saisir, c'est que les individus au travail seraient à la fois déterminés et capables de dépasser ces déterminations au cours de leurs activités. L'intérêt a été ici porté sur le jeu entre deux processus, l'un explicite et largement codifié, l'autre, implicite mais qui participe pourtant puissamment au travail.

Le courant de l'analyse de l'activité et du langage en milieu de travail, peut-être un peu moins connu au Québec, si l'on compare aux travaux de psychodynamique du travail ou de sociologie clinique, a rejoint les préoccupations de cette recherche, en raison de l'articulation qu'il permet entre les dimensions individuelle et sociale de l'activité. Dans le cadre de cette démarche, cette dernière articulation a été avant tout saisie dans sa dimension langagière, sur la base d'entretiens individuels, de groupes et de témoignages écrits (Clot, 2008, Faïta, 2001, Filliettaz et Bronkart, 2005 Boutet, 2001). De ce point de vue, l'activité peut être appréhendée comme une épreuve à la fois cognitive, affective et sociale, qui transparait dans des compositions constantes empruntant aux divers registres de langage qui sont convoquées dans le travail. Ces logiques « compositionnelles » (organisationnelles, professionnelles, théoriques, subjectives, expérientielles, représentationnelles, etc.) peuvent être opposées dans certaines injonctions paradoxales des organisations, ce qui rappelle les travaux récents de Vincent de Gaulejac sur les organisations paradoxantes (2010, 2015) ou ceux de Dejours sur la souffrance éthique des sujets au travail (2000, 2015). Cependant, par « composition », j'ai voulu plutôt mettre en avant le fait que la pratique d'intervention engage la mobilisation constante d'un jeu avec les codes, ce qui entraîne une réorganisation des significations et contribue donc de façon essentielle au développement des institutions. Cette activité de composition peut être définie comme « (...) mouvement d'appropriation d'un milieu de vie par le sujet, cela, au travers et pourtant au-delà de la tâche » (Y. Clot, p. 6, 2008).

À l'heure actuelle, la conscience réflexive des individus est de plus en plus intégrée dans les travaux sociologiques, car elle aurait une incidence importante sur la transformation des rapports sociaux. Si ce rattachement met en question la thèse du déterminisme ; la dimension historique et sociale de celle-ci reste pourtant décisive. Giddens, comme on le sait, s'est penché sur ce problème. Cet auteur distingue entre une conscience pratique qui correspond au contrôle réflexif de l'action et une conscience discursive, au fondement du récit de l'action (Giddens, 1987). Bien que la conscience ne soit pas comprise par cet auteur comme étant individuelle mais comme conscience de soi, du monde social, le développement des possibilités de réflexivité des intervenants sur leurs pratiques permet qu'à une conscience pratique, s'allie une conscience discursive qui formule des rationalisations sur les actions.

Une intuition venait en quelque sorte mobiliser cette recherche. Il fallait, d'une part, déplacer le centre d'intérêt braqué sur l'organisation et les procédures de contrôle de même que sur les mécanismes de défense engagé contre ces contrôles, afin de se concentrer sur les compositions des praticiens où sont intégrées ces contraintes. D'autre part, il fallait dépasser une analyse de pratique qui, au Québec, se trouve en grande partie essentiellement rattachée à la supervision clinique ou au développement professionnel. Ces séances de formation continue ou de supervision, dans le contexte d'un certain « impératif de professionnalisation tout au long de la vie » selon l'expression de Bourassa et coll. (Bourassa et coll., 2016, 2013) sont les fruits de contrats passés avec des professionnels spécialisés ou dans certains cas des professeurs d'université reconnus par les milieux cliniques sur l'une ou l'autre approche (par exemple, le codéveloppement professionnel). Ces encadrements et formations cliniques n'ont pas pour objectif une intervention institutionnelle mais ambitionnent plutôt de soutenir un praticien ou un groupe de praticiens dans leurs pratiques. Tout en reconnaissant la contrainte de l'organisation du travail, ils ne se font pas forcément les porteurs d'analyses institutionnelles.

D'une analyse de pratique professionnelle, il fallait donc passer à une analyse du métier¹. Cependant, à la différence d'Yves Clot (2008) qui soutient l'idée du développement du métier à partir d'une préoccupation que l'on pourrait dire thérapeutique ou de santé, la présente recherche s'est concentrée sur un point central plus sociologique de l'activité rendue possible, entre autres, par ses travaux. Sur le plan empirique, cette démarche a eu pour visée de comprendre, d'une part, de quelles manières les cadres normatifs dans lesquels les individus au travail évoluent, régissent et conditionnent leur activité par

1. Une analyse du métier n'exclut pas l'analyse de ses pratiques dans un milieu donné. Par exemple, l'analyse des pratiques en santé mentale de première ligne.

l'entremise de codes de conduites spécifiques. D'autre part, comment ces derniers apportent-ils des solutions à un environnement plus ou moins contraignant afin de faire leur travail.

À un niveau plus général, le problème a surtout concerné les façons d'inverser la logique voulant que les tâches relatives aux organisations déterminent et contraignent le travail des praticiens à partir d'une dynamique descendante. La présente démarche visait à donner toute sa place à une dynamique ascendante : j'ai étudié l'hypothèse d'un réaménagement de la tâche prescrite par l'activité des individus au travail (Clot, 2008 a et b ; Clot et Faïta, 2000). Il ne s'agissait donc pas de mettre en relief uniquement un ordre normatif dans les entretiens et les écrits des praticiens, mais comment s'articule dans diverses compositions le mouvement entre les contraintes et les actions quotidiennes.

Après avoir réalisé des études contextualisées sur des pratiques communautaires et institutionnelles de première et de deuxième ligne, sur des pratiques variées comme la santé mentale adulte et infantile de première ligne, le handicap, sur l'intervention communautaire en contexte de crise, était-il possible de réaliser une prudente montée en généralité à partir de laquelle les praticiens se reconnaîtraient ? Bien que de provenances distinctes quant aux milieux et aux identités corporatives, les réponses à cette question devaient se révéler à travers un langage commun, considéré comme une appropriation symbolique du métier.

Ce qu'il faut entendre par « métier »

Le terme métier couvre des logiques à la fois subjectives et objectives. Alors que le geste traditionnel du travail manuel n'est plus central et que l'objet du travail devient de plus en plus relationnel dans le contexte du vaste développement de la relation de service, le mot métier résiste dans le vocabulaire quotidien des travailleurs. On ne peut en demeurer à une simple raison d'inertie langagière pour l'expliquer, car le mot demeure rempli de significations « actives ». Il évoque, d'une part, un concept quotidien générique dans le monde du travail pour désigner une certaine appartenance subjective à un domaine d'activités, qui peut rappeler l'idée déjà ancienne d'une confrérie avec ses codes officiels et officieux. D'autre part, à partir des études ergonomiques françaises, ce mot est également fortement associé aux travaux sur le langage et la pensée en milieu de travail (Filliettaz et Bronckart, 2005) Il est devenu un concept de plus en plus utilisé dans la littérature scientifique.

Selon Yves Clot, le métier s'enracine dans une construction sociale formée des savoirs d'action ; d'une identification à une communauté de métier et de

la stabilisation de règles d'action (Clot, 2008a). Il met donc en branle des savoir-faire spécifiques dans un milieu donné, des processus d'identité et d'appartenance et finalement le développement et l'application d'une grammaire commune, comme on le retrouve par exemple dans le métier d'intervenant de crise ou celui de praticien de deuxième ligne en contexte de handicap. C'est le langage commun à l'ensemble de ces praticiens de provenance disciplinaire et de champs de pratique distincts qui se rapporte à la terminologie de « métiers relationnels ».

Le genre du métier

À travers un langage commun et relativement stable lié à l'activité, cette communauté d'appartenance transdisciplinaire relèverait d'un genre. Il y aurait beaucoup à dire sur la notion de genre. Je me limiterai ici à quelques précisions. Le courant de l'activité et du langage emprunte la notion de genre à l'un des grands théoriciens de la littérature, Bakhtine, selon qui : « Les domaines de l'activité humaine aussi variés soient-ils, se rattachent toujours à l'utilisation du langage. » (Bakhtine, p. 365, 1984) Il s'agit de ce que Bakhtine nomme : un genre de discours. Il existe une variété quasi infinie de genres de discours puisque l'activité humaine se diversifie et se complexifie à l'intérieur même d'un domaine donné. Le virage actionnel du langage permet d'élargir l'idée de genre afin de catégoriser les activités. Le « genre », qui est le plus souvent implicite et concerne le collectif de travail dans une activité donnée, peut être défini comme le dispositif symbolique qui structure l'action. Par ailleurs, Clot insiste sur l'importance du pouvoir d'agir sous-tendu par des rapports tensionnels entre le style individuel, le genre et le contexte organisationnel (Clot, 2008a).

Clot différencie peu genre professionnel et genre de métier. Cette distinction est pourtant nécessaire dans les milieux sociosanitaires du Québec, puisque l'on y trouve un ensemble de praticiens appartenant à des disciplines professionnelles distinctes. On peut en fait parler d'un genre du métier dans la mesure où celui-ci dépasse la dimension professionnelle². Cette dernière est d'abord rattachée à la tâche à travers les actes professionnels qui, au Québec concerne de plus en plus la division sociale du travail établie par les lois régissant le code des professions et se concrétisant dans la planification et la prescription des tâches. De plus, l'appartenance professionnelle est un référent symbolique majeur pour les praticiens, car elle a à voir avec l'atta-

2. Voir Marie-Chantal Doucet, 2014. « Grammaire du métier de praticien en santé mentale jeunesse : catégories cognitives et configuration d'une individualité authentique » dans *Penser les liens entre santé mentale et société aujourd'hui. Les voies de la recherche en sciences sociales* (dir, M.-C. Doucet et N. Moreau), PUQ, p. 258-286.

chement à certains archétypes qui réunissent les qualités cognitives et morales liées aux rôles. Elle constitue donc pour ces deux raisons, une dimension importante de construction des savoirs de la pratique. Aussi, la diversité des professions impliquées dans ces activités peut être reconnue comme d'un grand intérêt heuristique. Cependant, ce qui est ici à considérer concerne moins les obédiences professionnelles et les questions interprofessionnelles, fort bien et amplement problématisées dans la littérature, qu'une identification à une activité qui est celle d'intervenir dans un domaine donné. Autrement dit, bien qu'il y ait (au Québec en tout cas) une forte tendance à la professionnalisation dont la recherche a tenu compte en tant que dimension heuristique, il s'agissait moins d'interroger centralement les divers discours professionnels, leurs tensions et leurs conflits, qu'un langage commun sur l'activité. D'ailleurs, les milieux communautaires, quoique de plus en plus en voie de professionnalisation, ne sont pas composés que de professionnels appartenant à un Ordre déterminé. Plusieurs praticiens de métier sont diplômés de disciplines des sciences humaines qui n'ouvrent pas forcément sur des professions au sens strict, par exemple, l'anthropologie ou la sociologie (Larose et Fondaire, 2007). Or, une concentration sur une idéologie professionnaliste risquait d'occulter l'existence d'un langage plutôt transdisciplinaire et porteur de significations sociales, se situant au-delà de la classification des compétences. C'est le cas, par exemple, de la règle qui traverse l'ensemble des praticiens de tous les milieux de pratique, soit celle de travailler la qualité de la relation avec les sujets et entre les sujets qu'ils rencontrent. Cette responsabilité rejoint plutôt l'idée de professionnalité au sens large (Doucet, 2014).

Le métier n'est pas la profession mais se fonde plutôt sur le nouvel idéal-type du travailleur relatif à la « professionnalité » qui a été mis en lumière par les travaux québécois portant sur la centralité du travail dans l'expérience contemporaine (Mercure, 2010 ; Malenfant et Côté, 2013). Ici, l'idée de professionnalité contient les professions plutôt que de s'y résumer. Les auteurs la définissent comme un investissement subjectif accru au travail qui tient aux principes de responsabilité et d'autonomie (2010). L'idée de professionnalité peut aussi être comprise au sens moral de conscience professionnelle (Clot, 2008b). Dans un esprit similaire, Martuccelli n'hésite pas à parler de vertu professionnelle. Pour cet auteur, l'individu au travail réalise moins un agir normatif en fonction d'une position statutaire, qu'une pratique consciencieuse qui démontre des traits personnels exemplaires (2014). De fait, l'engagement personnel dans le métier entre autres, qui se manifeste par un investissement

de soi-même comme outil de travail (*notre outil, c'est nous-mêmes*³), est fortement ressorti de la recherche⁴. Enfin, le métier correspond à un éthos (un ensemble de croyances et valeurs) distinct de l'éthique déontique qui constitue un système de principes explicites faisant référence à l'expertise. L'éthos se trouve au cœur d'une grammaire pratique et discursive du travail relationnel.

Le langage du travail

Le développement d'une réflexivité sur ses actions exige une capacité toute contemporaine à se mouvoir sagement dans l'univers de la pensée et du langage. L'analyse de la part langagière du travail est devenue nécessaire dans la mesure où la verbalisation et même l'écrit sont aujourd'hui sollicités dans tous les milieux de travail (Boutet, 2001). On peut y repérer les trois couplages des liens entre pensée et langage qu'expose Vygotski : la pensée sans langage ; la pensée verbale et le langage sans pensée (Vygotski, 1997). Même si les trois modalités s'y trouvent, le contexte du développement de la relation de service et celui, plus spécifique, de la multiplication des professionnels spécialisés dans les pratiques de l'aide à autrui, favorise les activités portant sur des productions sémiotiques plus que matérielles, qui requièrent surtout une pensée verbale devenue la modalité principale du travail. Par différents canaux, le récit de sa pratique doit à présent être considéré comme une activité de travail comme telle, qui engage des enjeux dont il est nécessaire de tenir compte. Ainsi, plus que d'une simple réflexivité dans l'action, c'est aussi d'une réflexivité qui consiste à se représenter ses propres représentations dont il est question dans le travail relationnel.

Les praticiens relationnels sont certainement les plus talentueux lorsqu'il s'agit d'expliquer leurs raisons d'agir. Il faut tout de même souligner qu'ils ne parlent pas toujours spontanément de ce qu'ils font et auront souvent recours à des savoirs déclaratifs dont il faudra décrypter le sens. La connaissance des praticiens n'existe pas seulement en vertu de ce qu'ils disent faire mais souvent par ce qu'ils ne disent pas. Il faut donc reconnaître aussi des limites à cette démarche. Tout n'est pas dit dans ces récits construits en prévision d'une recherche sur le métier. Cependant, l'affirmation déjà un peu obsolète qu'il faille interroger l'action par une observation *in situ* pour en saisir toute la réalité, et non ce qu'ils en disent, occulte aussi de larges pans de l'action. Dans

3. Les mots en italiques sont des expressions tirées du corpus de la recherche

4. Le chapitre 8 du présent ouvrage analyse le métier sous l'angle de l'engagement personnel : Marie-Chantal Doucet et Dominic Dubois, « Repères pour la thématique subjectivité et travail. Le thème de l'engagement personnel dans les métiers de la relation en milieu institutionnel et communautaire au Québec ».

des contextes où la présentation discursive de ce que l'on fait relève de l'agir, le langage est plus que jamais action comme le suggérait déjà le titre bien connu d'Austin (Austin, 1991).

Le travail en train de se faire n'a pas le monopole du réel, car il ne donne pas à entendre le travail qui ne se fait pas mais qu'on imagine, celui que l'on médite et celui qui ne s'affiche pas, l'action empêchée, l'action contrainte et l'action potentielle. Or, le non-affiché, voire le transgressé et dans une certaine mesure le travail *parallèle* ou même caché, sont toutes des actions que les praticiens n'hésitent pas à qualifier de *pratiques silencieuses* et qui surgissent paradoxalement dans les récits. Effectivement, l'expression *pratiques silencieuses* provient des années 1970 où elle désignait une action clairement politique qui pouvait aller jusqu'à engager le praticien dans le contournement ou même, la transgression de règles. Il est intéressant de constater que cette expression demeure connue des milieux sociosanitaires mais que sa définition s'est transformée dans le contexte de la singularisation et de la subjectivation du travail. Elle signifie moins aujourd'hui une militance sociale et politique sous-jacente, qu'une affirmation individuelle du praticien en fonction de ce qu'il considère avoir du sens pour lui: « (...) c'est majeure pour moi de trouver un sens » (Viviane).

Ces quelques bases ayant été exposées, la prochaine partie se penchera davantage sur la mobilisation de la notion d'implicite et dans quelle mesure elle peut s'inscrire dans une analyse de l'activité et du langage des praticiens relationnels.

LA MOBILISATION DE LA NOTION D'IMPLICITE

L'interrogation au départ de ce programme de recherche, se situait plus particulièrement dans le cadre d'une sociologie de la connaissance où se disputent et s'accordent les concepts scientifiques et quotidiens issus de savoirs officiels et officieux des praticiens. Ce parlé social du métier, selon la belle expression de Josianne Boutet (2001) allait révéler une connaissance formée à la fois de leur compréhension des domaines dans lesquels ils interviennent; de leur conception de l'intervention auprès des sujets en situation de vulnérabilité en termes de forme, d'orientation, de mode et de processus de même que leurs rapports aux encadrements organisationnels et professionnels et finalement, les implications personnelles du métier. Il s'agissait de s'engager dans les pistes ouvertes par Rhéaume et Sévigny au Québec, à la recherche des savoirs implicites des intervenants (1987).

Le terme « implicite » défini d'abord par la linguistique désigne une présupposition et un sous-entendu. Gardons à l'esprit que la notion sociolo-

gique d'implicite désigne des savoirs sociaux présupposés et sous-entendus dans une action ou un discours sans être clairement exprimés (*ibid.*). Selon Sévigny, tout intervenant possède une connaissance sociale à partir de laquelle il agit (*ibid.*). Ces travaux, pionniers au Québec, s'inscrivaient de manière indirecte dans la progression encore mineure d'une ambiance pragmatiste engagée dans la mise en valeur des savoirs pratiques par rapport aux savoirs découlant de la formation. Or, l'objectif de la présente démarche fut moins de repérer et de reconnaître une « sociologie implicite » selon l'expression de Robert Sévigny (*ibid.*), qui se distinguerait des savoirs découlant de la formation s'insérant dans la discipline sociologique comme telle, qu'une « grammaire du métier », différente des normes de pratique explicites contenues dans les prescriptions organisationnelles, scientifiques et professionnelles (Doucet, 2014). S'il y a d'un côté une tendance à la standardisation des pratiques et une forte normalisation des actes professionnels, notamment au Québec, une autre tangente, par l'activité des praticiens permet d'affirmer l'impossibilité d'enfermer le métier dans les seuls standards. On assiste à la montée des activités « incodifiables » qui semblent issues d'une certaine autonomie d'action et de ce qu'ils nomment une *indépendance d'esprit*, qu'ils revendiquent et défendent quotidiennement. En effet, s'il faut continuellement *se battre* pour préserver cette autonomie qui semble toujours à risque de déperdition, l'examen des témoignages révèle la présence, la teneur et l'effectivité d'une marge de jeu dans le quotidien des pratiques. Il s'agit précisément du lieu où s'opère le travail de composition implicite. Cette marge de jeu implicite doit être considérée comme un phénomène social qu'il ne s'agit pas ici de porter aux nues avec une visée émancipatoire du métier mais plutôt d'analyser comme une dimension incontournable dans le contexte d'une singularisation et d'une subjectivation croissante du travail.

La notion d'implicite peut ainsi être envisagée comme une solution théorique intermédiaire entre « l'agent pur » et « l'acteur pur », étudiée ici dans le champ de l'activité et du langage en milieu de travail. Cette notion devient ainsi un révélateur d'une relation dynamique entre « intériorisation de l'extériorité » et « extériorisation de l'intériorité » (Bourdieu, 2015). Les modèles d'action et de langage doivent donc être mis en relation avec les deux lieux de la langue soit l'individuel et le collectif.

La marge de jeu comme localisation de l'implicite

Premièrement, les intervenants communautaires qui donnent à voir de manière maximale quelque chose que l'on trouve chez l'ensemble des praticiens, saisissent cette marge de jeu comme *inhérente au processus de créativité* pour *comprendre l'inconnu, voir à l'intérieur* et « *sentir avec* », *une souffrance à l'état*

brute (Larose et Fondaire, p. 137, 2007). Elle semble donc se dire d'une manière explicite chez ces intervenants. On peut d'ailleurs se demander si, cette manière d'appréhender les situations ne serait pas paradigmatique et ne passerait donc pas plutôt au rang du prescrit dans les contextes communautaires qui expriment clairement leur distance au regard de l'institution et de la norme. Contre quoi effectivement *se battent* donc ces intervenants dans des milieux qui se revendiquent d'entrée de jeu « hors des sentiers battus pour surpasser ses limites personnelles » (*ibid.*, p.137)? Peu importe la réponse à la question, ce qui demeure présumé dans ce discours de la marge reste lié à la croyance en une différence, voire une opposition aux discours des intervenants des institutions (Corin et coll., 2011). Libéré des normes professionnelles et institutionnelles conçues comme une armure contre ce qu'ils conçoivent comme le « véritable mouvement relationnel » (*ibid.*, p. 135), ces intervenants obéissent en fait, à la règle d'engagement personnel dans le métier : il s'agit toujours plus ou moins de se définir, de s'affirmer et, au besoin, de se battre pour cette définition, de s'investir soi-même comme outil de travail, de favoriser la centralité du relationnel dans la clinique et enfin, de se former, de se superviser et de développer le métier⁵. On peut dire que ces praticiens, travaillant dans des organisations flexibles qui conduisent à un engagement personnel accru, non seulement dans la clinique mais aussi dans la gestion de l'organisme, correspondent en fait, au profil de l'idéaltype du travailleur contemporain (Malenfant, 2013).

Ensuite, soulignons que, l'attitude dite, clinique – un mot qui appartient au vocabulaire des deux secteurs – requiert l'authenticité d'une relation à l'autre comme premier critère d'un travail bien fait. Cette autre règle du métier qu'ils opposent au travail des gestionnaires, jugé factice, ressort fortement. De fait, la recherche n'informe pas sur d'importantes différences dans le discours du métier de l'ensemble des praticiens institutionnels et communautaires. Même si l'on relève dans le vocabulaire des intervenants institutionnels des inférences montrant que leur activité intègre la logique de service, cette orientation heurte ces praticiens qui défendent plutôt une relation véritablement clinique, ce qui donne lieu à des problèmes de conscience qui s'énoncent, parfois par des expressions très claires et d'autres fois, en filigrane, au cours du récit d'une expérience. Le modèle du praticien gestionnaire ou normatif n'est en réalité nullement incarné dans les discours des praticiens institutionnels. Pour ces intervenants aussi, ce modèle plus spectral que réel se trouverait à l'extrémité d'un éthos relationnel. On repère un raisonnement représentationnel commun

5. Voir ces formes d'engagement dans le chapitre 8, M-C. Doucet et D. Dubois « Repères pour la thématique subjectivité et travail. Le thème de l'engagement personnel dans les métiers de la relation en milieu institutionnel et communautaire au Québec ».

aux deux secteurs, dans la crainte de devoir un jour incarner le modèle du praticien gestionnaire ou normatif sous la pression de l'organisation ou des financeurs de l'État. La conscience professionnelle, plutôt redevable à la fidélité au métier dans lequel on a mis beaucoup de soi-même, demeure au centre des préoccupations des praticiens institutionnels et communautaires par la revendication de lieux pour penser.

Aussi, d'une manière générale, il faut compter à présent avec des travailleurs de plus en plus instruits dans les deux secteurs. Une forte majorité des praticiens des deux secteurs sont titulaires de diplômes universitaires qui vont du premier au troisième cycle. Dans les deux cas, ces intervenants ont tendance à considérer que l'organisation cherche à définir comment ils doivent faire leur métier alors qu'ils revendiquent de penser par eux-mêmes. L'organisation doit s'adapter à la nouvelle réalité d'équipes de mieux en mieux organisées sur le plan cognitif, ce qu'elle requiert paradoxalement.

Finalement, le style personnel du praticien semble un principe crucial de construction, de développement et d'émancipation d'une activité qui le révèle à lui-même et aux autres, si bien que le métier construit le sujet tout autant que celui-ci construit le métier. Or, cette action réciproque recèle de potentialités mais aussi de contraintes quel que soit le milieu. Une dualité du travail semble rayonner en miroir, révélant une double face antinomique. Car s'il y a une potentialité de réalisation de soi, il existe aussi des contraintes qui empêchent cette réalisation. Si le travail donne l'occasion de s'affirmer, il regorge aussi de contraintes qui empêchent cette affirmation. Ce qui demeure décisif chez l'ensemble de ces praticiens est la recherche d'une réalisation de soi et d'une affirmation stylistique, par l'autonomie d'action et l'indépendance d'esprit.

Trois strates de l'implicite

À partir de ce qui a été préalablement exposé, il est possible de repérer trois strates de l'implicite: un niveau pratique, un niveau de langage intérieur et un impensé.

La première strate, **le niveau pratique** se réfère au contrôle réflexif de l'action décrit par Giddens (1987). Il s'agit de ce que l'on peut appeler l'intelligence pratique (Boutet, 2001). Il s'étudie plutôt sur le terrain de l'action, par exemple, par des observations *in situ*. Cette action correspond à la dimension de la pensée sans langage que Boutet décrit comme appartenant au monde technique et de la construction dans l'action (2001). Ce niveau concerne les savoir-faire au sein de microdécisions quotidiennes sans qu'elles deviennent nécessairement l'objet de discours ou de justifications éthiques ou théoriques.

Le niveau pratique peine à se traduire en mots et l'ensemble de ses savoirs se transmet par l'observation. Les jeunes praticiens disent à quel point il leur a fallu voir, écouter, ressentir dans cette forme d'apprentissage sur le tas. Je n'en ferai pas état ici puisque la recherche a porté plutôt sur des productions verbales.

La deuxième strate correspond justement, à la **pensée verbale**. Les praticiens ont une conscience discursive, c'est-à-dire une compétence à élaborer les cadres de signification de leur pratique, deuxième niveau de réflexivité que présente Giddens (1984). S'il existe des actions machinales ou qui requièrent une communion moins forte de la pensée et du langage, le domaine relationnel commande de plus en plus une conscience discursive⁶. Ce qui est caractéristique de ce deuxième niveau est son caractère conscient et volontaire. La multiplication d'activités qui prescrivent de communiquer, de dissenter, de dialoguer, mais aussi de réfléchir, de délibérer, de lire, d'écrire, de se former et la floraison récente des approches d'analyse de pratique ou de développement professionnel qui engagent à parler de sa pratique et de ses ressentis en milieu de travail donne à penser que nous nous trouverions exclusivement sur le terrain de l'explicite. La pensée verbale est en effet favorisée par les organisations post tayloriennes dans les nouveaux dispositifs qui enjoignent, entre autres, aux équipes de discuter les cas, de prendre des décisions et de rédiger des rapports d'évaluation (Boutet, 2001).

Pourtant, il y a une large part d'implicite dans la pensée verbale, passant par le « langage intérieur », dont Vygotski a fait sa centrale (Vygotski, 1998 ; Friedrich, 2001). Rappelons que l'implicite ne signifie pas une absence de langage mais plutôt un non-dit. Il ne s'agit pas d'entrer de plain-pied dans une discussion très poussée sur le langage. Disons seulement que la pensée verbale est avant tout une activité de signification qui comporte un langage extérieur et un langage intérieur. Le langage extérieur transforme la pensée en paroles, il s'agit de la communication, tandis que le langage intérieur constitue un processus inverse : la parole disparaît pour laisser place à la pensée par soi-même. Or, si l'on suit le raisonnement de Vygotski, la pensée verbale est avant tout une forme sociohistorique (Vygotski, 1998 ; Clot, 2006 ; Shurmans, 2006 ; Bronkart, 2009 ; Friedrich, 2001). En fait, les significations sont puisées dans le vaste stock de connaissances pour le dire à la manière de Schutz (1987) ou dans les savoirs implicites (Rhéaume et Sévigny, 1987). On peut aussi y faire

6. On peut penser, avec les auteurs s'étant penchés sur le langage en milieu de travail, que celui-ci requiert dans tous les domaines de plus en plus d'apports intellectuels alliant pensée et langage, par exemple dans le fait de fixer des objectifs puis d'exposer la mise en œuvre de moyens pour les atteindre et leurs résultats, ce qui pourrait correspondre à la conscience discursive expliquée par Giddens (Boutet, Bronkart, Clot, Giddens, 1987).

des rapprochements avec la perspective de Mead⁷ (Mead, 2006; Doucet, 2012). Plutôt qu'un espace ou un lieu délimité, la conscience (ou l'esprit pour Mead) serait un processus se réalisant en établissant le rapport entre une signification donnée et une recomposition de celle-ci dans l'activité. La conscience pour Vygotski reste un contact social à soi-même (1994). À ce niveau précis de l'implicite, le praticien joue consciemment avec les codes et est tout à fait capable d'expliquer ensuite les raisons et les rouages de son action. Cette strate de l'implicite comporte, comme on le voit, une complexification du rapport entre l'action et la réalité puisqu'elle ouvre sur des potentialités sur lesquelles je reviendrai.

Le troisième est le niveau inconscient. Il correspond en grande partie à l'inconscient freudien qui fait irruption dans les actions et discours. Cependant, pour ce qui nous occupe, une part intéressante de cette strate revient à ce que l'on peut appeler, un **impensé social** qui fait référence cette fois, à l'angle mort (ou non conscient) que constitue fréquemment le social dans les conduites. Un nombre considérable d'activités quotidiennes se réfèrent à une forme d'inconscient ou plutôt à un impensé d'un discours social plus large. Il consiste en un langage sans pensée de la part de l'acteur, par exemple, les récitations par cœur, l'utilisation de mots-valises peu théorisés ou de prêts à parler (Boutet, 2001) puisés dans le langage impersonnel de l'institution. Plus largement, il appartient au registre du sens commun et s'introduit dans les actions et discours sans que les praticiens aient pris conscience des significations sociales des mots qu'ils utilisent ou encore de leurs conduites. Les « savoirs implicites » sont généralement ignorés ou inconscients et comme le souligne Gilles Houle, la détection de leur structure latente d'un point de vue sociologique serait la solution méthodologique recherchée pour en expliciter les contenus afin d'en dégager des catégories cognitives (Houle, 1987). Ce niveau correspond à la sociologie implicite mise en avant dans les travaux de Robert Sévigny. Dans ses travaux sur la psychiatrie chinoise contemporaine, il analyse des narrations individuelles de patients, en y recherchant un récit social impensé comme tel par le sujet qui parle mais, qui évoque néanmoins implicitement l'évolution de la psychiatrie en Chine (Sévigny, 2009).

Le pratique, le langage intérieur et l'impensé doivent être considérés comme jouant leur rôle dans le travail. Loin d'être étanches, ils sont plutôt

7. Voir pour une réflexion plus complète, Doucet, Marie-Chantal, 2013. « Le champ de l'affectivité et la notion de souffrance : une voie heuristique pour les sciences sociales ». La souffrance à l'épreuve de la pensée (dir. Katharine Larose-Hébert et Nicolas Moreau) PUQ.

connectés. Par exemple, des éléments pratiques qui n'ont pas été mis en mots peuvent éventuellement être énoncés par le praticien dans des contextes précis. Les travaux qui portent sur l'explicitation visent à permettre que ces savoirs d'action soient mis en discours, à la manière de Vermersch (1994). Dans une certaine mesure on peut également situer Schon dans cette mouvance (1994).

On peut conclure cette section en avançant que, malgré la déploration de la réduction des espaces pour penser, le niveau du langage intérieur, n'a pourtant jamais été aussi décisif dans le travail. Paradoxalement, il sera générateur du métier. Ce « quant-à-soi » caractérisé par le vigoureux refus de se perdre dans le prescrit se trouve en effet paradoxalement au fondement d'une construction du métier. Cela donne des indications intéressantes sur ce que l'on pourrait appeler : *une sociologie de l'implicite*. La question est devenue plus actionniste : quel est le jeu de l'implicite dans les actions et discours des praticiens. Ce jeu engage une composition constante entre différents registres de langage afin d'arrimer le sens et l'efficacité. Dans le dispositif symbolique de leur époque, les praticiens puisent les manières de penser, de dire, de faire et de ressentir. De cet assemblage individuel des codes surgit le style subjectif pour « faire fonctionner la machine » (Clot, 2008b). La notion d'implicite nouée à l'activité et au langage en milieu de travail peut non seulement être mobilisée afin de faire référence à une sociologie du savoir commun mais, comme une propriété active du métier qui contribue au développement et à la régulation des organisations et éventuellement à la configuration des représentations. C'est du côté de ce travail comme épreuve de soi pour que ça fasse sens et pour une « efficacité malgré tout » (Clot, *ibid.*) que s'aménage la dynamique implicite.

Dans ce qui suit, je propose quelques potentialités de cette dynamique.

Se faire une tête avec « une tête au-dessus de la sienne »

Afin de saisir ce que j'entends par ces niveaux de l'implicite dans le travail des praticiens, allons-y d'un premier modèle. Interrogée sur son travail dans un programme de première ligne en santé mentale jeunesse (SMJ), Myriam explique ce qu'elle fait à la suite d'une requête :

Je vous dirais que moi j'ai une réticence... quand je reçois une demande, de tout de suite composer avec toutes les... avec toute la panoplie de l'intervenant. (...) Je vais le faire mais pas tout de suite. J'ai envie de me faire une tête... mais ça n'est pas inscrit dans les statistiques (rires).

D'abord, la praticienne débute en émettant une réserve ou une défiance (réticence) qu'elle rend personnelle (moi) au regard de la panoplie de l'intervenant, qui correspond aux accessoires de l'intervenant (formulaire, règles explicites,

évaluations préformées, etc.) qui se rapportent à son rôle explicite. Elle énonce ne pas désirer tout de suite composer avec la demande de sa hiérarchie, affirmant qu'elle va le faire. Elle exprime un désir qui fait référence à son engagement personnel dans son activité (J'ai envie). L'expression *me faire une tête* est intéressante, car elle fait penser à une autre formulation familière bien connue au Québec: *faire à sa tête*, c'est à dire agir, de façon individuelle, affirmée et indépendante, voire acharnée, selon ce que l'on conçoit comme devant être fait. *Faire à sa tête* n'a jamais bonne presse du point de vue de l'autorité, encore moins l'autre locution, *faire la tête*, mais ces expressions ont en commun de désigner une certaine valorisation de l'individualité. Ici, *me faire une tête* fait référence à la fois à la nécessité de la pensée pour agir sur une situation et à la revendication de l'indépendance de cette pensée. Toutefois, poursuit cette praticienne, ce n'est pas inscrit dans les statistiques, c'est à dire, dans ce qui est affiché ou explicite. Ce processus qui comprend d'abord, un engagement personnel exprimé sous forme de désir d'appropriation de son activité, celui de prendre ses distances avec le prescrit pour « penser par soi-même » puis, de composer avec les règles explicites, se trouve au fondement du métier.

Cependant, il faut considérer l'implicite comme désignant un processus selon lequel le praticien *se fait une tête*, avec « une tête au-dessus de la sienne » pour reprendre cette image bien connue de Vygotski (1994). En effet, les potentialités d'action se trouvent inscrites dans la consistance du social, c'est à dire qu'à terme, elles sont le fruit d'une entreprise collective et d'un ensemble de croyances partagées comme une tête au-dessus de soi. En ce sens, l'activité, ne relève jamais du seul travail solitaire de la pensée mais plutôt de la conjonction de savoirs sociaux implicites (Rhéaume et Sévigny, 1987) et du langage intérieur. Cela remet en question, d'une part, l'idée que l'activité des acteurs ne serait qu'une exécution mais aussi, d'autre part, la représentation d'un individu tout à fait libre de ses choix. « Même l'écrivain qui fixe par écrit le produit de sa création n'est pas le moins du monde le créateur individuel de son œuvre » écrit Vygotski (Vygotski, 2005, p. 33). Le praticien n'invente pas complètement son action mais plutôt mixe des codes appartenant au dispositif symbolique de son époque. L'impact premier des signes historico-culturels, pour reprendre le vocabulaire de Vygotski, serait à considérer car les types de discours disponibles dans la connaissance s'inscriraient bel et bien dans le social⁸.

8. Voir Marie-Chantal Doucet (2014). « Grammaire du métier de praticien en santé mentale jeunesse: catégories cognitives et configuration d'une individualité authentique » dans *Penser les liens entre santé mentale et société aujourd'hui. Les voies de la recherche en sciences sociales* (dir., M.-C. Doucet et N. Moreau), PUQ, p. 258-286.

Jouer avec les mots et les concepts

Une autre action implicite des praticiens consiste au jeu des mots et des concepts. Voyons en une illustration : elle concerne la négociation de Johannie afin de mettre sur pied un groupe de soutien pour les parents d'enfants en déficience visuelle à partir d'un cadre de soutien et d'entraide plutôt que de réadaptation qui est celui du centre de réadaptation dans lequel elle travaille :

J'ai une certaine latitude sur des choses que je peux faire, mais en même temps je n'en parle pas trop. Si je dois en parler pour négocier un espace, je joue avec les mots. Il faut tout le temps jouer avec les concepts.

Cette latitude permet d'après ce que l'on peut en lire, de faire des choses sans en parler. Il s'agit d'une potentialité qui est celle de s'éloigner du prescrit pour y développer plutôt la partie à laquelle la praticienne est attachée dans son choix d'une approche de soutien et d'entraide qu'elle considère plus proche de ses aspirations professionnelles. La praticienne use de contournements de l'ordre du langage intérieur comme *le jeu avec les mots et les concepts* ce qui a pour effet de maintenir une certaine stabilité du métier. Clément, qui est intervenant de première ligne en santé mentale jeunesse (SMJ) le traduit bien ici en affirmant que derrière les mots, il y a l'interprétation à la façon du milieu :

De toute façon, le langage des documents ministériels, c'est un langage assez bizarre. C'est parfait comme ça, parce qu'on peut y mettre ce qu'on veut. Alors, chaque milieu interprète ça à sa façon. Derrière les mots adaptation, rétablissement, la façon dont c'est défini, tout le monde y trouve un peu son compte.

Affirmer son style

Ce jeu des mots et des concepts affirme le style personnel. Prenons un exemple qui permettra de mieux comprendre le travail du style. Cette praticienne énonce : « Est-ce que le but c'est de réadapter ? Moi, je n'ai pas ce but-là. Pour moi, c'est de chercher un sens aux symptômes. » (Myriam). Dans cette proposition, la praticienne s'éloigne de ce qu'elle définit comme prescriptif, soit la réadaptation utilisant son style propre, qui n'a pas pour but la réadaptation mais celui de trouver un sens au symptôme présenté par la personne rencontrée. Les distinctions de buts sont très importantes dans le repérage des styles qui, dans leur mise en récit expriment presque toujours un écart par rapport à ce qui est prescrit. On repère ces signes dans les libertés que prendront les sujets devant certaines prescriptions. Le travail stylistique peut être défini comme un jeu de composition avec les codes qui implique l'idée d'un contournement voire d'une transgression. Par exemple il a été régulièrement formulé par l'un ou l'autre des praticiens des raisonnements personnels en se revendiquant de leur style propre, par l'expression : moi, personnellement. Cette

conception personnelle a semblé se distinguer surtout de celle des questionnaires, considérés comme les principaux adversaires d'un travail *véritablement clinique*.

On peut donc y reconnaître une capacité de revenir sur soi-même et sur ses actions par la pensée au moyen des processus réflexifs comme il est mentionné dans la littérature. La part individuelle qui fait dire « (...) Moi personnellement, je travaille avec les familles » (Chloé) ; « Je suis une personne qui fait de l'advocacy » (Barbara) ; « Je m'intéresse aux conditions sous-jacentes » (Clément) ou « Je cherche un sens aux symptômes » (Myriam) prend une ampleur inégalée. Cependant, c'est dans la malléabilité des règles et non dans la seule psychologie du sujet que résident ces potentialités de pensée et d'action (Martuccelli, 2014). D'après la lecture des témoignages, il faut souligner qu'en définitive, il semble toujours possible d'agir autrement tandis que, les praticiens n'ont cessé pourtant de postuler l'existence de limites à leurs actions (ibid).

Composer avec la panoplie de l'intervenant

Enfin, d'après l'analyse des témoignages, l'exercice du métier de praticien relationnel semble une activité de composition constante avec divers registres logiques. La mise en relation ne concerne donc pas seulement les liens intersubjectifs entre les sujets rencontrés en cours de clinique. Elle concerne aussi la composition intellectuelle avec les encadrements organisationnels, scientifiques, professionnels. On distingue une dynamique explicite de l'action impulsée par l'institution organisationnelle, scientifique et relevant des normes professionnelles et une dynamique implicite qui se trouve ancrée dans le réel du quotidien.

À la dualité prescrit/réel, une complexité intéressante a pu être observée telle qu'elle est décrite dans la littérature : il y a bel et bien réorganisation de la tâche par l'activité des individus au travail (Clot, 2008 ; Bronkard, 2005) à savoir, comme nous l'avons vu avec l'exemple de Myriam : s'engager subjectivement dans son activité, puis se distancier du prescrit pour se faire une tête et enfin, composer comme le dit cette praticienne, avec la panoplie de l'intervenant. Il ne s'agit donc pas d'opposer les dynamiques explicites et implicites comme un hiatus entre le formel et l'informel mais de saisir le processus implicite comme une action complexe qui n'est pas affichée ou comme le disait Myriam avec un rire, qui n'apparaît pas dans les statistiques. La notion d'implicite désigne ici le processus de recomposition du prescrit par l'action des praticiens plutôt qu'un pôle opposé à un raisonnement formel.

Voyons comment cette composition se réalise en prenant l'exemple des modalités d'évaluation des clientèles : celles-ci conjuguent une approche évaluative classique en tant qu'action planifiée à une compréhension de la

perception subjective du handicap ou du problème par le sujet lui-même au travers d'une prise en compte du récit d'épreuve de ce dernier. Dans le premier cas, c'est-à-dire l'intervention en tant qu'action planifiée, c'est le caractère structuré et normatif de l'intervention qui ressort à partir d'un schéma linéaire constant, à savoir : l'évaluation, le diagnostic professionnel, le traitement et les résultats escomptés. Quant au récit d'épreuve, il s'inscrit plutôt dans le processus de compréhension et d'acceptation de la déficience par la personne atteinte. C'est donc le sens que celle-ci va donner aux événements de sa vie qui intéressera cette fois les praticiens.

L'action planifiée et la considération du récit d'épreuve sont des éléments de l'intervention qui ont pour particularités respectives de révéler, d'une part, les aspects structurels chapeautant l'intervention et, d'autre part, les dimensions symboliques qui découlent de l'attribution de sens des événements autobiographiques par les sujets eux-mêmes. On peut donc identifier deux types d'évaluation qui se chevauchent. Un premier type s'inscrit dans la sphère du prescrit, à partir de formulaires préformés ; il se présente comme ce qui paraît au dossier, répondant ainsi à de possibles requêtes. À l'intérieur même de ces évaluations prescrites, les praticiens auront tendance à transformer, voire à interpréter les rubriques selon leur orientation. Par exemple, les intervenants en déficience visuelle rencontrés biffaient des rubriques entières pour y inscrire les leurs, qu'ils considéraient plus fidèles à leur point de vue sur ce qui doit être évalué. Un second type, qui correspond aux dimensions de sens, s'opère alors en surimpression, si bien qu'à travers la réponse effective à une demande d'évaluation, les praticiens chercheront à répondre à des hypothèses se rapportant plutôt à des impressions cliniques relevant de théories spécifiques de leur formation, à leurs valeurs et croyances mais aussi d'un « toucher clinique » plutôt expérientiel et intuitif : « (...) C'est majeur pour moi de trouver un sens à ma profession puis aussi d'aider les gens à trouver un sens dans leur difficulté dans leur souffrance, évidemment accompagnée d'une approche, mais reste que le sens pour moi, c'est majeur. » (Viviane).

Dans l'illustration suivante, Mathilde, une praticienne de santé mentale infantile commente sa réponse aux requêtes de l'école : « C'est comme un jeu intellectuel de réfléchir à comment on va réfléchir les affaires pour que ça rentre dedans (dans les formulaires), sans se... sans aller à l'encontre de ce qu'on pense. »

À la lecture des témoignages, il serait réducteur de supposer que le sujet n'agit que sous contrainte mais, il serait tout aussi incomplet de dire que le sujet agit de façon totalement autonome. Son action se déploie entre les contraintes et les potentialités qui s'offrent à lui. On aurait affaire à une plasticité du métier, ce qui rejoint l'hypothèse des libertés virtuelles élaborée par

Petitat (1999) selon laquelle le sujet peut transformer les représentations ainsi que, celle d'un « agir autrement » potentiel qu'élabore Martuccelli (2010 ; 2014). Cette propriété permet l'existence d'une marge de jeu ouvrant sur des potentialités à savoir : la possibilité de contourner les règles voire de transgresser les codes et conventions ; celle de cacher ou de montrer ses actions et la possibilité de transformer les significations. C'est ce qui fait dire à Petitat que la signification de la règle inclut les libertés à son égard (Petitat, 1999). Myriam le dit à sa manière :

Je fais bien ce que je veux dans mes dossiers. Oui. J'aurais de la misère à faire ce que m'on dirait de faire de toutes façons. Je le fais de façon clandestine. Ça c'est clair. Je travaille depuis vingt ans, et j'ai eu une pratique parallèle, dans le sens où : « pas le droit de voir des gens plus que dix fois », bien je pouvais les voir trente fois. Je m'organisais. Même statistiquement. On appelle ça, une pratique silencieuse.

À travers l'interprétation stylistique des codes, le praticien fait ce qu'il croit juste pour « une efficacité malgré tout » (Clot, 2008b).

Donc il faut toujours trouver des espèces de manières de s'en tirer...un peu par la bande, de répondre sans répondre en fait. De continuer à bien faire notre travail... comme on pense qu'on doit le faire, tout en ayant une demande qui est autre. (Mathilde)

CONCLUSION

La mobilisation de la notion d'implicite dans le champ de l'activité et du langage en milieu de travail permet d'ouvrir quelques pistes de théorisation des métiers relationnels et ainsi de contribuer aux réflexions sur le travail. La réflexion se situe ici plus particulièrement dans le contexte de singularisation et de subjectivation de l'activité où il est démontré que l'individu n'est jamais complètement déterminé ni complètement autonome. L'implicite peut ainsi être considéré comme désignant un lieu intermédiaire (une marge de jeu) entre détermination et autonomie. Cette marge de jeu est donc un lieu où s'opère le processus de recomposition du prescrit par l'action des praticiens plutôt qu'un pôle opposé à un raisonnement formel. Enfin, l'examen de l'implicite donne à voir une dynamique compositionnelle où se conjuguent les contraintes et les potentialités afin de donner sens à l'activité pour atteindre une efficacité malgré tout.

La notion d'implicite nouée à l'activité et au langage en milieu de travail est ainsi mobilisée comme une propriété active du métier qui contribue au développement et à la régulation des organisations et éventuellement à la transformation des représentations et des institutions.

RÉFÉRENCES

- Austin, John Langshaw (1991), *Quand dire, c'est faire*, Paris Seuil.
- Bakhtine, Mikhaïl (1984). *Esthétique de la création verbale*, Paris, Gallimard
- Berger, Peter et Thomas Lukmann (2012), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand-Colin.
- Bourassa, Bruno, France Picard, Chantal Leclerc, Yann Le bossé et Geneviève Fournier (2016), Sous presse, « Analyse et transformation des pratiques professionnelles en groupe: apprentissage expérientiel et posture d'accompagnement » dans Bruno Bourassa et Marie-Chantal Doucet (dir.), *Éducation et vie au travail: développement de pratiques d'accompagnement pour l'orientation et l'intégration socioprofessionnelle*, Québec, PUL.
- Bourassa, Bruno, Geneviève Fournier et Liette Goyer (2013), *Construction de savoirs et de pratiques professionnelles. Le double jeu de la recherche collaborative*, Québec, PUL.
- Bourdieu, Pierre (2015), *Esquisse d'une théorie de la pratique. Trois études d'ethnologie kabyle*, Paris, PUF.
- Boutet, Josiane (2001), « Le travail devient-il intellectuel? », *Travailler*, vol. 2, n° 6, p. 55-70.
- Corin, Ellen, Marie-Laurence Poirel et Lourdez Rodriguès (2011), *Le mouvement de l'être, paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*, Québec, PUQ.
- Clot, Yves et Daniel Faïta (2000), « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler*, vol. 2, n° 4, p. 7-42.
- Clot, Yves (2007), « De l'analyse des pratiques au développement des métiers », *Éducation et didactique*, vol. 1, n° 1, p. 83-93.
- Clot, Yves (2008a), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF.
- Clot, Yves (2008b), *Le travail sans l'homme? Pour une psychologie de milieux de travail et de vie*, Deuxième édition. Paris, La Découverte.
- Dejours, Christophe (2015), *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.
- Dejours, Christophe (2000), « Travail, souffrance et subjectivité ». *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 2, p. 329-340.
- Doucet, Marie-Chantal (2014), « Grammaire du métier de praticien en santé mentale jeunesse: catégories cognitives et configuration d'une individualité authentique » dans Marie-Chantal Doucet et Nicolas Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société aujourd'hui. Les voies de la recherche en sciences sociales*, Montréal, PUQ.
- Doucet, Marie-Chantal (2013), « Le champ de l'affectivité et la notion de souffrance: une voie heuristique pour les sciences sociales » dans Nicolas Moreau et Katharine Larose-Hébert (dir.), *La souffrance à l'épreuve de la pensée*, Montréal, PUQ.

- Doucet, Marie-Chantal (2007), *Solitude et sociétés contemporaines, une sociologie de l'individu et du rapport à l'autre*, Montréal, PUQ.
- Faïta, Daniel (2001), « L'analyse du travail et le statut de l'activité chez Bakhtine », *Travailler*, 6, p. 13-30.
- Fillietaz, Laurent et Jean-Paul Bronkart (2005), *L'analyse des actions et discours en situation de travail*, Louvain-la-Neuve, Peeters.
- Friedrich, Janette (2001), « La discussion du langage intérieur par L.S. Vygotskij. » *Langue française*, n°132, p. 57-71.
- Gaulejac, Vincent de (2010) « La NGP ; nouvelle gestion paradoxante », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, p. 83-98,
- Gaulejac, Vincent et Fabienne Hanique (2015), *Le capitalisme paradoxant, un système qui rend fou*, Paris, Seuil.
- Giddens, Anthony (1987), *La constitution de la société*, Paris, PUF.
- Houle, Gilles (1987), « Le sens commun comme forme de connaissance : de l'analyse clinique en sociologie », *Sociologie et sociétés*, vol. 19, n° 2, p. 77-86.
- Larose, Suzanne et Marie Fondaire (2007), *Détresse psychologique en situation de crise*, Montréal, Québecor.
- Martuccelli, Danilo (2010), *La consistance du social*, Rennes, PUR.
- Martuccelli, Danilo (2014), *Les sociétés et l'impossible*, Paris, Armand Colin.
- Mead, George Hébert (2006), *L'esprit, le soi et la société*, Paris, PUF
- Mercure, Daniel et Mircea Vultur (2010), *La signification du travail. Nouveau modèle productif et éthos du travail au Québec*, Québec, PUL.
- Molinié, Muriel, Christine Delory-Momberger, Vincent de Gaulejac, Dominique Jaillon, Danièle Linhart et Danilo Martuccello (2014), « Places et rôles des sociologues dans l'accompagnement professionnel du sujet au travail », *Le sujet dans la cité*, vol. 1, n° 3, p. 17-66.
- Petit, André (1999), « Échange symbolique et historicité », *Sociologie et sociétés*, vol. 31, n° 1, p. 93-101
- Piaget, Jean (2005), *Épistémologie génétique*, Paris, PUF.
- Rhéaume, Jacques et Robert Sévigny (1987), *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale*, T. II, Montréal, Saint-Martin
- Schütz, Alfred (1987), *Le chercheur et le quotidien*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- Sévigny, Robert (2009), « Sociologie clinique et schizophrénie en Chine post-maoïste : l'expérience de Lu Lu », *Sociologie et sociétés*, vol. 41, n° 1, p. 125-158.
- Sévigny, Robert (2007), « Histoire et perspective de l'approche clinique humaine et sociale », dans Lucie Mercier et Jacques Rhéaume (dir.), *Récits de vie et sociologie clinique*, Québec, PUL

- Sévigny, Robert (1986), « La construction sociale du champ de la santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 2, p. 13-20.
- Schon, Donald (1994). *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Les Éditions Logiques.
- Vermeech, Pierre (1994), *L'entretien d'explicitation en formation continue et initiale*, Paris, ESF.
- Vygotski, Lev (1997), *Pensée et Langage*, Paris, La Dispute.
- Vygotski, Lev (1994), *Défectologie et déficience mentale*, Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- Vygotski, Lev (2005), *La psychologie de l'art*. Paris, La Dispute.

CHAPITRE 2

La fabrique des pratiques acceptables

Travail relationnel, épreuves de professionnalité et régulation dialogique de l'activité

Bertrand Ravon

Le travail relationnel s'est imposé petit à petit comme le cœur du travail social, au sens où la relation est devenue l'objet central de la pratique (Ion, 1998). En effet, l'accompagnement social individualisé s'est étendu à l'ensemble des champs d'intervention. On ne parle plus de travail *sur* autrui, mais de travail *avec* autrui (Astier, 2007). Et parce que l'utilisateur tend aujourd'hui 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, la négociation du cadre même de la situation est devenue l'enjeu premier de l'action, conduisant à un pilotage non plus par l'amont mais par l'aval (Ravon et Vidal-Naquet, 2014). En un mot, la « relation d'aide » a fait place à « l'aide à la relation » (Laval et Ravon, 2005).

Parce qu'il se déploie de manière à la fois située et incertaine, le travail relationnel n'est pas définissable *a priori*. En effet, de nombreux dilemmes relatifs aux fins en vue de l'action (autonomie ou protection?, guérir ou prendre soin (*cure* ou *care*)?, responsabilisation ou autonomisation (*empowerment*)?, sanction ou soutien? etc.) se révèlent en situation, sans qu'il soit possible de trancher entre les différentes options qui viennent à être pensées (Ravon, 2016a). Devant l'incertitude de l'action et le possible arbitraire d'une action autoconceptualisée (Soulet, 2016), et le plus souvent dans un contexte où les directives institutionnelles ont fait place à un pilotage interinstitutionnel peu lisible, la demande de régulation collective de l'action s'est démultipliée (Ravon et Laval, 2015). Contrairement aux prescriptions managériales dominantes

qui réduisent la relation d'aide à une prestation de service évaluable selon des critères prédéfinis, la régulation du travail relationnel ne peut être organisée selon des référentiels de « bonnes pratiques ». Parallèlement, elle ne peut se fonder sur un savoir cumulatif intériorisé, tant les situations travaillées sont indécidables en amont de l'action. De ce point de vue, il n'est pas impossible que le modèle du praticien réflexif (Schön, 1994) soit fragilisé, au profit d'une pratique de régulation continue (Ravon et Vidal-Naquet, 2016) et selon une conception prudentielle du métier fondée sur le tâtonnement et la délibération. En un mot, et c'est ce que voudrait montrer le présent chapitre, il n'y a pas de bonnes pratiques, mais seulement des pratiques acceptables¹ (Ravon et Vidal-Naquet, 2014 ; Dourlens et Vidal-Naquet, 2016).

MÉTIERES RELATIONNELS ET ÉPREUVES DE PROFESSIONNALITÉ

Le lieu d'exercice du métier est généralement déterminant pour caractériser les professions sociales (Ravon et Ion, 2012). L'opposition bien connue entre les « professions historiques du travail social » (assistants de service social, éducateurs spécialisés, animateurs socioculturels) et les « nouveaux métiers de l'intervention sociale » (médiateurs sociaux, chargés de projets, agents de développement, pairs aidants, etc.) ne permet pas non plus de typifier les métiers relationnels². C'est pourquoi dans un premier temps nous centrerons notre analyse, d'une part sur les modalités pratiques du travail relationnel, d'autre part sur les compétences spécifiques qui y sont associées.

Souci de la relation et épreuves d'éthicité³

Au risque de schématiser, on commencera par distinguer deux « économies morales » coexistantes qui font du travail relationnel le cœur de l'action. D'une part et dans une visée psychopédagogique responsabilisante, il s'agit de se rapprocher, par l'écoute, de la demande *réelle* du sujet aidé, en vue de « l'activer ». D'autre part, et dans une visée de protection, il s'agit de restaurer la dignité d'autrui, à des fins de soutien et d'étayage relationnel de la personne du bénéficiaire. Reprenons brièvement quelques éléments généalogiques de ces deux perspectives.

-
1. La notion de pratique acceptable a été initialement proposée par Pierre Vidal-Naquet (Vidal-Naquet, 2006 ; Eyraud et Vidal-Naquet, 2012).
 2. Pour une synthèse sociologique des métiers relationnels, voir (Demailly, 2008)
 3. Nous ne traiterons pas ici de deux autres formes d'épreuves à l'œuvre dans la relation d'aide, mieux connues dans la littérature spécialisée et que l'on peut sommairement qualifier d'émotionnelles et d'organisationnelles (Ravon et Vidal-Naquet, 2014).

Dans le champ du travail social tout au moins, le travail relationnel commence à s'imposer au moment où la considération pour la parole de la personne aidée devient une donnée importante voire essentielle de l'action socioéducative. Dans les secteurs de l'assistance sociale et de l'éducation spécialisée, et notamment à partir des années 1960, l'écoute devient ainsi une activité fondatrice du métier. L'enjeu consiste à reconnaître le sujet qui sommeille dans chaque bénéficiaire, à partir d'une meilleure connaissance de son milieu (son histoire, son environnement familial, etc.) et/ou à partir d'une meilleure compréhension de ses attentes. La psychologie clinique commence à se diffuser comme savoir dominant dans les structures de l'aide sociale et de l'« enfance inadaptée », au moyen du recrutement de nombreux psychologues tout juste sortis de l'université (Henri, 2004). L'ouvrage de Rogers consacré à la psychologie non directive, dite aussi de « considération positive inconditionnelle » est traduit en français et connaît un grand succès chez les travailleurs sociaux : selon ce cadrage, la personne est envisagée dans « un contexte de relations humaines positives », dépourvu de menaces, c'est-à-dire favorable à l'estime ou au « rehaussement » de soi, permettant de développer chez le sujet aidé sa « capacité de se comprendre lui-même et de résoudre ses problèmes » (Rogers, 1967). A la même époque, un autre succès de librairie de la psychologie appliquée au travail social est consacré à une école autogérée, expérimentée à Summerhill (Angleterre) dans l'entre-deux-guerres par le psychanalyste A.S. Neil. Contre le conditionnement et le façonnage des enfants placés dans des institutions aliénantes, Neil favorise les espaces de parole permettant la libre expression des « sujets » et par extension, leur autodétermination (Neil, 1960). Cette conception clinique du travail social est encore très présente aujourd'hui dans les multiples entretiens menés notamment par les nombreux psychologues salariés du secteur. On peut également faire l'hypothèse qu'elle s'est élargie à la quasi-totalité des dispositifs d'accompagnement social, dont les mots d'ordre, qui pourraient être synthétisés sous le concept de gouvernement de soi (*self-government*), portent sur la responsabilisation des personnes aidées, sur la restauration de leur pouvoir d'agir (*empowerment*), sur leur « activation » ou leur « capacitation ».

Le développement des pratiques d'enquête (*case work*) et des premières actions éducatives dites de « milieu ouvert » (années 1970) est ancré dans un référentiel différent, non pas tant centré sur le sujet à réveiller et à responsabiliser que sur son environnement à protéger ou à développer. Il est en effet question avant tout de (ré)instaurer autour de la personne aidée un monde de relations pensé comme faisant défaut. Il s'agit, d'une part, de reconnaître la personne dans sa dignité et sa capacité relationnelle. D'autre part, il s'agit de (re)créer les attachements nécessaires au développement psychosocial de

l'individu. En un mot, et comme l'ont montré les théories du *care*, il s'agit de prendre soin de la personne, par un travail sensible d'entretien des relations humaines (Molinier et coll., 2009). Cette « solidarité située » (Pichon et Ravon, 2006) se distingue de l'injonction à la responsabilisation soulignée plus haut, dans la mesure où elle s'exerce horizontalement, dans un rapport d'égal à égal (Ravon, 2007b) et de présence sociale à autrui (Bessin, 2014), ce qui demande aux intervenants d'être proches, dans une attention située aux singularités de chacun. Ainsi défini, le socle du travail relationnel est rapporté aux lieux concrets et ordinaires d'accueil et de rencontre (domicile, foyer, accueil de jour, rue, etc.). L'enjeu, c'est d'être avec.

Travail *sur* autrui ou travail *avec* autrui, autonomisation (*empowerment*) ou prendre soin (*care*), autonomie ou protection : les intervenants oscillent en permanence entre ces différentes fins en vue : s'agit-il d'aider la personne à s'activer et à se responsabiliser ou s'agit-il de la protéger pour l'accompagner vers de nouveaux attachements ? Éduquer ou prendre soin ? Il est bien entendu impossible de trancher entre ces options, ce qui oblige bien souvent le professionnel, qui ne peut plus se référer à des critères prédéfinis, à s'appuyer sur sa propre éthique pour traiter la situation (Hennion et Vidal-Naquet, 2012, Ravon et Vidal-Naquet, 2014).

Épreuves relationnelles : diplomatie et présentisme

Que l'on fasse de la relation à l'autre le lieu de l'apprentissage du gouvernement de soi ou un site de protection des personnes vulnérables, le travail d'accompagnement social se généralise et fait de la relation l'*alpha* et l'*omega* de la pratique (Ion, 1998). Deux formes d'épreuves propres à l'exercice même du travail relationnel peuvent être distinguées. La première porte sur l'épreuve diplomatique de la rencontre, la seconde sur l'épreuve temporelle de la présence à autrui. Dans l'un et l'autre cas, la difficulté consiste à *tenir* la relation, c'est-à-dire à assurer les conditions minimales qui garantissent à autrui la capacité à en coproduire le sens et le contenu.

Toute rencontre entre un travailleur social et un usager peut très vite devenir un dialogue de sourds. C'est même une situation assez ordinaire dans le milieu. Il est en effet assez classique que l'usager, ne partageant pas la même vision des choses que l'intervenant, refuse le conseil qui lui est donné ou la proposition qui lui est faite. « Mettez-vous à ma place : c'est la seule chose que réclament ensemble les deux protagonistes (...) et c'est bien parce qu'ils ne le peuvent pas que cette situation banale est en même temps une situation limite en matière de rencontre. Tout le travail auquel se livrent les participants pour atténuer les tensions consiste à sauver ce qui peut l'être de la rencontre. » (Joseph, 1998, p. 113) Dans de telles situations, les intervenants n'ont donc

que leur tact à offrir, ce qui se révèle un exercice particulièrement difficile. Par exemple, les maximes pratiques des intervenants de l'urgence sociale consistent ni plus ni moins à « approcher sans offenser, ni déranger, ni effrayer », « faire dire sans soutirer », « proposer sans imposer », « servir sans s'asservir », « quitter sans délaisser » (Cefai et Gardella, 2012). Le travail relationnel ne peut être décrété et aucune solution prête à penser ne peut être administrée. C'est en cela que le travail d'accompagnement est comparable à celui des diplomates, pour qui l'activité consiste à « créer l'espace où l'autre pourra déterminer selon ses propres temps et ses propres modes la manière dont ce problème va, pour lui, se formuler et construire sa signification » (Stengers, 2003, p. 291). La diplomatie est une épreuve conversationnelle, mais pas seulement : exposé au risque qui fait sa grandeur, à savoir la trahison, le diplomate doit en permanence revenir vers ses mandants pour leur rendre compte de l'intérêt de leurs interventions sans filet.

Pour qu'une rencontre advienne, il faut pouvoir tenir la relation dans la durée. Outre leur capacité à ne pas imposer à l'autre ses propres vues, toute la difficulté des intervenants consiste à être présents à la relation, et à le rester (Ravon, 2014). Paradoxalement, la durée de la relation repose sur une présence fragile, éphémère. Pratiquement et comme le disait Deligny à propos du travail éducatif, rien de mieux que les circonstances pour laisser les imprévus façonner les rencontres ; il définissait d'ailleurs les éducateurs spécialisés comme des « créateurs de circonstances » (Deligny, 1998). En ce sens, la présence est un art consommé du temps perdu, de l'informel, de « l'air de rien », du non-prescrit, du « travail social non aseptisé » (Fustier, 2000). Un tel travail est particulièrement difficile à installer dans le temps. Parce qu'il suppose abnégation, disponibilité, sollicitude, attention, etc., il se heurte sans cesse aux logiques gestionnaires et à leur promotion du temps court et de la culture du résultat (Bessin, 2014), qui plus est dans des dynamiques de prise en charge de longue durée qui supposent « d'accompagner sans fin » (Gardella, 2016). Pourtant, l'enjeu de la présence à la relation est décisif : pour reprendre les termes de Paul Ricœur (1985), il ne s'agit pas moins que de « possibiliser la temporalité ». Dit autrement, c'est par la relation qui tient dans la durée au fil des rencontres, que le temps présent peut s'épaissir, et chemin faisant, permettre aux personnes aidées de réarticuler leur champ d'expérience et leur horizon d'attente, leur passé et leur devenir (Ravon, 2008).

Tenir la relation dans le temps et dans les formes suppose, comme on vient de le voir, de s'écarter des normes et des règles prescrites par la profession : les pratiques s'apprennent en situation et se peaufinent au gré des rencontres. Comme la confiance, le travail relationnel n'est jamais donné mais se gagne à l'épreuve de la réalité de la relation elle-même. Les résistances, les pièges ou les

malentendus sont monnaie courante (Vidal-Naquet, 2014), et quiconque fait l'expérience du travail relationnel en découvre la vulnérabilité.

DU TROUBLE DANS LA RELATION D'AIDE À SA RÉGULATION

Le travail relationnel se définit de manière incertaine, au gré des situations et de leurs singularités : le plus souvent et compte tenu des multiples difficultés de la situation, le professionnel ne sait pas vraiment que faire ; parallèlement, il se doit de mobiliser constamment ses ressources personnelles pour tenir la relation. Devant des situations inextricables et indécidables, les intervenants hésitent : leurs savoirs prédéfinis sont pris en défaut, les normes et les règles sont instables, leurs diagnostics deviennent discutables (au sens qu'ils méritent d'être discutés) et ils ne sont jamais à l'abri du risque d'un jugement, « subjectif », « partial », voire « arbitraire ». Devant tant d'incertitude, leur perplexité est grande, parce qu'ils n'arrivent plus à discerner au juste ce qu'il convient de faire (Ravon et Vidal-Naquet, 2014). Mais également, ils souffrent de la non-reconnaissance de leurs supérieurs hiérarchiques, plutôt sourds aux arguments de l'incertitude !

Dès lors, comment cadrer l'activité ? D'une part, nous faisons l'hypothèse que dans un monde régi par l'incertitude, seules les pratiques prudentielles sont à même de faire face à toutes ces difficultés, du fait de leur double composante, réflexive et délibérative⁴. D'autre part, et parce qu'agir dans un monde incertain relève d'un régime poïétique de l'action (Soulet, 2016), lorsque le sens de l'action ne peut se définir que pendant l'action, la régulation de celle-ci ne peut se faire que de manière continue, sans cesse recommencée, toujours révisable (Ravon et Vidal-Naquet, 2016). Je me contenterai ici de pointer la spécificité de la dynamique réflexive et expérientielle de cette régulation continue, avant d'en donner un exemple.

Une réflexivité distribuée

Dans le champ du travail social et de la santé mentale, il existe déjà de nombreux dispositifs d'accompagnement des professionnels de première ligne.

4. La notion de pratique prudentielle nous vient d'Aristote (Éthique à Nicomaque). Elle est synonyme de sagesse pratique, « un mode de connaissance et d'action requis dans des situations que leur singularité et leur complexité chargent d'une grande incertitude. (...) ce concept désigne enfin les dispositions et les aptitudes requises pour appréhender ces situations dans lesquelles l'application mécanique de règles abstraites, de procédures formalisées, de savoirs scientifiques ou de routines peut conduire à des erreurs. (...) La prudence a une forte dimension délibérative, et les délibérations sont susceptibles d'englober les finalités mêmes de l'activité » (Champy, 2015, p. 167-168).

Depuis les années 1970, ces dispositifs se sont développés sous le nom de « groupes de supervision », « groupes Balint » et « groupes d'analyse de la pratique ». Animés le plus souvent par des psychologues, ces lieux de reprise réflexive de l'action sont généralement pensés comme des espaces de « dépôt » et de « recyclage » des affects (Fustier, 1999) et comme des moments de restauration des identités professionnelles lorsque celles-ci sont mises à mal par l'usure du quotidien (Henri-Menassé, 2009) ou par les nouveaux modes de gestion organisationnelle (Gaillard et Pinel, 2011). En ce qu'ils travaillent notamment « la part personnelle de la professionnalité » (Missenard, 1976), ils sont censés construire petit à petit « un cadre dans la tête » (Green, 1997). L'enjeu pour le professionnel est de devenir « sujet de sa pratique ».

Ces dispositifs connaissent une croissance exponentielle depuis les années 2000 (Ravon, 2007b). Dans une première analyse, on pourrait avancer qu'ils sont contemporains du « mouvement de la compétence », qui valorise fortement les ressources spécifiques de l'individu (mobilisation des expériences personnelles, prise d'initiatives, capacité d'ajustement individuel aux situations). Le professionnel est alors « celui qui au travers de son savoir et de son expérience accumulée possède un large répertoire de situations et de solutions » (Lichtenberger, 2003). Deuxièmement, ces dispositifs sont partie prenante du « tournant réflexif » (Tardif, et coll., 2012) qui fait de la compétence réflexive internalisée un équipement indispensable des professionnels du travail sur autrui, telle que l'a conceptualisée Schön dans son fameux modèle du praticien réflexif (Schön, 1994). Selon cette acception, la réflexivité est envisagée comme la capacité à faire de l'expérience de l'action le lieu par excellence de l'apprentissage de l'intelligence professionnelle, généralement « cachée dans l'agir professionnel ». Le processus réflexif suppose une connaissance construite en amont de l'action puis réfléchi après coup, selon une conception discontinuiste de l'action.

Cette définition ne convient plus aux situations dont il est ici question. En effet, la professionnalité de l'intervenant ne peut plus être pensée dans un rapport de maîtrise du professionnel à son travail (Mezzena, 2014). Il peut difficilement tendre à devenir « sujet de sa pratique », tant les interventions diffèrent d'une situation à l'autre. Le processus réflexif obéit à une dynamique vouée à l'incomplétude et à l'inachèvement. Dès lors que le pilotage de l'action se fait par la situation, et que l'hésitation à propos de ce qu'il convient de faire devient structurelle, la réflexivité ne peut plus reposer sur un rapport maîtrisé à l'agir, mais au contraire sur la capacité à construire une décision par le tâtonnement, en avançant dans la compréhension par approximations succes-

sives⁵. Dit autrement, le processus réflexif n'engage plus la seule expérience de l'intervenant, mais toute celle accessible dans son environnement de travail. Il serait en ce sens plus juste de parler de réflexivité distribuée, qui prendrait en compte l'intelligence des différents protagonistes. Une telle conception écologique de la réflexivité permet de mettre l'accent non seulement sur sa dimension collective et sa dynamique collaborative, mais également sur la continuité entre action et réflexion. Les moments de réflexion collective autour d'une action délicate ne se contentent pas de dire ce qu'il aurait fallu faire, en vue de mieux s'y prendre la fois d'après ; ils permettent de redistribuer les cartes de la situation pour la penser autrement. Dès lors, la situation devient de nouveau « agissable ». Il m'est ainsi arrivé de constater dans des groupes de supervision qu'à certaines conditions de partage des expériences, une réflexion collectivement bien menée permettait en quelque sorte à l'action de continuer à se dérouler, alors même qu'elle était initialement présentée comme impossible à traiter (Ravon, 2016b).

L'activité délibérative : une contagion des expériences ?

Vue sous cet angle, l'activité de délibération peut consister, c'est du moins l'option prise ici, à former un collectif de travail pouvant élaborer « des stratégies d'adaptation aux contraintes de travail » mais aussi développer « des capacités de transformation, voire de subversion de ces contraintes » (Lhuillier, 2008, p.157). Confrontés à une activité professionnelle empêchée, car devenue trop complexe, où l'on ne sait plus que faire, l'enjeu de la délibération est de multiplier les prises, de faire le tour de toutes les issues possibles. C'est pourquoi il s'agit en premier lieu d'inventorier les différentes conceptions que les professionnels ont de leur métier et des situations dans lesquelles ils sont empêtrés. Autrement dit, il ne s'agit pas tant de faire parler l'équipe, de manière à faire de ses membres des sujets de leurs pratiques, que de faire parler le métier avec l'idée d'éprouver les limites pratiques de la professionnalité (Ravon, 2012).

Une des voies consiste alors à déplier les controverses⁶, de manière à rendre visibles, discutables et donc partageables les expériences que peuvent avoir les uns et les autres de situations comparables ou voisines. L'art de la controverse est plus un art du dialogue que du conflit : il s'agit de « décider sans trancher » (Callon et coll., 2001). L'enjeu n'est pas de hiérarchiser les

5. Ainsi définies, les pratiques prudentielles supposent un savoir-faire important, ancré dans une solide expérience et une réflexivité incessante. La perte de maîtrise est donc paradoxalement l'une des caractéristiques d'une grande professionnalité.

6. On entendra par controverse un « affrontement entre deux parties se déroulant initialement devant le public des pairs » (Lemieux, 2007).

propositions de solution au problème posé, mais de faire entendre l'ensemble des voix. Petit à petit, le problème traité à partir d'une situation est désingularisé : les savoirs échangés à propos de la situation s'ajoutent les uns aux autres pour former une connaissance partagée qui, de fil en aiguille, devient impersonnelle, ou plutôt transpersonnelle (Clot, 2007). Dit autrement, les expériences se contaminent les unes les autres, sans que le groupe puisse toujours en identifier clairement l'auteur : chaque partie du contenu de l'expérience « déteint pour ainsi dire sur ses voisines, rend compte d'elle-même à d'autres, sort en quelque sorte de soi pour être sue et qu'ainsi tout le champ de l'expérience se trouve être transparent de part en part, ou constitué comme un espace qui serait rempli de miroirs » (James, 2005, p. 168).

La délibération entre pairs ne revient pas dans l'après coup des situations problématiques sur ce qu'il aurait fallu faire ; en partageant l'épreuve de l'action, elle « réécrit » après coup l'action en la prolongeant. Ces moments où le groupe tend à « accorder ses violons » constituent en fait un temps où les professionnels arrivent à se mettre d'accord sur leurs désaccords. Ce faisant, ils identifient les limites concrètes de leur professionnalité tout en reconnaissant celles des autres. Tout en évitant l'empiètement sur les territoires d'intervention des autres collègues, le travail d'accordage est ce qui permet en définitive de faire de l'expérience professionnelle non pas une « bonne pratique » (généralisable à d'autres situations) mais une épreuve partageable et, le cas échéant, acceptable. C'est ce qu'on va pouvoir illustrer par un exemple tiré de ma pratique d'animation de groupes dits d'analyse de la pratique.

« Il faut savoir accepter la trahison »

Quinze cadres intermédiaires d'une association d'aide sociale à domicile se rassemblent tous les mois et demi dans un groupe initialement pensé comme un dispositif d'analyse des pratiques d'encadrement. Je leur propose de faire de ce groupe un collectif de recherche collaborative, où chaque participant, devant les situations problématiques auxquelles il est confronté, se met non plus en position d'expert mais en situation d'enquête : l'enjeu est précisément de produire de nouvelles connaissances sur la situation, sans rester collé à un diagnostic prédéfini (Ravon, 2016b). Une cadre expérimentée nous présente une situation qu'elle juge délicate mais ordinaire : il s'agit de mettre en œuvre, avec une intervenante à domicile, une « information préoccupante » (IP)⁷ à propos d'une mère de famille subissant la violence de son mari et venant tout

7. La procédure dite d'« information préoccupante », permet d'alerter les professionnels de la protection de l'enfance au sujet d'un « situation de danger » ou d'une « situation de risque de danger » pour l'enfant et sa famille.

juste d'accoucher de son quatrième enfant et se révélant en « grande fragilité psychique ». La responsable prévient les partenaires qui suivent cette maman (en l'occurrence une psychiatre et une assistante sociale) de la prochaine mise en place de la procédure d'IP. Mais avant même qu'elle ait été clairement informée par l'intervenante et sa responsable, la maman apprend par la psychiatre que la procédure a été mise en œuvre. Mise devant le fait accompli, elle est très en colère : elle se rend alors à l'association pour refuser dorénavant toute aide : « Vous n'avez aucun droit à appeler le médecin » ; « Il fallait qu'on [me] mette dans le sujet » ; « Au nom de quoi vous prenez contact avec le médecin ? » L'intervenante à domicile qui l'accompagne depuis longtemps est aussi très mécontente : elle se sent profondément trahie par ses partenaires qui auraient dû attendre son feu vert avant d'en parler à la mère de famille. La situation est bloquée. Pendant un peu plus de deux heures, nous travaillerons sur cette situation avec le groupe. Aucune solution envisagée ne semble satisfaisante. Nous nous quitterons sans que l'incertitude de la situation ait été levée. J'apprendrai cependant quelques semaines plus tard que le problème a été résolu : le contact avec la mère de famille a été rétabli, la prise en charge partagée avec les autres partenaires a redémarré sur de nouvelles bases, tout à fait acceptables. L'information préoccupante a pu être mise en œuvre avec le consentement de tous les protagonistes. Que s'est donc-t-il passé ? Comment une situation bloquée et paraissant non traitable est-elle devenue acceptable et ce faisant ait pu être *réglée* ?

Pour tenter de comprendre en quoi la délibération a pu transformer cette situation, revenons aux discussions qu'elle a suscitées. Les échanges montrent déjà qu'implicitement, les membres du groupe perçoivent que la confiance construite initialement avec la maman a commencé à se fragiliser dès lors que la définition du danger que pouvait courir les enfants et leur mère du fait de la violence du mari s'était élargie à la vulnérabilité psychique de la mère. Il est en effet question d'un changement de définition de la situation, lorsque l'intervenante reçoit des confidences de la maman à propos de son histoire familiale traumatique, confidences qu'elle va reprendre dans son « groupe d'analyse de la pratique ». Dorénavant, elle envisage la situation non plus sous la seule problématique initiale de la violence du mari mais avec une préoccupation de santé mentale pour cette mère dont elle connaît maintenant le passé de maltraitance. Ce nouveau récit, partagé par la responsable, entraîne des tensions communicationnelles avec la mère de famille : il est plus difficile de lui parler directement de sa vulnérabilité psychique que de la violence de son mari.

Sur ce fond de compréhension implicite, le groupe s'accorde à dire qu'il est difficile dans ces conditions de mettre en œuvre une « information préoccupante » : comment en effet prévenir les partenaires tout en recherchant le consentement des usagers ? Comment mettre en place une mesure contraignante tout en cherchant à maintenir la confiance ? La réflexion s'engage alors sur la comparaison entre les expériences des membres du groupe. Bien que les situations vécues par les uns ou par les autres soient très différentes, les membres du groupe s'accordent sur l'importance du synchronisme (*timing*) de la coopération. Il s'agit notamment de trouver le « bon moment » qui permette d'obtenir le consentement sans risquer de perdre la confiance (par exemple, demander à la mère de famille si elle ne voit pas d'inconvénient à ce que le travailleur social contacte son médecin). Ce « bon moment » semble être le plus souvent un moment fugitif qu'il faut savoir attraper au vol... Une erreur de tempo est tout à fait possible et peut être fatale.

La discussion s'engage ensuite sur le partage des informations dans le cadre de la mise en œuvre d'une information préoccupante. Au nom de quoi les intervenants au domicile doivent-ils connaître les avis médicaux concernant la situation dont ils ont la charge ? Des désaccords se révèlent : pour les uns, le partage des informations doit être réduit à l'essentiel, pour les autres c'est la coopération entre les professionnels en cause qui prime. Cette controverse donne à voir au groupe la pluralité des réponses possibles et conséquemment leur fragilité. La séance se termine sur une dernière prise de parole de la personne qui avait amené la situation. En guise de point d'orgue, et comme si c'était là une réflexion gagnée par le travail collectif, elle dit d'une manière apaisée : « Il faut savoir accepter la trahison. »

En reprenant plus tard le compte rendu de cette séance, je comprendrai que pour cette responsable, la trahison a été le prix à payer au changement de cadrage à l'origine du déclenchement de la procédure (lorsqu'à la préoccupation de la violence conjugale s'est ajoutée celle de la vulnérabilité psychique de la mère). « Accepter la trahison », c'est en définitive faire de la trahison un moindre mal, le plus important étant de garder l'objectif prioritaire d'en finir avec la violence conjugale, tout en devant prendre en compte la problématique de santé mentale. Inacceptable en début de séance, la trahison est devenue acceptable, du moins pour cette situation-là. Ce qui ne fait en aucune manière de cette pratique-là une « bonne pratique » ! Autrement dit, ce n'est pas parce que la situation a été réglée que la solution trouvée puisse être généralisée.

Cette dernière remarque donne à voir les vertus et les limites de la régulation continue à l'œuvre dans un pilotage des situations par l'aval : le travail de réflexivité collective ne construit pas un savoir cumulatif, généralisable, à

réitérer. Il permet seulement de trouver, ici et maintenant, par approximations successives et feuilletage de toutes les voix au chapitre, une solution acceptable au double sens du mot recevable (ou valable) parce que produite d'une délibération démocratique; admissible (satisfaisante) parce que permettant de résoudre concrètement le problème.

RÉFÉRENCES

- Astier, Isabelle (2007), *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF.
- Bessin, Marc (2014), «Le déni du genre dans le travail social», Direction générale de l'Action sociale, Genre et renouveau du travail social, *Cahiers stratégie et prospective*, n° 1, 7/14.
- Callon, Michel, Pierre Lascoumes et Yannick Barthe (2001), *Agir dans un monde incertain*, Paris, Seuil.
- Cefai, Daniel et Édouard Gardella (2012), *L'urgence sociale en action Ethnographie du Samusocial de Paris*, Paris, La Découverte.
- Champy, Florent (2015), «Pourquoi le soin n'est pas qu'une question de technique? La "sagesse pratique" dans les activités médicales et paramédicales», dans Claire Georges-Tarragano (dir.), *Soigner (l')humain, Manifeste pour un juste soin au juste coût*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Clot, Yves (2007), «De l'analyse des pratiques au développement des métiers», *Éducation et didactique*, vol. 1, n° 1, p. 83-93.
- Deligny, Fernand (1998), *Graine de crapule* suivi de *Les vagabonds efficaces*, Paris, Dunod.
- Demailly, Lise (2008), *Politiques de la relation Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- Dourlens, Christine et Pierre Vidal-Naquet (2016), «Éviter l'inacceptable, douter de l'acceptable. Régulation des pratiques, épreuves de régulation», *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité, mis en ligne le 16 juin 2016, consulté le 15 août 2016. URL: <http://sociologies.revues.org/5574>.
- Eyraud, Benoit et Pierre A. Vidal-Naquet (2012), «La protection des personnes vulnérables: la part de l'arbitraire», *SociologieS*, Théories et recherches, mis en ligne le 15 novembre 2012, [En ligne]. [<http://sociologies.revues.org/4106>] (Consulté le 17 février 2016).
- Fustier, Paul (1999), *Le travail d'équipe en institution, Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, Paris, Dunod.
- Fustier, Paul (2000), *Le lien d'accompagnement*, Paris, Dunod.
- Gaillard, Georges et Jean-Pierre Pinel (2011), «L'analyse de la pratique en institution: un soutien à la professionnalité dans un contexte d'emprise gestionnaire», *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, n° 11, p. 85-103.

- Gardella, Édouard (2016), « Accompagner sans fin - Épreuves temporelles dans les hébergements sociaux de longue durée », dans Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet (coord.), *Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité*, à paraître dans la revue en ligne *SociologieS*.
- Green, André (1997), « Entretien sur l'avenir de la psychanalyse », réalisé par Nicole Minazio et Marie-France Dispaux, *Revue belge de psychanalyse*: [En ligne].[www.psychoanalyse.be/revue/page.php?article=31c] (Consulté le 2 mai 2015).
- Hennion, Antoine et Pierre Vidal-Naquet (2012), *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie*. Rapport de recherche pour la Mire.
- Henri-Menassé, Catherine (2009), *Analyse de la pratique en institution*, Toulouse, Erès.
- Henri, Alain-Noël (2004), « Esquisse d'une saga », dans Alain-Noël Henri et Patricia Mercader (dir.), *La formation en psychologie. Filiation bâtarde, transmission troublée*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.
- Ion, Jacques (1998), *Le travail social au singulier*, Paris Dunod.
- James, William (2005), *Essais d'empirisme radical*, Paris, Agone [1904-0905].
- Joseph, Isaac (1998), *Erving Goffman et la microsociologie*, Paris, PUF.
- Laval, Christian et Bertrand Ravon (2005), « Relation d'aide ou aide à la relation ? », dans Jacques Ion (dir.), *Le travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte.
- Lemieux, Cyril (2007), « À quoi sert l'analyse des controverses ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 25, n° 1, p. 191-212.
- Lhuillier, Dominique (2008), *Cliniques au travail*, Toulouse, Erès.
- Lichtenberger, Yves (2003), « Compétence, compétences », *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris, Vuibert.
- Mezzena, Sylvie (2014), *Connaissance et professionnalité dans la pratique comme territoire à équilibrer- Enquêtes et perspective dans l'activité des éducateurs*, Thèse de sciences de l'éducation de l'Université de Genève.
- Missenard, André (1976), « Formation de la personnalité professionnelle » *Connexions*, n° 17, p. 116-118.
- Molinier, Pascale, Sandra Laugier et Patricia Paperman (2009), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot.
- Neil, Alexander S. (1970), *Libres enfants de Summerhill*, Paris, F. Maspero.
- Pichon, Pascale et Bertrand Ravon (2006), « Souci de la relation et accompagnement social : le Samu Social et les Camions du cœur », dans Martine Cohen (dir.), *Associations laïques et confessionnelles : identités et valeurs*, Paris, L'Harmattan.
- Ravon, Bertrand (2007a), « Réchauffer le monde. Travail relationnel et exigence de symétrie : l'exemple des Camions du cœur », *Empan*, n° 68, p. 123-129.

- Ravon, Bertrand (2007b), « Extension et transformation de l'analyse de la pratique professionnelle », dans Bertrand Ravon (dir.), *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*, Rapport de recherche ONPES/MoDyS.
- Ravon, Bertrand (2008), « Le temps présent de l'accompagnement social : une temporalité bien à soi » dans Viviane Châtel (dir.), *Les temps des politiques sociales*, Fribourg, Academic Press Fribourg.
- Ravon, Bertrand (2012), « Refaire parler le métier. Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage », *Nouvelle Revue de psychosociologie*, vol. 2, n° 14, p. 99-113.
- Ravon, Bertrand (2014), « De l'exposition à la blessure du temps : vulnérabilité et présentisme », dans Axelle Brodriez, Isabelle von Bueltingsloewen, Benoit Eyraud, Christian Laval et Bertrand Ravon (dir.), *Vulnérabilités sociales et sanitaires. De l'histoire à la sociologie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Ravon, Bertrand (2016a), « Vers un nouvel ordre pragmatiste du travail social ? Institutionnalisation de l'autonomie, emprise de la situation, règne des savoirs partagés », dans Marc-Henry Soulet (dir.), *Les nouveaux visages du travail social*, Fribourg, Academic Press Fribourg, p. 17-35.
- Ravon, Bertrand (2016b), « 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, consulté le 15 août 2016. URL : <http://sociologies.revues.org/5560>
- Ravon, Bertrand et Christian Laval (2015), *L'aide aux « adolescents difficiles » Chroniques d'un problème public*, Toulouse, Erès.
- Ravon, Bertrand et Jacques Ion (2012), *Les travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte.
- Ravon, Bertrand et Pierre Vidal-Naquet (2014), « Épreuve de professionnalité », dans Philippe Zawieja et Franck Guarnieri (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Le Seuil.
- Ravon, Bertrand et Pierre Vidal-Naquet (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 16 août 2016. URL : <http://sociologies.revues.org/5363>
- Ricœur, Paul (1985), *Temps et récit*, Paris, Le Seuil.
- Rogers, Carl (1967), *Le développement de la personne*, Paris, Dunod.
- Schön, Donald (1994), *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Les Éditions Logiques.
- Soulet, Marc-Henry (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 15 août 2016. URL: <http://sociologies.revues.org/5553>

Stengers, Isabelle (2003), *Pour en finir avec la tolérance, Cosmopolitiques II* tome VII, Paris, La Découverte.

Tardif, Maurice, Cecilia Borges et Annie Malo (2012), « Introduction », dans *Le virage réflexif en éducation*, Bruxelles, De Boeck Supérieur.

Vidal-Naquet, Pierre (2006), « Vigilance, risque et fragilité. Autour des personnes affaiblies par le grand âge », dans Jacques Roux (dir.), *Être vigilant. L'opérativité discrète de la société du risque*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne.

Vidal-Naquet, Pierre (2014), « Le travail de *care*: tact, ruse, fiction », dans Axelle Brodriez, Isabelle von Bueltzingsloewen, Benoit Eyraud, Christian Laval et Bertrand Ravon (dir.), *Vulnérabilités sociales et sanitaires. De l'histoire à la sociologie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

CHAPITRE 3

Nouveaux acteurs, nouvelles logiques de champ pour les métiers de la relation

Lise Demailly

INTRODUCTION

Les métiers relationnels sont, depuis longtemps, parcourus de logiques descendantes et de logiques ascendantes ou, dans un autre langage, de « régulations de contrôle » et de « régulations autonomes » (Raynaud 1989). Celles-ci contribuent à la construction sociale des « cœurs de métiers », à la définition des formes et du degré d'autonomie des groupes professionnels et au contour des tensions éthiques et politiques dans le quotidien du travail. En même temps, sur le plan de la subjectivité des praticiens, ces logiques contribuent à définir ce que j'avais appelé les « agencements symboliques de mobilisation professionnelle » (ASMP, Demailly 1991), terme que je préfère à « culture de métier » ou à « identité professionnelle » en ce qu'il en souligne mieux le caractère composite et mouvant. Les ASMP sont ces ensembles hétérogènes de savoirs, d'habitudes et de mythes qui permettent aux professionnels de « tenir » face aux imprévus des situations de travail ou aux changements dans les politiques organisationnelles. Mais ces ASMP échouent aujourd'hui dans leur fonction adaptative et laissent les praticiens de la relation en état de mal être, car le désaccordage est trop grand : les légitimités d'hier ont perdu de la valeur, les maîtres mots ne fonctionnent plus, les professionnalités sont désajustées.

Le malaise des praticiens s'énonce souvent subjectivement comme causé par une organisation trop contraignante et trop défiante. Autrement dit, avec l'avènement des nouvelles formes de gestion publique et privée, la tension ancienne et ordinaire entre profession (métier) et organisation se serait

déséquilibrée au profit de l'organisation. Des formes de souffrance au travail graves pourraient en résulter. Je voudrais dans ce texte, dans une approche générale appuyée sur mes recherches en sociologie de l'éducation, de la santé mentale et des métiers relationnels (Demailly 2008), montrer que ce récit subjectif de la déstabilisation – et j'ai moi-même participé à une mise en exergue de ce point de vue¹ – ne renvoie qu'à une partie de la réalité et occulte d'autres causes de l'obsolescence des ASMP. J'examinerai deux autres causes : la constitution des destinataires de la pratique relationnelle en acteurs autonomes et les effets de champ et de marché. Il s'agit là de deux logiques sociales émergentes (ni spécialement descendantes, ni spécialement ascendantes donc).

LES USAGERS ET LA DEMANDE DE SYMÉTRIE

J'ai donc appelé ASMP (agencement symbolique de mobilisation professionnelle), des systèmes de représentations et de croyances qui remplissent plusieurs fonctions : mobiliser la profession² à l'interne en fabriquant des mythes ; assurer sa protection dans la quotidienneté du travail ; légitimer sa place dans la société et y négocier sa reconnaissance sociale ; intervenir dans le champ social pour y maintenir ou y faire évoluer la définition des problèmes sociaux à résoudre. Ces systèmes symboliques réunissent des alliances en plusieurs cercles, entre les segments dominants des groupes de professionnels, entre ceux-ci et d'autres groupes, et, au-delà, avec des fractions de l'opinion publique. Ce sont des « formations de compromis », des « précipités » de représentations, qui fournissent un langage commun et des convergences d'intérêt à des acteurs dont les buts individuels peuvent rester divers. Ils sont rarement explicités comme tels. Objectivés parfois comme des « modes », des « idéologies » ou des « illusions » par les personnes et les groupes les plus extérieurs à leur prise de sens, ils sont vécus par les acteurs centraux qui sont à l'origine de leur mise en forme avec un sentiment d'évidence voire une certaine passion. Ce sont des mixtes de savoirs, d'habitudes, d'images, d'émotions, de mythes, qui donnent au métier une consistance et une certaine cohérence.

Historiquement, ces ASMP ont un pouvoir symbolique instable, car ils ne sont qu'exceptionnellement totalement consensuels, autrement dit intériorisés par le groupe professionnel en son entier et, de plus, ils sont toujours à

1. Demailly et de la Broise (2011).

2. Pour les lecteurs québécois, je précise que j'emploie le mot « profession » selon la tradition française de la sociologie des professions et non dans le cadre théorique nord-américain. « Profession » est alors un équivalent de métier ou de groupe professionnel. Voir Demailly 2008. J'emploierai de même indifféremment « praticiens » ou « professionnels » pour désigner les membres des métiers relationnels.

infléchir ou à perfectionner, sous la menace de changements, à cause de la redéfinition des « requis » sur le plan sociétal³, de l'usure des solutions apportées par le groupe et des rapports de concurrence entre groupes professionnels voisins.

La nouvelle *gestion* publique, avec sa valorisation de l'efficacité et de la gestion, ses technologies sociales envahissantes (notamment la technologie « projet-contrat-évaluation ») et son contrôle accru de l'usage des ressources met à rude épreuve les ASMP propres aux métiers de l'éducation, du soin et de l'intervention sociale. Néanmoins, des capacités de renégociation de la professionnalité et certaines marges de manœuvre auraient pu se déployer si, en même temps, les États n'avaient utilisé les usagers pour appuyer leur rhétorique de la « qualité ».

Or, s'il est possible aux praticiens, surtout s'ils sont bien organisés au niveau du groupe professionnel, de dénoncer des politiques publiques inconséquentes, des exigences néobureaucratiques envahissantes, l'aveuglement des technocrates et les réformes répétitives, mal appliquées ou nocives, il leur est beaucoup plus difficile de contrer la rhétorique de la qualité – alors qu'ils sont pour la plupart attachés au travail bien fait et que le bon service aux usagers fait partie de leur ASMP traditionnel – quand cette rhétorique coïncide avec un fort mouvement d'autonomisation et de revendication des usagers. Les syndicats ont longtemps pu avec une certaine efficacité défendre les autonomies professionnelles contre la nouvelle gestion publique, à coup de grèves, de dénonciations, de résistance passive ou encore de contre-propositions (car les groupes professionnels sont aussi capables de résistance active et inventive, capables de déployer des projets innovants).

En revanche, la rhétorique de la « qualité » des soins, de l'éducation, etc.) et ses exigences présentées comme logiques (évaluation systématique des personnels et des organisations, responsabilisation, accroissement du contrôle sur l'usage des ressources publiques), dès lors qu'elle a coïncidé historiquement avec une mobilisation différente des usagers au sein des institutions et un changement de leurs positions et de leurs pouvoirs, a produit une certaine paralysie des capacités de résistance frontale des groupes professionnels, qui s'est traduite d'ailleurs par un affaiblissement global des syndicats ou des autres formes d'organisation professionnelle collective.

3. Autrement dit, des problèmes à résoudre, sur la base desquels s'élabore le « mandat » du groupe professionnel. (Voir Hughes 1996)

Exemples

Les exemples du développement de l'action autonome et de l'agentivité des usagers, que celle-ci soit individuelle ou collective, sont plus ou moins connus, et leurs effets sont divers.

Citons le consumérisme des usagers des systèmes éducatifs, sur lequel butent toutes les tentatives de lutte contre les inégalités scolaires⁴. Les parents informés choisissent l'entre soi des bonnes écoles publiques ou de l'enseignement privé, et leurs stratégies résidentielles sont bien souvent gouvernées, très en amont, par les renseignements pris sur les caractéristiques sociales et scolaires des écoles et des quartiers. Leurs choix finissent par renforcer la ségrégation urbaine qui, à son tour, renforce la ségrégation sociale scolaire. Les enseignants sont confrontés à cette donne. Le passage à l'évaluation de résultats les responsabilise dans cet échec, qui relève pourtant autant des politiques socioéconomiques et des rapports sociaux que d'une présumée incompétence des enseignants (Demailly 2006).

Dans le domaine de la santé mentale, le développement de l'action autonome des usagers se révèle en France dans la montée en poids politique des associations UNAFAM (Union nationale des amis et des familles des malades mentaux) et la FNAPSY (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie) qui pèsent maintenant sur les changements législatifs (lois de 2002 et de 2005 en France sur les droits des usagers) ainsi que le développement de leurs capacités de défense y compris juridique contre les hôpitaux psychiatriques.

Au-delà de ce qui est maintenant bien décrit par la littérature, un phénomène social nouveau se fait jour : la demande d'horizontalité des relations. Elle affecte le quotidien du travail :

Dans un collège⁵ à population très hétérogène, une professeure a des difficultés de maintien de l'ordre et d'une ambiance de travail dans une classe. Il s'adresse à un adolescent particulièrement turbulent et lui fait part d'une demande officielle de rencontre de lui-même et de ses parents à la fin d'un jour de la classe. L'élève a répondu, goguenard. « Et vous, Madame, vous allez aussi venir avec vos parents ? »

La réponse est tout à fait significative d'un changement relationnel : l'exigence de symétrie dans la relation de la part d'un certain nombre d'adolescents. Elle avait déjà été décrite comme demande de « respect », demande

4. Rochex (2012) montre bien l'inefficacité générale des politiques scolaires de lutte contre les inégalités scolaires.

5. Seconde partie de la scolarité obligatoire pour les 10-15 ans.

de reconnaissance par des sociologues comme Dubet (2000). Elle prend maintenant chez les anciens assujettis des institutions des formes qui ne sont plus de souffrance intime et silencieuse, mais d'agressivité publique dans une revendication qui se sent légitime.

Ce changement est particulièrement douloureux actuellement pour les enseignants français, notamment en collège. Car le principe de la hiérarchie relationnelle, le postulat de l'autorité légitime, font partie des fondements de l'ASMP enseignant et du registre d'action de l'éducation et de l'instruction.

Les usagers des systèmes de soin, y compris mental, échangent leurs informations sur Internet et, comparant notamment les effets secondaires indésirables des médicaments, les styles psychothérapeutiques et l'amabilité des médecins, provoquent l'agacement de ceux-ci.

Dans le médicosocial, le phénomène est similaire.

Dire que les parents sont « clients » de prestataires de service, c'est leur reconnaître – ce qu'ils n'avaient jamais perdu, mais que l'on peinait à admettre – qu'ils sont les indiscutables directeurs de l'éducation et du parcours de vie de leur enfant (sauf naturellement si une mesure judiciaire limite cette capacité) et qu'ils sont dès lors commanditaires de services. Si certains professionnels, habitués à travailler en partenariat, ne sont pas du tout choqués par cette position qu'ils jugent normale, d'autres y voient la décadence de leur statut d'expert tout-puissant, car un client est fondé pour demander des comptes. (Loubat, 2006)

La relation de service devient ainsi une relation *contractuelle*, volontaire, négociée, alors que la plupart des professionnels de la relation étaient habitués à travailler avec un *assujetti*, sur la base d'une mission dont un Tiers supérieur (l'État le plus souvent ou des devoirs moraux d'assistance ou de charité) les avaient investis et au nom de laquelle ils pouvaient se mettre au service du Bien pour le destinataire et évaluer celui-ci dans ses capacités à profiter pleinement de ce qui lui était offert pour son bien. Maintenant l'évaluation spontanée s'inverse ou, au moins, devient réciproque. Ce sont les praticiens qui tendaient à diviser le monde en bons et mauvais usagers. Aujourd'hui les usagers le leur retournent. Dans le livre *Tous égaux, les institutions à l'heure de la symétrie* (Payet Purenne, 2016), nous analysons ce mouvement central (école, prison, travail social, santé...) par lesquelles les destinataires du travail de relation demandent une symétrisation de celle-ci.

Cette logique déstabilise ainsi une partie des praticiens dans leur positionnement symbolique subjectif d'une part, mais, d'autre part, surtout, ils rendent les groupes professionnels concernés très fragiles devant la nouvelle gestion publique ou privée.

Conséquences

Le mouvement d'agentivité des usagers, en conjonction avec la nouvelle gestion publique qui sait l'instrumentaliser⁶, a plusieurs conséquences sociétales.

1. La première conséquence en est pour les praticiens concernés que les jeux stratégiques se font désormais à plusieurs. L'ancien espace de négociation sociale opposait régulation de contrôle et régulation autonome, avec des possibilités de régulation conjointe, autrement dit de cogestion (la fameuse cogestion entre les enseignants et le ministère de l'Éducation nationale français, par exemple). Le jeu est maintenant plus complexe puisque la cogestion, quand elle fonctionne, au niveau national ou au niveau des établissements, est maintenant pluripartite, avec toutes les possibilités de jeux d'alliance que cela permet.
2. La deuxième conséquence en est que les formes de résistance professionnelle à la nouvelle gestion publique ont été contraintes de se sophistiquer. Par exemple, il est devenu nécessaire pour les praticiens de rechercher une alliance explicite avec certains groupes d'usagers contre les orientations étatiques. Les psychiatres français antiautoritaires (Le « collectif des 39 ») suscitent et encouragent de nouvelles associations d'usagers, plus proches de leur propre engagement que les grandes associations partenaires de l'État. À leur tour donc de chercher des alliances chez les usagers ou dans l'opinion publique pour défendre la qualité des soins, que les orientations publiques et les coupes budgétaires mettraient, selon eux, en danger.

Autre forme de résistance, les « innovations » se multiplient. Elles prennent au mot la rhétorique de la qualité et utilisent la technologie sociale « projet-contrat-évaluation » chère à la nouvelle gestion publique. En France, par exemple, de telles initiatives se multiplient en psychiatrie : les « équipes mobiles » ; « Un chez-soi d'abord » ; « les médiateurs de santé pairs » ; les « groupes d'entraide mutuelle » ; les « clubs thérapeutiques », etc. Chaque fois, l'État ne peut refuser de cofinancer l'innovation proposée au nom de la qualité du service rendu et des propres consignes de l'État, puis de financer son évaluation externe, ce qui valorise l'innovation. Les professionnels trouvent un double gain dans l'opération : un gain budgétaire, et un gain en zones de liberté, en autonomie, en construction de collectifs, et donc en plaisir au travail.

6. L'État sait aussi instrumentaliser, au-delà des usagers, l'opinion publique. Par exemple, en santé mentale, sur la soi-disant spécificité dangereuse des malades mentaux et les risques qu'ils font courir à la sécurité de tout un chacun.

3. La troisième conséquence est moins positive du point de vue des usagers dominés dans les rapports sociaux, et plus complexe à appréhender sur le plan sociologique. La focalisation sur la relation praticien usager déresponsabilise l'État en matière de lutte contre les inégalités sociales. Explicitons cela avec l'exemple de la santé.

La « démocratie sanitaire » est une revendication de citoyen qui veut participer aux décisions concernant son bien-être et sa sécurité. Elle s'oppose à la fois :

- à la *technocratie*, qui décide, sans l'avis des citoyens, de choses éventuellement dangereuses pour leur sécurité ou leur santé ;
- aux *dominations professionnelles* (essentiellement celles des médecins) ;
- aux *discriminations*. Elle rappelle l'existence des droits fondamentaux de la personne humaine ;
- aux *exclusions et au non-accès aux soins*. Elle affirme l'égalité de tous avec tous devant le système de soins.

Elle promeut donc les figures de *l'administré citoyen*, du *profane expert*, et les valeurs de la *dignité de tous* et de l'équité sociale. C'est un idéal intéressant en ce qu'il inclut celui d'un approfondissement de la démocratie politique et de la démocratie sociale. La démocratie sanitaire ne saurait en effet exister comme démocratie séparée dans un champ bien délimité d'action sociale, sans mettre en cause l'ensemble des relations de pouvoir dans la société. D'autant plus que le « sanitaire » aujourd'hui est extensif et recouvre, au-delà du strictement médical, la question des modes de vie, des intégrations sociales, et de l'environnement.

Mais les acteurs sociaux qui luttent pour un changement de gouvernance ne sont pas forcément les mêmes que ceux qui luttent contre les inégalités de santé. Les luttes sont donc relativement dispersées et elles ont du mal à monter en généralité et à se relier les unes aux autres. L'État français vient de s'emparer de cet idéal en créant un institut de veille de la démocratie sanitaire. Mais on peut observer que les avancées pratiques de la « démocratie sanitaire » se concentrent plutôt sur le segment le plus « autonomisable » de la notion, celui de la relation des patients au système de soins [relation médecin/malade, droit à l'information, droit au recours juridique], c'est-à-dire sur les aspects qui mettent en cause un pouvoir professionnel, mais pas ceux qui mettent en cause l'organisation politique technocratique et hiérarchique ni les inégalités sociales. La focalisation sur les questions relationnelles praticiens-usagers dépolitise la réflexion d'ensemble sur les politiques publiques et leurs enjeux en termes de dominations sociales.

LES QUESTIONS DE CHAMP

Nous avons vu qu'une logique sociale émergente, la montée des capacités stratégiques des usagers, vient perturber, infléchir et compliquer les face-à-face entre groupes professionnels et tutelle publique dans les métiers de la relation. Mais l'émergence de nouveaux pouvoirs, de nouvelles pressions et de nouvelles déstabilisations est aussi à reporter aux effets de marché, et plus globalement parlant, aux effets de champ.

Effets de marché

Poursuivons l'exemple de la démocratie sanitaire. Cet idéal est très orienté sur la domination médicale. Or, les industries pharmaceutiques mettent souvent à mal la sécurité médicamenteuse et on en parle très peu, seulement lors d'un scandale. Et les autres industries mettent parfois en jeu la sécurité environnementale. Globalement, les marchés possèdent sur les patients ou les patients potentiels un pouvoir que le discours de la démocratie sanitaire n'évoque pas et qu'elle ne met donc pas en cause. Les industries pharmaceutiques sont aussi capables d'instrumentaliser les médecins⁷.

Étude de cas : le médicosocial

Les services autour du handicap ont vu leur régulation fortement modifiée par le nouveau management public : mise en concurrence progressive des associations gestionnaires, puisque celles-ci sont incitées à se professionnaliser pour anticiper les appels à projets et y répondre, à mettre en place des cellules spécialisées pour monter les dossiers de candidature rapidement, voire à se regrouper pour dégager de telles forces de travail spécialisées.

La logique descendante, parfois douloureuse pour les petites associations, est bien accueillie par les grosses associations, qui réussissent leur adaptation. Le processus aboutit finalement au renforcement et à la stabilisation des pouvoirs existants, comme le montrent Claveranne et coll. [2012]. Et le mot « marchandisation », malgré son emploi quand les praticiens veulent dénoncer le processus, est inadapté sociologiquement pour décrire une mise en concurrence de même type que celle qui affecte désormais les universités et qui revient finalement à conforter les hiérarchies symboliques préexistantes, malgré les efforts de « prétendants »⁸.

7. Voir les travaux du site Pharmacritique sur le « façonnage des maladies » (disease mongering) par le marketing des industries pharmaceutiques. [En ligne]. [<http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/>].

8. Sur les concepts de « prétendants » et de « champ », voir Bourdieu (1980), entre autres.

En revanche, sur le cas précis de l'autisme⁹, on voit émerger des logiques de marché, marché symbolique du bon accompagnement qu'on pourrait designer par le concept de « champ »¹⁰, mais aussi marchés au sens non métaphorique et proprement économique du terme.

Le travail symbolique des parents d'autistes aboutit à plus ou moins interdire les mots « maladie », « psychopathologie », « soin » de la prise en charge de l'autisme et à promouvoir en revanche « neurologie », « génétique », « handicap » et « éducation ». En conséquence, la clientèle des autistes s'est déplacée (et continue à achever son déplacement en ce qui concerne les adultes) depuis la pédopsychiatrie et la psychiatrie jusqu'au médicosocial.

Un deuxième mouvement est préconisé par les associations de parents d'autistes et les experts qui leurs sont liés : la scolarisation des autistes à l'école ordinaire. Les professeurs d'écoles ou de collèges¹¹ devraient accueillir autistes et autres handicapés avec leur auxiliaire de vie scolaire : ils ne le font que pour 15 à 20 % des enfants autistes tandis que la loi de 2005 affirme que tout enfant présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé doit être inscrit dans l'école la plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.

J'ai le sentiment que ces situations renvoient à un problème plus général : le manque d'engagement de l'Éducation nationale dans le domaine de l'autisme. La preuve en est que c'est la HAS (Haute Autorité de Santé), seule, qui récemment, dans ses recommandations de bonnes pratiques sur l'autisme, met explicitement en avant les méthodes dites éducatives, comme ABA¹², ou TEACCH¹³. N'y a-t-il pas là quelque chose d'étrange, à voir la Haute Autorité de Santé recommander des méthodes « éducatives ». (interview de Christine Philip sur son livre (2012))

-
9. Recherche personnelle en cours sur les politiques publiques de l'autisme avec Aymeric Mongy et Jérémie Soulé (contrat CNSA Caisse nationale de soutien à l'autonomie).
 10. On pourrait aussi parler d'« écologies liées » comme les nomme Abbott (1988). Ce dernier se montre dans sa sociologie fort sensible à l'évolution historique de la définition des environnements des groupes professionnels. Malgré un outillage conceptuel différent, c'est peut-être l'auteur américain le plus en connivence avec une approche en termes de « champ ».
 11. Qui sont très hostiles à ce transfert, car ils s'en sortent déjà avec difficulté concernant l'éducation des enfants de la seconde ou de la troisième génération de migrants
 12. ABA : Applied behavioral analysis, Programme de techniques de modification du comportement et de développement de compétences, Méthode comportementaliste d'origine étatsunienne.
 13. TEACCH : Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children. Méthode éducationnelle d'origine étatsunienne. Usage de visuels clairs et ordonnés pour faciliter la compréhension de l'environnement et le déroulement des activités, création de routines.

Les réticences de l'Éducation nationale et le caractère entreprenant des mouvements militants concernant l'autisme ont eu pour conséquence le développement d'un secteur de spécialistes des méthodes éducatives comportementalistes, exerçant en profession libérale ou en organisations privées, dont les services, chers, ne sont accessibles qu'aux parents les plus aisés.

D'autres changements s'ensuivent. Les structures médicosociales se voient sommées d'accueillir, à côté des handicapés sans problèmes comportementaux qui faisaient traditionnellement leur clientèle, les « handicapés psychiques » et les personnes atteintes de « troubles envahissants du développement » pour lesquels les personnels ne sont pas forcément formés.

Du côté de la psychiatrie, on assiste parallèlement à une véritable tectonique des plaques. La psychiatrie perd ses malades chroniques (« handicapés », psychotiques, déments, autistes) au profit du médicosocial, ses malades délinquants au profit de la prison, et voit en même temps ses effectifs de patientèle exploser, mais essentiellement de troubles anxieux dépressifs (avec des suivis courts) et de malades « à contraindre » (le nombre d'hospitalisations sans consentement a augmenté de 10 % ces toutes dernières années)

La montée de la demande étatique d'enfermement et l'insistance sur la nécessité matérielle de la contrainte (hospitalisation d'office, chambre d'isolement, contention) pour éviter tout risque, heurtent de plein fouet l'ASMP des psychiatres issus de la « philosophie du secteur », dans lequel l'ouverture de l'hôpital (l'ouverture physique de ses portes), l'humanisation des soins et le renoncement à la contrainte faisaient partie des mythes mobilisateurs centraux.

On voit dans ces exemples comment les effets de champ provoquent en cascade les désajustements de plusieurs ASMP.

DÉSTABILISATIONS, RÉSIGNATIONS ET RÉSISTANCES

Les métiers de la relation sont confrontés à des logiques descendantes, mais aussi à des logiques sociétales émergentes sources de changement pour eux. Du côté des logiques descendantes, si l'enrôlement et le contrôle des subjectivités des praticiens s'inscrit dans le nouveau régime de mobilisation promu par les nouvelles formes de gestion, il ne s'impose pas nécessairement sans résistance, voire, parfois, ne s'impose pas du tout. Certes, nombre de travaux ont montré que l'obligation de croyance et d'adhésion aux normes peut être effectivement intériorisée par les praticiens, grâce aux nouvelles technologies, au contrôle de proximité, à l'endoctrinement idéologique et au maniement des contraintes budgétaires. Mais d'autres chercheurs notent et analysent des raisons structurelles ou contingentes de l'échec de ces tentatives

d'enrôlement, soit que le salarié ne fasse que mimer la mobilisation, soit qu'il passe en position de retrait sous l'excès de pression (selon Durand Linhart (2005)).

Une multitude de raisonnements peuvent justifier les résignations individuelles, entre le goût du pouvoir et celui de la servitude ou encore l'opportunisme, possibilités renforcées par la mise en concurrence de tous avec tous qui rend plus difficile l'exercice potentiel de la solidarité. Voici dans le désordre un catalogue des bonnes et mauvaises raisons de l'accord ou de la résignation, qui tiennent compte des logiques organisationnelles descendantes et des logiques sociales émergentes, telles qu'on peut les recueillir en entretien sociologique¹⁴.

- Il ne faut pas dramatiser, on n'est pas un métier comme les autres, notre spécificité sera respectée. Cela ne va pas nous atteindre.
- Ce sera peut-être mauvais pour les autres, mais moi [*mon établissement, mon service, moi-même*] je m'en sortirai bien.
- C'est inévitable, car l'opinion publique [ou : *les patients, les usagers, l'État, les patrons*] le réclame.
- Si on ne jouait pas le jeu, et puisque les autres le jouent, on était perdant.
- C'est normal de rendre des comptes.
- L'évaluation nous permet de savoir ce que nous faisons.
- C'est normal que les mauvais services [*mauvais professionnels*] qui font tort à l'image de la profession soient repérés et sanctionnés.
- Je vais pouvoir me créer une niche satisfaisante [ou tranquille].
- Je vais pouvoir développer de nouvelles compétences, une nouvelle professionnalité qui m'intéresse.

Six attitudes peuvent ainsi être distinguées, un peu plus donc que dans le tryptique classique (*exit, voice, loyalty*)¹⁵.

Les adhérents actifs

Comment expliquer que des universitaires, des médecins, des juges, des syndicats de policiers, des hommes de culture, des travailleurs sociaux, des infirmiers, des enseignants protestent et que cependant les réformes d'inspiration néo-libérale et les technologies néobureaucratiques s'imposent? On peut

14. Enquêtes personnelles dans le secteur de la santé mentale.

15. Autrement dit, défection, protestation, loyauté d'après Hirschman 1970.

à ce sujet poser une hypothèse forte. Outre le fait que les États s'appuient sur certaines fractions des usagers et de l'opinion publique, il faut bien tenir compte, dans la description des changements, de l'acceptation, voire de la coopération active de certains segments des groupes professionnels. Par exemple, pour les récentes réformes de l'université, les présidents d'université (segment déjà détaché du groupe professionnel) ont joué un rôle important. Des fractions modernistes appuient avec bonne foi et une grande naïveté politique des réformes néolibérales, en y voyant un mieux, et apportent même leur expertise à la formulation des réformes, contribuant ainsi à leur acceptabilité par le milieu (voir, pour l'hôpital, Pierru (2013)). Ils ne voient pas, ou parfois seulement après coup, les risques de déprofessionnalisation, mais imaginent au contraire des occasions d'enrichissement de la professionnalité et de rationalisation utile et médiatisable du travail.

Les pratiquants non croyants

C'est souvent le cas des cadres intermédiaires. Ils ne sont pas intimement convaincus des bienfaits des dispositifs que les tutelles publiques leur imposent, mais ils les font fonctionner et les imposent aux autres comme s'ils y croyaient. Ce sont des « pratiquants non croyants », « mais pas hérétiques », comme le nomme Chantraine (2013).

Les résistances frontales

Comme je l'ai déjà dit, elle tend à décliner. Des formes de résignation apparaissent. Mais certains praticiens réaffirment l'existence de la « conscience professionnelle » et leur droit et leur capacité à juger de ce qui est juste. Ces acteurs contestent l'évaluation néobureaucratique. Cela concerne de nombreux travailleurs sociaux, des psychiatres, des psychologues, des infirmiers et des enseignants, qui décident de ne pas appliquer telle consigne venue du haut, en des formes de *désobéissance civile*¹⁶.

Les résistances passives

Elles concernent un grand nombre de salariés de base du travail relationnel, relativement peu qualifiés (aides-soignants, auxiliaires de vie, personnels des foyers d'hébergement, etc.)

16. Un service de psychiatrie est resté un certain temps en opposition frontale, refusant par exemple d'appliquer la norme administrative du diagnostic précoce (dès le premier entretien). Mais, à force de menaces et de sanctions par l'Agence régionale de santé, cette résistance s'est effritée.

Certains salariés, refusant l'identification à l'organisation, développent une insertion stratégique et individualiste, avec théâtralisation des normes comportementales et un silence à l'égard des acquis qu'ils ne veulent surtout pas perdre, quand ils côtoient des moins bien lotis qu'eux ou le spectre du chômage. D'autres, soumis à des prescriptions trop contradictoires entre elles ou en trop grand décalage avec leurs éthiques spontanées ne peuvent pas réaliser un travail bien fait. Se retrouvant en échec et ne parvenant pas à avoir les « bons comportements », ils se démotivent, avec une profonde incertitude sur les compétences possédées et sur la valeur de leur travail. Ou bien, même mobilisés, étant dans une situation telle qu'ils ne peuvent pas être valorisés du fait d'une faible reconnaissance des autres acteurs, ils finissent par « perdre leur élan » : c'est le cas de nombreux emplois du travail social, malgré un rapport initialement vocationnel au travail.

Certaines situations concrètes (certains établissements scolaires ou certains services hospitaliers) montrent chez les salariés la reconquête d'une certaine autonomie, mais qui se déploie alors dans des contextes quasi anomiques et au sein d'univers normatifs fragmentés, ne permettant pas une cumulation ou une valorisation des nouveaux savoirs d'expérience élaborés pour faire face au changement sociétal. (pour toutes ces attitudes de résistance passive, voir Durand, Linhart 2006)

Les résistances rusées et stratégiques

Il s'agit de détourner les dispositifs managériaux et, pour cela, de se créer une professionnalité, des compétences adaptées aux logiques sociales descendantes, qui permettent de bien connaître les outils et de les instrumentaliser : truquer les statistiques, modifier la réalité pour qu'elle joue de façon positive sur l'indicateur, développer des savoir-faire tactiques comme bien écrire les projets en respectant des critères que l'on juge peu sérieux mais qu'il faut apprendre si l'on veut que le projet passe, ou développer les pratiques qui vont satisfaire aux indicateurs. Il s'agit de rendre à l'organisation ruse pour défiance.

Le premier inconvénient des pratiques *rusées*, qui sont universelles dès lors que des gens doivent renseigner des outils d'enquêtes (je les avais anciennement observées dans l'Éducation nationale) est que *le monde des indicateurs*, petit biais par petit biais, ne reflète plus vraiment la réalité, ce qui est contre-productif pour la réflexivité collective et encourage des formes de cynisme de gestion.

Le deuxième inconvénient est qu'il s'agit, certes, d'un évitement de la déprofessionnalisation (par acquisition de nouvelles compétences), voire du chômage, et d'une reconquête d'autonomie, mais sans réelle adaptation aux

logiques émergentes, et par au moyen d'un « faire semblant »... Ce « faire semblant » rejoint la *simulation de motivation* observée chez les opérateurs de gestion industrielle privée. Il laisse subjectivement les praticiens avec un sentiment de vide.

Les résistances contre-offensives et inventives

Il s'agit dans cette dernière position de prendre l'initiative, en tant que profession, ou à la base, dans des collectifs interprofessionnels ou professionnels/usagers, et de construire des dispositifs innovants sur les bases professionnelles, éthiques et économiques différentes et de les mettre en circulation en parallèle des instruments officiels. Cela implique de contester le bien-fondé de certains indicateurs ou de certaines formalisations standardisées de pratiques et de construire des outils *ad hoc*¹⁷. La position contre-offensive implique aussi de créer des alliances politiques (avec des secteurs de l'opinion publique ou avec d'autres professions qui ont des problèmes similaires) et de *retourner* l'évaluation existante : méta-évaluer les dispositifs de gestion, leur coût, leurs effets sociaux, leurs « trous », en un travail à la fois politique, pratique, épistémologique, philosophique et de lobbying¹⁸.

CONCLUSION

Les stratégies contre-offensives de lutte contre les religions de la « performance » peuvent être efficaces, elles cassent en effet les effets d'évidence et de sidération produits par le discours dominant et elles rendent visibles les dégradations de qualité induites par la course à la performance, les investigations significativement manquantes au sein des dispositifs d'évaluation ou le conformisme dans les pratiques de projets contra – évaluation. Elles réintroduisent les considérations éthiques contre le « tout-gestionnaire » et identifient les effets pervers de certaines mesures. Mais elles sont coûteuses en temps, et impliquent du travail collectif, au sein de la profession, qui doit de plus être largement ouvert sur les autres professionnels, les usagers et les citoyens. Car, dans le cadre sociétal actuel, le travail de construction d'alliances avec les usagers est indispensable et précieux, même si les stratégies de ces derniers ne sont pas imperméables aux contradictions sociales et ne vont pas toujours dans le sens

17. L'« audit croisé » des services psychiatriques, à l'initiative de la Fédération de recherche en Santé mentale du Nord-Pas-de-Calais, sur l'isolement et la contention, a produit des normes et des recommandations de manière autonome.

18. Le « collectif des 39 contre la nuit sécuritaire » a, lors d'un de ses colloques, explicitement défini une stratégie de résistance : innovations locales micropolitiques et lobbying macropolitique.

de la démocratie. Pour les professionnels elles exigent donc un sens politique développé des enjeux à long terme de décisions politiques présentes et la capacité à imaginer des solutions qui ne soient pas la nostalgie corporatiste du passé ni le repli sur des modèles dépassés, mais qui cependant ne passent pas non plus de compromis, honteux ou intimidé, avec la démarche néolibérale et sécuritaire.

Elles exigent aussi de trouver la posture politique juste entre, d'un côté, la lutte contre les inégalités sociales (de santé ou scolaire, par exemple) et donc la chasse à tout ce pourrait signifier une exclusion, une restriction d'accès, ou un traitement de moindre qualité pour les personnes défavorisées et, de l'autre, le maintien d'une alliance avec les classes moyennes et moyennes supérieures (en leur proposant des services dont la qualité leur conviennent et à un coût accessibles pour elles), sans l'engagement desquelles les services publics ne peuvent que disparaître.

De façon plus ordinaire, la plupart des praticiens de la relation aujourd'hui continuent à créer leur métier au jour le jour, en accumulant les savoirs d'expériences pour réajuster leur professionnalité et garder plaisir au travail et en utilisant les marges de manœuvre dans les interstices des normes organisationnelles actuelles pour défendre une certaine autonomie au quotidien. Mais les mythes mobilisateurs qui donnent sens, joie, élan et consistance au travail restent, dans la plupart des cas, à reconstruire.

RÉFÉRENCES

- Abott, Andreew, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press. 1988.
- Bourdieu, Pierre, *Questions de sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1980
- Chantraine, Olivier, « Innovations organisationnelles et institutionnelles et barbarie. Gros plan sur la figure clinique du *manager* non croyant, mais pas hérétique... » dans Christiana Constantopoulou (dir.), *Barbaries contemporaines*, Paris, L'Harmattan, 2013.
- Claveranne Jean-Pierre, Magali Robelet, David Piovesan, Benoit Cret, Guillaume Jaubert, et Nicolas Guilhot, *La construction sociale du marché du handicap : entre concurrence associative et régulation politique [1943-2009]*, 2012.
- Demailly, Lise, *Le Collège, crise, mythe et métiers*, Lille, Presses du septentrion, 1991.
- Demailly, Lise, « En Europe : l'évaluation contre la crise des systèmes scolaires, l'évaluation en crise », *Éducatons et Formations*, vol. 1, n° 17, 2006, p. 105-120.
- Demailly, Lise, *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et du travail de relation*, Presses Universitaires du Septentrion, 2008.

- Demailly, Lise, « Effets et sens des exigences d'« horizontalité », dans le champ de la santé mentale » dans Jean-Paul Payet et Anaïk Purenne (dir.), *Tous égaux! Les institutions à l'ère de la symétrie*, Paris, l'Harmattan, 2016.
- Demailly, Lise et Patrice de la Broise, « Les enjeux de la déprofessionnalisation », *Socio-logos*. [En ligne]. [<http://socio-logos.revues.org/2305>], 2009.
- Dubet, François, « L'égalité et le mérite dans l'école démocratique de masse », *L'année sociologique*, vol. 50, n° 2, p. 383-408, 2000.
- Durand Jean Pierre et Danièle Linhart, *Les ressorts de la mobilisation au travail*, Toulouse, Octares, 2005.
- Hirschman Albert, *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1970
- Hughes, Everett V., *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de la MSH, 1996.
- Loubat Jean-René, « Des parents stigmatisés aux parents clients. L'avènement de la relation de service », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 2, n° 34, p. 51-60, 2006.
- Philip, Christine, Ghislain Magerotte et Jean-Louis Adrien, *Scolariser des élèves avec autisme et TED. Vers l'inclusion*, Collection Enfances, Dunod, 2012.
- Pierru, Frédéric, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisme néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », *La bureaucratisme néolibérale*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2013.
- Reynaud, Jean Daniel, *Les Règles du jeu: L'action collective et la régulation sociale*, Armand Colin, 1989.
- Rochex, Jean Yves, « Les politiques de lutte contre les inégalités scolaires d'un pays à l'autre », *Revue française de pédagogie*, janvier-mars, 2012. [En ligne] <http://www.persee.fr/collection/rfp>.

DEUXIÈME PARTIE

**Tension dans les orientations
professionnelles et théoriques**

CHAPITRE 4

Orientations théoriques et Zeitgeist de la psychologie québécoise¹

Annie Jaimes, Nicolas Moreau
et Katharine Larose-Hébert

Depuis une vingtaine d'années, les orientations théoriques en psychologie suscitent des débats importants à la fois parmi les cliniciens, chercheurs, gestionnaires et décideurs impliqués dans les services de santé mentale. Avec l'émergence des nouvelles générations de médicaments psychotropes (Moreau, 2009), du mouvement des données probantes en médecine (Gaudiano et Miller, 2013) ainsi que des mesures d'austérité en santé, les recherches visant à montrer l'efficacité des psychothérapies se sont multipliées, menant parfois à l'affrontement de différentes écoles de pensées. Le champ des études sur l'efficacité des psychothérapies voit ainsi deux camps s'affronter. D'un côté, celui des « traitements soutenus empiriquement » (TSE) vise à montrer l'efficacité d'un type spécifique de thérapie, en insistant sur les essais randomisés comme étalon de mesure². De l'autre côté, le camp des « facteurs communs » aux psychothérapies étudie l'incidence de l'alliance thé-

-
1. Les données mentionnées dans ce champ chapitre ont fait l'objet d'une précédente publication (Jaimes A, Larose-Hébert K, Moreau N, 2015, « Current Trends in Theoretical Orientation of Psychologism: The Case of Quebec Cliniciens », *Journal of Clinical Psychology*, Volume 71, Numéro 10, 1042-1048) et sont republiées avec la permission de Wiley Press.
 2. Chambless, 1996; Chambless et Ollendick, 2001; Constantinidès, Blondeau et Drapeau, 2011; DeFife et coll., 2015; Marcus, O'Connell, Norris et Sawaqdeh, 2014; Norcross et Wampold, 2011; Ponniah et Hollon, 2008; Shedler, 2010; Zimmermann et Pomini, 2013.

rapeutique et des aspects relationnels, considérés au centre de toute approche clinique³.

Dans ce contexte, les orientations théoriques des psychologues cliniciens soulèvent un intérêt croissant. À partir des changements d'approche des psychologues au Québec depuis les 20 dernières années, ce chapitre vise à mieux comprendre les tendances actuelles et à explorer de façon succincte quelques facteurs en cause, pour réfléchir aux enjeux soulevés dans le champ de la psychologie clinique au Québec et, dans une certaine mesure, en Amérique du Nord. L'étude de nos données sur les cliniciens québécois permet d'illustrer à la fois certaines particularités locales et des tendances plus globales à l'œuvre dans la transformation de ce champ de pratique relationnelle. En effet, on trouve au Québec 45,8 % de tous les psychologues canadiens (Institut canadien d'information sur la santé, 2011), ce qui en fait un terrain d'étude non négligeable pour comprendre cette profession au Canada.

TOUR D'HORIZON DES PRINCIPALES ORIENTATIONS THÉORIQUES EN PSYCHOLOGIE

Les orientations théoriques en psychologie diffèrent en termes de conception de la personne, de la normalité, de la souffrance et de la psychopathologie. De leur posture épistémologique découlent des modèles explicatifs, des pratiques curatives et des conceptions particulières de la relation thérapeutique (Benjafield, 2010). Les principales approches ont évolué depuis leurs débuts et vu naître plusieurs autres pratiques, parmi lesquelles il est parfois difficile de naviguer. Bien que chaque grand courant soit hétérogène, on note certaines tendances notamment dans la façon de concevoir et de nommer la personne qui consulte (patient, client, analysé, sujet), les difficultés (symptômes, cognition, souffrance, etc.) et l'intervention elle-même (thérapie ou psychothérapie, accompagnement, analyse, etc.) (Sandor-Buthaud, 2005). La présente section ne vise pas à synthétiser les approches de façon exhaustive mais à fournir quelques points de repères à partir des définitions de l'OPQ (Ordre des psychologues du Québec), telles que proposées sur le site de l'organisation⁴.

3. Asay et Lambert, 1999; Asnaani et Foa, 2014; Constantino et Bernecker, 2014; Crits-Christoph, Chambless et Markell, 2014; Lambert & Ogles, 2014; Laska, Gurman, & Wampold, 2014; Laska & Wampold, 2014; Messer & Wampold, 2002; Weinberger, 2014.
4. L'OPQ propose des définitions pour les principales approches théoriques sur son site: [En ligne]. [<https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/orientations-theoriques.sn>] et [En ligne]. [<https://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/le-psychologue/secteurs-de-pratique.sn>].

D'abord, selon la définition proposée par l'OPQ, la thérapie cognitive-comportementale (TCC) conçoit les difficultés psychologiques comme découlant de pensées ou de comportements inadéquats, appris par un individu dans son environnement quotidien. Dans ce contexte, la thérapie cognitive-comportementale consiste à soutenir le patient dans l'analyse de ses comportements et pensées, ainsi que de son milieu de vie, et dans l'adoption de nouveaux comportements et l'émergence de nouvelles pensées ou d'émotions tous plus adaptés que ceux causant des souffrances au patient. Cette catégorie peut regrouper les cliniciens de pratiques diverses, par exemple d'approches comportementale et/ou cognitive, mais aussi ceux qui pratiquent diverses formes de thérapies dites de la troisième vague de la TCC, comme la thérapie dialectique-comportementale, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, ou la thérapie d'acceptation et d'engagement (Bouvet, 2014 pour plus de détails).

L'approche existentielle-humaniste, d'après l'OPQ, se fonde sur la capacité de chaque sujet à décider de son existence et à se réaliser pleinement. Une grande importance est accordée au moment présent, à la capacité d'un individu à prendre conscience de ses difficultés actuelles, de les comprendre et de modifier sa manière d'être ou d'agir. Dans ce modèle, la psychothérapie implique de soutenir le client dans l'exploration de soi ainsi que de nouvelles façons d'être ou d'agir. Le « client » qui consulte est considéré être sur un pied d'égalité avec le thérapeute qui l'accompagne dans sa démarche. Le mouvement existentiel-humaniste, aussi appelé « troisième force », regroupe notamment les cliniciens d'approche rogérianne ou pratiquant la Gestalt thérapie (Lecompte et Richard, 1999 pour plus d'information).

L'orientation psychodynamique-analytique, tel que l'Ordre l'indique sur son site, est grandement influencée par la psychanalyse. Cette approche, qui accorde une importance cruciale aux concepts d'inconscient, conçoit les difficultés d'un patient comme reliées aux expériences passées ainsi qu'aux conflits refoulés et non résolus de l'histoire du sujet. Dans ce modèle, la psychothérapie consisterait à soutenir le patient dans la compréhension des conflits inconscients et de leur impact sur son fonctionnement actuel, afin de lui permettre de s'en dégager progressivement. Les cliniciens s'identifiant à cette famille théorique peuvent être de diverses écoles (freudienne, lacanienne, kleinienne, etc.) (Nasio, 1994, Bateman et coll., 2010).

L'approche systémique-interactionnelle conçoit, selon l'Ordre, les difficultés personnelles comme des phénomènes qui surgissent et se maintiennent en raison d'interactions et de dynamiques entre un individu et son milieu (famille, amis, équipe de travail, etc.). Dans ce contexte, la psychothérapie implique l'analyse des enjeux problématiques et des interventions impliquant

la personne et son entourage afin de modifier les éléments relationnels problématiques. Plusieurs thérapeutes de couple ou de famille s'identifient à cette catégorie, et peuvent s'affilier à diverses écoles, comme l'école de Palo Alto (Hedge, 2005).

Finalement, la psychologie sociale et communautaire s'intéresse à la personne dans son milieu, en lien avec sa communauté et la société en général. Les interventions en psychologie sociale et communautaire sur les déterminants sociaux qui affectent le bien-être des personnes et des communautés, promeuvent des processus de changements sur le plan communautaire afin de favoriser le mieux-être des personnes (Saïas, 2009).

Les approches dites « éclectique » et « intégrative » font référence quant à elles à des pratiques puisant dans différents courants théoriques et différents types d'interventions. L'éclectisme implique la combinaison de méthodes différentes tandis que l'approche intégrative porte sur un véritable travail de rapprochement et d'intégration des diverses approches (Bachelart et Parot, 2014; Gaete et Gaete, 2015).

ORIENTATIONS THÉORIQUES AUX ÉTATS-UNIS ET AU CANADA

Les données sur les orientations théoriques des psychologues nord-américains demeurent fragmentaires. Aux États-Unis, l'Association américaine de psychologie (American Psychological Association, APA), qui constitue avec quelque 80 000 membres la plus grande association de psychologues au monde, a récemment documenté les tendances sur 50 ans des pratiques de ses professionnels.

Dans une première étude sur la Société de psychologie clinique de l'APA (12^e division) regroupant cliniciens, chercheurs, professeurs et administrateurs, les données suggèrent que les approches cognitives et comportementales n'ont cessé de croître en popularité alors que les approches psychodynamique et éclectique/intégrative ont diminué au cours des cinquante dernières années (Norcross et Karpiak, 2012), bien que l'approche psychodynamique connaisse un regain depuis 2003. L'enquête (n = 588) indique qu'en 2010, 46 % des membres choisissaient l'approche cognitive ou behaviorale (31 % et 15 % respectivement), 22 % l'approche dite éclectique/intégrative, 18 % l'approche psychodynamique et 8 % une approche humaniste-existentielle. La 12^e division, qui constitue l'une des organisations les plus anciennes et nombreuses de psychologues cliniciens aux États-Unis, ne reflèterait pas, selon certains, la population plus diversifiée (en termes notamment des variables de genre, d'âge et d'ethnicité) des psychologues aux États-Unis (Tolin, 2012).

Dans une étude similaire effectuée auprès des membres de la 29^e division de l'APA, soit la Société pour le développement de la psychothérapie – seule division consacrée exclusivement à la psychothérapie – des tendances différentes ont été identifiées (Norcross et Rogan, 2013). Dans cette deuxième étude (n = 428), la TCC a également crû en popularité, mais d'autres approches demeurent le plus souvent adoptées comme orientation théorique principale par les membres. En 2012, les premiers choix d'approches théoriques étaient répartis de la manière suivante : 32 % pour la psychothérapie psychodynamique ou psychanalytique ; 25 % pour l'approche intégrative, 20 % en ce qui a trait à la thérapie cognitive ou comportementale et 16 % pour les approches humanistes⁵. Si ces études fournissent des informations importantes sur les psychologues américains, leur représentativité reste incertaine. La plus grande popularité de la TCC dans la 12^e division s'explique possiblement par les caractéristiques de ses membres, qui ne sont pas majoritairement des cliniciens comme ceux de la 29^e division, mais aussi des chercheurs, des professeurs et des gestionnaires.

Au Canada, les recherches sur la pratique des psychologues cliniciens sont rares, mis à part les travaux récents de Hunsley, Ronson et Cohen (2013). L'enquête (n = 538) sollicitait des psychologues canadiens de toutes les provinces, travaillant au public ou au privé. L'étude les interrogeait notamment sur leur orientation théorique, en leur offrant la possibilité d'en choisir plusieurs – ce que nombre d'entre eux ont fait. En combinant toutes les options, l'orientation la plus communément sélectionnée était l'approche cognitive-comportementale (79,7 %) ; près d'un tiers des répondants choisissaient l'orientation humaniste-existentielle (30,5 %), environ un quart la psychodynamique (26,4 %) et les approches interpersonnelles (23 %). Les systèmes familiaux et d'autres approches ont été choisis par environ 20 % des participants. L'étude donne un aperçu intéressant de la psychologie clinique au Canada, mais la représentativité de l'échantillon ne peut être déterminée, ce qui limite la portée des résultats. Les données sur les psychologues américains et canadiens sont par ailleurs difficiles à comparer étant donné les différentes catégories utilisées pour classifier les orientations théoriques, l'hétérogénéité des échantillons ou encore la possibilité ou non d'avoir plusieurs choix d'affiliation possibles. C'est dans ce contexte d'une pénurie de recherches à grande échelle concernant les orientations théoriques des psychologues que nous avons voulu nous attarder sur la perspective des cliniciens au Québec.

5. Pour les fins de la comparaison avec les données québécoises, nous avons regroupé ici les cliniciens s'identifiant à différentes approches humanistes-existentielles, soit la thérapie humaniste, existentielle, gestalt et rogérienne.

TYPES DE PSYCHOTHÉRAPIE PRATIQUÉE AU QUÉBEC

Nos données portent sur l'orientation théorique autodéclarée des psychologues cliniciens du Québec au cours des 20 dernières années. Ces chiffres ont été fournis par l'OPQ, l'organisme de réglementation professionnel de la province, qui recueille annuellement des informations sur ses membres. Comme il est obligatoire d'adhérer à l'Ordre pour pratiquer comme psychologue, nos résultats reflètent les tendances de l'ensemble des professionnels du territoire. Nous avons analysé l'orientation théorique choisie comme premier choix par les psychologues au Québec entre 1993 et 2013. Six options leur étaient offertes : 1) approche cognitive-comportementale ; 2) existentielle-humaniste ; 3) psychodynamique-analytique ; 4) systémique-interactionnelle ; 5) sociale-communautaire et 6) aucune spécification. À partir de 2004, les membres avaient la possibilité de choisir plus d'une orientation théorique – ces données sont aussi analysées pour l'année 2013. Les résultats du sondage ont été colligés par l'Ordre sous forme agrégée, ce qui nous a uniquement permis de faire des analyses statistiques univariées.

Tableau 1
Premier choix d'orientation théorique des psychologues québécois
entre 1993 et 2013

| Orientations théoriques | 1993 % (n) | 1998 % (n) | 2003 % (n) | 2008 % (n) | 2013 % (n) |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Cognitive-comportementale | 18,4 (1023) | 21 (1301) | 24,7 (1788) | 31,3 (2555) | 38 (3274) |
| Existentielle-humaniste | 28 (1556) | 28,8 (1786) | 23,7 (1719) | 24,1 (1974) | 21,7 (1867) |
| Psychodynamique-analytique | 26,4 (1465) | 26,3 (1628) | 21,7 (1576) | 22 (1802) | 21,5 (1847) |
| Systémique-interactionnelle | 11,2 (621) | 12,8 (795) | 10,1 (729) | 10 (820) | 6,9 (594) |
| Sociale-communautaire | 2,6 (142) | 2,1 (133) | 1 (75) | 1,1 (90) | n/a |
| Aucune spécification* | 13,4 (745) | 9 (556) | 18,8 (1359) | 11,5 (935) | 11,9 (1026) |
| Total | 100 (5552) | 100 (6199) | 100 (7246) | 100 (8176) | 100 (8608) |

* La catégorie « aucune spécification » peut regrouper des professionnels qui choisissent cette catégorie parce qu'ils s'associent à un paradigme n'ayant pas été offert comme un choix dans l'enquête, parce qu'ils utilisent une approche éclectique ou simplement parce qu'ils ne souhaitent pas indiquer de préférence.

L'orientation théorique (OT) la plus souvent choisie pour décrire la pratique des psychologues en 2013, et la seule qui ait augmenté en proportion au cours des deux dernières décennies, est la TCC. Entre 1993 et 2013, le pourcentage des psychologues choisissant d'abord la TCC a doublé (+106,5%). On assiste par ailleurs à un léger déclin de la proportion de cliniciens s'identifiant comme d'orientation existentielle-humaniste et psychodynamique-analytique. Le pourcentage des psychologues ayant choisi les approches systémiques-interactionnelles a également diminué de 38,4 %. Enfin, le nombre de psychologues adoptant les théories communautaires ou sociales en tant qu'orientation principale est négligeable. L'OPQ a éliminé cette option en 2013.

Tableau 2
Orientations théoriques des psychologues québécois
en combinant les deux premiers choix⁶

| Orientations théoriques | 2013 |
|-----------------------------|--------|
| Cognitive-comportementale | 55,8 % |
| Existentielle-humaniste | 34,3 % |
| Psychodynamique-analytique | 27,9 % |
| Systémique-interactionnelle | 21,8 % |
| Aucune spécification | 11,8 % |

Lorsque les membres de l'OPQ avaient la possibilité de choisir deux orientations théoriques, si nous combinons le premier et deuxième choix, nous constatons que plus de la moitié des cliniciens s'identifient à l'approche cognitive-comportementale, environ un tiers comme existentiel-humaniste, un peu plus d'un quart comme psychodynamique-analytique et près d'un cinquième comme orientation systémique-interactionnelle. Soulignons que 51,6 % s'identifient à 2 approches; 36,6 % en choisissent une, et 11,8 % n'indiquent pas d'orientation spécifique.

UN CONTEXTE PROFESSIONNEL, SOCIAL ET CULTUREL FAVORABLE AUX TCC

Les changements au niveau des orientations théoriques des psychologues cliniciens au Québec au cours des 20 dernières années sont caractérisés par une augmentation importante de l'orientation cognitive-comportementale, et

6. Le total est égal à 17 216, soit 2 fois l'effectif des psychologues québécois (n = 8608) pour 2013.

par une certaine désaffiliation des autres orientations. Toutefois, comme le montrent les tableaux 1 et 2, les orientations théoriques existentielle-humaniste et psychodynamique-analytique demeurent encore bien présentes et les praticiens québécois possèdent plusieurs cordes à leur arc, puisque plus de la moitié d'entre eux s'identifient à deux orientations théoriques auprès de l'OPQ.

Nos résultats sont difficiles à comparer avec ceux recueillis par Hunsley et coll. (2013), puisque leur questionnaire ne limitait pas le nombre d'orientations théoriques auxquelles les cliniciens pouvaient s'identifier. La comparaison avec les résultats des études sur l'APA est aussi problématique étant donné la composition des groupes et les différentes catégories. Il n'en demeure pas moins qu'une croissance nette de la TCC au Québec a été observée et il convient de tenter de l'expliquer.

Les orientations théoriques des psychologues peuvent être influencées par des facteurs individuels tels que les traits de personnalité, les épistémologies et leur vision du monde (Arthur, 2001 ; Buckman et Barker, 2010 ; Ogunfowora et Drapeau, 2008), mais aussi par des forces plus systémiques y compris des transformations du paysage professionnel, l'orientation des institutions de santé et des organismes de financement, les repères culturels, les incitatifs financiers, et les changements paradigmatiques.

D'abord, on peut constater des changements d'orientation théorique similaires en amont, au sein des programmes de formation doctorale en psychologie au Canada et aux États-Unis, où on observe une présence croissante des professeurs d'orientation cognitive-comportementale (Heatherington et coll., 2012). Selon l'étude de Heatherington et collaborateurs, cette tendance est encore plus forte lorsqu'on compare les programmes axés sur la recherche avec d'autres programmes plus cliniques. En effet, près de 80 % des membres du corps professoral permanent des départements de recherche en psychologie se disent d'orientation cognitive-comportementale, et 9% d'approche comportementale. Certains chercheurs en psychologie et cliniciens soutiennent que la prédominance croissante des TCC dans l'enseignement supérieur est problématique, puisque les jeunes psychologues devraient être exposés à une gamme de perspectives théoriques plus larges et y être formés (Bjornsson, 2012 ; Heatherington et coll., 2012 ; Levy et Anderson, 2013). Le déclin des perspectives théoriques dans les études supérieures a ainsi été décrit comme un appauvrissement de la recherche et de la clinique en psychologie, qui comme toutes disciplines scientifiques, sont stimulées par la confrontation des idées et perspectives.

La montée de la TCC pourrait aussi refléter l'influence croissante des TSE (traitements soutenus empiriquement) dans le champ de la recherche et

de la pratique en psychothérapie. Depuis la fin des années 1990, les études sur les TSE – intimement liés au mouvement des données probantes en médecine – se sont multipliées. Les TSE misent avant tout sur les essais randomisés pour évaluer un type de psychothérapie, et sur l'application de manuels de traitements strictement respectés, en mettant l'accent sur la primauté de la technique et des méthodes qui seraient les principales garantes de l'efficacité du traitement. Dans ce contexte, les facteurs relationnels deviendraient secondaires (Gelso, 2011). Ainsi, cette perspective des essais randomisés fondés sur l'application de protocoles thérapeutiques peut être plus facilement adoptée par les chercheurs et cliniciens en TCC que par ceux d'approches humanistes ou psychodynamiques, pour lesquelles la relation thérapeutique et le sens donné aux difficultés jouent un rôle crucial, ou du moins plus important (même si la troisième vague en TCC tend à rejoindre les approches humanistes et psychodynamiques).

Bien que le développement de la recherche sur les traitements soutenus empiriquement (TSE) soit louable en soi, que les essais randomisés et les méta-analyses constituent des outils cruciaux dans l'évaluation de l'efficacité des thérapies, ils ne font pas l'unanimité et posent certaines questions. Ainsi, plusieurs voix s'élèvent pour souligner les limites des essais randomisés et d'une approche uniquement guidée par le modèle médical des données probantes ou des traitements soutenus empiriquement pour évaluer les psychothérapies (Gaudio et Miller, 2013; Stratton, 2007; Wampold et coll., 1997; Wampold, 2001, 2009a). Selon certains, les thérapies qui fonctionnent en laboratoires de recherche peuvent se révéler moins efficaces dans la réalité du bureau du clinicien, notamment en raison des caractéristiques de l'échantillon clinique (moins de comorbidité en recherche) et les évaluations à court terme en recherche, ce qui affecte la validité externe de ces recherches (Wampold, 2009a, 2009b, 2010). D'autres chercheurs insistent donc sur l'importance et la pertinence de méthodes d'évaluation complémentaires de l'efficacité des psychothérapies, *en plus* des essais randomisés. On pense notamment au courant des preuves fondées sur la pratique (*practice-based evidence*) qui s'oppose à celui des pratiques basées sur les preuves (*evidence-based practices*) (DeFife et coll., 2015; Mellor-Clark, Cross, Macdonald et Skjulsvik, 2014). Ajoutons également que les résultats concernant l'adhésion aux protocoles de traitement psychologique sont mitigés et que l'application rigide des protocoles de traitement semble avoir une incidence négative sur la relation thérapeutique (Henry, Strupp, Butler, Schacht et Binder, 1993; Wampold, 2001). En d'autres mots, un clinicien qui ne s'adapte pas à la personne devant lui, sera un clinicien moins « efficace » que celui qui s'ajuste, et cela, peu importe l'orientation

théorique. Or, la mise en œuvre des TSE encourage l'application fidèle des protocoles de traitements.

Par ailleurs, les méta-analyses, fréquemment employées pour déterminer les meilleurs traitements, comportent non seulement des limites mais montrent aussi des résultats mitigés en ce qui a trait à l'efficacité d'un type de psychothérapie. Ainsi, bien que les premières méta-analyses indiquaient que la TCC était supérieure aux autres formes de thérapies (Shapiro et Shapiro, 1982; Smith, Glass et Miller, 1980; Smith et Glass, 1977), ces études ont été critiquées par la suite, car elles contenaient un certain nombre de biais (Baardseth et coll., 2013; Shadish et Sweeney, 1991). De plus, les méta-analyses de la même littérature scientifique réalisées par différents auteurs semblent indiquer des a priori d'allégeance préoccupant (Fonagy, 2015; Luborsky et coll., 1999). Ainsi, selon plusieurs chercheurs, les preuves de la supériorité d'une approche demeurent non concluantes, et montrent plutôt que les psychothérapies *bona fide* sont tout aussi efficaces (Baardseth et coll., 2013; Wampold et coll., 1997). Fait intéressant, une récente méta-analyse d'études sur l'efficacité de la TCC dans le traitement de la dépression identifiait que cette thérapie devenait de moins en moins efficace depuis les années 1970 (Johnsen et Friborg, 2015). Ces auteurs postulent la possibilité que l'effet placebo, plus important lorsqu'un traitement est nouveau et en vogue, soit en cause. Ces résultats font écho à l'hypothèse du sociologue Marcelo Otero, qui postulait qu'« une intervention psychothérapeutique ou psychosociale n'est pas dominante parce qu'elle est « efficace », mais elle est « efficace » parce qu'elle est dominante » (2003:2).

LA PLACE MAJEURE DES FACTEURS COMMUNS EN CLINIQUE

Une des limites des recherches sur les traitements soutenus empiriquement serait, selon certains, l'accent mis sur les facteurs spécifiques aux approches théoriques au détriment des « facteurs communs »⁷ entre différentes approches, autrement plus important. Ainsi, l'approche théorique n'influencerait que dans une faible mesure l'efficacité d'une psychothérapie (Wampold, 2001). Plus précisément, l'efficacité clinique d'une thérapie serait d'abord influencée par les facteurs communs aux psychothérapies (30 à 50 %) et par les facteurs liés au patient (30 à 40 %) (Asay et Lambert, 1999; Horvath et Greenberg, 1986; Luborsky, Crits-Christoph, Mintz et Auerbach, 1988). L'effet attribuable à l'approche théorique dans l'efficacité d'une psychothérapie ne serait que de 10

7. Les facteurs communs concernent les dimensions relationnelles du processus thérapeutique, soit l'alliance, l'empathie, la collaboration et le consensus concernant un objectif commun, etc. (Laska et coll., 2013).

à 20 % (Asay et Lambert, 1999 ; Duncan, Miller et Sparks, 2011 ; Lambert, 1992). Les facteurs liés au clinicien expliqueraient de leur côté de 5 à 15 % de l'efficacité d'un traitement (Huppert et coll., 2001 ; Wampold et Brown, 2005).

Étant donné l'importance cruciale des facteurs communs dans l'efficacité des psychothérapies, il est surprenant de voir le mouvement des TSE, centrés sur l'influence des approches théoriques, prendre une telle ampleur. En contraste, l'approche prônant les facteurs communs se penche sur l'incidence de facteurs concernant toutes les psychothérapies : la qualité de la relation thérapeutique, le développement de l'alliance et la capacité à la rétablir à la suite d'une rupture, l'entente sur un objectif commun, le climat bienveillant, etc. Bien que la recherche sur les facteurs communs soit en croissance, elle se prête plus difficilement au paradigme scientifique actuel où l'on cherche à prouver quelle technique est la plus efficiente, et ce, indépendamment du thérapeute et de la relation entre ce dernier et son client.

Dans un contexte où les essais contrôlés randomisés sont devenus la preuve scientifique par excellence, on assiste à l'augmentation des études sur les traitements thérapeutiques spécifiques, plus facilement objectifiables et mesurables, au détriment des recherches traitant des facteurs communs (Laska et coll., 2014), pourtant cruciaux mais plus difficiles à mesurer. Selon certains, l'adoption de tels paradigmes issus de la psychothérapie, bien que valable en soi, pourrait entraîner le désavantage de renforcer des approches conservatrices et laisser peu de places aux explorations et innovations cliniques (Fonagy, 2015). La lourdeur des essais randomisés peut en effet décourager plusieurs chercheurs. On peut d'ailleurs se demander si la TCC pourrait connaître un tel élan de développement et de dissémination aujourd'hui, dans le contexte actuel de primauté des données probantes (Chambless et Hollon, 1998).

LE CHOIX D'ORIENTATION, ENTRE THÉORIE ET PRATIQUE

Cette recherche dresse un portrait complet de l'orientation théorique autodéclarée des psychologues québécois au cours des 20 dernières années. Il convient de rappeler que l'approche autodéclarée diffère de ce que les cliniciens font en pratique (Hoyt, 2002). En effet, dans une vaste enquête, Cook, Villanova, Elhai, Schnurr et Coyne (2010) ont exploré l'orientation théorique et l'utilisation de techniques thérapeutiques spécifiques de plus de 2 200 psychothérapeutes en Amérique du Nord (États-Unis et Canada). Dans leur étude, la majorité des cliniciens se déclaraient d'orientation TCC les techniques qu'ils rapportaient le plus souvent concernaient des pratiques orientées vers la relation – des éléments implicitement employés dans toutes les approches et explicitement travaillés dans les approches humanistes et psychodynamiques. Par ailleurs,

lorsque l'on compare l'orientation théorique autodéclarée et l'observation des psychothérapeutes cliniques, on s'aperçoit que bien qu'ils appliquent correctement leurs méthodes, ils utilisent également des techniques et des attitudes d'autres orientations thérapeutiques (Kramer, de Roten et Despland, 2005). Finalement, comme la majorité des cliniciens et psychologues s'associent à plus d'une orientation théorique lorsqu'on leur en donne la possibilité (Cook et al., 2010; Hunsley et al., 2013), le choix d'une orientation théorique autodéclarée, surtout lorsqu'il se limite à une ou deux options, ne reflète pas la complexité du travail des cliniciens.

POUR UN PLURALISME EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

La profession de psychologue, comme tous les métiers relationnels, a connu depuis ses débuts d'importantes mutations en lien avec les avancées scientifiques, les changements sociopolitiques et le *Zeitgeist* de chaque époque, s'adaptant aux préférences des personnes qui consultent ainsi qu'aux demandes clinico-administratives. Parmi ces transformations du métier de psychologue, l'orientation théorique suscite beaucoup d'intérêt, particulièrement en cette période de développement des meilleures pratiques, de recherche sur l'efficacité clinique dans un contexte de restrictions budgétaires en santé.

Les données sur l'orientation théorique des psychologues au Québec indiquent une popularité croissante de l'approche cognitive-comportementale et une désaffiliation relative des autres approches. Des tendances similaires concernant la croissance de la TCC sont apparentes ailleurs au Canada et aux États-Unis, influencées possiblement par l'orientation théorique de la formation universitaire, par des pressions croissantes de tiers payeurs, et plus globalement par des changements épistémologiques en psychologie. Nos résultats illustrent possiblement l'importance croissante du paradigme médical et des traitements soutenus empiriquement en psychologie.

À partir de ces données, on peut s'interroger sur la place accordée à la relation thérapeutique dans la recherche en psychologie clinique, au Québec comme ailleurs en Amérique. En effet, la recherche actuelle sur l'efficacité des psychothérapies favorise la comparaison et les conflits entre approches théoriques plutôt que l'étude des facteurs communs et la prise en compte de la diversité des pratiques. Or, les facteurs communs ont une influence majeure sur l'efficacité des psychothérapies et se prêtent aussi aux essais randomisés, malgré leur grande complexité (Constantino et Bernecker, 2014; Hofmann et Barlow, 2014; Laska et coll., 2014; Norcross et Lambert, 2011). Les tendances actuelles négligent les facteurs cruciaux affectant le cours d'un suivi psychothérapeutique; elles contribuent à la réduction du pluralisme théorique

et à l'appauvrissement des pratiques cliniques. Il nous semblerait plus fertile de promouvoir la recherche sur une diversité d'approches, en tenant compte des facteurs relationnels si importants dans l'efficacité clinique, et en favorisant le dialogue entre chercheurs et cliniciens.

RÉFÉRENCES

- Arthur, Andrew R. (2001), « Personality, epistemology and psychotherapists' choice of theoretical model: a review and analysis », *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, vol. 4, n° 1, p. 45-64.
- Asay, Ted P. et Michael J. Lambert (1999), *The heart and soul of change: What works in therapy*, Washington, DC, American Psychological Association.
- Asnaani, Anu et Edna B. Foa (2014), « Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy to include a common factors perspective: Comment on Laska, Gurman, and Wampold », *Psychotherapy*, vol. 51, n° 4, p. 487-490.
- Baardseth, Timothy P., Simon B. Goldberg, Brian T. Pace, Andrew P. Wislocki, Nick D. Frost, Jamila R. Siddiqui et Bruce E. Wampold (2013), « Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. », *Clinical Psychology Review*, vol. 33, n° 3, p. 395-405.
- Bachelart, Maximilien et Françoise Parot (2014), « La psychothérapie ne peut-elle être qu'intégrative? », *Revue PSN. Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*, vol. 12, n° 3, p. 7-26.
- Benjafield, John G. (2010), *A History of Psychology. Third Edition*, Toronto, Oxford University Press.
- Bjornsson, Andri S. (2012), « Science and practice in clinical psychology doctoral training », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 19, n° 4, p. 375-380.
- Bouvet, Cyrille (2014), *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives (TCC)*, Paris, Dunod.
- Brillon, Monique (2011), « Réflexion sur la pluralité des approches en psychothérapie », *Psychologie Québec*, vol. 28, n° 4, p. 27-29.
- Buckman, Joseph R. et Chris Barker (2010), « Therapeutic orientation preferences in trainee clinical psychologists: Personality or training? », *Psychotherapy Research*, vol. 20, n° 3, p. 247-258.
- Chambless, Dianne L. et Steven D. Hollon (1998), « Defining empirically supported therapies », *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 66, n° 1, p.7-18.
- Chambless, Dianne L. (1996), « In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 3, n° 3, p. 230-235.

- Chambless, Dianne L. et Thomas H. Ollendick (2001), « Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence », *Annual Review of Psychology*, vol. 52, p. 685-716.
- Constantinidès, Prometheas, Claude Blondeau et Martin Drapeau (2011), « La psychothérapie dynamique dans la pratique psychiatrique : est-ce efficace ? », *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 169, n° 6, p. 348-353.
- Constantino, Michael J. et Samantha L. Bernecker (2014), « Bridging the common factors and empirically supported treatment camps: Comment on Laska, Gurman, and Wampold », *Psychotherapy*, vol. 51, n° 4, p. 505-509.
- Cook, Joan M., Tatuana Biyanova, Jon Elhai, Paula P. Schnurr et James C. Coyne (2010), « What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2000 practitioners », *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 47, n° 2, p. 260-267.
- Crits-Christoph, Paul, Dianne L. Chambless et Hannah M. Markell (2014), « Moving evidence-based practice forward successfully: Commentary on Laska, Gurman, and Wampold », *Psychotherapy*, vol. 51, n° 4, p. 491-495.
- DeFife, Jared, Rebecca Drill, Jack Beinashowitz, Lucinda Ballantyne, Dennis Plant, Lotte Smith-Hansen et Ora Nakash (2015), « Practice-based psychotherapy research in a public health setting: Obstacles and opportunities », *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 25, n° 4, p. 299-312.
- Duncan, Barry L, Scott D. Miller et Jacqueline A. Sparks (2011), *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*, New York, John Wiley & Sons.
- Fonagy, Peter (2015), « The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update », *World Psychiatry*, vol. 14, n° 2, p. 137-150.
- Gaete, Alfredo et Joaquín Gaete (2015), « On theoretical integration in psychotherapy », *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 25, n° 2, p. 158-174.
- Gaudiano, Brandon A. et Ivan W. Miller (2013), « The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead », *Clinical Psychology Review*, vol. 33, n° 7, p. 813-824.
- Gelso, Charles J. (2011), « Emerging and Continuing Trends in Psychotherapy: Views From an Editor's Eye », *Psychotherapy*, vol. 48, n° 2, p. 182-187.
- Heatherington, Laurie, Stanley B. Messer, Lynne Angus, Timothy J. Strauman, Myrna L. Friedlander et Gregory G. Kolden (2012), « The narrowing of theoretical orientations in clinical psychology doctoral training », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 19, n° 4, p. 364-374.
- Hedges, Fran (2005), *An Introduction to Systemic Therapy with Individuals. A Social Constructionist Approach*, London, Palgrave.

- Henry, W.P., Strupp, H.H., Butler, S.F., Schacht, T.E. et J.L. Binder (1993), « Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, n° 3, p. 434-440.
- Hofmann, Stefan G. et David H. Barlow (2014), « Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? », *Psychotherapy*, vol. 51, n° 4, p. 510-513.
- Horvath, A.O. et L. Greenberg (1986). *Psychotherapeutic processes: A research handbook*, Washington, DC, American Psychological Association.
- Hoyt, William T. (2002), « Bias in participant ratings of psychotherapy process: An initial generalizability study », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 49, n° 1, p. 35-46.
- Hunsley, John, Ashley Ronson et Karen R. Cohen (2013), « Professional psychology in Canada: A survey of demographic and practice characteristics », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 44, n°2, p. 118-126.
- Huppert, Jonathan D., Lynn F. Bufka, David H. Barlow, Jack M Gorman, M. Katherine Shear et Scott W. Woods (2001), « Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, n° 5, p. 747-755.
- Johnsen, Tom J. et Oddgeir Friberg (2015), « The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 141, n° 4, p. 747-768.
- Kramer, Ueli Yves de Roten et Jean-Nicolas Despland (2005), « Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies », *Pratiques psychologiques*, vol. 11, n° 4, p. 359-370.
- Lambert, Michael J. (1992), « Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists », dans John C. Norcross et Marvin R. Goldfried (dir.), *Handbook of psychotherapy integration*, New York, Basic Books.
- Lambert, Michael J. et Benjamin M. Ogles (2014), « Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? », *Psychotherapy*, vol. 51, n° 4, p. 500-504.
- Laska, Kevin M., Alan S. Gurman et Bruce E. Wampold (2014), « Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective », *Psychotherapy*, vol. 51, n° 4, p. 467-481.
- Laska, Kevin M. et Bruce E. Wampold (2014), « Ten things to remember about common factor theory », *Psychotherapy*, vol. 51, n° 4, p. 519-524.
- Lecomte, Conrad et Annette Richard (1999), « La psychothérapie humaniste-existentielle d'hier à demain: Epilogue », *Revue Québécoise de Psychologie*, vol. 20, n° 2, p. 189-204.

- Levy, Kenneth N. et Timothy Anderson (2013), « Is clinical psychology doctoral training becoming less intellectually diverse? And if so, what can be done? », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 20, n° 2, p. 211-220.
- Luborsky, Lester, Paul Crits-Christoph, Jim Mintz et Arthur Auerbach (1988), *Who will benefit from psychotherapy?: Predicting therapeutic outcomes*, New York, Basic Books.
- Luborsky, Lester, Louis Diguier, David A. Seligman, Robert Rosenthal, Elizabeth D. Krause, Suzanne Johnson et Edward Schweizer (1999), « The Researcher's Own Therapy Allegiances: A "Wild Card" in Comparisons of Treatment Efficacy », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 6, n° 1, p. 95-106.
- Marcus, David K., Debra O'Connell, Alyssa L. Norris et Abera Sawaqdeh (2014), « Is the dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies », *Clinical Psychology Review*, vol. 34, n° 7, p. 519-530.
- Mellor-Clark, John, Simone Cross, James Macdonald et Tommy Skjulsvik (2014), « Leading Horses to Water: Lessons from a Decade of Helping Psychological Therapy Services Use Routine Outcome Measurement to Improve Practice », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 43, n° 3, p. 279-285.
- Messer, Stanley B. et Bruce E. Wampold (2002), « Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 9, n° 1, p. 21-25.
- Moreau, Nicolas (2009), *État dépressif et temporalité: contribution à la sociologie de la santé mentale*, Montréal, Liber.
- Nasio, Juan-David (1994) (dir.), *Introduction aux œuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto et Lacan*, Paris, Rivages Psychanalyse.
- Norcross, John C. et Christie P. Karpiak (2012), « Clinical psychologists in the 2010s: 50 years of the APA division of clinical psychology », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 19, n° 1, p. 1-12.
- Norcross, John C. et Michael J. Lambert (2011), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*, New York, NY, Oxford University Press.
- Norcross, John C. et Jessica D. Rogan (2013), « Psychologists conducting psychotherapy in 2012: Current practices and historical trends among Division 29 members », *Psychotherapy*, vol. 50, n° 4, p. 490-495.
- Norcross, John C. et Bruce E. Wampold (2011), « Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices », *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*, vol. 48, n°1, p. 98-102.
- Ogunfowora, Babatunde et Martin Drapeau (2008), « A study of the relationship between personality traits and theoretical orientation preferences », *Counselling and Psychotherapy Research*, vol. 8, n° 3, p. 151-159.
- Otero, Marcelo (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine: santé mentale et société*, Québec, Presses de l'Université Laval.

- Ponniah, K. et S. Hollon (2008), « Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: A qualitative review of randomized controlled trials », *Psychological Medicine*, vol. 38, n° 1, p. 3-14.
- Saias, Thomas (2011) (dir.), *Introduction à la psychologie communautaire*, Paris, Dunod.
- Sandor-Buthaud, Martine (2005), « Les différents courants de psychothérapies, leurs champs et leurs délimitations », *Pratiques psychologiques*, vol. 11, n° 2, p. 185-190.
- Shadish, William R. et Rebecca B. Sweeney (1991), « Mediators and moderators in meta-analysis: There's a reason we don't let dodo birds tell us which psychotherapies should have prizes », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, n° 6, p. 883-893.
- Shapiro, David A. et Diana Shapiro (1982), « Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement », *Psychological Bulletin*, vol. 92, n° 3, p. 581-604.
- Shedler, Jonathan (2010), « The efficacy of psychodynamic psychotherapy », *American Psychologist*, vol. 65, n° 2, p. 98-109.
- Smith, Mary L., Gene V. Glass et T. I. Miller (1980), *The benefits of psychotherapy*, Baltimore, John Hopkins University Press.
- Smith, Mary L. et Gene V. Glass (1977), « Meta-analysis of psychotherapy outcome studies », *American Psychologist*, vol. 32, n° 9, p. 752-760.
- Stratton, Peter (2007), « Formulating research questions that are relevant to psychotherapy », *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, vol. 4, n° 2, p. 83-97.
- Tolin, David F. (2012), « Stayin' alive: How the society of clinical psychology can remain vital and viable for the next 20 years », *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 19, n° 1, p. 21-26.
- Wampold, Bruce E et George S. Jeb Brown (2005), « Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care », *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 73, n° 5, p. 914-923.
- Wampold, Bruce E. (1997), « Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies », *Psychotherapy Research*, vol. 7, n° 1, p. 21-43.
- Wampold, Bruce E. (2001), *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, Bruce E. (2009a), « Clinical trials and positivism: Restricted evidence can be misleading », *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 54, n° 9, p. 642-643.
- Wampold, Bruce E. (2009b), « Clinical trials for the treatment of mental disorders: 2 major flaws that limit interpretability », *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 54, n° 9, p. 639-641.
- Wampold, Bruce E. (2010), *Research on the effectiveness of psychotherapy*, Washington, DC, American Psychological Association.

- Wampold, Bruce E., Gregory W. Mondin, Marcia Moody, Frederick Stich, Kurt Benson et Hyun-nie Ahn (1997), « A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes” », *Psychological Bulletin*, vol. 122, n° 3, p. 203-215.
- Weinberger, Joel. (2014), « Common factors are not so common and specific factors are not so specified: Toward an inclusive integration of psychotherapy research », *Psychotherapy*, vol. 51, n° 4, p. 514-518.
- Zimmermann, Grégoire et Valentino Pomini (2013), « Méta-analyse et efficacité des psychothérapies : faits et fictions », *Psychologie française*, vol. 58, n° 3, p. 167-175.

CHAPITRE 5

Politiques publiques et métiers relationnels

Analyse des transformations de la profession de conseiller d'orientation en milieu scolaire au Québec

Simon Viviers et Patricia Dionne

INTRODUCTION

Nombre de chercheurs se sont intéressés dans les dernières années aux transformations des « métiers de la relation » sous l'effet, notamment, de politiques publiques inspirées par une idéologie dont le signifiant maître pourrait être le néolibéralisme (Demaillly, 2008 ; Cifali et Périlleux, 2012). Le travail social, l'enseignement et les métiers du soin ont été particulièrement étudiés (Demaillly, 2008). Située à l'interface entre les champs de l'éducation, du travail et de la santé mentale, champs particulièrement affectés par les réformes néolibérales, la profession de conseiller d'orientation constitue potentiellement un révélateur analytique quant aux transformations vécues dans les métiers relationnels au sein des services publics. Dans le cadre d'une contribution qui se décline en deux chapitres, nous nous proposons donc d'étudier le cas des c.o. (conseillers et conseillères d'orientation) qui travaillent en milieu scolaire au Québec¹.

Le premier texte vise à répondre à la question « Comment les politiques et dispositifs publics ont-ils marqué l'évolution de la profession comme métier de relation d'aide et dans quelle situation politico-organisationnelle se retrouve-t-elle actuellement ? » Nous analyserons les forces organisationnelles, professionnelles et gestionnaires qui tiraillent actuellement la profession en

1. Nous limiterons l'analyse aux c.o. au service des établissements scolaires du secondaire.

milieu scolaire. Cette analyse en surplomb est complétée, dans notre deuxième texte, par une analyse clinique de l'activité de travail de c.o. en milieu scolaire. Le deuxième texte cherche à répondre à la question « Quel sens prend la relation dans l'activité des c.o. aujourd'hui et comment est-elle affectée par les politiques et dispositifs publics actuels? »

Dans le présent chapitre, nous définissons d'abord les termes de l'analyse en montrant entre autres comment les notions distinctes de profession, métier et genre professionnel peuvent se révéler complémentaires dans l'analyse des transformations d'un groupe professionnel comme celui des c.o. au Québec. Puis, inspirés par la clinique de l'activité (Clot, 2008), nous explorons l'histoire du métier afin de mettre en lumière l'évolution de la place de la « relation » dans son développement et la manière dont les dispositifs publics l'ont transformée au fil des années, tant sur le plan de la forme (de « fonction sociale » à « profession à actes réservés ») que sur celui de l'activité (d'activité axée sur la psychotechnique à une activité de consultance). Enfin, nous analysons la manière dont certaines réorganisations des services publics québécois ont affecté et affectent encore aujourd'hui la profession afin d'entrevoir les tensions possibles dans les activités de travail au quotidien et d'ouvrir ainsi la voie à notre seconde contribution au présent ouvrage.

MÉTIER RELATIONNEL ET DISPOSITIF PUBLIC : QUELQUES DÉFINITIONS

Les groupes professionnels ont fait l'objet de nombreux travaux, notamment en sociologie (Demazière et Gadéa, 2009 ; Dubar, Tripier et Broussard, 2015). User de l'expression « métier relationnel » n'est donc pas neutre. Il importe ainsi de bien définir les termes à partir desquels nous construisons notre réflexion dans le cadre de ce texte.

De la profession au genre professionnel : de quel métier parle-t-on ?

À l'instar d'Adam (2012), nous distinguons ici le métier de la profession : « Le métier apparaît lié à une transcendance ou puissance tutélaire, mystérieuse, à ce qui à la fois s'impose à lui et le dépasse. La profession apparaît dans un autre registre, public, déclaratif, révélant l'univers de la forme et du formel, de l'état et de la condition. » (p. 19). Selon cette distinction, le métier fait référence à une manière d'être, à une pratique, des savoirs issus d'un apprentissage par l'expérience qui s'inscrit dans une culture issue d'une histoire commune, alors que la profession fait référence à une déclaration publique de ses convictions, de ses idées, de son engagement, déclaration qui ne laisse que peu de place au « mystère » et qui relève davantage d'une certitude. Dans le cadre de ce chapitre, la **profession** fera référence aux dimensions relatives aux conditions d'exercice

et attendues de la part d'un groupe professionnel organisé et bénéficiant d'un contrat social formalisé. À titre d'exemple, pensons à l'autonomie professionnelle, la régulation de la pratique par l'Ordre professionnel, la référence à un savoir hautement spécialisé, un territoire professionnel en partie réservé (titre ou activités), à une imputabilité de sa pratique au regard des mécanismes de surveillance. Cette formalisation s'applique au groupe professionnel des c.o. au Québec.

La définition du **métier** inspirée de celle d'Adam (2012) s'arrime assez bien, nous semble-t-il, avec le « concept psychologique » de métier de Clot (2008). En fait, l'idée de métier s'appuie fortement sur la nature de l'*activité* de travail, source de la reconnaissance fondatrice de la communauté d'appartenance que constitue le métier (Osty, 2002). Or, pour Clot (2010), l'activité est le trait d'union entre le sujet et le collectif, celui-ci servant de « répondant » psychologique à celui-là. Elle s'inscrit « dans une histoire qui n'est pas seulement celle des sujets concernés, mais celle d'un "métier" qui n'appartient à personne en particulier, mais dont chacun est pourtant comptable » (Clot, 2006, p. 167). Cette histoire, Clot (2006) la désigne comme une mémoire transpersonnelle, le genre professionnel, qui constitue une des quatre dimensions du métier tel qu'il le conçoit. Les trois autres dimensions sont : le personnel, désignant l'intime, l'incorporé du métier ; l'interpersonnel, désignant ceux à qui est « destiné » le travail ; l'impersonnel, désignant la tâche prescrite qui suppose que chacun est interchangeable par un autre (Clot, 2006). C'est donc sur cette conception du métier que nous appuierons notre analyse.

Pour mieux comprendre les transformations du métier de c.o., nous nous attarderons particulièrement à la dimension transpersonnelle du métier : le **genre professionnel**. Le genre professionnel représente un « patrimoine » de faits et gestes relatifs à une collectivité de métier, qui définit « les frontières mouvantes de l'acceptable et de l'inacceptable dans le travail » (Clot, 2015, p. 43). Il s'intercale entre l'organisation du travail et le sujet lui-même et permet un certain réaménagement de la tâche de telle manière que le sujet puisse réussir à travailler malgré les contraintes en place. Clot et Faïta (2000) résument bien son caractère structurant :

[Les genres] marquent l'appartenance à un groupe et orientent l'action en lui offrant, en dehors d'elle, une forme sociale qui la représente, la précède, la préfigure, et, du coup, la signifie. Ils désignent des faisabilités tramées dans des façons de voir et d'agir sur le monde considérées comme justes dans le groupe des pairs à un moment donné. (p. 14)

Le genre professionnel est un système s'inscrivant dans une stabilité transitoire, c'est-à-dire qu'il fournit des repères basés sur une historicité, repères qui par ailleurs évoluent avec l'activité réelle des membres de la collectivité

professionnelle. Ces repères sont à la fois techniques et langagiers. Ils sont généralement implicites, incorporés, et donc parfois difficilement explicites. En outre, le genre professionnel soutient l'« évaluation » mutuelle de ceux qui s'y inscrivent et permet ainsi aux uns et aux autres de se reconnaître et de se distinguer dans ce qu'ils font. Cette mémoire transpersonnelle constitue donc un socle normatif sur lequel peut s'appuyer la reconnaissance au sein d'un métier donné. Il permet aux gens de métier de se reconnaître dans leur activité. Pour les c.o., nous posons l'hypothèse, que nous développerons plus loin, que c'est dans l'activité de relation d'aide qu'ils se reconnaissent principalement.

Qu'est-ce qu'un « métier relationnel » ?

À l'instar de Doucet (2014), nous définissons un métier relationnel non seulement comme un métier qui engage un travail « avec et pour l'humain » (Cifali et Périlleux, 2012, p. 182), mais plus précisément dont l'activité principale est de « travailler la relation » pour aider des personnes en situation de vulnérabilité. Il s'agit, selon des termes plus communs, d'un métier de « relation d'aide ». Dans le cas qui nous occupe, il s'agit d'une aide au moyen d'une relation d'orientation, qui vise à soutenir « l'expression, l'exploration et l'appropriation par la personne aidée de son expérience, de ses projets et des mondes de la formation et du travail » (Cardinal-Picard, 2010, p. 174-175).

Le conseil d'orientation constitue donc un métier relationnel dans la mesure où son activité de travail principale a pour objet une relation ayant pour finalité d'aider une personne à s'orienter. Centrale dans l'exercice du métier, cette activité est forcément affectée par l'organisation du travail dans laquelle elle s'inscrit, par l'impersonnel du métier, lequel est lui-même fortement influencé, chez les c.o. en milieu scolaire au Québec, par les politiques et dispositifs publics.

Des politiques aux services : qu'est-ce un dispositif public ?

Le dispositif public constitue un mode d'organisation des services offerts directement ou indirectement par l'État, qui traduit une ou des politiques publiques. Bélisle (2009) s'appuyant sur Lemieux (2009) définit la politique publique comme des « activités orientées vers la solution de problèmes publics dans l'environnement, et ce, par des acteurs politiques dont les relations sont structurées, le tout évoluant dans le temps » (p.4). Ultimement, ces lois, plans d'action, stratégies ou programmes gouvernementaux se déploient dans des services concrets organisés de façon plus ou moins formelle que nous désignerons sous le vocable de dispositifs publics. Découlant de décisions politiques, ces dispositifs sont donc susceptibles d'affecter tant la quantité de ressources

attribuées pour atteindre des objectifs spécifiques que les approches préconisées pour y arriver.

CONSEIL D'ORIENTATION EN MILIEU SCOLAIRE AU QUÉBEC : QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

La profession de conseiller d'orientation dispose d'un champ d'exercice impliquant une articulation entre le système d'éducation et le marché du travail. Elle est donc perméable aux tendances sociales et politiques d'une société qui, souvent, se traduisent par des réformes des politiques scolaires (Herr, 2002) et d'emploi (Dionne, 2015). Examiner l'histoire du métier permet de comprendre comment l'activité des c.o. a pu être infléchie par les mouvements sociaux et politiques et les dispositifs publics qui en ont découlé. Cet aperçu de la mémoire transpersonnelle du métier montre la diversité des couleurs qu'a prises la profession au fil des années, en fonction de l'évolution de l'impersonnel. Nous situerons ainsi la consolidation de l'importance de la relation dans l'exercice de la profession et la manière dont elle peut ou non s'actualiser en contexte scolaire de nos jours.

D'une vision adéquatniste à une vision humaniste : l'émergence d'un métier relationnel

La naissance de la fonction de conseiller d'orientation est née, en Amérique du Nord, sous l'impulsion des travaux de Frank Parsons (1909) qui plaident pour un système d'éducation axé sur l'intégration sociale dont la formation permet l'accès à l'emploi. L'orientation est alors pensée principalement d'un point de vue économique et social, dans la mesure où elle permet de « gérer rationnellement [...] le réservoir de talents et d'aptitudes » (Mellouki et Beauchemin, 1994a, p.221) au sein d'une société donnée. Cette « gestion rationnelle » doit s'appuyer sur des savoirs scientifiques et pratiques qui permettront de faire passer l'orientation d'un statut de fonction sociale et communautaire à un statut de métier. Au cours des années 1930 à 1950, les travaux de chercheurs en psychologie différentielle ont marqué l'histoire du champ en proposant une réponse scientifique – essentiellement positiviste – pour gérer l'adéquation des aptitudes et des aspirations des individus en fonction des domaines d'activités économiques où ils seraient susceptibles d'offrir un rendement maximum (Mellouki et Beauchemin, 1994a). On trouve encore aujourd'hui les traces de cette conception utilitariste et adéquatniste².

2. Cette vision reflète également ce que Maroy et Doray (2000) nomment la conception fonctionnaliste des rapports entre éducation et travail.

Dans les années 1950 et 1960, les théories développementales remettent en question l'idée d'un seul choix de « vocation » en montrant comment les changements survenant tant chez les personnes (ex., changement des besoins à différentes étapes de vie) qu'au sein de l'environnement dans lequel ils évoluent (ex., changement dans le marché du travail) nécessitent une réorganisation de l'orientation tout au long de la vie (Bujold et Gingras, 2000). Les concepts de maturité ou de développement vocationnels (Super, 1957) sous-tendent que la capacité de s'orienter des personnes peut s'éduquer si on les amène à mieux se connaître, à mieux connaître leur environnement et les conditions du marché du travail et à faire des choix. Ainsi l'idée d'« accompagner » les personnes, en contraste avec celle de les « orienter », commence-t-elle à émerger.

À la même période, l'apparition graduelle de la perspective du counseling rogerien a changé le visage de l'orientation (Lecomte et Guillon, 2000). Considérée longtemps comme la « troisième force », aux côtés de la psychanalyse et du behaviorisme, l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers se démarque par l'attention qu'elle porte non pas sur le problème de la personne accompagnée, mais sur son développement et ses ressources. Portée par des valeurs sociales émergentes dans les années 1960, elle s'inscrit dans une psychologie humaniste et existentielle veillant à offrir un cadre relationnel permettant à la personne accompagnée de cheminer vers l'actualisation de soi. C'est avec cette approche que le conseil d'orientation en vient à se positionner parmi les métiers dits « relationnels », par l'importance qu'elle lui fait porter sur la qualité de la relation pour favoriser la résolution des impasses personnelles. Cette approche d'intervention ébranle également la conception épistémologique positiviste d'un réel donné que l'on peut mesurer et arrimer avec un métier ou une profession spécifique.

De son institutionnalisation à sa marginalisation : un métier relationnel à la merci des dispositifs publics ?

Époque pivot dans l'histoire de la profession du conseil d'orientation au Québec, c'est également dans les années 1960 que le métier s'institutionnalise et acquiert un statut de profession au sens où nous l'avons défini. En 1963, la Corporation des conseillers d'orientation professionnelle du Québec, ancêtre de l'Ordre professionnel actuel, officialisait le processus de professionnalisation de la fonction et l'inscrivait dans le « club sélect » du système professionnel québécois³, relevant de l'Office des professions du Québec. L'année suivante

3. Bien qu'il trouve racine plus tôt, le « système professionnel » québécois se concrétise en 1973. Il est composé de l'ensemble des institutions qui encadrent l'exercice des professions réglementées au Québec, aujourd'hui au nombre de 54. Ces institutions sont :

était publié le Rapport Parent (1963-1964) qui définissait et marquait le transfert de la prise en charge du système d'éducation de l'Église à l'État. Pierre d'Assise du système d'éducation québécois moderne, ce rapport donnait un rôle de première importance aux c.o. au sein même de l'école québécoise⁴. On a alors assisté à leur introduction massive dans les écoles du Québec : entre 1965 et 1979, l'augmentation du nombre de c.o. autorisés à pratiquer au Québec fut de 592 % (Mellouki et Beauchemin, 1994a).

Les années 1980 ont toutefois été éprouvantes pour la profession. La récession et les compressions budgétaires du début des années 1980 l'ont affectée profondément. D'une part, l'augmentation du chômage a engendré un accroissement et une diversification des besoins d'aide à la carrière, notamment dans les transitions professionnelles. Appelés à ce jour à s'intéresser surtout à l'orientation des jeunes, les c.o. sont désormais appelés à intervenir également auprès des adultes, ce qui accentue la complexité et la pluralité des problématiques d'orientation et ancre l'activité de relation d'aide dans la profession. D'autre part, les compressions budgétaires engendrent de nombreuses coupes dans les postes au sein des services publics, notamment dans le système d'éducation, où étaient majoritairement présents les conseillers d'orientation. Il y a donc migration partielle des c.o. travaillant dans le secteur scolaire vers de nouveaux lieux de pratique (Mellouki et Beauchemin, 1994b) où le counseling individuel et groupal occupe une place prépondérante (ex., organismes d'emploi, centres de réadaptation, cabinets-conseils, etc.)⁵.

Au sein même du secteur scolaire, la conception humaniste et développementale de la pratique professionnelle des c.o., misant sur le travail relationnel, les amène à privilégier les entretiens individuels comme modalités

l'Assemblée nationale, le gouvernement du Québec, l'Office des professions du Québec, le Conseil interprofessionnel du Québec (considéré comme la « voix collective » des ordres professionnels) et les ordres professionnels (au nombre de 46 aujourd'hui). Le système reproduit une certaine hiérarchie entre les professions à « actes réservés », comme la médecine, ayant un territoire professionnel forclus, et les professions à « titre réservé », dont les activités ne sont pas réservées à proprement parler. La profession de c.o. est passée en 2009 de profession à « titre réservé » à profession à « actes réservés partagés ». Le Québec est la seule province du Canada où la profession de c.o. est reconnue et régie légalement de la sorte.

4. De fait, le document en parlait alors en ces termes : « Le service d'orientation constituera une pierre d'angle du système d'éducation que nous avons proposé » (Commission royale d'enquête sur l'enseignement, 1964, p. 263).
5. Alors qu'autrefois, la vaste majorité des c.o. œuvraient dans le monde de l'éducation, c'est aujourd'hui un peu moins de la moitié d'entre eux qui travaillent dans ce secteur. (OCCOQ, 2013).

d'intervention⁶. Or, les besoins d'orientation dépassent largement les ressources pour y répondre (Dupont, 2001) et le ministère de l'Éducation élabore ainsi un programme d'Éducation au choix de carrière (ECC) (ministère de l'Éducation du Québec — MEQ, 1981). Une partie de l'orientation en milieu scolaire devient donc la responsabilité des enseignants. Un grand nombre d'entre eux n'étant pas formés à l'orientation (Dupont, 2001), ce programme a fait l'objet de nombreuses critiques au fil des années.

Constat d'échec de la rationalisation des ressources : des besoins criants d'orientation

Dans les années 1990, les jeunes ont réclamé à maintes reprises, via différentes instances de représentation⁷, une augmentation et une amélioration des services d'orientation dans les écoles du Québec. Non seulement les jeunes étaient-ils insatisfaits au regard de la dispense des cours du programme d'ECC, mais l'accès à un c.o. se révélait très difficile (MEQ, 2000). Ce constat s'appuyait sur des faits avérés puisque la diminution du ratio conseiller d'orientation/élèves entre 1976 et 1996 a été constante : il était autour de 1 pour 550 élèves en 1976, passé à 1 pour 875 en 1988, à 1 pour 1033 élèves en 1996 (MEQ, 2000). Les jeunes étaient donc de plus en plus laissés à eux-mêmes à la suite de cette insuffisance de ressources. Bref, le MEQ (2000) lui-même constate alors que les compressions budgétaires ont particulièrement affecté les services d'orientation dans les écoles.

Or, selon les constats émanant de la Commission des États généraux sur l'éducation (1996), l'orientation des élèves constitue un enjeu fondamental pour faire face à deux défis importants auxquels était confrontée la société québécoise : le décrochage scolaire et l'intégration au marché du travail. Il fallait donc, selon la Commission, s'assurer à la fois que l'orientation soit une préoccupation majeure de l'école dans son ensemble et que les jeunes soient également amenés à être en contact avec les milieux de travail, le tout encadré par un service de « conseilance » renforcé. C'est ainsi que la réforme de l'école primaire et secondaire menée au tournant des années 1990-2000 fit à nouveau à l'orientation une place de choix, en proposant notamment le concept d'« école orientante ». S'inscrivant dans un mouvement de réforme plus large des systèmes

-
6. À partir d'une enquête sur les pratiques des conseillers d'orientation dans les écoles réalisée en 1981, Beaudry (1981) révèle les préférences des c.o. en termes de modalités d'intervention dans leurs activités professionnelles. Les trois plus populaires sont : l'entrevue individuelle (93,2 %) ; l'approche rogérienne (70,8 %) ; l'approche A.D.V.P. (57,1 %).
 7. Par l'entremise du Conseil permanent de la jeunesse (1992), lors des États généraux sur l'éducation (1996) ou lors du Sommet du Québec et de la jeunesse (2000).

éducatifs au niveau international, ce « renouveau pédagogique » portait certes en lui une vision de l'éducation, mais également une vision de l'organisation des services, susceptible d'infléchir passablement la manière d'exercer le métier de conseiller d'orientation, notamment dans son versant relationnel.

ENTRE L'IMPERSONNEL DE L'ORGANISATION ET L'IMPERSONNEL DU MÉTIER : QUEL TRAVAIL PRESCRIT POUR LE CONSEILLER D'ORIENTATION EN MILIEU SCOLAIRE ?

L'analyse de l'évolution plus récente des dispositifs publics qui affectent la pratique des conseillers d'orientation en milieu scolaire met en évidence les tensions entre ce que l'on pourrait appeler, suivant Clot (2008), l'impersonnel de l'organisation et l'impersonnel du métier. Depuis le début des années 2000, l'impersonnel de l'organisation⁸ des c.o. travaillant en milieu scolaire au Québec a été largement conditionné par certains principes des réformes *néomanagériales* des systèmes éducatifs, notamment la flexibilité fonctionnelle des professionnels et la collaboration inter-acteurs, principes qui s'actualisent dans le projet d'école orientante. Quant à l'impersonnel du métier, sa « modernisation » au moyen d'un projet de loi régissant les professions de la santé mentale et des relations humaines au Québec amène, à l'inverse, une plus grande spécialisation du travail direct auprès des élèves. Ces changements ont entraîné des tensions dans le développement du métier.

Approche orientante et injonction à la collaboration : une multiplication des échelles de relation

Le Renouveau pédagogique mis en place graduellement à partir des débuts des années 2000 au Québec a suscité une réorganisation des services axée sur des pratiques collaboratives. Le travail prescrit des professionnels non enseignants, dont les c.o., s'est vu transformé notamment par le *Cadre de référence des services complémentaires* (MEQ, 2002). Invitant les professionnels à « apprendre à travailler autrement pour maximiser les résultats » (MEQ, 2002a, p. 38), ce cadre de référence propose une manière de réorganiser le travail qui s'inscrit en continuité avec l'esprit de la Nouvelle Gestion Publique en plaidant pour une plus grande flexibilité fonctionnelle, un « décroisement des services » pour reprendre les termes du MEQ (2002b, p. 57). Autrement dit, il s'agit de décorporatiser les pratiques, d'assouplir les frontières professionnelles. Pour ce faire,

8. L'impersonnel de l'organisation fait référence ici aux prescriptions qui proviennent du des différents paliers du système éducatif.

le cadre de référence enjoint les professionnels à « faire preuve d'ouverture » et à consacrer plus de temps à la collaboration qu'à leur « tâche spécifique ».

Pour les c.o., ces nouvelles prescriptions organisationnelles plaident pour une diminution du temps à rencontrer des élèves et une augmentation du travail de collaboration avec les autres professionnels. Plus spécifiquement, on demande aux professionnels de l'orientation de miser davantage sur l'exercice d'un « rôle-conseil » auprès des autres acteurs et de partager leurs savoirs sur l'orientation avec les autres intervenants de l'école.

Cette manière de réorganiser le travail d'aide à l'orientation des élèves s'articule avec une logique théorique et pédagogique inscrite dans l'histoire du métier, dans une approche développementale et éducative de l'orientation au fondement du projet d'école orientante qui accompagne le renouveau pédagogique. Une des visées de cette école orientante était de remplacer le programme d'ECC par une approche de l'orientation plus concertée, mieux intégrée et préparant les élèves aux exigences de la société contemporaine (Gingras, 2001).

Une approche orientante est en fait une démarche concertée entre une équipe-école et ses partenaires, dans le cadre de laquelle on fixe des objectifs et met en place des services (individuels et collectifs), des outils et des activités pédagogiques visant à accompagner l'élève dans le développement de son identité et dans son cheminement vocationnel. Il s'agit donc d'activités et de services intégrés au plan de réussite et au projet éducatif d'un établissement. (MEQ, 2002, p. 18).

Sur le plan conceptuel, cette approche constitue une résurgence du concept de *career education* élaboré notamment par Kenneth Hoyt dans les années 1970 (Dupont, 2001). Deux principes caractérisant l'« éducation à la carrière » ont été repris dans la conceptualisation de l'approche orientante : l'infusion et la collaboration (Gingras, 2001). L'infusion fait référence à l'intégration dans les cours et dans les activités parascolaires de notions relatives au développement de carrière. Elle a des visées vocationnelles (connaissance de soi, du monde scolaire et du monde du travail) et pédagogiques par la mise en contexte des compétences (Pelletier, 2004). La collaboration fait référence au partenariat établi entre divers acteurs du milieu scolaire, des parents et des membres de la communauté pour favoriser le développement de carrière des élèves (ex., par le soutien des parents, ou par la visite d'entreprises). Enfin, Pelletier (2004) ajoute à ces deux principes celui de mobilisation, qui s'applique aux interventions par lesquelles l'élève adopte une attitude motivée à réussir et à s'orienter. Ces principes sont le socle d'un système de services à visée intégrée et dans lequel le cheminement de l'élève est considéré comme un processus orientant, ou du moins qui outille l'élève pour qu'il en arrive à

s'orienter lui-même, à se construire lui-même un projet professionnel et à le mener à terme, dans une logique d'entrepreneuriat.

En somme, par la réorganisation du travail qu'elle sous-tend, cette nouvelle approche de l'orientation à l'école peut affecter le métier de c.o. tant dans sa dimension « professionnelle » que dans sa dimension « relationnelle ». De fait, quelle place revient alors aux c.o. et à leur expertise en tant que « professionnels » au sens où nous l'avons détaillé plus tôt (ex., territoire reconnu et respecté de savoirs et de pratiques hautement spécialisés) ? Cette place apparaît paradoxale. D'un côté, le Renouveau et l'approche orientante renforcent la posture « professionnelle » du c.o., en prévoyant lui faire jouer un rôle, relativement nouveau, d'« expert-conseil » auprès des différents acteurs de l'école, accentuant la posture de spécialiste reconnu. De l'autre, cette réorganisation du travail d'orientation tend à déprofessionnaliser les c.o. en plaidant pour une plus grande polyvalence et pour une diminution du temps accordé au travail de terrain (la « tâche spécifique ») qui constitue l'expertise première des c.o. et sur laquelle reposent les règles de métier.

Cette réorganisation du travail prescrit implique aussi un changement de composition dans les registres relationnels qui font l'objet de l'activité des c.o. : on dilue le travail relationnel d'accompagnement pour se concentrer davantage dans un registre d'organisation (Demailly, 2008). En misant davantage sur la relation collaborative avec les autres acteurs, les échelles de relation sont certes démultipliées mais la relation, au sens de la « relation d'aide », ne risque-t-elle pas de devenir marginale ?

Si l'approche orientante a amené les c.o. vers un nouveau « rôle-conseil » qui infléchit leur activité dans le sens de services indirects aux élèves (par l'entremise des enseignants, des directions, des parents, etc.), la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (projet de loi 21) a contribué à diriger la pratique dans le sens d'un travail relationnel spécialisé auprès de populations vulnérables.

Projet de loi 21 et injonction à la compétence dans la relation aux publics vulnérables

En parallèle à cette réorganisation du travail en milieu scolaire, les années 2000 sont marquées, pour l'ensemble de la profession, par une loi visant la « modernisation de l'organisation professionnelle du secteur de la santé mentale et des relations humaines » qui amène une transformation du Code des professions du Québec. Cette réforme visait à mieux protéger les personnes vulnérables, dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. En plus de voir leur champ d'exercice modifié, les c.o. se sont vu réserver

certaines activités professionnelles à haut risque de préjudice. Outre l'évaluation des troubles mentaux et la psychothérapie, qui demandent des attestations supplémentaires, les activités réservées d'office aux c.o. sont :

- Évaluer (en orientation) une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité ;
- Évaluer le retard mental ;
- Évaluer (en orientation) un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique (LIP).

La transformation du Code des professions vient légitimer légalement la complexité du travail relationnel effectué par les c.o. et leur rôle central dans l'évaluation en orientation des personnes en situation de vulnérabilité. Cette reconnaissance occasionne une pression à la compétence spécifiquement sur ce travail relationnel impliquant l'évaluation. On peut penser que cela suscite des contradictions dans l'activité des c.o. en milieu scolaire avec la polyvalence et la flexibilité exigées par l'organisation du travail selon les visées de décloisonnement des pratiques promues par le Cadre de référence sur les services complémentaires. Comment intégrer, dans un contexte où les mandats se multiplient sans qu'ils soient accompagnés d'une augmentation des ressources, à la fois les exigences de polyvalence issues de l'impersonnel de l'organisation et les exigences de spécialisation issues de l'impersonnel du métier (ou dans ce cas-ci, de la profession) ?

Si l'on peut entrevoir les contradictions possibles sur le plan de la dimension impersonnelle du métier, comment ces prescriptions atterrissent-elles dans l'activité réelle des c.o. en milieu scolaire ? Pour mieux comprendre ce qu'il peut advenir du genre professionnel dans ce contexte, il y a lieu de s'intéresser aux conditions réelles d'exercice qui, ici encore, sont fonction des politiques publiques.

RATIONALISATION DES RESSOURCES ET RATIONALITÉ INSTRUMENTALE : QUELLES INCIDENCES SUR LA RELATION D'ORIENTATION ?

Au-delà de ces tensions présentes au sein du prescrit professionnel des c.o. en milieu scolaire, les dispositifs publics sont de nos jours marqués par une idéologie politique néolibérale. Cette idéologie se traduit, entre autres, par une rationalisation des ressources dans une optique d'efficience, laquelle peut conduire certains individus, par appropriation de ces injonctions, à penser et

à travailler en fonction de ce qui peut facilement faire l'objet d'une reddition de comptes. Bien que considérée moins radicale que celles d'autres provinces du Canada ou d'autres pays, la forme de Nouvelle Gestion Publique mise en place au Québec, qualifiée de « néostatiste » plutôt que de néolibérale, semble s'institutionnaliser et se durcir au fil des années, tranchant par là avec la gestion participative qui avait cours auparavant (Maroy et coll., 2016). Elle s'accompagne également depuis quelques années de politiques d'austérité budgétaire.

Si elle affecte nombre de pays occidentaux, la tendance à la rationalisation des ressources dans les systèmes d'éducation n'épargne pas le Québec (Tondreau et Robert, 2011). Ce sentiment de devoir faire plus avec moins affecte l'ensemble du personnel scolaire, y compris les c.o. Au Québec (FPPE, 2016; OCCOPPQ, 2010) comme ailleurs (Hearne, 2012; McCarthy, Van Horn Kerne, Calfa, Lambert et Guzmán, 2010; Amici et Lemoigne, 2007), les c.o. éprouvent un sentiment de surcharge de travail. Leur travail s'en trouve alors affecté, comme le soulignent des conseillers-d'orientation-psychologues (c.o.p.) de France : « Sentiment de saupoudrage de nos interventions; accumulation de missions prioritaires, morcellement de notre activité sur un nombre croissant de lieux; course après le temps. » (Amici et Lemoigne, 2007, p. 46) Cette « course contre la montre » s'est révélée centrale dans la souffrance à la source de la demande d'une clinique de l'activité poursuivie sur plusieurs années avec un groupe de c.o.p. (Amici et Lemoigne, 2007; Bournel Bosson, 2009; Fernandez et Malherbe, 2007). Chez les c.o. en milieu scolaire du Québec, la surcharge constitue le principal problème auquel ils font face, mais c'est le manque de temps pour rencontrer les élèves qui est le plus insatisfaisant (FPPE, 2016). Ce dernier constat est peu surprenant dans la mesure où la relation d'aide aux élèves constitue à l'évidence la principale source de plaisir au travail pour les c.o. (Viviers, 2016).

Or, cette recherche d'efficacité organisationnelle engendre également une omniprésence de la rationalité instrumentale (opératoire et pragmatique) dans l'expérience du travail des c.o. L'attribution de tâches administratives par les directions d'école constitue depuis longtemps un grief des c.o. dans la mesure, notamment, où ces tâches les empêchent de se consacrer à la relation d'aide aux élèves (Viviers, 2016). Les pressions à la reddition de comptes qui s'accroissent dans le système éducatif, pour obtenir des résultats mesurables (Maroy et coll., 2016), risquent fort d'augmenter cette tendance, d'autant plus lorsque l'on connaît la surcharge des directions d'établissement (Maranda, Héon et Viviers, 2011). Comment, dès lors, les c.o. peuvent-ils continuer de préconiser un travail relationnel auprès des élèves, dont l'opacité des résultats tangibles apparaît incompatible avec la nécessaire visibilité opératoire et la performance pragmatique attendue par les directions dans ce contexte ?

CONCLUSION

Le métier de conseiller d'orientation en milieu scolaire semble à la croisée des chemins. L'histoire de la profession au Québec montre à la fois son développement comme métier relationnel dont la complexité augmente avec la complexité de la société, et ses avancées et reculs en termes de reconnaissance sociale, notamment au sein du système éducatif. La pertinence de l'orientation est reconnue officiellement tant par le système éducatif (approche orientante) que par le système professionnel (projet de loi 21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines). Le fossé entre les deux visions de la profession apparaît toutefois abyssal, tant du côté de la « professionnalisation » (flexibilité *vs* spécialisation) que du côté du registre du travail relationnel (collaboration-conseil *vs* accompagnement processuel spécialisé des élèves). Or, le contexte d'exercice actuel de la profession en milieu scolaire, axé sur la rationalité instrumentale, laisse croire que le travail relationnel est possiblement difficile à mettre en œuvre.

En définitive, il y a lieu de se demander, dans ce contexte, ce qu'il advient de la profession de conseiller d'orientation dans le secteur scolaire comme « métier relationnel ». Quelle place occupe la relation dans le travail des conseillères et conseillers d'orientation ? Comment la relation est-elle investie dans leur activité de conseillères et conseiller d'orientation au regard de l'impersonnel de l'organisation, de l'impersonnel du métier, mais aussi du transpersonnel ? Comment les dispositifs publics conditionnent-ils, par la vision qu'ils portent de l'orientation, par les ressources qui lui sont attribuées, le travail relationnel des conseillères et conseiller d'orientation ? Comment les conseillères et conseillers d'orientation, par leur activité, contribuent-ils à transformer ou non le genre professionnel ? Ces questions ont guidé le travail de recherche exposé dans le chapitre suivant.

RÉFÉRENCES

- Adam, Christophe (2012), « Détisser le métier : la démarche clinique à l'épreuve des pratiques psychosociales en milieu pénitentiaire », dans Mireille Cifali et Thomas Périlleux (dir.), *Les métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques*, Collection Savoir et Formation, Série Psychanalyse et Éducation. Paris, L'Harmattan
- Amici, Sylvie et Jacques Le Moigne (2007), « Questionner sa pratique de conseiller d'orientation psychologue pour faire vivre le métier », *Éducation permanente*, vol. 171, n° 2, p. 45-58.
- Beaudry, Paul André (1981), *Aspects du travail du conseiller d'orientation en milieu scolaire secondaire (année 1979-1980)*. Série « Études et documents », Collection Service de

- recherche et expérimentation pédagogique. Québec, ministère de l'Éducation, gouvernement du Québec.
- Bélisle, Rachel (2009, juin). *Les politiques publiques peuvent-elles soutenir le développement de carrière dans un monde complexe, compartimenté et rude?* Conférence d'ouverture du Symposium pancanadien sur le développement de carrière et les politiques publiques organisé par le Groupe de travail sur les services de développement de carrière du Forum des ministres du marché du travail (FMMT), Winnipeg (Canada), 29 octobre 2009.
- Bournel Bosson, Maryse (2009), *Conseiller d'orientation-psychologue: la vitalité du métier. Le « travail sur le travail » un instrument d'action personnel et collectif pour les professionnels de l'Éducation nationale*, Rapport de recherche. Paris, Centre de recherche sur le travail et le développement, Conservatoire national des arts et métiers.
- Bujold, Charles et Marcelle Gingras (2000), *Choix professionnel et développement de carrière: théories et recherches* (2^e éd.), Boucherville, Gaëtan Morin.
- Cardinal-Picard, Marie (2010), *Pratiques de l'écrit et rapport à l'écrit de conseillères et conseillers d'orientation au cœur de la relation d'orientation*, Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Cifali, Mireille et Thomas Périlleux (2012), *Les métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques*. Collection Savoir et Formation, Série Psychanalyse et Éducation. Paris, L'Harmattan
- Clot, Yves (2010), « Pourquoi l'activité dans la clinique du travail? », dans Yves Clot et Dominique Lhuillier (dir.), *Agir en clinique du travail*, Paris, Eres.
- Clot, Yves (2008), *Travail et pouvoir d'agir*. Collection Le travail humain. Paris, Presses universitaires de France.
- Clot, Yves (2006), « Clinique du travail et clinique de l'activité », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, p. 165-177.
- Clot, Yves (2015), *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF.
- Clot, Yves et Daniel Faïta (2000), Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, vol. 4, p. 7-42.
- Commission royale d'enquête sur l'enseignement (1964), L'orientation scolaire et professionnelle (chapitre 28). Dans Commission royale d'enquête sur l'enseignement, *Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec – Tome II* (p. 263-277). Québec, gouvernement du Québec.
- Demailly, Lise (2008), *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Lille, Presses universitaires du Septentrion.
- Demazière, Didier et Charles Gadéa (2009), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- Demazière, Didier, Claude Lessard et Joëlle Morissette (2013), « Introduction : Les effets de la Nouvelle Gestion Publique sur le travail des professionnels: transpositions, variations et ambivalences », *Éducation et sociétés*, vol. 32, p. 5-20.

- Dionne, Patricia (2015), *Le groupe d'insertion sociale et professionnelle: apprentissages et développement au cœur de l'activité collective des personnes en situation de chômage de longue durée*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Dubar, Claude, Pierre Tripiet et Valérie Boussard (2015), *Sociologie des professions* (4^e éd.), Paris, Armand Colin.
- Dupont, Pierrette (2001). Évolution des pratiques d'orientation et causes du virage actuel. *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 30 (hors-série), p. 494-499.
- Fédération des professionnelles et professionnels de l'éducation du Québec (FPPE-CSQ) (2016), *Enquête sur l'orientation scolaire et professionnelle*, Document inédit.
- Fernandez, Gabriel et Alain Malherbe (2007), « Conseiller d'orientation-psychologue : un métier discuté », *Éducation permanente*, vol. 171, n° 2, p. 31-44.
- Gingras, Marcelle (2001), « Aspects théoriques et rôles des partenaires dans l'éducation à la carrière », *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 30 (hors-série), p. 500-505.
- Hearne, Lucy (2012), *The resilient adult guidance practitioner: a study of the impact of high touch work in challenging times*. Rapport de recherche publié par l'IRCHSS, Université of Limerick, Irlande. [En ligne]. [<http://www2.ul.ie/pdf/232957089.pdf>] (Consulté le 27 mai 2013)
- Herr, Edwin L. (2002), « School reform and perspectives on the role of school counselors: A century of proposals for change », *Professional School Counseling*, vol. 5, n° 4, p. 220-234.
- Lecomte, Conrad et Vincent Guillon (2000), « Counseling personnel, counseling de carrière et psychothérapie », *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 29, n° 1, p. 117-140.
- Maranda, Marie-France, Lucie Héon et Simon Viviers (2011), « Le travail des directions des écoles », dans Marie-France Maranda et Simon Viviers (dir.), *L'école en souffrance: psychodynamique du travail en milieu scolaire*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Maroy, Christian, André Brassard, Cécile Mathou, Samuel Vaillancourt et Annelise Voisin (2016), « *La mise en œuvre de la politique de gestion axée sur les résultats dans les commissions scolaires au Québec. Médiations et mécanismes d'institutionnalisation d'une nouvelle gestion de la pédagogie* ». Rapport de recherche. Chaire de recherche du Canada en politiques éducatives. [En ligne]. [http://crcpe.umontreal.ca/publications/documents/Rapport_CRCPE_GAR-CS_2016.pdf].
- Maroy, Christian et Pierre Doray (2000). « Education-Work Relations: Theoretical Reference Points for a Research Domain ». *Work, Employment & Society*, 14(1), p. 173-189
- McCarthy, Christopher, Valerie Van Horn Kerne, Nicolía Calfa, Richard G. Lambert et Michele Guzmán (2010), « An exploration of school counselors' demands and resources: relationship to stress, biographic, and caseload characteristics », *Professional School Counseling*, vol. 13, n° 3, p. 146-158.

- Mellouki, M'Hammed et Mario Beauchemin (1994a), «L'institutionnalisation, la crise et l'éclatement du champ de l'orientation scolaire et professionnelle au Québec (1960-1990)», *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 23, n° 4, p. 465-480.
- Mellouki, M'Hammed et Mario Beauchemin (1994b), «L'orientation scolaire et professionnelle au Québec : l'émergence d'une profession, 1930-1960», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 48, n° 2, p. 213-240.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2002a), *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite*. Québec, Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2002b), *À chacun son rêve, pour favoriser la réussite : l'approche orientante*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2000), *Prendre le virage du succès. L'école orientante : un concept en évolution*, Québec, gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (1981), *Éducation au choix de carrière - Secondaire (information scolaire et professionnelle et connaissance du monde du travail)*. Série Programme d'études, Direction du développement pédagogique. Québec, gouvernement du Québec. [En ligne]. [<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs41446>] (Consulté le 18 mars 2014)
- OCCOPPQ - Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2010b, Mars), *L'orientation : répondre ou non aux besoins des élèves*. Communiqué du président Laurent Matte publié le 20 mars 2010. [En ligne]. [<http://www.orientation.qc.ca/Communications/-/media/447BC3B4B5CB4342AC880D21243A5179.ashx>] (Consulté le 6 février 2012).
- Osty, Florence (2002), *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Parsons, Frank (1909), *Choosing a vocation*, Boston, Houghton Mifflin.
- Pelletier, Denis (2004), «De l'orientation au participe présent», dans Denis Pelletier (dir.), *L'approche orientante. La clé de la réussite scolaire et professionnelle*, Québec, Septembre Éditeur.
- Super, Donald. E. (1957), *Scientific Career and Vocational Development Theory*, Ney-York, Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University.
- Tondreau, Jacques et Marcel Robert (2011), *L'école québécoise : débats, enjeux et pratiques sociales*, Québec, Éditions CEC.
- Viviers, Simon (2016) «Souffrance et stratégies défensives dans le travail de conseillers d'orientation en milieu scolaire : l'identité professionnelle en question», dans Geneviève Fournier, Lise Lachance et Emmanuel Poirer (dir.), *Éducation et vie au travail : diversité des trajectoires professionnelles et dynamique de maintien durable en emploi* (p. 253-293), Québec, Presses de l'Université Laval.

TROISIÈME PARTIE

**Subjectivité et métier au travail:
entre résistance et
engagement personnel**

CHAPITRE 6

Métier relationnel et dispositifs publics

Regard sur l'activité de conseil d'orientation en milieu scolaire

Patricia Dionne et Simon Viviers

Les dispositifs publics mis en œuvre dans le domaine de l'éducation au Québec, en Amérique du Nord et en Europe sont marqués par une doctrine de Nouvelle Gestion publique (NGP). Cette doctrine se caractérise par l'importation, dans l'organisation des services publics, de systèmes de gestion de l'entreprise privée impliquant notamment des principes d'efficience, d'imputabilité, de flexibilité et de clientélisme. Elle vise une rationalisation des coûts et des ressources et une reddition de compte accrue (Demazière, Lessard, & Morissette, 2013 ; Saussez & Lessard, 2009). Bien que modèle dominant les outils de gestion et de régulation, la NGP ne se déploie pas, comme le soulignent Maroy & Vaillancourt (2013) « de manière univoque et unidirectionnelle dans l'ensemble des systèmes d'administration publique ou dans le système éducatif » (p. 94). Les influences sur le travail sont variées et affectent entre autres – selon plusieurs combinaisons et oscillations – le sens collectif et individuel du travail bien fait, des professionnelles et professionnels de l'éducation (Demazière et coll., 2013). Le présent chapitre s'intéresse à l'une de ces catégories de professionnels : les conseillères et conseillers d'orientation en milieu scolaire secondaire (c.o.) au Québec. L'analyse proposée vise à retracer, à travers la parole individuelle et collective de c.o., le sens¹ que prend la relation

1. Le sens renvoie au « rapport que le sujet instaure entre cette action et ses autres actions possibles ». (Clot, 2008, p. 9)

dans l'activité des c.o. et comment cette relation est affectée par les politiques et dispositifs publics actuels. Elle s'inscrit dans la continuité du chapitre précédent (Viviers et Dionne, dans le présent ouvrage), en proposant une entrée par l'activité d'un groupe de c.o. en milieu scolaire participant à une clinique de l'activité (Clot, 2008).

UNE ENTRÉE PAR L'ACTIVITÉ

Pour analyser le travail de c.o. en milieu scolaire, nous adoptons une entrée par l'activité qui « indique bien une valorisation de la primauté analytique accordée à l'activité matérielle concrète » (Saussez, 2014, p. 190). Au lieu d'une analyse sur les fonctions prescrites du travail, la présente étude tient pour point de départ non seulement le travail tel qu'il est effectué, mais également la partie non réalisée de ce travail (Vygotsky, 1925/2003) ou celle qui demeure en friche dans l'activité² réelle de c.o. Cet angle heuristique implique d'aller au-delà du prescrit – les tâches conventionnées des c.o. en milieu scolaire – pour susciter un espace de parole sur le métier des c.o. et leur activité matérielle concrète. Ainsi, dans et par l'activité, la médiatisation de la parole et des instruments langagiers développés culturellement et historiquement dynamisent en chaque sujet la mise en objet de même que la conscience de son activité (Clot, 2008). Parmi les éléments culturels et historiques marquant le patrimoine et l'activité d'un métier, Clot et Faïta (2000) ont défini le concept de genre professionnel comme suit :

Un système souple de variantes normatives et de descriptions comportant plusieurs scénarios et un jeu d'indétermination qui nous dit comment fonctionnent ceux avec qui nous travaillons, comment agir ou s'abstenir d'agir dans des situations précises ; comment mener à bien les transactions interpersonnelles exigées par la vie commune organisée autour des objectifs d'action. (p. 14)

Les personnes qui s'associent au genre utilisent un vocabulaire et des expressions communes et partagent des références sur les normes d'acceptabilité du métier, ce qui facilite la communication et l'atteinte des objectifs. Ces normes permettent aux uns et aux autres de se reconnaître et de se distinguer dans ce qu'ils font. Les repères sont à la fois techniques et langagiers, généralement implicites, incorporés et, donc, parfois difficiles à expliciter. La mémoire transpersonnelle que constitue le genre professionnel offre des possibilités d'inscrire le travail du c.o. dans une histoire autre que son histoire personnelle :

2. Dans cette perspective culturelle-historique (Léontiev, 1975/1984) soutient que l'activité psychologique est liée aux motifs de la personne dans ses actions. Ainsi, « les activités sont réalisées par des actions orientées vers des buts qui sont subordonnés à des motivations conscientes » (p. 50).

celle d'un métier. Ce patrimoine de faits et gestes du métier transcende les autres dimensions du métier en même temps qu'il s'en nourrit : l'impersonnel (ex., le métier tel qu'il est prescrit), l'interpersonnel (ex., le métier tel que des collègues l'exercent) et le personnel (c'est-à-dire le métier incorporé dans la dimension intime et subjective du travail). Ce genre professionnel peut être rendu « visible » et discuté collectivement au cours d'un dispositif de clinique de l'activité (Clot et Faïta, 2000).

DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE : LA CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ

L'analyse de l'activité dirigée (Clot, 2015) s'inscrit dans une perspective d'analyse qui vise – par une description de l'activité elle-même à déployer avec un collectif ou un clinicien du travail – l'expérience subjective des travailleurs. Plus spécifiquement, la clinique de l'activité constitue une démarche de recherche-intervention qui « se fixe comme objectif de faire reconnaître les gisements d'expertise détenus par les travailleurs, tant dans la maîtrise des situations et des instruments et techniques, que sur l'organisation du travail » (Van der Maren et Yvon, 2009, p. 52). L'une des visées de ce dispositif est la restauration de la vitalité de l'activité, du pouvoir d'agir des travailleurs sur leur activité et, éventuellement, dans leur organisation. L'étude présentée ici s'appuie sur un dispositif utilisé en clinique de l'activité : l'instruction au sosie (Oddone, Rey et Briante, 1981).

L'instruction au sosie commence par une mise en situation où une personne volontaire doit décrire concrètement à un sosie fictif son activité de travail en s'attardant suffisamment aux détails pour que ce dernier puisse éventuellement la remplacer incognito. Le sosie demande des clarifications à l'instructeur en s'intéressant avant tout au « comment » de l'activité (Clot, 2015). L'activité de la personne est ensuite discutée à deux moments avec le collectif³. Par une telle mise en débat de l'activité, dans des conditions d'intersubjectivité, on peut comprendre ce qu'il advient du métier dans des conditions concrètes de réalisation. Il s'agit donc, par un moyen détourné, de générer une parole sur l'activité pour que le réel de l'activité – inaccessible directement – puisse se déployer et être mis en discussion à la lumière de l'expérience des sujets et de l'expertise du chercheur (Clot, 2015).

3. Pour la méthodologie détaillée de l'instruction au sosie utilisée, voir la recherche-source (Viviers, 2014).

Le groupe de conseillère et conseillers d'orientation participant à la clinique de l'activité

Le matériau ici analysé et présenté est constitué des verbatim de trois cycles d'instruction réalisés entre décembre 2011 et mars 2012 au sein d'un groupe de huit c.o. travaillant dans une commission scolaire de milieu urbain au Québec. Au moment où s'est déroulée la recherche, quatre c.o. avaient une expérience de plus de dix ans dans ce milieu. La majorité des participants avaient auparavant œuvré plusieurs années dans un autre secteur, principalement dans le communautaire. Dans le tableau 1 sont présentées les personnes instructrices, leurs principales tâches, de même que les ratios élèves/c.o. dans leur milieu.

Tableau 1
Caractéristiques des personnes instructrices

| Instructeur | Maryse | Geneviève | Pierre |
|--------------------|--|--|---|
| Nombre d'élèves | 2 c.o. / 1000 élèves | 1 c.o. 4 jours / entre 1300 et 1500 élèves | 1 c.o. 5 jours / entre 1400 et 1500 élèves |
| Tâches principales | Admission, validation des choix de cours Demandes d'admission Information sur la formation et le travail (IFT) Rencontres individuelles d'orientation Exercice d'un rôle-conseil et approche orientante (AO) | Admission, révision et validation des choix de cours Rencontres individuelles d'orientation IFT Tâche avec des groupes: tournées de classes, journée carrière, AO | Admission continue, révision et validation des choix de cours Tournée de classe et IFT Rencontres d'orientation individuelles Représentation de ses collègues (C. S, Conseil d'établissement) Pas le temps pour l'AO ou le projet personnel d'orientation (PPO) |

La relation d'aide en orientation au cœur de l'activité des conseillères et conseillers d'orientation

L'analyse de l'activité des c.o. participant à la clinique met en évidence la place centrale occupée par la relation d'aide en orientation dans le sens que leur travail prend pour eux. Cette dernière s'établit tant dans les rencontres plus informelles (au centre de documentation, au cours d'activités sportives ou parascolaires) que dans les entretiens individuels, les activités en classe ou lors de l'organisation d'activités d'orientation (journée carrière, journées d'exploration professionnelle, etc.). L'importance d'aider les jeunes et de les sensibiliser à l'orientation ressort dans l'ensemble du discours des c.o. L'expression « semer des graines » est reprise par plusieurs pour indiquer qu'ils souhaitent avoir une influence aidante dans le parcours des élèves. En ce sens, les c.o. s'assurent de la qualité du lien avec les élèves par divers moyens : par leur disponibilité auprès des jeunes, par l'empathie démontrée envers leur situation, voire par l'amour porté aux jeunes. La dimension affective ressort dans la description de la relation avec les élèves où plusieurs anecdotes sont partagées. Par exemple, Maryse est émue d'apprendre qu'elle a aidé un élève vivant une situation difficile à persévérer dans son projet scolaire. Ce dernier revient lui dire : « Je cherchais quelqu'un qui a cru en moi, qui m'a aidé, et je suis revenu vous parler parce que je veux savoir ce que je peux faire. » Elle souligne que ces propos « l'ont vraiment touchée ». Devant sa tâche surchargée, elle se dit : « J'ai tellement de choses à faire, est-ce que j'arrive encore à toucher des élèves, des gens ? » La c.o. confie avoir déjà envisagé de quitter son milieu de travail, mais des moments comme celui-là l'incitent à rester.

La relation d'aide en orientation dynamise le sens du travail des c.o. et soutient leur maintien au travail malgré les effets parfois délétères de la rationalisation des ressources et des contraintes de temps (décrites ci-après). La relation atteint une profondeur supplémentaire lorsqu'il est question d'entretiens de conseil et que cette dernière s'inscrit dans un processus « complet » d'orientation⁴. Dans ce cadre processuel, les c.o. sont intéressés à l'histoire de l'autre et à soutenir la mise en mots de cette histoire. Pierre souligne que la relation d'aide en orientation, « c'est le cœur de [son travail] ». Pour Nicolas, l'un des c.o. du groupe, il est impossible de concevoir l'orientation sans counseling individuel. Il se dit prêt à se « battre pour garder cette occasion-là de

4. Selon Michaud (non publié) le processus d'orientation complet implique une relation dyadique ou groupale où les buts, les tâches et le lien émotionnel se construisent par la réalisation de tâches complexes et pour lequel la réponse aux besoins d'orientation d'une personne n'est pas totalement saisissable dès la première rencontre, mais s'établit au cours d'un processus d'aide.

[s]’asseoir avec un élève et de dire : “Parle-moi de toi. Et c’est quoi ta réalité? Et qu’est-ce que tu vis, et d’où tu viens et où est-ce que tu veux t’en aller et comment on peut t’aider?” » La relation créée et les autodévoilements qu’elle peut susciter permettent de considérer la singularité des parcours des jeunes et des contextes dans lesquels ils évoluent. Dans certains cas, la prise en considération de ces singularités mène les c.o. à défendre un assouplissement des règles existantes et à assumer des décisions controversées, prises dans le but d’aider les jeunes :

- **Pierre** : Tu peux entendre toutes les belles histoires, très émouvantes, «écoutez, on a un contexte et une raison valable qui peut avoir un impact sur les notes scolaires ». En réalité, tu te confrontes à des normes d’école pour obtenir les maths fortes, qui sont catégoriques : 72 % pour avoir des maths fortes. Toi, tu vois les enjeux. L’élève, il s’en va en 4^e secondaire et, il a 68 %, il a un contexte, tu as tous les éléments pour dire : « Moi, j’évalue que je le place quand même en réussite si je le mets dans les maths fortes. » Toi, tu es le c.o., tu as cette ouverture-là, mais plante-toi les deux pieds pour convaincre la direction et l’équipe-école, qu’il a sa place là parce que tu vas te le faire mettre sous le nez si l’élève n’y arrive pas.

Les discussions collectives sur l’activité amènent deux c.o. à prendre conscience de l’espoir d’aide qu’ils nourrissent dans la relation établie avec les élèves :

- **Pierre** : Ça m’emmène à réfléchir, et dire : « Je trouve que c’est peut-être aussi ce qui nous tient dans ce travail-là. ». D’avoir un certain espoir de changer les choses, d’améliorer, d’aider vraiment, être là pour les vraies choses. Quand on veut aider des jeunes, et c’est ça la retombée de notre travail. Quand on a le sentiment d’avoir aidé quelqu’un et que la personne part, l’élève, part en disant « merci beaucoup », on le sent. Il n’y a rien de plus merveilleux que ça.
- **Geneviève** : C’est la plus grosse satisfaction.

Une autre c.o. souligne son attachement aux élèves. Sa relation avec eux est au cœur de son travail, et le groupe lui reflète avec humour cet attachement. Geneviève utilise 22 fois le mot amour dans son instruction lorsqu’elle évoque les relations avec « ses » élèves et ses collègues et exprime la motivation qui en découle :

- **Geneviève** : Mais moi, je le fais parce que l’élève qui est devant moi, pour moi, c’est la petite personne la plus importante au monde quand elle est dans mon bureau parce que je suis embauchée pour elle, pas pour le directeur, pas pour la feuille de choix de cours, pour elle.

L'importance accordée à la relation se traduit aussi dans l'organisation de l'horaire des c.o. Ainsi, deux d'entre eux prévoient à l'horaire leur disponibilité pendant les pauses des élèves, ce qui leur permet de venir régulièrement poser leurs questions. Maryse observe systématiquement dans ces moments que six ou sept élèves attendent devant son local : « Ils viennent beaucoup parce qu'on est gentils, beaucoup. » Cette explication entraîne un rire généralisé chez les c.o. du groupe, qui semblent s'y reconnaître.

RELATION AVEC LES PERSONNELS DE L'ÉCOLE : D'UNE IMPORTANCE STRATÉGIQUE

La relation avec la direction et le personnel administratif semble influencer le temps accordé aux tâches administratives et, par conséquent, le temps disponible pour établir une relation avec les élèves et pour mener des processus d'orientation. Malgré une définition de tâches prescrites conventionnées, il semble que le rôle des c.o. dans les processus d'admission des élèves et dans le choix de cours varie grandement selon les écoles et les directions en place. Si certains c.o. participent à ces tâches en étant chargés spécifiquement des élèves indécis ou présentant une situation atypique, dans d'autres écoles, les c.o. sont responsables de l'ensemble de ces deux processus administratifs (choix de cours et admission). Ces tâches sont alors chronophages et peuvent occuper, comme dans le cas de Pierre et de Maryse, plus du tiers de l'année scolaire. Les c.o., dans leurs interactions, se désolent collectivement de l'influence de la qualité de la relation avec la direction sur la possibilité d'effectuer les tâches désirées et conventionnées de leur travail :

- **Geneviève** : Je l'ai toujours dit en réunion de c.o., je me sens privilégiée dans mon école parce que j'ai une très bonne relation avec ma direction. Le jour où monsieur [nom du directeur] va quitter [...] ça pourrait « ouf » changer de cap du tout au tout, complètement.
- **Annie** : Oui, c'est vrai malheureusement.
- **Sosie** : C'est ce que tu disais, Pierre, tantôt
- **Geneviève** : Nouvelle direction ; ça pourrait changer.
- **Pierre** : Ben oui, tu pourrais passer de héros à zéro dans le temps de le dire !

La qualité des relations avec la direction et les personnels de l'école, au-delà de la contribution à un climat de travail agréable, est considérée de manière stratégique par plusieurs c.o. du groupe. Les relations avec le personnel enseignant influent sur la possibilité d'intervenir en classe avec les élèves, de réaliser des projets d'approche orientante et d'établir une collaboration interdiscipli-

naire afin de soutenir les élèves qui vivent des difficultés dans leur parcours scolaire. La relation avec les personnels semble donc être subordonnée à la relation aux élèves, notamment à la relation d'aide en orientation que les c.o. veulent avoir le temps et la possibilité d'établir avec ces derniers.

Au terme des deux sections qui précèdent, nous pouvons dégager que les c.o. mettent la relation d'aide en orientation et la relation avec les élèves au cœur de ce qui donne un sens à leur travail. La qualité de la relation avec les collègues et les directions sont également centrales dans leur activité effective, mais pour des questions qui apparaissent stratégiques. Toutefois, l'ensemble des c.o. soutiennent que leur activité relationnelle dans le cadre d'un processus d'orientation complet est entravée par la pression constante du temps et la rationalisation des ressources dévolues aux dispositifs publics d'orientation. Cette entrave est approfondie dans la section qui suit.

DISPOSITIFS PUBLICS : LA PRESSION DU TEMPS ET LA RATIONALISATION DES SERVICES

Dans les trois instructions et dans les discours du groupe, notre analyse révèle une référence constante au manque de temps. Les c.o. doivent voir un grand nombre d'élèves en peu de temps – parfois 1000 élèves en un mois pour les choix de cours – et doivent faire des choix considérés comme déchirants au regard des services d'orientation offerts. Faute de temps, Geneviève dit se concentrer sur ses rencontres avec les élèves de cinquième secondaire, qui ont une décision imminente à prendre concernant la suite de leur parcours scolaire ou professionnel. Elle délaisse alors à contrecœur les rencontres des élèves des autres niveaux. Maryse souligne pour sa part que l'organisation scolaire occupe 75 % de son temps. Elle sent qu'elle n'accorde pas le temps souhaité aux élèves dans le besoin. Le 25 % de temps restant pour répondre aux besoins de tous la laisse perplexe : répondre davantage aux besoins, « ça serait bien, mais est-ce possible ? » Pierre souhaiterait avoir le temps d'établir une relation d'aide en orientation lui permettant de reconnaître les particularités et les vulnérabilités des élèves, et ce, dès le début du parcours scolaire. Il lui semble qu'il « apporterait davantage que de faire des choix de cours trop rapidement, qui diluent tellement l'orientation qu'elle en perd le sens ». Le manque de temps crée donc un écart important entre l'activité qui est réalisée et celle que les c.o. voudraient réaliser.

La durée de l'aide apportée est décidée en fonction des contraintes de temps plutôt que des besoins. L'aspect processuel de la relation d'aide en orien-

tation est ainsi malmené et remplacé par une aide plus ponctuelle⁵. À l'école de Geneviève, le ratio présenté au tableau 1 fait réagir fortement les autres membres du groupe. Les autres membres du groupe semblent penser que ce ratio empêche ou entrave le travail « bien fait » auprès des élèves. Dans l'un des milieux, cette pression se manifeste par une injonction de la direction au c.o. de se dépêcher de répondre au parent, qui semble envisagé comme un client :

- **Pierre** : C'est quand même un contexte d'urgence [ton ironique], très important et parce tout est vital. Parce que la personne à l'entrée, si elle n'a pas de réponse tout de suite c'est sûr qu'il y a quelqu'un de la direction qui va dire : « Qu'est-ce qui se passe, Pierre, ce parent-là, ça fait longtemps qu'il est là ? » Je dis « oui, mais c'est parce que j'ai déjà quelqu'un au téléphone, j'avais un rendez-vous, la personne s'est pointée, elle n'a pas pris de rendez-vous, les autres attendent également ». La direction va me répondre : « Oui, mais là, ce n'est pas normal, prends moins de temps, dépêche-toi ! »

Au-delà d'un style de gestion, le discours de la directrice semble marqué par les principes d'efficacité et une approche clientéliste associée plus tôt à la NGP. L'introduction de questionnements d'orientation, important pour Pierre dans le sens accordé à cette partie de son travail, est alors explicitement empêchée. Pourtant, Pierre saisit le moment des inscriptions pour établir une relation avec l'élève et offrir une écoute à des besoins émergents touchant l'orientation. Ici encore, les contraintes de temps nuisent à un travail relationnel « bien fait » selon les règles du métier : écoute, attention à l'histoire de l'autre et considération de la singularité des parcours. La légitimité de participer au processus d'inscription est remise en question :

- **Pierre** : Et j'entends, ta tâche actuellement, ce n'est pas de faire de l'orientation, c'est de faire des inscriptions, et il faut que ça opère, parce qu'il y en a d'autres qui attendent. Tu es rushé et la pression tu l'as, ils coupent ton temps. Évidemment, tu n'aimes pas ça parce que tu te fais imposer ça parce qu'en même temps, tu dis : c'est le sens du choix de cours, pour moi, ça devient un prétexte d'orientation et donne du sens aux études, il y a un minimum qui doit être fait, il faut que tu mettes ta couleur de conseiller d'orientation. Cette dimension-là, elle est incontournable. Tu vas te poser la question : si je rentre dans ce que la direction me dit, c'est juste une question de faire signer les parents, et « j'hésite entre ça et ça », et c'est tout ! Pourquoi, c'est moi qui le ferais ?

5. Dans certains milieux, une aide de courte durée (15 minutes) peut cependant être offerte à plusieurs reprises au cours de l'année scolaire au même élève.

Cette pression de la direction fait réagir les c.o. qui la trouvent contraire à la norme d'autonomie professionnelle. Pierre vit pour sa part un dilemme : prendre le temps d'introduire l'orientation dans les admissions ou être « rentable » et répondre aux exigences de la direction ? Cette préoccupation constante est énergivore pour lui. Or, sa référence explicite à la rentabilité et à la réponse aux exigences d'efficacité montre une certaine réappropriation dans l'activité de certains des principes de la NGP.

La rationalisation des ressources affecte aussi les équipes de direction et les autres personnels administratifs et dépasse leur capacité à assumer les tâches administratives. Le fait que les c.o. collaborent avec l'équipe administrative des écoles rend fréquentes les demandes imprévues à leur endroit et le transfert dans leur tâche d'une partie des surplus des tâches administratives. Les c.o. rencontrés constatent également que leurs compétences relationnelles, de même que leur connaissance du système scolaire, les amènent alors à être sollicités pour une panoplie de mandats. Cette polyvalence affecte toutefois le temps à consacrer à leur champ d'expertise, les éloignant du prescrit professionnel et de la relation d'aide en orientation désirée avec les élèves, ce qui suscite de la frustration :

- **Geneviève** : Ce qui est frustrant dans tout ça, c'est de dire : le c.o. est le déversoir vers lequel on envoie un peu tout parce qu'on se dit : « Lui, il est capable, il est capable, il est capable », mais l'autre côté de la médaille, c'est qu'ils ne reconnaissent pas notre spécificité professionnelle.

Les c.o. sentent ainsi parfois que leur expertise en relation d'aide issue de leur formation de deuxième cycle n'est pas reconnue, que peu de place est accordée aux processus d'orientation « complets ». L'une des c.o. évoque un risque d'obsolescence de ses compétences à assurer de tels processus, qu'elle a peu de temps pour mettre en œuvre. Cela peut l'amener à sentir un décalage par rapport à une conception partagée de ce qu'est une « vraie c.o. » (Maryse).

DES RÈGLES ET DES NORMES DE MÉTIER MALMENÉES

Le manque de ressources ou de temps a parfois pour effet que certaines règles de métier et d'éthique professionnelle sont bafouées. Par exemple, les c.o. du groupe rappellent gentiment à une participante qu'elle est tenue, selon le Code de déontologie de la profession, d'ouvrir un dossier pour les élèves reçus en entretien. À sa décharge, cette c.o. spécifie une distinction entre la relation établie lors des rencontres ponctuelles, rapides et spécifiques, et celle qui se construit dans les processus impliquant des rencontres d'une heure et entraînant une tenue de dossiers. Le groupe est alors amené à remettre en

question les frontières d'une relation d'aide processuelle en orientation : la ligne qui départage le début de la relation d'aide en orientation est floue. Pour les c.o. instructeurs, les inscriptions ou les choix de cours sont autant d'occasions de rencontres « administratives » saisies par les c.o. ou les élèves pour introduire des questionnements d'orientation. Ainsi, l'aide en orientation est offerte, mais s'inscrit dans plusieurs cas dans une ou des rencontres ponctuelles. Comme il a été évoqué précédemment, l'activité empêchée des c.o. dans les écoles secondaires, relève davantage d'une relation d'aide processuelle en orientation. Ce type de relation d'aide relève par ailleurs d'une norme dans le métier et dans la profession (Viviers et Dionne, dans le présent ouvrage).

Un autre écart avec les règles professionnelles suscite une réaction vive du groupe et une controverse de métier : un c.o. est fortement invité par sa direction à garder sa porte ouverte lorsqu'il fait des rencontres de choix de cours. Cette injonction, semble renvoyer, comme il a été évoqué précédemment, à une pression d'efficience et à la conception d'une séparation tranchée entre les tâches administratives et l'orientation.

- **Claire** : Mais ta porte est ouverte ?
- **Pierre** : La porte...non, Sosie, tu ne peux pas la fermer.
- **Sosie** : Je ne peux pas la fermer, ok.
- **Pierre** : C'est une exigence de la directrice.
- **Groupe** (tout le monde réagit) : Ah, ben non, ben voyons donc ! Ça n'a pas de bon sens ! Plainte à l'Ordre !
- **Pierre** : Soyez zen ! Soyez zen !
- **Claire** : On n'est pas zen, tu vois bien qu'on n'est pas zen.
- **Pierre** : Alors on est dans un contexte où c'est exigeant.
- **Geneviève** : Je ne veux pas aller travailler à ton école [...]
- **Nicolas** : Moi, Pierre, si tu n'étais pas mon chum⁶... je vais y penser sérieusement, moi, ça vient me chercher l'histoire de la porte (rires). Ça vient me chercher, c'est pas possible !
- **Claudia** : Ben oui, heille ! En acceptant de jouer ce jeu-là, tu vas même à l'encontre du code éthique de l'ordre professionnel et en plus tu es membre de l'Ordre
- **Pierre** : Mais il faut que j'apporte une nuance par rapport à ça.

6. Le c.o. fait référence au fait que la situation mériterait une plainte à l'ordre professionnel, mais qu'il hésite, parce que c'est un ami qui vient de se confier à lui.

- **Nicolas** : Je vais aller voir dans le code d'éthique, mais je pense que chaque client a le droit à la confidentialité, et même l'employeur est tenu d'offrir un bureau fermé pour que la confidentialité soit respectée. Mais si le client, c'est le parent. Je m'en fous que ça soit le parent ou l'élève, mais il a le droit à la confidentialité avec le professionnel la porte fermée. À partir du moment que ta direction te dit : « Tu laisses la porte ouverte ». Elle va à l'encontre du code, et que toi, tu acceptes, tu vas à l'encontre du code. Si t'as un problème pour dealer ça avec ton boss⁷, je vais t'aider à le faire. Je vais la faire moi-même la plainte.

Cet exemple montre la primauté du respect de la confidentialité pour les c.o. rencontrés; le caractère personnel des rapports, le risque de préjudice et l'autonomie professionnelle sont vus comme des règles incontournables de la profession et du métier. La porte devient un symbole fort de protection des conditions définissant une profession au sens de la loi québécoise, mais également un symbole de protection de la qualité de la relation d'aide. Claudia, appelle à aller manifester pour Pierre; paradoxalement, le dernier extrait montre qu'elle et d'autres c.o. lui attribuent la responsabilité de cette intrusion et lui reprochent une forme d'assujettissement. Pierre soutient avoir déjà mis en œuvre plusieurs stratégies individuelles offrant un espace de liberté, comme fermer la porte au moment où des éléments confidentiels sont évoqués lors des entretiens, mais la référence à sa responsabilité individuelle devant cette problématique suscite une réaction de colère. Il souligne plus tard que cette pression est présente dans le groupe, mais également dans les regroupements nationaux de c.o.

- **Pierre** : Ce qui me met en colère, ce que je réalise de plus en plus [...] je trouve qu'on entend trop souvent les pressions de dire : c'est au c.o. d'aller voir sa direction, d'arranger ça. Je ne suis plus capable! Je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire, mais de là à dire que ça règle tous les problèmes, c'est trop simpliste et je l'entends trop souvent. Alors, ça prend d'autres moyens de pression, d'autres façons d'y arriver.

Puisque la pression du temps et de la performance est présente dans plusieurs milieux scolaires, ce c.o. ramène ses pairs à l'importance d'une mobilisation à une échelle politique plus large. Pour sa part, dans ses engagements politiques, il souligne gagner de « petits combats » afin qu'on reconnaisse la spécificité de son activité et qu'il ait du temps pour soutenir les jeunes dans une relation d'orientation.

7. Négocier cela avec ta patronne.

L'aspect relationnel revêt un caractère central dans l'activité des c.o. et, malgré les contraintes de temps et de ressources entravant cette activité, les c.o. rencontrés introduisent des questionnements sur l'orientation dans plusieurs de leurs rencontres avec les jeunes. Ils réaménagent de façon créative l'objet de ces rencontres en tentant de susciter des prises de conscience chez les élèves, notamment au regard de la position d'attente de ces derniers relativement à leur orientation. Le manque de reconnaissance de la spécificité professionnelle des c.o. et la lourdeur de la responsabilisation individuelle devant les demandes d'ajout de tâches administratives créent des tensions dans l'activité des c.o. Nos résultats montrent aussi un écart saillant entre les tâches désirées par les c.o. – dont certaines fortement associées à leur profession comme les rencontres individuelles dans le cadre d'un processus d'orientation – et la réalité des tâches que les c.o. peuvent réaliser. Cet écart suscite chez plusieurs des questionnements quant au sens de leur activité.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le sens de l'activité de c.o. en milieu scolaire est fortement marqué et coloré affectivement par la relation et l'aide qu'ils peuvent apporter aux élèves. À défaut d'avoir la relation d'aide en orientation désirée – un processus complet d'orientation pouvant être offert aux élèves au moment où ces derniers en ont besoin dans leur parcours scolaire – la relation avec les élèves de même que l'aide apportée en orientation se dégagent comme des dimensions centrales du sens donné au travail par les c.o. rencontrés. L'écart avec les pratiques valorisées et l'activité menée entraîne cependant chez certaines personnes parmi les c.o. une remise en question du sens de leur travail pouvant être dévitalisante (Clot, 2008). L'activité réelle de ces derniers remet par ailleurs en question le processus de relation d'aide en orientation, ses contours temporels et sa définition. Où se trace le début de la relation et celui du processus? Comment la relation se crée-t-elle dans le temps et au sein des espaces informels et officiels? Ces questions demeurent à approfondir.

L'analyse permet également de dégager des traces des préceptes de la nouvelle gestion publique d'efficacité, de flexibilité et de clientélisme (Demazière et coll., 2013) dans l'activité des c.o. Les échanges corroborent également la pression au travail de la responsabilisation individuelle au regard des contraintes organisationnelles, politiques et idéologiques que soulignent Malenfant et Bellemare (2009). La pression du temps, les faibles ratios et la rationalisation des ressources empêchent l'activité désirée des c.o. et met en tension certaines règles de métier. La durée de l'aide apportée est, par exemple, décidée en fonction du temps disponible plutôt que des besoins d'orientation

des élèves. La reconnaissance de la polyvalence des c.o. pour effectuer diverses tâches administratives se jumelle à une reconnaissance mitigée de leur spécialisation professionnelle : une portion importante du temps de travail est associée à des tâches dans lesquelles l'une des tâches prescrites, à savoir le counseling ou la relation d'aide processuelle en orientation, n'est pas incluse. Cette entrave à la relation d'aide désirée et valorisée dans le genre professionnel (histoire transpersonnelle) des c.o. (Viviers et Dionne, dans le présent ouvrage) suscite un écart porteur de souffrance et d'impuissance dans le discours des c.o. rencontrés. Des manifestations discursives de contradictions dans l'activité sont présentes dans chacune des instructions, notamment celles qu'Engeström et Sannino (2011) associent à des doubles contraintes. À titre d'exemple une c.o. indique « répondre davantage aux besoins est-ce possible ? » Une altération au plaisir du travail bien fait, une perte d'espoir, en terme axiologique, de pouvoir atteindre l'idéal de métier marque le discours des c.o. La difficulté à réaliser la relation d'aide en orientation selon les gestes, les normes, les concepts qui marquent son histoire transpersonnelle se dégage. La pression du temps génère des moments de souffrance au travail, marquée par l'impression de courir sans pouvoir y arriver malgré un investissement subjectif important dans le travail. À terme, cette souffrance peut mettre à risque la santé des c.o. au travail (Viviers, 2014).

L'instruction et le travail collectif effectués grâce au dispositif méthodologique de clinique de l'activité permettent de mettre au jour – à l'aide des instruments langagiers mobilisés par les pairs – des controverses de métier (ex. porte ouverte pour les rencontres d'admission, ouverture d'un dossier pour les rencontres ponctuelles). Ce constat rejoint l'une des visées des collectifs d'analyse du travail : chercher à restaurer la vitalité dialogique du social et « proposer à la subjectivité de se retrouver dans une zone de développement potentiel » (Clot, 2008, p. 29). Ce développement potentiel peut être dynamisé par ces controverses qui amènent les instructeurs à mettre à distance leur activité courante. En reprenant la métaphore de l'échiquier (Vygotsky, 1934/2013), la mise en objet, dans la conscience, des expériences des parties passées amène le joueur à considérer le jeu autrement : « Je vois autrement, je joue autrement » (p. 327). Dans l'instruction, l'activité consciente des c.o. semble être dynamisée par le collectif, qui permet aux c.o. de voir leur activité passée et actuelle autrement.

Le travail collectif effectué permet aussi de mettre en lumière des catachrèses, c'est-à-dire un détournement des fonctions initiales d'un outil ou d'un signe (Clot et Gori, 2003) pour leur attribuer une fonction nouvelle dans le cadre du travail. Les documents administratifs de choix de cours ou d'inscrip-

tion sont par exemple utilisés par les c.o. pour susciter une remise en question chez les élèves quant à la position « d'attente » adoptée par certains relativement à leurs choix d'orientation. Les c.o. introduisent trois éléments centraux : la relation, l'aide et l'orientation dans les tâches dites administratives. Cependant, ces innovations, qui pourraient repousser les frontières du genre en acquérant une légitimité, demeurent principalement souterraines. Comme d'autres l'ont montré, les tâches administratives et de bureau sont souvent jugées simples et non professionnelles, même par les personnes qui les exercent (Prot, Mezza, Ouvrier-Bonnaz, Reille-Baudrin, et Vérillon, 2010). On peut penser que cette créativité fine des c.o. dans l'activité en milieu scolaire, mise au jour en clinique, demeure pour l'instant souterraine et non reconnue, puisque « non admissible » selon les codes actuels de la profession et même du métier. En effet, avec la récente transformation du Code des professions ces pratiques peuvent s'éloigner de la complexité attendue de la profession (Viviers et Dionne, dans le présent ouvrage). Ainsi, cette activité, pourtant novatrice et centrée sur l'aide en orientation, est déliée à la fois de la profession et du genre, ne permet pas de les vitaliser. Ces innovations pourraient dynamiser la mise en discussion de tâches prescrites des c.o. (l'impersonnel du métier) et le genre professionnel. Pour atteindre cette visée, un travail de légitimation et de reconnaissance de ces pratiques en cours dans le métier semble à réaliser.

Dans le dialogue social d'un collectif, le travail en clinique a permis de susciter une réflexion collective sur l'activité des c.o., qui a pu influencer certaines actions politiques menées a posteriori par les c.o. de cette commission scolaire pour une reconnaissance de leur tâche réelle. Cependant, comme le souligne un des instructeurs et comme l'ont démontré précédemment Dionne, Viviers et Supeno (2016), l'investissement des c.o. à toutes les étapes de la mise en œuvre des politiques publiques relatives à leur activité pourrait être l'une des voies à considérer pour sortir de l'impuissance ressentie au regard des conséquences sur l'activité de certains dispositifs publics.

RÉFÉRENCES

- Clot, Yves (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris, Presses universitaires de France.
- Clot, Yves (2015). *La fonction psychologique du travail*. (2^e éd.). Paris, Presses universitaires de France (1^{re} éd. 1999).
- Clot, Yves, et Daniel Faïta (2000), « Genre et style en analyse du travail : concepts et méthodes », *Travailler*, vol. 4, p. 7-43.
- Clot, Yves et Roland Gori (2003), *Éloge du détournement*. Nancy, Presses universitaires de Nancy.

- Demazière, Didier, Claude Lessard et Joëlle Morissette (2013), « Introduction : Les effets de la Nouvelle Gestion Publique sur le travail des professionnels : transpositions, variations et ambivalences », *Éducation et sociétés*, vol. 32, p. 5-20.
- Dionne, Patricia, Simon Viviers et Eddy Supeno (2016), « Un agora pour dynamiser le pouvoir d'agir des c.o. et "orienter" les politiques publiques », *L'Orientation*, vol. 6, n° 1, p. 9-11.
- Engeström, Yrjö et A. Sannino (2011), « Discursive manifestations of contradictions in organizational change efforts : a methodological framework », *Journal of Organizational Change Management*, vol. 24, n° 3, p. 368-387.
- Léontiev, Alexis N. (1975/1984), *Activité, conscience, personnalité*. Moscou, Éditions du Progrès (1^{re} éd. russe 1975).
- Malenfant, Romaine et Guy Bellemare (2009), *La domination au travail : des conceptions totalisantes à la diversification des formes de domination*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Maroy, Christian et Samuel Vaillancourt (2013), « Le discours syndical face à la nouvelle gestion publique dans le système éducatif québécois », *Éducation et sociétés*, vol. 32, p. 93-108.
- Michaud, Guylaine. (non publié), *Le processus d'orientation complet*. Orientation professionnelle. Université de Sherbrooke. Sherbrooke.
- Oddone, Ivar, Alessandra Rey et Gianni Briante (1981), *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail*, Paris, Éditions Sociales.
- Prot, Bernard, Joëlle Mezza, Régis Ouvrier-Bonnaz, Emmanuelle Reille-Baudrin et Pierre Vérillon (2010), « Les dilemmes d'activité », *Recherche et formation*, vol. 63, p. 63-76.
- Saussez, Frédéric et Claude Lessard (2009), « Entre orthodoxie et pluralisme, les enjeux de l'éducation basée sur la preuve », *Revue française de pédagogie*, vol. 168, p. 111-136.
- Saussez, Frédéric (2014). Une entrée activité dans la conception d'environnements de formation pour sortir d'une vision fonctionnaliste de la formation, un essai de conclusion. *Activités*, vol. 11, n° 2, p.188-200. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.activites.org/v11n2/Saussez.pdf>>.
- Van der Maren, Jean-Marie et Frédéric Yvon (2009), « L'analyse du travail entre parole et action ». *Recherches qualitatives*, Hors série, vol. 7, p. 42-63.
- Viviers, Simon (2014), *Souffrance identitaire de métier : Des conseillères et des conseillers d'orientation s'interrogent sur le présent et l'avenir de leur profession en milieu scolaire*. Thèse en sciences de l'orientation, Université Laval, Québec.
- Vygotsky, Lev Sémissionovitch (1925/2003), « La conscience comme le problème de la psychologie du comportement (F. Sève et G. Fernandez, Trad.) », dans Lev Vygotsky (dir.), *Conscience inconscient émotions*, Paris, La Dispute.
- Vygotsky, Lev Sémissionovitch (1934/2013), *Pensée et Langage* (4^e éd.), Paris, La Dispute (1^{re} éd. 1985).

CHAPITRE 7

Le cœur battant du travail relationnel

Métiers mis en danger, répliques cliniques

Thomas Périlleux

Une compréhension, même partielle, peut être féconde si elle suscite le désir d'écoute, l'effort de dévoilement et, finalement, l'inattendu partage et l'inespérée transmutation.

F. Cheng, *Le dialogue*.

L'inattendu partage et l'inespérée transmutation... ces mots de François Cheng scrutent ce qui est secrètement au rendez-vous d'une rencontre humaine. Le poète écrit que l'accomplissement d'un être humain n'est « jamais en lui-même mais en avant de lui », quand il consent à « tendre vers une autre présence capable de le révéler et de le transfigurer » : « dans l'ordre de la Vie (...), tout ce qui a lieu résulte toujours d'une rencontre, chaque fois singulière, entre un sujet et un autre sujet, entre le sujet et le réel » (F. Cheng, 2002, p. 90-91).

Une telle rencontre est-elle possible, lorsqu'elle se tient au sein d'un travail social ou thérapeutique ? Comment ceux qui font profession d'aide ou d'accompagnement peuvent-ils la soutenir, dans des conditions institutionnelles difficiles et en présence de contraintes organisationnelles tendues ?

Les métiers de la clinique, du soin, comme ceux de l'intervention sociale, font de la relation avec leurs destinataires à la fois l'outil et le but du travail d'accompagnement ou d'aide. Ce sont des métiers de la rencontre – une rencontre toujours incertaine et précaire – qui ont ceci de particulier qu'ils exigent de ceux qui les exercent un important engagement subjectif. Celui-ci ne peut être tenu que par un socle institutionnel « suffisamment ferme ». Or, confronté

aux évolutions sociales contemporaines, ce socle se modifie en même temps que les coordonnées les plus fondamentales des métiers.

D'une part, les intervenants sont aux prises avec les conditions de vie précaires de certains usagers, la souffrance psychique et sociale, ils sont plongés au cœur du « malaise social », face à des demandes complexes et des répétitions usantes de passages à l'acte. Ils ont affaire à des violences graves qui peuvent les affecter eux-mêmes.

D'autre part, des transformations institutionnelles risquent de mettre à mal leurs valeurs et les règles de leur métier. Le désarroi des intervenants a ainsi quelque chose à voir avec celui des usagers¹. Une telle homologie peut être interrogée pour éviter qu'elle se referme comme un piège sur les professionnels et pour permettre que continue à palpiter leur engagement, au cœur de la relation clinique et du travail social.

Éviter la paralysie ou l'impuissance, soutenir l'engagement dans un métier qui puisse garder sens et pulsation vitale: ce texte aura une orientation analytique sans refuser de prendre position normativement. Il souhaite se mettre ou se remettre à l'écoute du « cœur battant » du travail qu'exercent les intervenants psychosociaux. Il veut penser les changements qui les affectent et les répliques qu'ils inventent comme autant d'enjeux de vie et de recherche.

Sociologue et chercheur, je suis également clinicien dans un service à Liège (CITES) qui a ouvert des consultations à des personnes en difficulté professionnelle. Dans cette contribution, je me référerai non seulement à des éléments d'analyse issus d'enquêtes sociologiques mais également à mon expérience d'intervenant en clinique du travail. J'évoquerai quelques facettes des malaises que j'entends dans ce cadre en les mettant en rapport avec les évolutions de l'organisation du travail. Chemin faisant, pour ancrer les constats généraux dans d'autres témoignages de professionnels, je ferai également référence à un travail engagé par des travailleurs sociaux et des professionnels du monde psy, à Bruxelles, autour des liens entre « souffrance sociale des usagers et malaise des intervenants »².

-
1. Désarroi au sens d'être dérouté, en mauvaise posture... (en ancien français, *desréer* c'est dérouter, égarer, mettre en désordre; être en *mauvais arroi*, c'est perdre son équipage, être mal arrimé).
 2. Travail engagé depuis plusieurs années par la Coordination Précarité dans le cadre de la Ligue bruxelloise francophone de santé mentale, qui a donné lieu à l'ouverture d'une plate-forme sur Internet (<http://souffrance-travailsocial.be/>) et à l'organisation d'un colloque en 2014. Je citerai quelques extraits des témoignages déposés sur la plate-forme en les mentionnant avec la référence « forum ».

Dans les deux premières sections, j'aborderai des éléments constitutifs des métiers relationnels : l'usage de la parole et le souci du cadre. Ces dimensions, exigeantes et fragiles, sont mises en danger par plusieurs évolutions, politiques et idéologiques. La troisième section sera consacrée à une analyse des contradictions qui peuvent amener certains praticiens à des résistances allant parfois jusqu'à des démissions. Celles-ci apparaîtront dans un récit évoqué dans la quatrième section. On verra que ce qui peut causer le malaise d'un praticien, c'est parfois l'injustice dans l'équipe de travail et l'inconsistance du cadre institutionnel davantage que la gravité des situations rencontrées chez les usagers. Dans la dernière section, j'évoquerai les répliques qu'inventent des intervenants pour se dégager d'une usure et d'un accablement paralysants.

Si « le cœur battant du travail », c'est la vie qui palpite dans le travail, cette vie fragile et invisible est souvent mise à mal par l'organisation des soins et par les nouvelles contraintes du travail social. Elle en appelle à l'invention de formes d'écoute et d'engagement qui puissent faire en sorte que la parole circule à nouveau. Pris dans les paradoxes de la responsabilisation, les intervenants sont parfois impuissants, souvent amers. Doivent-ils rester muets ? Agir seulement en agents adaptatifs ? Le projet de nouer une clinique des « vies vulnérables » à une critique de l'oppression sociale a-t-il encore un sens pour eux ?

DES MÉTIERS DE LA PAROLE

Les métiers de l'intervention psychosociale confrontent ceux qui les exercent à ce qui fait ou défait l'humain, dans une rencontre précaire, face à une demande qui ne tombe jamais tout à fait juste – que ce soit celle des bénéficiaires ou celle des décideurs. Avant de restaurer un « pouvoir d'agir » (Clot, 2008), ils ont pour but de rendre le sujet capable de prendre sur lui la puissance du langage. Ils travaillent pour et avec le moyen de la parole, même s'ils exigent bien d'autres ressources (des appuis institutionnels, des réseaux, des objets techniques et juridiques, etc.).

La parole a de multiples pouvoirs (Périlleux, 2015a). Elle lie les humains et les transforme lorsqu'ils s'exposent au travail souterrain des mots (Légaut, 2003 ; Gantheret, 1996, 2010). Elle peut contribuer à élaborer une conflictualité pacifiée mais souvent elle est « aussi manipulée ou brisée par les puissants » (Breton, Le Breton, 2009, p. 8-9). Elle n'est pas seulement communication ni transmission d'informations déjà constituées : elle agit et manifeste le réel en

le symbolisant³. Lorsqu'elle est « donnée à sa propre puissance », elle *révèle* le sujet à l'autre et à lui-même (Petitdemange, 2001, p. 94).

La révélation implique que rien désormais n'entrave la parole; rien ne lui est interdit; aucune puissance ne domine ce pouvoir de la parole; et celle-ci est libératrice (...). La révélation, elle est la parole accordée à la parole dans sa capacité indéfinie de signifier, donc de rompre et d'ouvrir. (Petitdemange, *ibid.*)

La parole, les mots, par leur « puissance constituante », font surgir de la vie quand ils ne servent pas seulement à décrire des faits mais qu'ils sont portés par un « temps poétique » capable de « se saisir de nous, nous donner du présent » (Gantheret, 2010, p. 20). Ils nous font alors *entendre* ce que le sujet n'est encore pas parvenu à *dire* (Bellet, 2008).

Ce mouvement est essentiel si les métiers relationnels veulent résister à l'urgence et à une standardisation qui confondrait la rencontre avec un protocole d'examen et la relation avec un objet de gestion. Cela suppose de garder à la parole et au dialogue leur caractère imprévisible et singulier, créateur et performatif (Boutet, 2010).

Le pouvoir de la parole, cependant, peut être mis en défaut; il est aussi profondément ambivalent. La parole peut être retenue, détournée, brisée, rendue inaudible, jusque dans les dispositifs de soin ou d'aide⁴. « Souvent elle est difficile à prendre, ou bien elle reste sans écho, et nombreux sont les sans-voix dans nos démocraties contemporaines. » (Breton, Le Breton, 2009, p. 9)

Du côté des intervenants, l'usage de la parole prend un tour ambigu dans le cadre de politiques sociales qui promeuvent « l'activation » des bénéficiaires : elle peut se faire instrument d'aveu dans des formes de « travail sur soi » ajustées au gouvernement néolibéral des conduites. La parole procède alors de processus d'autocontrôle et de normalisation de la santé, de l'apprentissage, des projets de vie, etc., selon la lecture qu'en a proposée Michel Foucault (Memmi, 2003; Vrancken et Macquet, 2006; Astier, 2006). Cette lecture laisse cependant ouverte la question de ce que serait un usage libérateur de la parole.

3. « La vérité n'est pas dévoilement du réel qui détruit le mystère, mais révélation qui lui rend justice », écrivait W. Benjamin (cité par Petitdemange, *op. cit.*, p. 96). Le langage est « façonnement et configuration » : il « porte la chose en lui-même, il l'exprime et par là agit » (Petitdemange, *ibid.*, p. 99).

4. Sur les mécanismes d'oppression (psychique et sociale) qui occultent la souffrance et empêchent des fragments de vie d'accéder à l'espace public, voir Molinier, 2007; Dejours, 2009.

LE SOUCI DU CADRE

En réalité la puissance du langage, réalisée dans une prise de parole inattendue et transformatrice, ne peut s'exercer que dans un *cadre* dont elle est à la fois la condition et l'effet. Le dispositif institutionnel est nécessaire pour instaurer et maintenir la possibilité d'une parole qui ait la *force de dire*. Il suppose à la fois des « règles du jeu » sécurisantes et du « jeu dans les règles » – comme on dit d'une porte qu'elle a du jeu, sans pour autant sortir de ses gonds.

Du jeu est nécessaire à l'usager pour se dégager des identifications qui l'aliènent s'il est vrai que « Écouter quelqu'un, c'est l'entendre sans le réduire à ce qu'il dit ou à ce que je comprends de lui » (Vasse, 2001).

Du jeu est aussi indispensable au praticien pour se décaler de sa fonction⁵ et aménager des issues créatives aux impasses, tant relationnelles qu'institutionnelles, qu'il rencontre dans sa pratique.

Le premier but d'un dispositif clinique ou d'aide sociale est d'instaurer une fonction d'accueil et d'hospitalité, dans les deux sens du terme : donner et bénéficier de l'hospitalité. L'hospitalité est « l'exposition à l'autre, en tant qu'il nous affecte » (Jacques Derrida) et s'exposer à l'autre, c'est toujours s'exposer à sa parole, dans ses pouvoirs d'interpellation surprenants et inattendus. L'enjeu d'un dispositif d'intervention psychosociale serait par conséquent de ne pas esquiver cette « exposition à l'autre » et de permettre au patient ou à l'usager – comme à l'intervenant – qu'il se surprenne dans ce qu'il dit et dans sa façon de le dire.

L'hospitalité n'est pas possible sans règles. Soutien de la rencontre avec l'usager (Martin, 2001), le cadre est cet ensemble de règles qui donnent forme à une demande et qui tissent l'armature symbolique du métier relationnel. Entre le « genre » de métier et le « style » de chaque praticien (Clot, 2008), le cadre établit les constantes dans lesquelles le processus de la rencontre a lieu – processus qu'il est impossible d'explorer sans maintenir les mêmes constantes (le cadre) (Bleger, 1979).

Le cadre ne vaut que par son aménagement au cas par cas. Cependant, sous peine de laisser libre cours à l'arbitraire et à la violence, chaque praticien doit pouvoir *en répondre* à d'autres dans l'exercice de ses fonctions : il est appelé à *rendre compte* de son intervention (et pas seulement de rendre *des comptes* sur

5. Il s'agit pour le praticien d'accepter de se décaler de sa seule fonction hiérarchiquement définie, dans la mesure où, comme l'écrit Winnicott : « Dans la structure sociale, il y a des hiérarchies, mais il n'y en a pas dans la confrontation clinique. » (Winnicott, 2004 ; voir Périlleux, 2015b)

sa supposée efficacité) dans une restitution sur une autre scène que celle de la rencontre interpersonnelle⁶.

En ce sens la responsabilité du métier et de son cadre n'est pas seulement individuelle, elle est aussi institutionnelle et collective. Un métier n'appartient à personne en particulier et aucun métier ne tient sans une inscription collective : ceux qui l'exercent doivent en répondre par rapport aux références symboliques qui le structurent.

L'intervention médicale n'est pas le travail social ni la prise en charge psychothérapeutique. Les règles de métiers sont différentes ainsi que les missions poursuivies. Cependant, quelle que soit l'aire professionnelle concernée, le praticien ne peut espérer une rencontre fructueuse sans l'inscrire dans un cadre institutionnel auquel il se tient également, dans sa fonction de contenance⁷.

Une bonne part du travail relationnel – peut-être la part essentielle – consiste dès lors à prodiguer tous ses soins au cadre (Blanchard-Laville, 2008). Les conditions psychiques et sociales de la rencontre avec le patient ou l'utilisateur doivent être pensées. Or, comme le note M. Martin, c'est loin d'être toujours le cas. S'il y a « dissolution du souci du cadre », il y a « risque de folie, d'irrespect ou de dissolution dans l'acte : la membrane est rompue, l'énergie se libère en acte, en réalisation où l'on ne pense plus » (Martin, 2001, p. 112).

C'est pourquoi le cadre institutionnel concerne aussi les relations entre praticiens eux-mêmes. Le travail relationnel exige un effort d'élaboration de la pensée qui demande du temps et des échanges, notamment dans des réunions d'équipe consacrées aux difficultés réelles de la pratique. Le cadre institutionnel est le socle d'une pensée des situations et des gestes professionnels – pensée qui s'alimente à des *controverses* sur les critères et les valeurs du métier.

DES MÉTIERS FRAGILES MIS EN DANGER

Toutes ces dimensions constitutives des métiers de la relation sont exigeantes et fragiles. Pour que la parole soit possible et qu'elle circule aussi bien avec les usagers qu'entre les praticiens, il faut un cadre institutionnel « suffi-

6. Par exemple lorsque le psychothérapeute ou le travailleur social se fait porte-parole, dans l'espace public, de témoignages qu'il a recueillis, pourra-t-il rendre de façon suffisante ce qui lui a été confié ?

7. Contenance des angoisses de l'utilisateur autant que des affects destructeurs du praticien (peur, lassitude, agressivité...), en particulier face à la folie et à la violence. Ces affects, le cadre a pour fonction de les contenir : il ne s'agit pas de les réprimer mais de les accueillir par la parole et la symbolisation pour limiter leurs effets destructeurs.

samment ferme», solide et consistant⁸. Or, les conditions dans lesquelles s'exercent aujourd'hui les métiers du champ psycho-médico-social ont profondément changé et placent les professionnels – comme les usagers – dans ce que peut appeler les paradoxes de la responsabilité (Hartmann, Honneth, 2008), tout en fragilisant leurs appuis institutionnels, ce qui risque de mettre à mal le sens de leur engagement professionnel et leur capacité de *tenir le cadre* de la rencontre.

Ces changements concernent d'abord les tendances lourdes que l'on peut constater dans le secteur de l'intervention psychosociale : retrait des investissements de l'État et transformation des politiques sociales dans l'orientation d'un « État social actif » (Castel, 1995 ; Vielle et Pochet, 2005), tendance à la déshospitalisation, projection du modèle du marché sur l'action sociale combinée à une instrumentalisation du contrat et du projet (Dartiguenave, 2010).

Les métiers relationnels sont confrontés à une redéfinition radicale dans plusieurs de leurs registres. Celle-ci est autant *politique* qu'*idéologique* : elle recherche l'efficacité et la productivité et transforme la conception de la subjectivité en instaurant un rapport « entrepreneurial » à soi et aux autres. C'est aussi une redéfinition *théorique*, qui privilégie le cognitivisme et une certaine conception de la scientificité, gommant inconscient et travail d'intériorité (Cifali, Périlleux, 2012, p. 10).

Pour le travail clinique comme pour le travail social, un ensemble de *référénts normatifs* s'est mis en place de façon convergente avec les injonctions de la nouvelle gestion publique : il s'agit d'une grammaire qui insiste à la fois sur la *vulnérabilité* – dans une vision conjonctive de l'être humain qui est à la fois capable *et* fragile, responsable *et* irresponsable (Genard, 2009) – et sur son *autonomie* orientée vers la performance et la réalisation de soi. Les contradictions de la grammaire de la vulnérabilité s'exacerbent dans le modèle de « l'entreprise de soi » et l'injonction à devenir « l'entrepreneur de sa propre vie » (Rose, 1992).

Dans ce contexte, les articulations entre métiers de la relation apparaissent de plus en plus complexes, dès lors que les plaintes adressées aux équipes entremêlent des problématiques psychopathologiques (errance psychique, « états-limites ») à la question sociale : accroissement de la pauvreté, précarité

8. Consistance ne signifie pas cohérence ni infailibilité. Un cadre est consistant s'il résiste aux forces de destruction des liens, mais pas en poursuivant un idéal de parfaite cohérence : celui-ci risquerait au contraire d'aboutir à une « institution totale ».

qui s'étend « *des deux côtés de la barrière* » (forum), aussi bien chez les usagers que chez les intervenants (Colin, Furtos, 2005).

Le poids des procédures de gestion se fait partout sentir. La pression de logiques instrumentales, donnant davantage de place au quantitatif qu'au qualitatif, impose des mesures « objectives » apparemment indiscutables. Le langage économique qui se répand, imbibé des valeurs de rapidité et d'efficacité, risque de mettre en danger les appuis symboliques nécessaires à la relation – le mot « gérer », par exemple, a envahi le vocabulaire du rapport à soi et à l'autre. Comme nous l'écrivions en conclusion d'une recherche collective, la fragilité psychique des usagers, mais également celle des professionnels, est « parfois niée ou considérée dans les seuls termes de problèmes à gérer par des protocoles standardisés. Les sentiments risquent de ne pas trouver leur juste place dans l'action : ils sont déniés au profit d'une efficacité opératoire ou deviennent débordants sans être réellement travaillés, pour soi, avec d'autres, en collectif » (Cifali, Périlleux, 2012, p. 182).

Dans ce modèle idéologique, la relation avec l'utilisateur ou le patient réduite à la seule forme libérale du « contrat », empêche l'élaboration des enjeux conscients et surtout inconscients présents dans toute demande d'aide ou d'accompagnement. L'idée que les tâches, rendues transparentes, pourraient être objectivées en vue de leur rationalisation fait miroiter la promesse de sortir des dysfonctionnements et des conflits entre collègues ; elle dévitalise en réalité les controverses nécessaires à la consolidation et à la transmission des métiers. L'attaque sur tout ce qui demande du temps et de la patience empêche l'institution d'un cadre cliniquement dense (*Ibid.*, p. 183-185).

En outre, l'évaluation, qui pourrait être un soutien de l'exercice de la responsabilité, est souvent imposée par des instances externes comme un « gouvernement par l'objectif », incontestable et désincarné, qui empêche de reconnaître les difficultés de l'activité, allant jusqu'à les dénier et à les dissimuler. Elle supprime alors le dialogue nécessaire sur les finalités de l'activité : elle tend à « lisser le différend en différences d'intérêts » (Thévenot, 2015).

Devant cet ensemble d'évolutions, un certain nombre de praticiens témoignent des difficultés à *tenir* pour continuer dans l'exercice de leur métier. Métier où l'on risque de « se bâtir une armure » et de « fonctionner sans trop poser de questions, sans trop revendiquer » quand « ça devient douloureux de s'impliquer » (forum) :

Cela fait plus de 20 ans que je suis assistant social et je me rends compte qu'on attend de moi des choses de plus en plus désespérantes. Au début on me demandait d'accompagner les gens dans la recherche d'emploi, quelques années plus tard je devais les aider à bénéficier d'une allocation, ensuite ce fut trouver un

logement décent et aujourd'hui on attend de moi de les aider à trouver un logement tout court et de plus en plus souvent de quoi manger. Qu'elles sont loin les études où on me disait que j'étais un agent d'émancipation sociale... (forum)

Peut-on dire que les métiers relationnels sont mis en danger et leur exercice rendu impossible, dans les conditions où sont désormais placés les praticiens? Solidaires de ce qui arrive aux usagers, certains d'entre eux estiment qu'ils sont de plus en plus précarisés. Pris dans un langage (gestionnaire et politique) qui ne correspond en rien aux critères de leur métier, ils disent ne plus imaginer être les protagonistes d'un quelconque changement social.

Il y a une dizaine d'années, des recherches avaient mis en lumière différentes logiques de « reconstruction identitaire » chez des travailleurs sociaux confrontés aux métamorphoses de l'État social en Belgique, vers des positions « défensives », « en crise » ou « offensives » (Franssen, 2005). Dira-t-on que les positions anomiques, dans lesquelles les praticiens en crise ont le sentiment de perdre le sens des finalités de leur métier et finissent par désinvestir leur rôle, sont devenues prédominantes?

Les conclusions de l'ouvrage collectif que nous avons consacré aux métiers de la relation sont prudentes: il y a mise en danger de certaines approches du travail relationnel, cela est certain, en particulier en ce qui concerne les démarches cliniques qui réclament du temps et de la patience pour résister à une demande d'efficacité strictement opératoire, pour « délier, déconstruire et conflictualiser ». Il y a aussi des tensions, des évolutions qui ne sont pas toutes homogènes. L'exercice des métiers relationnels oblige les praticiens à de l'ingéniosité, à des inventions, à des résistances et « dans certains cas, des refus voire des démissions » (Cifali, Périlleux, 2012, p. 184).

INJUSTICES DANS L'ÉQUIPE, INCONSISTANCE DE L'INSTITUTION: UN RÉCIT

Pour mieux le saisir, j'évoquerai rapidement une situation professionnelle élaborée dans la clinique du travail dans laquelle j'interviens: celle d'un professionnel engagé dans le secteur de la santé mentale et diagnostiqué en épuisement professionnel (*burnout*) par son médecin traitant. Je ne veux pas tirer de cette situation des conclusions générales trop hâtives; plutôt identifier ce qui est en jeu dans la singularité et cerner les leviers d'une action clinique.

Il s'agit d'un praticien aguerri, qui a une longue expérience de la clinique. Lors de la première consultation, il se dit à bout, épuisé, angoissé, irritable. Plusieurs symptômes somatiques sont apparus: troubles du sommeil, chutes de tension, douleurs au dos, essoufflement. Il dit ne pas se reconnaître:

«*J'arrête parce que je n'en peux plus.*» Les symptômes viennent déranger, agir comme une protestation muette... mais contre quoi?

Ce qui attire d'emblée mon attention, c'est le fait qu'il ne lie pas son épuisement professionnel à la gravité des situations cliniques qu'il a rencontrées au cours des années : des situations marquées par la violence des usagers, la précarité de leurs conditions de vie et les maltraitements intrafamiliaux. Il dit bien que l'usure dans le travail de soin, surtout avec des sujets psychotiques, peut provenir d'un constat d'immobilité (« rien ne bouge ») et conduire à un sentiment d'impuissance difficile à endurer.

Pourtant, avant tout cela, ce qui est en jeu, pour lui, dans les causes de son malaise, c'est l'injustice dans l'équipe de travail et l'inconsistance dans l'institution : c'est là ce qui met en cause ses valeurs, ses idéaux de travail clinique et de justice sociale. Notamment : des inégalités dans les charges horaires et la prise en charge des patients ; un défaut de présence de la direction ; une difficulté d'articulation entre les différents métiers présents dans l'équipe ; un suivi administratif défaillant ; un non-respect des règles de promotion ; des irrégularités dans le respect de la vie privée. « Mes valeurs profondes ne sont pas respectées », dit-il.

Il ne faut pas écarter les questions personnelles en jeu dans l'épuisement professionnel ni le rapport à l'idéal qui est toujours engagé : on a soutenu à juste titre que l'épuisement est une maladie de l'idéal ou de l'idéalité et ce sont ceux qui sont le plus investis dans leur activité professionnelle qui y sont le plus sujets. Notre interlocuteur le dit : « Je suis fort impliqué dans le travail, dans des suivis longs où je me suis investi corps et âme. Je ne pourrais pas ne pas m'investir mais mon corps a parlé. Je ne trouvais plus de sens à rien. J'ai du mal à me faire du bien. » Il dit aussi qu'il s'est laissé emporter par certaines situations, débordant du cadre.

Cependant, c'est sur le versant politico-institutionnel que j'insisterai. Le premier motif d'épuisement invoqué est celui de l'injustice dans l'équipe de travail. L'institution ne fait plus office de tiers garant d'un socle de règles partagées. On peut parler, peut-être, de violence institutionnelle. C'est la question des places et du sens du travail qui est prioritairement en cause. Les bases institutionnelles nécessaires au travail sont défaillantes. Dans l'équipe, c'est le non-dit, l'hypocrisie, une confiance fragile ou d'apparat. Dans l'institution, ce sont des conflits larvés, un fonctionnement pervers, des incohérences dues à une direction défaillante, le poids accru des procédures gestionnaires d'évaluation.

Des conditions sont requises pour assurer une sécurité psychique dans la rencontre avec l'usager et pour maintenir vif l'engagement éthique du pro-

fessionnel. Ce que les consultations avec ce praticien mettent en lumière, c'est que le cadre institutionnel n'est plus assuré pour de multiples raisons – violence de certains usagers, manque de moyens matériels, absence de controverses professionnelles alors que les valeurs du métier sont conflictuelles –, ce qui suscite un malaise allant jusqu'au désengagement subjectif.

MALAISES DES INTERVENANTS, RÉPLIQUES CLINIQUES

La démission est une issue, elle n'est pas la seule. Si les évolutions qui pèsent sur l'exercice des métiers relationnels fragilisent leur socle institutionnel et rendent certains intervenants amers, il est toujours question pour eux de se dégager d'une usure, d'un accablement et d'une tristesse quotidienne, en identifiant des façons de dépasser les horizons bouchés. Selon quelle orientation ?

1. Le premier point sur lequel il faut réinsister est l'homologie des conditions de vie et de travail : le désarroi des intervenants a quelque chose à voir avec celui des usagers⁹. L'intensification du travail, la multiplication des contraintes organisationnelles, la montée en force de la mesure, les conflits de valeurs n'épargnent pas les praticiens de la santé mentale et du travail social. La « pression » subie par les patients retombe sur eux, non seulement dans les consultations mais aussi dans les modes d'organisation des services. Pris en étau dans des contradictions insolubles, ils connaissent eux-mêmes diverses formes de malaises et d'épuisement.

Comment continuer à *tenir le coup*, vis-à-vis du projet d'une hospitalité aux plus vulnérables, lorsque la place du professionnel est elle-même précarisée ? « La clinique a vocation à s'institutionnaliser », écrit G. Le Blanc (2010), mais son socle institutionnel est désormais fragilisé quand il n'est pas radicalement contesté. Dans de nombreuses équipes, le nombre de demandes augmente, la complexité des situations également, alors que se resserrent les moyens de prise en charge. L'horizon d'un travail social communautaire semble s'éloigner, de même que l'inconditionnalité d'une fonction d'accueil et d'hospitalité.

Quand l'homologie de conditions entre usagers et praticiens est pensée collectivement, elle ouvre la voie à des mises en cause critiques et donne lieu à réplique par rapport aux malaises éprouvés. Cela suppose pour les praticiens

9. Le constat de cette homologie n'est pas neuf. Pour la Belgique, il a été mis en lumière par plusieurs enquêtes dès le début des années 2000, dans le contexte de l'émergence d'un « État social actif » (voir par exemple Jacquinet, 2004, Franssen, 2005). Il reste important à ressaisir, à chaque époque, pour se donner les moyens d'en faire un appui de travail.

de retrouver prise sur leurs institutions en y faisant entendre leur voix – les professionnels ne pouvant modifier leur rapport aux usagers (d'objets à sujets) qu'en modifiant leurs propres rapports à l'institution (Franssen, 2005, p. 147).

2. Dans cette perspective, j'ai insisté sur le nécessaire souci du cadre. Lorsque la parole est empêchée, il est de la responsabilité des praticiens d'instaurer un lieu et un temps qui lui permettent de circuler à nouveau. Mais la responsabilité du cadre n'est pas seulement une affaire individuelle, c'est aussi une responsabilité collective. C'est l'institution entière qui doit devenir soutenance. Dans toute intervention, y compris lorsque le cadre est idéalement maintenu, celui-ci doit rester un objet permanent d'analyse (Bleger, 1979). C'est une condition impérative pour que la rencontre ne se transforme pas en « huis clos » et que le dispositif institutionnel ne devienne pas totalitaire.

De ce point de vue, les équipes peuvent être ambivalentes. De nombreux praticiens, confrontés à des contradictions dans leurs missions, espèrent faire à nouveau battre le cœur de leur éthique professionnelle : donner hospitalité à la souffrance, être disponible à la rencontre, faire confiance à la parole, élaborer la demande, tisser des règles de métier, dans des contextes de travail qui laissent *a priori* peu de place à de telles orientations. Cela demande une articulation *entre* les métiers de la relation, qui exige de fins accommodements et peut se heurter aux résistances à « faire collectif ». L'enrayement de la transmission des savoir-faire tient à un idéal d'interchangeabilité des professionnels dans des équipes à « géométrie variable » ; il tient aussi au repli sur des logiques professionnelles défensives et au refus d'une rencontre réelle et souvent dérangeante (une rencontre qui altère) avec les autres praticiens de l'équipe (Adam, 2012).

3. Des forces de résistance, de création et de « riposte » sont aussi en jeu et, dans notre recherche collective, nous nous sommes efforcés de les identifier aussi bien chez nos usagers que pour nous-mêmes en tant que cliniciens (Cifali, Périlleux, 2012).

Nous avons évoqué : – l'humour subversif et l'ingéniosité institutionnelle, qui permet notamment de détourner des mesures d'efficacité inadéquates en soutenant qu'on peut rendre compte des métiers relationnels mais dans une temporalité qui leur est ajustée, le travail relationnel n'ayant pas de résultats visibles dans l'immédiat ; – la création scientifique, conceptuelle, théorique, dans les équipes d'intervenants prenant en charge des « points aveugles de la connaissance » sans négliger ce qui résiste à l'analyse ni cliver entre intervention et recherche ; – les positions éthiques et la résistance inébranlable de praticiens quant à ce qui fait pour eux « l'humus humain », le fondement même de la rencontre et du dialogue ; – les liens entre le travail psychosocial et la critique politique, dans les interpellations par l'injustice et l'inhumanité, menant à faire

entendre une voix dans l'espace public¹⁰ ; – les moyens qui permettent de tenir pour lutter contre la solitude, l'impuissance ou l'exclusion : l'écriture personnelle qui permet l'élaboration de situations professionnelles difficiles, la parole partagée avec d'autres, et l'invention de dispositifs ajustés à des contextes institutionnels nouveaux (*Ibid.*, p. 187-188).

Faute de place pour les développer, je n'évoquerai que deux exemples analysés dans notre ouvrage, qui témoignent des capacités de *décalage* (au sens d'enlever les cales de la pensée et de l'action) d'équipes de professionnels. Le premier concerne des psychologues cliniciens en milieu carcéral. Outre les difficultés intrinsèques à l'exercice d'une clinique dans les murs d'une prison, ils témoignent des risques de réduction de leur pratique à la seule expertise : de nouvelles instructions, qui rationalisent les pratiques cliniques par voie de circulaire, imposent dans le détail les formats de restitution des entretiens cliniques dans un rapport psychosocial. Face à des impératifs gestionnaires qui relèvent d'une « nouvelle ingénierie sociale » et méprisent la singularité des situations et des sujets, ils détournent le lexique et les procédures avec humour et élaborent des styles professionnels qui pour certains sont des formes de résistance (Adam, 2012, p. 22-23 ; voir également Jonckheere, 2013, pour les travailleurs sociaux en maisons de justice).

Le deuxième cas est celui d'éducateurs et de cliniciens travaillant dans un établissement médico-pédagogique avec des enfants et des adolescents ayant des « troubles du comportement ». Confrontés à une mutation des problématiques motivant la prise en charge des enfants, devant renégocier les conceptions à partir desquelles ils appréhendent leur mandat, ils affrontent de multiples dissensions avec les parents, ainsi que d'importants désaccords internes (sur les diagnostics, les indications de placement, les projets d'institution...). La question qui se pose à eux est de déjouer l'emprise d'une idéologie héritée de la fondation de l'établissement. Pour sortir des clivages qui paralysent leur travail commun, ils remettent en jeu le sens de leur engagement et aménagent des espaces de réflexion où puissent être métabolisés les phénomènes de « passionnalisation » et de « radicalisation de la pensée collective » (Cassagne, 2012, p. 39).

Lorsque les conditions institutionnelles le permettent, les promesses du métier peuvent être tenues, dans une liberté créatrice au sein d'un corps de

10. Renouer clinique et critique reste un enjeu difficile. Comme je le soutiens dans un texte intitulé « Pour une clinique critique », la clinique est un art de la présence au quotidien, dans la rencontre singulière, alors que la critique est un art de la mise en cause, dans l'action à distance. C'est dans cette tension que s'inventent des pratiques clinico-critiques originales (Périlleux, 2015c).

règles partagées. Les praticiens retrouvent la faculté – et le plaisir – de penser pour se dégager de ce qui fait souffrir et met en danger. La possibilité de traiter les désaccords entre soi et avec les usagers autorise la capacité de se montrer « défaillant » tout en n'esquivant pas la nécessité de répondre de ses décisions. La pratique (soin, aide sociale, accueil, écoute...) ne se déploie plus dans une idéalisation fermée sur elle-même, mais dans l'ambivalence et la confrontation des expériences (Cifali, Périlleux, 2012, p. 188).

CONCLUSION

Les métiers de la relation, dans le domaine du soin ou de l'aide sociale, sont mis en danger. Leurs dimensions constitutives – celles d'une rencontre humaine « entre un sujet et un autre sujet, entre le sujet et le réel » (Cheng) – et les conditions institutionnelles qui leur sont nécessaires pour se déployer pleinement sont fragilisées par des évolutions de plusieurs ordres, économiques, idéologiques et sociopolitiques.

Dans des situations d'aide ou de soin frappées par l'urgence et la violence, la puissance du langage et le poids de la parole risquent d'être laissés en friche. Urgence et violence ont partie liée aux conditions de vie précarisées des usagers mais elles relèvent aussi des contradictions institutionnelles dans lesquelles sont placés les praticiens. Elles risquent d'avoir libre cours si le souci du cadre de l'intervention se dissout et que se ferment au sein des équipes les nécessaires controverses sur les valeurs et les critères de métier.

La mise en danger du métier, qui signifie menace sur son sens et péril dans ses conditions d'exercice, conduit des praticiens à de l'amertume, provoquant des refus et même des démissions, mais elle suscite aussi des résistances, de l'ingéniosité et l'invention de moyens pour lutter contre la solitude et l'impuissance. Sans doute est-il aussi de notre rôle de chercheurs cliniciens de ne pas en rester à la désespérance pour identifier et soutenir ce qui, dans des contextes professionnels difficiles, permet encore aux praticiens de supporter les « risques du métier ».

La clinique, et de façon générale tout métier de la relation, est un risque et une manière de vivre le risque : risque de l'engagement dans une rencontre humaine ; fragilité d'un métier exercé entre l'autorisation et la défaillance. Le métier est parsemé de menaces et d'écueils (*riesgo* en espagnol signifie « rocher découpé »), il s'éprouve dans la possibilité d'échouer et l'ouverture créatrice, la traversée et la transformation de ce qui menace. La prise en charge des risques du métier, dans la clinique comme dans le travail social, suppose une implication subjective et même un certain goût à buter sur des écueils parce qu'ils sont le lieu qui provoque la pensée et stimule la création. Elle suppose aussi

un socle institutionnel suffisamment ferme et consistant, un cadre matériel et symbolique qui donne forme à la rencontre, accueil à la parole et contenance aux forces de destruction.

De nombreux motifs peuvent amener les praticiens et les décideurs institutionnels à négliger le souci du cadre, c'est-à-dire à la fois sa mise en place et son incessante remise en question. En amont, la métamorphose des politiques sociales conduit à l'adoption de nouveaux référents normatifs qui projettent le modèle du marché sur l'action sociale. Lorsque la relation d'aide se transforme en contrat, ses opacités et le cadre dans lequel elles peuvent être pensées risquent de disparaître. Plus prosaïquement, le retrait des investissements de l'État conduit à des attaques sur tout ce qui demande du temps et de la patience, sans résultats immédiats. L'imposition de procédures de gestion aveugles aux contextes locaux menace l'institution d'un cadre cliniquement dense.

Si les équipes peuvent connaître des résistances à « faire collectif », des forces de création et des répliques critiques se font également jour, pour continuer à entendre battre le cœur du métier et faire palpiter son éthique. Par l'humour, les détournements, l'invention conceptuelle, les prises de position publiques, des praticiens se fraient une voie, fragile et menacée, entre un travail psychosocial adaptatif, qui contribuerait seulement à une normalisation des vies « déviantes », et une résignation à l'impuissance devant les violences dont ils sont témoins et parfois victimes. L'enjeu est de préserver à leur métier son caractère poétique, si l'on entend par là un art de vivre, une disponibilité au présent de la relation.

RÉFÉRENCES

- Adam Christophe, « Détisser le métier : la démarche clinique à l'épreuve des pratiques psychosociales en milieu pénitentiaire », dans Mireille Cifali et Thomas Périlleux (dir.), *Les métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques*, Paris, L'Harmattan, 2012.
- Astier Isabelle et Nicolas Duvoux, *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan, 2006.
- Bellet, Maurice, *L'écoute*, Paris, Desclée de Brouwer, 2008.
- Blanchard-Laville, Claudine, « Effets d'un Cadre clinique groupal sur le travail du penser des participants. Approche psychanalytique », dans Mireille Cifali et Florence Giust-Desprairies (dir.), *Formation clinique et travail de la pensée*, Bruxelles, De Boeck, 2008.
- Bleger, José, « Psychanalyse du cadre psychanalytique », dans René Kaës, André Missenard, Didier Anzieu, André Kaspî (dir.), *Crise, Rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979.

- Boutet, Josiane, *Le pouvoir des mots*, Paris, La Dispute, 2010.
- Breton, Philippe et David Le Breton, *Le silence et la parole contre les excès de la communication*, Toulouse, Erès, 2009.
- Cassagne, Jean-Marie, « Usage et mésusage du savoir clinique », dans Mireille Cifali et Thomas Périlleux (dir.), *Les métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques*, Paris, L'Harmattan, 2012, p. 31-39.
- Castel, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.
- Cheng, François, *Le dialogue. Une passion pour la langue française*, Paris, Desclée de Brouwer, 2002.
- Cifali, Mireille et Thomas Périlleux, *Les métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques*, Paris, L'Harmattan, Coll. *Savoir et Formation, Série Psychanalyse et Éducation*, 2012.
- Clot, Yves, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF, 2008.
- Colin, Valérie et Jean Furtos, « La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine », dans Michel Joubert et Claude Louzoun (dir.), *Répondre à la souffrance sociale*, Toulouse, Erès, 2005.
- Dartiguenave, Jean-Yves, *Pour une sociologie du travail social*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2010.
- Dejours, Christophe, *Travail vivant. 1. Sexualité et travail. 2. Travail et émancipation*, Paris, Payot, 2009.
- Franssen, Abraham, « Etat social actif et métamorphoses des identités professionnelles », *Pensée plurielle*, 2005, vol. 2, n° 10, p. 137-147.
- Gantheret, François, *Moi, monde, mots*, Paris, Gallimard, 1996.
- Gantheret, François, *La nostalgie du présent. Psychanalyse et écriture*, Paris, L'Olivier, 2010.
- Genard, Jean-Louis, « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance », dans Thomas Périlleux et John Cultiaux (dir.), *Destins politiques des souffrances sociales*, Toulouse, Erès, 2009.
- Hartmann Martin et Axel Honneth, « Les paradoxes du capitalisme : un programme de recherche » dans Axel Honneth (dir.), *La société du mépris. Vers une nouvelle Théorie critique*, Paris, La découverte, 2008.
- Jacquinet, Serge, « Souffrance sociale des usagers et malaise des travailleurs sociaux », *Pensée plurielle*, 2004, vol. 2, n° 8, p. 39-49.
- Jonckheere, Alexia (Dés)équilibres. *L'informatisation du travail social en justice*, Louvain-la-Neuve, Larcier, 2013.
- Le Blanc G., « Critique de la clinique, clinique de la critique », dans Yves Clot et Dominique Lhuillier (dir.), *Travail et santé. Ouvertures cliniques*, Toulouse, Erès, 2010.

- Légaut, Jacqueline, *Les lois de la parole. Conversation avec Camille, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2003.*
- Martin M., « Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité. (Du cadre analytique au pacte) », *Cahiers de psychologie clinique*, 2001, vol. 2, n° 17, p. 103-120.
- Memmi, Dominique, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, 2003.
- Molinier, Pascale, « Une souffrance qui ne passe pas. Mutations du corps féminin et création d'imaginaire dans une industrie pharmaceutique », *Actuel Marx*, 2007, vol. 1, n° 41, p. 40-54.
- Périlleux, Thomas et John Cultiaux, *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Erès, 2009.
- Périlleux, Thomas, « Os poderes da palavra. Reflexões sobre o quadro em psiquiatria e clínica do trabalho », dans Katia Barbosa Macedo (dir.), *O diálogo que transforma. A clínica psicodinâmica do trabalho*, Goiânia, Ed. da PUC Goiás, 2015a.
- Périlleux, Thomas, « Une cure de Winnicott », dans Claire Marin et Frederic Worms (dir.), *À quel soin se fier? Conversations avec Winnicott*, Paris, PUF, 2015b.
- Périlleux Thomas, « Pour une critique clinique », dans Burno Frère (dir.), *Le tournant de la critique sociale*, Paris, Desclée De Brouwer, 2015c.
- Petitdemange, Guy, « Le lointain et le proche. Brèves notes sur Walter Benjamin », *Tumultes*, 2001, vol. 2, n° 17-18, p. 91-104.
- Renault, Emmanuel, *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*, Paris, La Découverte, 2008.
- Rose, Nicolas, « Governing the enterprising self », dans Paul Heelas et Paul Morris (dir.), *The Values of the Enterprise Culture. The Moral Debate*, London et New York, Routledge, 1992.
- Thévenot, Laurent, « Autorités à l'épreuve de la critique. Jusqu'aux oppressions du "gouvernement par l'objectif" », dans Bruno Frère (dir.), *Le tournant de la critique sociale*, Paris, Desclée de Brouwer, 2015.
- Vasse, Denis, *La vie et les vivants*, Paris, Seuil, 2001.
- Vielle, Pascale et Phillippe Pochet, *L'État social actif: vers un changement de paradigme*, Bruxelles, PIE-Pieter Lang, 2005.
- Vrancken, Didier et Claude Macquet, *Le travail sur Soi. Vers une psychologisation de la société?*, Paris, Belin, 2006.
- Winnicott, Donald W., « Cure » dans *Conservations ordinaires*, Paris, Gallimard, Coll. Connaissance de l'inconscient, 2004.

CHAPITRE 8

Repères pour la thématique subjectivité et travail

*Le thème de l'engagement personnel
dans les métiers de la relation
en milieu institutionnel et communautaire au Québec*

Marie-Chantal Doucet et Dominic Dubois

INTRODUCTION

Le présent chapitre s'appuie principalement sur les résultats de nos recherches sur les métiers relationnels dans les milieux de première ligne en santé mentale adulte et infantile ; le service social de deuxième ligne d'un institut de réadaptation dans le domaine du handicap et finalement, le rapport de témoignages d'intervenants d'un centre de crise en milieu communautaire concernant leur connaissance et leur expérience du métier.

Parmi les dimensions heuristiques en amont de la recherche, celle des implications personnelles du travail est ressortie avec une certaine force telle qu'elle est mise en avant dans la littérature. La thématique subjectivité et travail connaît un succès inusité ces années-ci, à la fois dans les recherches, dans les nouvelles militances et dans les savoirs implicites des praticiens. Nous nous attarderons ici à quelques repères qui pourraient s'y insérer en parallèle à la problématique de la santé mentale au travail qui y est souvent considérée. La dynamique de l'engagement personnel ressort fortement des témoignages, au point où il serait possible de la considérer comme l'un des vecteurs de construction, de développement et d'émancipation du métier.

Nous présenterons brièvement en première partie les principales études qui s'intéressent à cette thématique à partir de la problématique de la santé mentale au travail. Nous exposerons ensuite notre point de vue en proposant de faire un pas de côté par rapport aux nombreuses observations faites de l'organisation et de ses contraintes. Dans le contexte d'une singularisation et d'une subjectivation croissante du travail, on y constatera que, la source du malaise pourrait être aussi en grande partie expliquée par un nouveau sens du travail.

LA THÉMATIQUE SUBJECTIVITÉ ET LES PRATICIENS RELATIONNELS

La catégorie étendue des métiers de l'aide à autrui peut aussi bien comprendre au Québec des activités d'auxiliaire familial, de l'aide pédagogique et technique en éducation et en déficience mentale ou les soins des malades par des pratiques qui se centrent sur le corps : physiothérapie ; nutrition ; kinésithérapie, etc. De plus, elle comporte des activités que l'on qualifiera de « relationnelles » tenues par une catégorie de praticiens spécialisés (par exemple : les psychologues, les travailleurs sociaux, les intervenants en cas de crise ; les conseillers d'orientation, les psychoéducateurs, les psychothérapeutes, les sexologues ; les psychiatres). Le sentiment d'appartenance et la revendication de la spécificité de ces praticiens, celle de travailler la qualité de la relation avec les sujets et entre les sujets, découle de l'ancrage d'une sorte d'« éthos du métier », que l'on peut définir comme une disposition psychique et un ensemble de croyances et de valeurs que partagent et défendent ces intervenants, de telle sorte que leur conscience se cristallise autour de la nécessité relationnelle (Doucet, 2014). Cette idée maîtresse fonde l'armature de ces métiers. On peut considérer que leur activité s'intègre au type « aide à autrui » et plus spécifiquement, de « genre relationnel ». L'un des traits majeurs de ces métiers implique la relation extrêmement sensible qu'entretiennent les praticiens avec leur activité.

L'importance que revêt l'attachement affectif des praticiens relationnels envers leur activité est depuis longtemps largement admise et valorisée. Leurs émotions et sentiments sont quotidiennement mobilisés et constituent, à travers l'intuition et par au moyen du « toucher clinique », l'un des éléments nécessaires au travail bien fait. À titre d'exemple, l'essai psychanalytique d'Alice Miller sur « le drame de l'enfant doué », celui qui, s'étant vu attribué dans l'enfance un rôle parental a développé l'empathie et la sensibilité nécessaire au métier expose le profil psychologique considéré comme caractéristique du psychanalyste (1979). Nous avons là l'exemple d'un engagement névrotique envers le métier qui semble considéré comme un terreau fécond pour la relation

d'aide. Un trop-plein émotionnel entraînant une usure de compassion est également bien connu dans la littérature portant sur ceux qui ont pour métier l'aide à autrui et devient l'un des risques du métier qui s'inscrit depuis longtemps dans le sens commun de ces praticiens (Vézina, 2008 ; Daneault, 2008 ; S. Larose et M. Fondaire, 2007).

Les études contemporaines sur le travail mettent en relief le fait que cette activité répond aussi aux besoins de réalisation personnelle au sein de son organisation. Or, dans plusieurs recherches, ces besoins semblent des conditions de base d'une santé au travail quotidiennement mise à risque par les organisations elles-mêmes (Dejours, 2010 ; Negura, et Maranda 2013 ; Gaulejac, 2010). De fait, l'un des thèmes les plus développés dans la littérature sur la thématique subjectivité et travail à laquelle se rattache comme on le voit, doublement le travail relationnel concerne la problématique de la santé mentale au travail.

La santé mentale au travail

Celle-ci a surtout été traitée à partir d'une orientation psychologique. Les grandes organisations ont dans les années 1980 établi des services d'aide aux employés attendant ou carrément dans leur service de gestion du personnel. La multiplication des techniques de gestion de stress (par exemple, yoga, méditation, présence attentive) a pour objectif d'apporter des solutions à des difficultés au travail. Les praticiens ont d'ailleurs largement recours aux psychothérapies et supervisions privées pour les soutenir dans leur activité. Par ailleurs, plusieurs études ont mis en lumière le trouble de l'épuisement professionnel ou le stress au travail, attribuables à la psychologie même des individus au travail. L'une des causes les plus importantes de l'épuisement au travail (*burnout*) serait même occasionnée par un trop grand engagement personnel dans son travail. La critique la plus courante envers ces orientations est qu'elles prétendent que ces difficultés relèvent exclusivement de l'individu en faisant abstraction du contexte de travail. Par conséquent, au regard de ces pratiques, l'individu seul doit apporter des solutions (Dejours, 2000).

C'est à partir de l'intérêt manifesté pour les dimensions sociales de la souffrance ou du mal-être au travail que la problématique de la santé mentale dans ce domaine tend à s'intégrer de plus en plus dans la catégorie des problèmes sociaux contemporains. À un niveau important, la stigmatisation des travailleurs souffrant d'un problème de santé mentale et de leur réintégration est visée par les politiques du travail (Kirouac et Dorvil, 2014 ; Arnaud et Pelletier, 2016).

Par ailleurs, la France a élaboré le concept de risques psychosociaux qui s'applique aux difficultés mêmes du travail (Valléry et Leduc, 2012). Dans ce contexte, la notion de risque s'entend de la probabilité d'une atteinte à la santé physique ou mentale en relation avec le contexte du travail. Le champ psycho-

social se réfère aux dimensions organisationnelles et interpersonnelles de la vie au travail. La combinaison de facteurs issus du travail lui-même, de la société et de l'individu peut faire apparaître le risque psychosocial (RPS).

À l'interface du sujet et de l'organisation, le registre de la santé mentale au travail semble aussi plus que jamais interpellé par le processus accéléré des restructurations des organisations publiques du travail dans les sociétés contemporaines vers une gestion plus axée sur la production économique à l'image des entreprises privées, connue sous l'expression de nouvelle gestion publique (new public management) (Gaulejac, 2010). Les conséquences de ces transformations font l'objet de recherches de plus en plus nombreuses à démontrer leurs effets sur la santé mentale des travailleurs. La littérature francophone fait abondamment ressortir diverses lectures d'une souffrance liée au travail (Dejours, 2000; L'Huillier, 2006; de Gaulejac et Hanique). Ces approches, dont nous n'aurons pas l'espace pour exposer toute la portée contribuent à affiner la compréhension des mécanismes psychosociologiques du travail et de l'organisation. Elles repèrent des difficultés, qui seraient essentiellement redevables à des causes organisationnelles, elles-mêmes liées à la productivité¹. Il y aurait selon ces analyses que, l'on peut désormais considérer comme classiques, une continuité avec les procédures de contrôle, incorporant dans des visées utilitaristes, la subjectivité et la créativité des sujets au travail.

Le travail, espace de réalisation de soi par excellence, devient en même temps, un lieu potentiellement pathogène. Dans ce contexte, la littérature propose diverses manières de soigner cette nouvelle souffrance sociale, possiblement considérée comme l'une des plus sérieuses de nos sociétés actuelles. Les subjectivités blessées des sujets au travail, que ce soit par les hiérarchies, les collègues, les harcèlements de toutes sortes ou la clientèle reçoivent de plus en plus d'écoute de la part des institutions. En France, le nombre de thérapies en milieu organisationnel et autres cliniques du travail pour soigner ces nouvelles pathologies de la vie quotidienne s'est multiplié. On y estime à environ 4000 spécialistes de cette écoute pour soutenir et accompagner l'épreuve du travail (Clot, 2007). Au Québec, ces dimensions seront plutôt travaillées sous forme d'analyses de pratique professionnelle (ou réflexives) ou encore de supervisions de groupe (Bourassa, 2013).

Les milieux de l'aide à autrui sont particulièrement investis par cette nouvelle orthopédie ergonomique. Même les milieux communautaires pourtant bénéficiaires de subventions souvent considérées insuffisantes, n'hésitent pas à recourir à des groupes d'analyse de pratique et autres groupes de parole

1. À cet égard, les travaux de Dejours et ceux de Gaulejac, même s'ils relèvent de postures divergentes peuvent être éclairants.

en vue d'améliorer à la fois l'humeur au travail et les pratiques comme telles (Vézina, 2008). L'ambiance collaborative induite par « ces thérapeutes des thérapeutes » pourrait-on dire, donne lieu à des pratiques diversifiées dont les objectifs divergent souvent. Par exemple, les travaux québécois sur le pouvoir d'agir (Le Bossé et coll., 2016) qui reposent sur le collectif, ne sont pas du même ordre qu'une approche auto-orientante visant une individualisation des cheminements (Goyer, et coll., 2016). Quoi qu'il en soit, ces dispositifs d'accompagnement amovibles constituent une tentative de soulagement du malaise dans l'organisation. Ces pratiques semblent engagées dans une lutte renouvelée menée cette fois, sur un plan affectuel dans le contexte de contraintes organisationnelles et parfois aussi interpersonnelles du travail dans un contexte syndical fragilisé. De fait, le syndicat est souvent la porte d'entrée de ces dispositifs. On part d'une prémisse à visée émancipatoire qui entre sur le terrain de la subjectivité au travail avec l'idée de réparer les subjectivités blessées en y trouvant des causes exclusivement organisationnelles.

Comme nous venons de le montrer, différents types d'explications de la subjectivité au travail se rangent désormais sous cette thématique qui semble avoir pris une importance telle que même la sociologie du travail qui s'inscrivait clairement dans l'étude des logiques productives et économiques ne peut plus ignorer les registres de la subjectivité et de l'affectivité. La question des émotions des travailleurs a surtout été mobilisée comme si celles-ci étaient mises à mal dans le cadre du travail. Si l'on se résume, les explications mises en avant dans la littérature sont soit présentées comme étant attribuables au seul individu, soit exclusivement aux cadres organisationnels ou encore comme c'est le cas dans la théorisation française des risques psychosociaux comme se situant au carrefour des domaines du travail, de l'individu et de la société.

Nous avons pensé qu'il était également possible de s'interroger sur la subjectivité de ces travailleurs en la considérant comme l'expression d'un nouveau sens du travail, en déplaçant le regard sous l'éclairage de cette nouvelle sensibilité envers le développement, l'affirmation et la réalisation de soi dans l'exercice de son métier. Or, l'investissement subjectif que suscitent les métiers relationnels, du fait d'un engagement personnel marqué peut constituer un cas de figure d'une émotion contemporaine complexe et ambivalente au regard du travail.

Le travail comme support de l'individualité contemporaine

C'est dans le domaine des significations du métier du point de vue des praticiens que notre recherche a porté. Outre sa dimension essentielle en tant qu'activité productive, le travail a été ici plus particulièrement envisagé comme un support décisif de l'individualité contemporaine, c'est-à-dire comme un

réquisit à l'existence de l'individu en tant qu'individu et à la possibilité d'être considéré comme tel (Castel, 2001, Martuccelli, 2002). Or l'individu existe parce qu'il est soutenu par un ensemble de supports (Martuccelli, 2002). De fait, on peut effectivement penser que le travail joue aujourd'hui un rôle central quant à l'expérience et à la possibilité d'être un individu, du fait d'une « intensification de l'investissement de la subjectivité au travail » (Mercure et coll., 2010; Kirouac, 2015). Les témoignages recueillis sont emblématiques de la dynamique de cette intensification. Le métier y est dépeint comme une affaire existentielle, faisant de l'engagement personnel, un gage de réalisation de soi.

Ce qui est toutefois spécifique des métiers relationnels et vient en rendre l'analyse intéressante du point de vue des études sur le travail tient à la grammaire pratique et discursive qui s'y trouve mobilisée, qui vient faire écho à la grammaire de l'individu contemporain (Martuccelli, 2002). Ainsi, si plusieurs analyses des pratiques ont souligné le rôle de « première ligne » que jouent les métiers relationnels dans la régulation et le rétablissement des subjectivités (Erhenberg, 1998; Otero, 2003), peu se sont intéressées aux dimensions de ce travail « sur » ou « avec » (Dubet, 2002, Astier, 2007) qui témoignent aussi d'un indissociable travail sur et pour soi. À ce sujet, les propos des cliniciens rencontrés sont plus qu'éloquents : ils adoptent pour eux-mêmes dans leur travail – du moins dans leurs discours – les traits même du nouvel idéal-type de l'individu qui répond à des critères d'autonomie, d'indépendance, de maîtrise de soi et d'expressivité (Martuccelli, 2002; Doucet, 2014; Dubois, 2014) qu'ils cherchent à susciter par leurs interventions. En effet, l'une des particularités de ce métier est que la connaissance subjective doit y atteindre un haut niveau de conscience au prix d'un travail constant sur soi-même. Il faut donc user de soi-même, se suspecter, se surveiller soi-même et au besoin moduler sa conduite.

Le pire piège de notre métier, c'est...notre désir d'aider. Et que le paradoxe dans lequel un psychologue va se trouver, du moins dans la façon dont je vois son travail, il va se trouver dans le paradoxe que, pour aider, il faut qu'il analyse son besoin d'aider. Il faut qu'il suspecte...il faut qu'il voit un peu comme suspect son besoin à ce point-là d'aider. Et que c'est la seule façon qu'il va aider (sic) le patient, c'est en comprenant, pourquoi, il veut tant l'aider. (Clément)

Les praticiens relationnels mobilisent donc une connaissance subjective de haut niveau qui inclut la faculté de se prendre soi-même à la fois comme objet et comme outil de travail. Aussi, loin d'échapper à la nouvelle donne sociologique, les praticiens relationnels sont autant les premiers artisans que les acteurs d'une nouvelle modalité d'adaptation à soi-même comme individu et comme travailleur. Ils participent directement *par leur* travail aux mécanismes

de diffusion et à l'implantation de la configuration contemporaine des subjectivités, laquelle se manifeste aussi *dans leur* travail. De ce point de vue, la grammaire pratique et discursive des métiers relationnels permet de mettre en relief l'émergence ou la cristallisation de nouvelles « règles sociales » du travail – comme on parle des règles d'une grammaire – et celles de la subjectivité.

LE THÈME DE L'ENGAGEMENT PERSONNEL

Une analyse de la grammaire du travail des praticiens permet d'identifier l'engagement dans le travail et envers son travail comme règle centrale. Cela permet de mettre en relief et d'explorer un trait commun à l'ensemble des entretiens, où se confondent selon différentes modalités la subjectivité et l'activité. Comme on le verra maintenant, profession et personnalité apparaissent effectivement étroitement liées dans les propos recueillis, comme l'évoque Simon, dans un passage où il rappelle une époque où les choses allaient mieux : « Je trouvais que ça allait mieux, en fait quand on était plusieurs intervenants à interviewer la même personne, parce qu'on est différentes personnalités. » (Simon)

« Professionnellement, moi, personnellement... »

Cette convergence conforte la thèse d'une intensification de l'investissement de la subjectivité au travail (Clot, 2008 ; Lhuillier, 2006 ; Dejours, 2000 ; de Gaulejac, 2010 ; Mercure et coll., 2010), mais d'une manière particulière, qui concerne la signification que les intervenants prêtent à leur activité (Mercure et coll., 2010). Au-delà des aléas psychologiques – positifs comme négatifs – qui lui sont associés, la subjectivité au travail en vient donc ici à servir de vecteur à un nouveau sens du travail. Si, comme on l'a vu, l'investissement dans le travail est indéniablement aujourd'hui devenu un gage de réalisation de soi et la cause d'une série de malaises, nos recherches tendent à indiquer, en parallèle, que l'engagement de l'individu dans son travail est aussi à l'origine de descriptions de pratiques et de définitions du métier fortement singularisées. Pour emprunter au vieil adage « L'habit ne fait pas le moine », même si l'habit est toujours prescrit de l'extérieur, il ne semble plus aujourd'hui suffisant pour faire le moine : chacun peut ou doit choisir la façon dont il le porte et l'investit dans l'intimité du bureau.

Cette dernière proposition appelle une nuance importante. L'élaboration subjective de ce nouveau sens du travail est avant tout ici affaire de potentialités, sans que l'on puisse déterminer l'influence réelle qu'elles peuvent avoir sur les pratiques. Dans la mesure où l'activité de chacun demeure largement déterminée ou « prescrite » par la profession (psychologues, travailleurs sociaux,

psychoéducateurs, etc.), l'organisme (CLSC, centre de crise, CDR, etc.) ou le genre du métier (les métiers relationnels), il va de soi que le travail possède une signification au préalable, extérieure et commune aux individus. Au-delà des contraintes associées à cette imposition de l'extérieur, cette signification commune des métiers relationnels transparait aussi aux travers les « savoirs implicites »² (Rhéaume et Sévigny, 1987) qui se trouvent mobilisés par les praticiens dans la restitution qu'ils offrent de leur activité. C'est d'ailleurs en partie sur l'homogénéité de ces savoirs implicites que s'appuie l'idée de métiers relationnels. Toutefois, lorsqu'il s'agit de décrire leur travail, tous insistent sur le caractère singulier de leurs pratiques, indissociable de leur propre singularité. Effectivement, si l'on s'en tient aux descriptions que donnent les praticiens, tout se passe comme si chacun d'eux redéfinissait individuellement pour soi-même et à partir d'un langage intérieur ce qu'est son travail, dans des formulations où s'entremêlent étroitement des savoirs sociaux implicites et des savoirs sur soi. Ce faisant, activité et individualité deviennent indissociables, dans des récits où il ne s'agit jamais seulement de faire son travail, mais de s'y engager pour le faire être.

Cette « singularisation par engagement » du sens du travail apparaît aussi lorsque vient le temps de réfléchir sur certains concepts ou notions propres à leurs pratiques : ici la santé mentale, là les diagnostics, ailleurs les modèles théoriques et thérapeutiques, etc. On trouve chez les cliniciens rencontrés ce qui s'apparente à une posture de rejet de programmes institutionnels (Dubet) ou de normes « venues d'en haut », rejet qui serait caractéristique aujourd'hui du travail avec autrui (Astier, 2007 ; Namian, 2012). Dans leur distance par rapport aux catégories officielles, les praticiens tendent aussi à privilégier, sous la formule du ça dépend, des descriptions flexibles et singularisées de leurs clients, de leurs interventions et de leur activité en général, qui doivent en quelque sorte être redéfinies à chaque instant. Aux contraintes des catégories « dures » de l'institution, ils opposent leurs propres catégorisations malléables ; en négociant avec les diagnostics en fonction de nosographies personnalisées (et personnalisables), en composant des amalgames théoriques qui résultent de leurs valeurs personnelles et en contournant les demandes de résultats extérieurs dans un jeu statistique qui répond à leurs propres objectifs. Cette ouverture liminaire du sens du travail laisse entendre que le praticien se trouve toujours au cœur de celui-ci : par sa capacité personnelle et professionnelle à réévaluer, à redéfinir et à infléchir à chaque instant les formes que doit prendre son activité. La signification ultime du travail semble ainsi conditionnelle au

2. Voir le chapitre dans le présent ouvrage : Doucet, Marie-Chantal, 2016. « L'activité et le langage des métiers relationnels. Une sociologie de l'implicite »

fait que l'individu s'y engage, avec comme horizon l'idéal d'une pratique véritablement clinique, dégagée de toutes les contraintes extérieures.

Un engagement qui aspire à la pureté

De manière générale, l'élaboration d'un nouveau sens du travail apparaît ainsi fortement liée à la façon dont l'individu s'y engage, traduisant une personnalisation subjective du sens du métier. De façon étonnante, cet engagement dans le métier laisse parfois planer la figure d'un travail qui serait abstrait de toute épaisseur sociale, à tout le moins d'une coupure très nette entre le métier et le reste du monde, entre l'intimité du bureau et ce qui se passe à l'extérieur. À un haut niveau de généralité, il rappelle l'idéal de la relation pure présenté par Giddens (1991), à la différence importante que la « relation » lie l'individu à son métier. Il est donc évident que l'engagement dans le travail diffère de la relation pure, dans la mesure où il s'inscrit dans des logiques sociales différentes de l'intimité et qu'il apparaît difficilement définissable comme libre d'attache³ quand on considère son environnement institutionnel. Malgré tout, la manière dont les intervenants rencontrés évoquent leur engagement laisse croire que celui-ci emprunte en partie au modèle de la pureté, sous la forme d'une aspiration à un engagement qui serait le plus « pur » possible.

Tout d'abord, même s'il s'inscrit dans un univers fortement prescriptif, la façon dont les praticiens opposent leurs définitions personnelles du métier à celle de l'institution tend à indiquer que le « vrai travail » est celui que l'individu construit en y engageant sa propre subjectivité. Dès lors, un travail qui serait, dans l'idéal, libre d'attaches sociales, comme c'est le cas pour la relation pure. Deuxièmement, le fait que l'engagement représente un gage de réalisation de soi suggère qu'il possède une logique propre à l'intervenant. On s'engage dans le travail parce qu'on aspire à s'y réaliser, c'est-à-dire pour ce que le fait même de s'engager apporte, comme on s'engage dans une relation amoureuse non pas tant (ou uniquement) par amour, mais aussi pour ce que cette relation rapporte. Troisièmement, la volonté de s'engager de la manière la plus « pure » est, comme la relation pure, réflexivement organisée. Elle suppose un individu qui soit toujours en mesure de calculer les « gains » et les « pertes » de son engagement, son apport et ses risques, pour éventuellement le réorienter, s'investir différemment, se re-définir soi-même et son travail autrement. Par conséquent, et c'est un quatrième trait que l'engagement dans le métier partage avec la relation pure, il suppose un travailleur toujours actif, non pas pour répondre à des critères de performances extérieurs, mais, encore une fois, dans l'objectif

3. Free-floating (sans attaches, flottant) dira Giddens (1991).

de se réaliser. Nous y reviendrons dans la typologie de l'engagement qui suit, mais ce point ressort fortement des entretiens, sous la forme d'un souci pour un apprentissage qui ne finit jamais. Finalement, l'idéal de l'investissement pur tend à générer de l'identité, non seulement professionnelle, mais aussi personnelle. Ce n'est pas seulement le métier qui se réalise dans sa forme la plus « pure » lorsqu'on s'y engage, c'est aussi soi-même qui en émerge.

Ébauche d'une typologie de l'engagement

Comme on l'a vu précédemment, cette aspiration à l'authenticité d'un métier dans lequel s'investirait le travailleur au point où il y refléterait sa propre subjectivité se heurte à de nombreux obstacles. Sans dire que les différentes souffrances exprimées par les travailleurs contemporains sont les conséquences directes de ces empêchements, elles indiquent néanmoins qu'un ensemble de facteurs vient barrer la route à la pureté d'une pratique singulière du métier. On peut ainsi penser que plus l'extérieur impose sa définition du travail, plus la volonté contemporaine de se réaliser dans le travail se traduit par une série de souffrances. Spécialistes par excellence de cette « psychopathologie de masse », les praticiens rencontrés sont largement conscients des risques psychologiques liés au travail, ce qui donne à leur engagement une teneur particulière. Cet engagement apparaît comme un processus fortement ambivalent, qui se constitue souvent comme le montre les entretiens en réaction à ce qui, de l'extérieur, résiste à la volonté de s'épanouir dans le travail. On présente ici une rapide typologie des formes de l'engagement dans le travail qui ressort des propos recueillis, sous la forme de quatre grandes équations entre les contraintes et les potentialités, entre l'amour du métier et le ressentiment envers l'extérieur.

Se définir, s'affirmer, se battre

La première de ces équations concerne la possibilité et la volonté chez les travailleurs de se définir eux-mêmes comme professionnels, en rupture des prescriptions et des proscriptions institutionnelles. Dans une majorité de situations, ces contraintes ont moins leur origine dans le lieu de travail lui-même que chez les « gestionnaires d'en haut » comme les nomment certains praticiens. Pour les travailleurs les plus expérimentés, les définitions venues d'en haut sont d'autant plus problématiques qu'elles sont le fruit d'une constante réorganisation politique de l'intervention en santé mentale et de jeux d'influences entre les ordres professionnels. Derrière ces différentes contraintes, c'est la définition de soi-même comme professionnel et comme individu qui se trouve alors en jeu : comme le dit Vivianne, « Il faut se définir encore plus parce que si on ne se définit pas, on va se faire définir. » (Vivianne)

Cette nécessité – et la menace à laquelle elle résiste – apparaît d'autant plus importante quand on considère l'étroite relation qui lie professionnalité et subjectivité dont on a fait état précédemment. Si le sens du travail résulte de la façon dont on s'y engage, il s'ensuit que dans le discours des intervenants, prescriptions et contraintes concernant le travail équivalent aussi à une limitation de la possibilité de se définir soi-même dans le travail. Or, comme le souligne Clément, cette limitation est lourde de conséquences.

Je pense que ça ne prend pas grand-chose pour que ça devienne très souffrant. Si on prend l'exemple des centres jeunesse, qui ont une clientèle comparable, le taux de souffrance des employés, on le sait par les *burnout*, est très, très important. C'était pas comme ça avant. J'ai travaillé aussi comme consultant dix ans dans les centres jeunesse, et c'était pas comme ça. Mais des changements, dans la gestion, dans l'organisation ont beaucoup changé la nature du travail. (Clément, SMJ)

Dès lors, rien d'étonnant à ce que certains des plus jeunes praticiens rencontrés voient dans la pratique privée l'horizon du travail idéal, c'est-à-dire des espaces où dans leurs représentations, rien ne contraint la possibilité de se définir soi-même comme travailleur et, par conséquent, comme individu.

La neuro comment ça se fait en système hospitalier, ça ne cadre pas tout à fait dans mes valeurs. Ça le faisait au XXX parce que j'étais toute seule. J'étais sur ma petite île déserte et je pouvais faire à ma manière. Mais dans un système hospitalier standard, non. Donc, moi c'est vraiment la vision privée vers laquelle je tends. Et [c'est ce] que je fais déjà à temps partiel et que je vais un jour faire à temps plein. (Marie-Ève)

S'investir soi-même comme outil de travail : « Notre outil, c'est nous-mêmes. »

La seconde équation entre contraintes et potentialités concerne « la juste mesure » de ce que l'on engage de soi-même dans le travail, dans des métiers où on est soi-même son propre outil. La question qui se pose ici est celle de la possibilité de distinguer le soi de l'individu et le soi du travailleur. Dans les mots des praticiens, l'investissement de soi comme outil de travail ressort effectivement comme l'une des expressions principales de l'engagement personnel. Ici, le potentiel de réalisation de soi propre à l'engagement rencontre, chez certains, les risques liés à un trop grand investissement affectif dans le travail. Pourrait-il en être autrement, puisque l'objet de prédilection de ces praticiens concerne les problèmes du comportement humain : comment en effet entrer sur le terrain de l'affectivité sans en être soi-même affecté ?

C'est un métier où on entend des histoires pas possibles. Des histoires inimaginables et très souffrantes que t'as pas vu dans la fiction parce que la réalité dépasse nettement la fiction (...) ça peut devenir un métier souffrant. (Monique, SMJ)

Et comment ne pas avoir déjà un intérêt marqué ou une sensibilité particulière pour l'objet affectif afin de *faire ce métier*; une locution ordinaire à laquelle on peut prêter un double sens, l'idée de *faire* concernant aussi bien l'activité en train de se réaliser que celle du développement du métier (Clot, 2007). En effet, il semble bien qu'« y mettre du sien », comme le souligne Clot (2008) dans ses analyses de l'activité, prenne une dimension particulière dans la construction et le développement des métiers relationnels. De cette activité doit ressortir l'impression d'y avoir donné de soi-même, si bien que cet engagement personnel est un élément crucial de construction du métier et d'une manière tout aussi décisive, le métier est un élément de construction de soi-même.

Dans leur discours, les praticiens présentent bien souvent leur apport au travail – voire au Travail – comme une affaire existentielle. « Notre outil, c'est nous-mêmes », comme le dit Denise, l'une des participantes. Il faut donc d'abord correspondre à un certain profil de base : on doit être prêt à s'investir soi-même, car il faut être là à 200 %. « Il faut être très sensible » (Denise, SMJ) et « capable de lire l'intériorité, ce mode de connaissance indépendant de la raison » (Larose et Fondaire, p. 135, 2007) tout en étant capable de « se distancer pour prendre soin de son instrument de travail qui est soi-même. Car comme professionnel, c'est un devoir de prendre suffisamment soin de soi pour pouvoir faire son travail » (Caroline) et ainsi, de faire un travail sur soi-même où, encore une fois, on s'utilise comme son propre outil.

S'engager dans un travail véritablement clinique

L'expression véritablement clinique ressort chez plusieurs comme une préoccupation majeure. Soulignons d'emblée que, l'attitude dite clinique, l'une des catégories principales de l'éthos du métier et qui renferme les propriétés fondamentales de la relation d'aide se trouve exposée, dans tous les milieux étudiés. De fait, la recherche n'informe pas sur d'importantes différences dans le discours de métier de l'ensemble des praticiens institutionnels et communautaires. Les praticiens communautaires défendent de façon plus verbalement affirmée les valeurs d'autonomie d'action et l'indépendance d'esprit (Larose et Fondaire, 2007). Les praticiens institutionnels usent de manières de faire et de dire plus implicites au regard des contraintes organisationnelles de leurs tâches. En définitive, sur le plan des discours liés aux savoirs d'action, il n'y a pas lieu de croire de ce point de vue, en un véritable hiatus, comme il a été traditionnellement prétendu, entre « ceux qui travaillent dans le réseau et ceux qui font du communautaire ».

Les praticiens travaillent les relations à partir d'une relation-type, à la fois standardisée et singularisée qu'ils nomment la clinique. Cette posture

semble en réaction à l'intervention motivée par des intentions gestionnaires définies par eux comme instrumentales. La clinique se veut épurée des contraintes institutionnelles et nécessite en revanche un fort investissement personnel comme le dit Alain : « Le clinicien ne peut pas être le fonctionnaire de la théorie de quelqu'un d'autre ». Le quelqu'un d'autre faisant référence ici aux gestionnaires d'en haut. La question n'est pas de savoir si une telle relation clinique est véritablement étanche aux « théories des autres » dans la pratique, mais d'y voir une représentation particulière de l'activité qui fait très largement appel à leur propre subjectivité.

Concrètement, l'activité clinique est certes traversée de contraintes structurelles et extérieures, mais du fait de composantes incontrôlables issues des contingences du quotidien, de même que de la singularité et de l'hétérogénéité des histoires, elle se trouve, par nature, résistante à toute cristallisation définitive. Il revient en quelque sorte à la subjectivité du travailleur de cristalliser ce qu'il conçoit comme la véritable clinique. Par exemple, cette praticienne de SMJ affirme :

Pour moi, si il y a un symptôme, c'est que, il y a aussi une opposition à se réadapter ou à s'adapter, parce qu'il y a quelque chose de plus profond. Alors, c'est dans cette veine là... si je fais des stats (statistiques) puis, je finis mon dossier dans l'optique de la réadaptation, est-ce que c'est vraiment une réadaptation ? Peut-être que pour le ministère ça l'est. Dans ma façon de concevoir un travail véritablement clinique, ça ne l'est pas. Parce que se réadapter à quelque chose, c'est aussi se soumettre à quelque chose qui [ne] va pas bien. Un élève qui s'assoit puis qui ne parle plus, il est réadapté... en tout cas, moi mon but personnel, c'est pas de les réadapter. (Myriam)

Au-delà du diagnostic, il y aurait donc la nécessité relationnelle présente aussi bien dans la relation clinique elle-même que dans celle d'examiner et de soigner les relations des sujets rencontrés au cours de la clinique avec leurs proches.

Les déterminants majeurs que je trouve en santé mentale, surtout [de la] jeunesse, sont pour moi liés à tout ce qui est relationnel, expérience de vie qui peut être traumatisante ou violente ou que ce soit témoin de violence ou même victime de violence physique, d'abus sexuels ou de précarité. (Simon)

(...) mais au-delà du diagnostic, il faut travailler avec la réalité des comportements puis des relations. (Caroline)

Se former, se superviser, développer le métier : « L'apprentissage, ça ne finit jamais. »

Comme on l'a vu, l'investissement dans le travail peut être la source de souffrances psychologiques diverses. Cette souffrance, connue des praticiens,

donne lieu à une quatrième forme d'engagement, où la question de l'apprentissage apparaît comme un facteur de protection essentiel.

On s'engage ainsi à se perfectionner autant par souci de professionnalisme que pour se préserver. La formation continue et dans une certaine mesure la supervision, souvent aux frais des praticiens – ce qui démontre ici encore leur fort engagement personnel – sont devenues des exigences explicites des ordres professionnels et des organisations du travail. Elles constituent en plus, un engagement moral essentiel au développement du métier :

La formation ne finit jamais, je suis toujours en formation, toujours en supervision et on est toujours, toujours en discussion d'équipe. Alors c'est comme (rire)... Ça prend beaucoup de temps mais aussi, pas seulement de connaissances mais d'ouverture, d'ouverture de l'esprit, de voir comment on peut s'engager différemment... engager les clients, les familles, comment on peut résoudre des problèmes différemment... (Barbara)

L'expression de Barbara (*comment on peut s'engager différemment*) peut ainsi être interprétée comme un désir de s'engager selon sa manière d'être personnelle, mais aussi à travers ses choix théoriques. *L'ouverture d'esprit* dont elle parle est celle d'une conscience qui s'ouvre aux connaissances mais les recompose en elle-même pour projeter à l'extérieur une intervention, certes teintée des couleurs du temps, mais qui compose tout de même un tableau dont les mises en perspectives changent selon les croyances, les valeurs, les situations cliniques et les dispositions psychiques du praticien.

Or, loin de contester l'idée de se former, les praticiens semblent plutôt opposés à se faire imposer des contenus de formation dans lesquelles ils ne se reconnaîtraient pas eux-mêmes :

Il y a une autre formation prévue, mais on s'entend [sur le fait] que la formation elle est davantage [là] pour répondre aux besoins du CLSC que pour répondre à mon besoin à moi. Mais je comprends que le CLSC ait des besoins aussi. (Mélanie)

Comme le souligne Mélanie, la formation doit répondre à mon besoin à moi, comme clinicienne engagée dans une relation réelle plus qu'aux besoins de l'organisation.

Les praticiens relationnels sont des diplômés universitaires qui possèdent aussi à leur actif des formations post-universitaires : la thérapie familiale ; l'intervention transculturelle ; l'approche psychoéducative ; la psychanalyse, pour ne prendre que ces exemples. Le problème survient donc lorsque les praticiens se voient imposer une approche :

À ce séminaire-là, il y avait des membres de l'Ordre, alors déjà tous les professionnels qu'ils ont engagés sont membres de leur ordre professionnel, ils sont

soumis à leur code de déontologie, ils sont soumis à l'utilisation de pratiques reconnues... (Samuel)

Ils ont obligé la première équipe ici à se former à l'approche en attachement. Qui parle de cette approche aujourd'hui? Déjà à l'époque c'était une approche qui n'avait pas de fondements valables sur le plan scientifique, qui a été très contestée par nos universitaires à nous, dont toute l'équipe qui travaille sur l'attachement à l'Université en disant: « Cette approche c'est... » Mais ça a été celle-là que les gestionnaires ont choisie pour des raisons qu'on ne connaît pas... (Alain)

En définitive, ce sentiment pressant décrit précédemment, de devoir *se définir, s'affirmer, se battre* envers et contre les impositions et contraintes, dans une ambiance appréhensive devant des changements toujours imminents, se manifeste notamment par l'inquiétude de voir leur savoir professionnel et leurs manières de penser et d'agir remis en question par l'arrivée de nouvelles approches. En plus de rechercher paradoxalement les cautions explicites de leurs compétences dans le fait d'être titulaires de diplômes, dans une appartenance disciplinaire archétypale plutôt que prescriptive, au travers de formations et de supervisions post-universitaires et continues, les praticiens invoquent aussi la dimension du sens qu'ils donnent eux-mêmes à leur activité. Par exemple, la menace future de devoir agir uniquement en fonction des théories cognitivo-comportementales, en dépit de la dimension expérientielle et interprétative ressort très clairement. Aussi, il est intéressant de constater la relation affective qu'ils entretiennent envers leur théorie de prédilection et l'impression qu'ils ont, d'un empiètement important sur eux-mêmes lorsqu'ils se voient imposer une approche. Les choix théoriques semblent ainsi collés à l'histoire personnelle comme le démontre Bouilloud dans son livre sur les parcours intellectuels (2009). L'histoire intellectuelle et l'histoire personnelle s'entremêlent pour produire finalement une pensée et une approche distinctives. L'empêchement de cette pensée et de cette approche donne lieu d'après les témoignages à l'un des malaises dans l'organisation exprimés avec le plus de vigueur.

CONCLUSION

La thématique subjectivité et travail s'impose de plus en plus, tant par ses questionnements sur l'individu psychologique et ses compétences à gérer le stress du travail que par les recherches sur les contraintes organisationnelles comme causes possibles de souffrances, voire de problèmes de santé mentale. Dans ces points de vue, il semble que l'on assiste à une forme de santéisation du travail, que l'on se situe du côté de la psychologie ou de la sociologie où tantôt, c'est l'individu qui doit s'ajuster, tantôt, les structures.

À partir de nos recherches sur les métiers relationnels, nous avons voulu plutôt porter en lumière le sens que prend le travail de ces praticiens dans leur existence. Le travail a été envisagé comme un support décisif de l'individualité contemporaine. Ce pas de côté nous a paru nécessaire pour montrer la dynamique d'une intensification de la subjectivité au travail, où le métier devient affaire existentielle et requiert un engagement personnel décuplé. Ces métiers, dont les actions tendent à réparer et à configurer les subjectivités blessées, ont toutefois une importante particularité : les praticiens sont autant les artisans que les acteurs de nouvelles règles sociales sur les manières d'être et de vivre. Cette double position influence leur rapport au travail et la façon dont ils s'y engagent.

Quatre formes de cet engagement personnel dans le métier ont été présentées : se définir, s'affirmer, se battre pour cette définition comme professionnel ; s'investir soi-même comme outil de travail ; s'engager dans un travail que l'on conçoit comme *véritablement clinique* et enfin se former, se superviser et développer le métier. Cette ébauche d'une typologie de l'engagement personnel dans le métier pourrait constituer dans ses formes, des repères pour la thématique subjectivité et travail.

RÉFÉRENCES

- Arnaud, Louise et Mariève Pelletier (2016). « Itinéraire d'une démarche d'accompagnement des milieux de travail et des personnes pour soutenir le retour au travail et le maintien en emploi en santé psychologique » dans Bruno Bourassa et Marie-Chantal Doucet (dir.), *Éducation et vie au travail : développement de pratiques d'accompagnement pour l'orientation et l'intégration socioprofessionnelle*, Québec, PUL.
- Astier, Isabelle (2007), *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF.
- Bouilloud, Jean-Philippe (2009). *Devenir sociologue, parcours de vie et choix théoriques*, Toulouse, Érès.
- Bourassa Fournier, Geneviève et Liette Goyer (2013), *Construction de savoirs et de pratiques professionnelles. Le double de jeu de la recherche collaborative*, Québec, PUL.
- Castel, Robert et Claudine Haroche (2001), *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard.
- Clot, Yves (2007), « De l'analyse des pratiques au développement des métiers », *Éducation et didactique*, vol. 1, n° 1, p. 83-93.
- Clot, Yves (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF.
- Daneault, Serge (2008) « La notion du soignant blessé peut-elle être utile aux médecins de famille? », *The College of Family Physicians of Canada*, vol. 54, n° 9, p. 1223-1225.

- Dejours, Christophe (2000), «Travail, souffrance et subjectivité», *Sociologie du travail*, vol. 42, n°2, p. 329-340.
- Dejours, Christophe (2010), *Observations cliniques en psychopathologie du travail*, Paris, PUF.
- Doucet, Marie-Chantal (2014), «Grammaire du métier de praticien en santé mentale jeunesse: catégories cognitives et configuration d'une individualité authentique» dans Marie-Chantal Doucet et Nicolas Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société aujourd'hui. Les voies de la recherche en sciences sociales*, Québec, PUQ.
- Dubet, François (2002), *Le Déclin de l'institution*, Paris, Seuil.
- Dubois, Dominic (2014), «Santé mentale, société et sexualité: entre acceptabilité sexuelle et figures de l'individualité» dans Marie-Chantal Doucet et Nicolas Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société aujourd'hui. Les voies de la recherche en sciences sociales*, Québec, PUQ.
- Ehrenberg, Alain (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- Gaulejac, Vincent de (2010), «La NGP; nouvelle gestion paradoxante», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, p. 83-98.
- Gaulejac, de Vincent et Fabienne Hanique (2015), *Le capitalisme paradoxant, un système qui rend fou*, Paris, Seuil.
- Giddens, Anthony (1991), *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge, Polity.
- Goyer, Liette, Cynthia Martiny, Robert Evola, Robert Beaudoin, Daniel Lebreton et Réginald Savard (2016), «Implanter le codéveloppement professionnel en orientation scolaire: les centres d'attention de l'animation» dans Bruno Bourrassa et Marie-Chantal Doucet (dir.), *Éducation et vie au travail: développement de pratiques d'accompagnement pour l'orientation et l'intégration socioprofessionnelle*, Québec, PUL.
- Kirouac, Laurie (2015), *L'individu face au travail-sans-fin. Sociologie de l'épuisement professionnel*, Québec, PUL.
- Kirouac, Laurie et Henri Dorvil (2014), «Renouer avec sa santé et son image, la double peine des travailleurs qui s'absentent en raison d'un trouble mental» dans Marie-Chantal Doucet et Nicolas Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société aujourd'hui. Les voies de la recherche en sciences sociales*, Québec, PUQ.
- Lhuillier, Dominique (2006), *Clinique du travail*, Paris, Érès.
- Larose, Suzanne et Marie Fondaire (2007), *Détresse psychologique en situation de crise*, Montréal, Québecor.
- Lebossé, Yann, Bruno Bourrassa, Geneviève Fournier, Annie Bilodeau et Josianne Roy-Lafrenière (2016), «La recherche-action comme outil de changement: un positionnement épistémologique illustré par une démarche de coconstruction des connaissances sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et de collecti-

- vités» dans Bruno Bourassa et Marie-Chantal Doucet (dir.), *Éducation et vie au travail : développement de pratiques d'accompagnement pour l'orientation et l'intégration socioprofessionnelle*, Québec, PUL.
- Martuccelli, Danillo (2002), *Grammaires de l'individu*, Paris, Gallimard.
- Mercure, Daniel Vultur (2010), *La signification du travail. Nouveau modèle productif et ethos du travail au Québec*, Québec, PUL.
- Miller, Alice (1979), *Le drame de l'enfant doué*, Paris, PUF.
- Namian, Dahlia (2012), *Entre itinérance et fin de vie. Sociologie de la vie moindre*, Québec, PUQ.
- Negura, Lylian et Marie-France Maranda (2013), « Intégration toxique » au travail flexible. Représentations sociales du recours aux drogues » dans Nicolas Moreau et Katharine Larose-Hébert (dir.), *La souffrance à l'épreuve de la pensée*, Québec, PUQ.
- Otero, Marcelo (2003), *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Québec, PUL.
- Rhéaume, Jacques et Robert Sévigny (1987), *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale*, T. II, Montréal, Saint-Martin.
- Valléry, Gérard et Sylvain Leduc (2012), *Les risques psychosociaux*, Paris, PUF.
- Vézina, Michel (2008), « La souffrance éthique du personnel des organismes communautaires », *Équilibre*, vol. 3, n° 2, p. 5-9.

QUATRIÈME PARTIE

**Mouvance du social et du politique
et transformation des pratiques**

CHAPITRE 9

Sur les traces d'une relation d'aide¹

*Programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort,
1972-2002*

Marie-Claude Thifault

Le programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort d'Ottawa, quelque peu balbutiant dans ses premières années, prend néanmoins son envol en 1972. La Commission des services hospitaliers de l'Ontario autorise un budget pré-opérationnel à Montfort qui permet à une équipe composée d'un travailleur social, d'un psychologue, d'un psychiatre et d'une secrétaire de mettre sur pied, dans une première phase, une clinique externe. Suivent la création d'un service d'urgence, d'un centre de jour et, dans sa dernière phase en 1976, l'ouverture du Département de psychiatrie offrant une capacité d'accueil de 30 lits.

Ces nouveaux services de soins psychiatriques s'inscrivent dans la volonté du gouvernement ontarien, depuis le dépôt du rapport de consultation *More for the Mind* (1963), de transférer les ressources en matière de santé mentale vers la communauté (Harrison et Thifault, 2014: 93-94). Voulant y voir de plus près, considérant les lacunes liées à la mise en œuvre d'un réseau structuré de santé mentale communautaire, faisant également face internationalement à des bilans mitigés (Hochmann, 2015), nous avons choisi de commencer

1. Cette étude a bénéficié du soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada. L'auteure tient à remercier le service des archives de l'Hôpital Montfort ainsi que les assistants de recherche qui ont participé à la photonumérisation et à la dépersonnalisation des dossiers médicaux : Sandra Harrison, François Tessier, Nicolas MacCordick, Gladys Bruyninx, Isabelle Saumure et Maxime Brunet.

notre enquête historique dans les dossiers médicaux des patientes et patients admis au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Cela dans le but, dans un premier temps, de comprendre les migrations « transinstitutionnelles » des personnes suivies dans les différents services externes de Montfort. Et, dans un deuxième temps, de documenter systématiquement les rencontres entre les patients et les intervenants de l'équipe multidisciplinaire du programme de santé mentale de Montfort.

Contrairement à plusieurs études proposant des approches innovantes, mais dont les résultats reposent seulement sur une ou quelques consultations psychiatriques au cours d'une seule et même année (OIIQ, 2013 ; Ricard, Pages et Laflamme, 2014), notre analyse critique permet de jauger les suivis thérapeutiques sur la longue durée. Cette approche, mise en avant par Harrisson (2016), tient compte de l'effet de la chronicité des maladies mentales sur le milieu familial et sur le réseau hospitalier. Selon nous, l'enquête historique a l'avantage de documenter exhaustivement la réalité des soins de santé mentale sur plusieurs décennies, et cela, en tenant compte de l'implication de plusieurs membres de l'équipe de professionnels de la santé responsables de la prise en charge des patients psychiatriques.

La situation problématique causée par le passage des soins dans les hôpitaux psychiatriques vers ceux offerts dans les hôpitaux généraux et leurs services externes commence à peine à retenir l'attention des sociologues, des travailleurs sociaux, des infirmières et des historiens et historiennes (Davis, 2013 ; Dyck, 2011 ; LeFrançois, Menzies et Reaume, 2013 ; Thifault, LeBel, Perreault et Desmeules, 2012 ; Thifault et Dorvil, 2014). Plus souvent, les études sur les pratiques infirmières en santé mentale participent au développement de nouveaux modèles de référence en consultation-liaison plutôt que sur les difficultés à offrir un suivi psychiatrique sur plusieurs années (Ricard, Pages et Laflamme, 2014). Sur ce point, la Commission de la santé mentale du Canada (2015), dans son enquête *Tracer la voie de l'avenir : Indicateurs de la santé mentale pour le Canada*, a, elle aussi, basé ses résultats sur des données annuelles. Ainsi, la Commission nous apprend que de 2006 à 2012, 22,6 % des personnes hospitalisées en psychiatrie l'ont été pendant plus de 30 jours. Les statistiques pour chacune des années de cette étude reposent sur différents échantillons et ne permettent pas de suivre, sur plusieurs années, le même groupe d'individus. Ce type de recherche ne peut donc pas mesurer l'effet de la chronicité de la maladie mentale, pourtant primordial, lors de la mise en place de politiques publiques.

L'expérience asilaire a formellement démontré la complexité du traitement des troubles psychiques et les réformateurs des années 1960 savaient que les soins psychiatriques pouvaient facilement se prolonger sur une vie entière.

Selon l'analyse d'Hochmann « [...] au gré des rechutes, des aggravations ou simplement devant des incompatibilités d'humeur, les patients pouvaient, [...], naviguer de service en service, d'hôpital en hôpital. » (2015, p. 144). La chronicité de la maladie mentale a des conséquences directes sur les « malades » et les membres de leur famille entraînés, malgré eux, dans un cycle de revisites hospitalières et de multiples transitions institutionnelles (Rose, Mallinson et Gerson, 2006; Harrisson et Thifault, 2014; Thifault 2013). La lecture des dossiers psychiatriques des services internes et externes, appréhendée par l'approche microhistorienne (Ginzburg, 1980, 2007; Revel, 1999, 2006) – qui examine à la loupe le fil du destin particulier d'individus – apporte, selon nous, un nouvel éclairage sur la spécificité des soins prodigués aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. Notre approche s'inspire également du paradigme des parcours de vie. Soit l'analyse des transitions vécues par les individus et leurs familles au fil du temps (Gaudet, Burlone et Lévesque, 2013). Cela, en étudiant spécifiquement les transitions et les bifurcations qui ponctuent des trajectoires complexes des individus souffrant de troubles psychiques. Nous croyons, comme Gaudet, que « l'analyse des bifurcations [...] nous informe sur des processus beaucoup plus fréquents qu'on le pense, qui peuvent fragiliser les individus » (2013, p. 39-40). Considérant que l'approche des parcours de vie suscite l'intérêt des décideurs publics (Gaudet, Lévesque et Burlone, 2013) et que ce type d'analyse produit des données percutantes, nous misons aussi sur cette démarche scientifique pour participer à une nouvelle réflexion qui contribuera à repenser les politiques publiques de santé mentale.

Spécifiquement, ce chapitre s'intéresse aux parcours « transinstitutionnels », sur une vingtaine d'années, d'une patiente hospitalisée pour troubles psychiques et qui a également fréquenté les services externes de l'Hôpital Montfort. Cette étude de cas est documentée à partir du dossier clinique et des notes d'évolution psychiatrie rédigées par les membres de l'équipe multidisciplinaire impliqués dans le processus de réinsertion sociale d'« Estelle », notre protagoniste. En fait, cette recherche est fondée sur les extraits des différents dossiers psychiatriques d'Estelle qui nous donnent accès à des « versions » de la vérité, comme le dit Roekends (2013) concernant sa trajectoire de vie affectée par ses troubles bipolaires. Cette méthode de recherche permet de fournir une analyse en profondeur de phénomènes individuels, soit, comme le dit Gagnon (2012), par la validation de représentations authentiques de la réalité étudiée, en tenant compte de paramètres historiques. Avant de conclure, nous proposons de rendre compte de l'utilité de l'étude de l'archive psychiatrique sur le long cours pour comprendre les parcours « transinstitutionnels » des patients psychiatriques, dans notre exemple, sur le programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort.

PARCOURS PSYCHIATRIQUES

Le point de départ de notre enquête sur les parcours « transinstitutionnels » des patients psychiatriques de la région d'Ottawa a débuté par la lecture des registres d'admission du Département de psychiatrie de Montfort. Cette première étape importante a permis de repérer dans les archives de cet hôpital général les numéros de dossiers des 15 000 patients psychiatriques admis de 1976 à 2006 et de poursuivre notre collecte d'informations dans leurs dossiers. C'est un peu par hasard que nous avons découvert l'existence des dossiers de la clinique externe, alors que le personnel des archives responsable de nous transmettre les dossiers psychiatriques sélectionnés pour notre échantillon demanda si nous voulions également les dossiers du service externe. C'est donc à la suite de cette demande fortuite que nous avons compris que le suivi des patients en service interne ou à la clinique externe était documenté dans des dossiers différents, mais tous gardés dans les archives centrales.

C'est en consultant les dossiers du service externe que nous avons considéré intégrer dans notre étude les notes « évaluation psychiatrie » rédigées par des professionnels de la santé, précisément, dans un langage plus actuel, ceux et celles réunis sous le vocable des métiers relationnels (Doucet, 2014). C'est-à-dire, dans notre exemple, les psychiatres, les psychologues, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et travailleuses sociales et les infirmiers et infirmières de l'équipe multidisciplinaire de Montfort partageant la même spécificité, soit « [...] celle de travailler « la qualité de la relation » avec les sujets et entre les sujets [...] de telle sorte que leur conscience de groupe ou corps de métier se cristallise autour de la nécessité relationnelle » (Doucet, 2014, p. 257). Cela en privilégiant, selon Hochmann, la collaboration, la déhiérarchisation, l'utilisation de la vie quotidienne comme médiation et la circulation de la parole dans les réunions. La « relation d'aide » implicite dans le métier relationnel est fortement imprégnée du courant humaniste qui prend son essor dans les années 1960 et 1970 et crée la possibilité pour les patients d'occuper une position plus active au sein même de la relation thérapeutique qui se développe sur une base volontaire, à temps partiel. Ainsi, les notes sur le formulaire « évolution psychiatrie » trouvées dans les dossiers médicaux permettent de suivre le cheminement mensuel, semi-mensuel ou hebdomadaire des patients et de mieux saisir la démarche relationnelle qui s'établit entre la personne en suivi thérapeutique et l'équipe soignante et la mise en place de « contenants de pensées » (Hochmann, 2015, p. 145).

L'analyse d'un micro-événement tiré du dossier clinique et des rapports d'évaluation psychiatrique permet de porter un regard particulier sur l'expérience de transition d'un patient entre l'hôpital et les soins communautaires. Les paroles retrouvées dans les pages des dossiers permettent d'aller au-delà

des références identitaires liées à un groupe d'individus pour tenter de glisser dans l'histoire personnelle, privée, parfois intime et ainsi d'évaluer, sur le long cours, des parcours de vie singuliers. L'un des premiers dossiers de la clinique externe qui nous a été remis par les archivistes de Montfort est celui d'une femme de 41 ans qui fait l'objet, le 27 mai 1986, d'un examen initial au programme de santé mentale de Montfort. Tous les dossiers consultés ont été dépersonnalisés, alors disons que cette étude de cas porte sur « Estelle ».

Les allers-retours d'Estelle de 1977 à 2002²

Rapports d'évaluation psychiatrique (1986)

L'examen initial au programme de santé mentale de Montfort est effectué le 27 mai 1986. Ce rapport nous apprend que depuis quinze ans, Estelle est professeure de français à l'enseignement collégial. Elle est divorcée depuis huit ans et mère de trois enfants âgés de seize, quinze et dix ans. Elle partage la garde avec leur père. Sa relation avec les enfants est bonne et la garde partagée fonctionne bien. Estelle est sous traitement psychopharmacologique pour des problèmes psychiatriques chroniques. Elle dit présenter des symptômes chroniques dépressifs qui se présentent surtout par des plaintes somatiques importantes. Elle se dit faible, irritable et émotionnellement instable : elle pleure pour des riens. Malgré tout, Estelle arrive à donner ses cours, à s'occuper de sa maison et à entretenir une relation amoureuse. Bien qu'elle demeure vague sur l'origine de ses symptômes, ceux-ci auraient commencé, il y a huit ans, après l'infidélité de son mari. À la suite de sa rupture, elle a été hospitalisée en 1977 pendant six mois. Estelle est très amère à l'égard de sa première hospitalisation à l'Hôpital général d'Ottawa qui, selon elle, a été une bien mauvaise décision puisque par la suite tant à son travail qu'au sein de sa famille elle a été catégorisée comme une malade psychiatrique.

L'entretien avec Estelle, dirigé par le psychiatre, s'effectue dans le cadre d'un suivi à l'externe et d'une réévaluation de son état après son hospitalisation en avril dernier en raison d'une surdose médicamenteuse. Ce geste suicidaire aurait été motivé apparemment par son incapacité à faire face à ses souffrances physiques. Selon le rapport d'évaluation concernant son histoire personnelle, il s'agit de sa deuxième tentative de suicide. Elle a également été hospitalisée en

2. Les informations sur « Estelle » sont tirées de son dossier clinique et de celui de la clinique externe de l'Hôpital Montfort. Les deux dossiers sont conservés dans les archives centrales de l'Hôpital Montfort. Afin de préserver la confidentialité, le comité éthique de Montfort a exigé qu'aucun numéro de dossier ne soit divulgué. Nous avons également fait le choix de ne jamais révéler les noms des professionnels de la santé qui ont signé les documents consultés.

1979, à l'Hôpital général d'Ottawa, pour avoir ingurgité une surdose de médicaments.

Selon le rapport d'évaluation de sa psychiatre, en date du 17 septembre 1986, malgré son apparence soignée, Estelle paraît beaucoup plus vieille que son âge. Elle est colérique, irritable, suspicieuse et se plaint d'une multitude de problèmes somatiques. Son attitude est hostile et son affect est manifestement inapproprié. Elle est convaincue que la médication qui lui est proposée n'aura aucun effet sur ses douleurs physiques et refuse les traitements qu'ils lui sont recommandés. La psychiatre ajoute au plan de traitement une série de consultations auprès de différents spécialistes pour ses problèmes physiques.

Estelle a consulté sa psychiatre le 29 octobre 1986 avant d'être hospitalisée à nouveau le 7 novembre 1986. Elle se plaint constamment de douleurs somatiques et elle est en colère contre son médecin de famille qui ne trouve pas de solutions à ses problèmes de tremblements, d'insomnie, de douleur abdominale, de nausées, etc. Elle est également frustrée des comportements de sa mère et de son attitude à toujours être soupçonneuse à l'égard de tout le monde. À cela s'ajoutent des soucis financiers.

Résumé de sortie : notes du psychiatre (1991)

En 1991, Estelle a été hospitalisée à Montfort une première fois le 9 août et une seconde fois quelques semaines plus tard, le 12 septembre – admise à l'Hôpital général d'Ottawa et transférée à Montfort. Son premier séjour n'a été que de dix jours parce qu'elle a signé un refus de traitement et a quitté l'hôpital sans rien vouloir entendre des avis du psychiatre, de ses parents et de son fils. Estelle nie catégoriquement ses troubles psychiques et est convaincue qu'elle a des problèmes endocriniens ou un trouble neurologique quelconque. Elle cède néanmoins, lors de son départ, à l'idée de prendre un rendez-vous avec son psychiatre à la clinique externe.

Les notes du psychiatre rapportent, qu'une semaine après qu'Estelle eut quitté l'hôpital, il y a eu un long entretien téléphonique avec son père. Celui-ci confie ses préoccupations et ses inquiétudes au sujet de sa fille qu'il considère agressive verbalement, désorganisée et incontrôlable. Il rend compte de quelques faits qui nourrissent son désarroi, entre autres, elle passe des heures à attendre et à marcher dans les rues et elle se cache dans les toilettes de McDonald, alors que le restaurant est sur le point de fermer. De plus, elle se cache dans les centres commerciaux avant de retourner errer dans les rues de la ville. Elle refuse de suivre son père et refuse d'écouter les officiers de police d'Ottawa qui l'interpellent. Ses demandes sont irraisonnables et elle demeure convaincue que ses problèmes physiques sont sérieux. Elle refuse de rencontrer son psy-

chiatre ou l'un de ses confrères et se sent persécutée par son père, car elle croit qu'il veut voler ses biens. Estelle a peine à s'occuper d'elle-même, mange peu. Elle est très agitée et visiblement épuisée.

Dossier clinique : observations de l'infirmière (1991)

Estelle est hospitalisée à Montfort le 12 septembre 1991, alors qu'elle est dans un état extrême d'agitation. Admise au Département de psychiatrie à 19 h 25, elle présente des idées paranoïaques et tient des propos incohérents. Au cours des premiers jours, elle refuse sa médication et tente à plus d'une reprise de fuir. Il est rapporté qu'elle est reconduite à sa chambre de force puisqu'elle fait fi des consignes verbales. Le 17 septembre ses parents sont rencontrés par le psychiatre qui leur explique l'état d'Estelle qui semble incapable de prendre soin d'elle-même ou de gérer ses biens. Une cure fermée est proposée et un certificat d'incapacité est signé.

Le personnel infirmier qui se relaye à chacun des quarts de travail observe qu'Estelle est agitée et multiplie les appels téléphoniques – surtout à son avocat. Elle ne socialise aucunement avec les autres patients. Son hygiène personnelle laisse à désirer et elle se plaint de maux physiques tout en niant ses problèmes psychiques. Elle s'isole, fume beaucoup. Elle refuse de prendre les médicaments qui lui ont été prescrits. Estelle est en colère contre son père et son psychiatre qui sont responsables de son hospitalisation. Néanmoins, ses parents la visitent presque tous les jours. Son père demeure à l'écart pendant les visites puisque sa fille refuse de le voir. Son frère, sa fille et un de ses fils viennent également la visiter régulièrement.

Une douzaine de jours s'écoulent avant qu'Estelle retrouve un peu de calme et qu'elle décolère. Tranquillement, elle accepte de prendre ses médicaments et accepte de discuter avec le personnel soignant. La cure fermée est levée le 30 septembre et Estelle est ravie de pouvoir se promener à son gré. Elle en profite pour aller manger au restaurant avec sa fille et parfois avec son ami. Elle réalise qu'elle doit être occupée et s'intéresse aux activités d'ergothérapie : elle veut peindre. Les rencontres avec son psychiatre se passent bien et elle obtient son premier congé de fin de semaine le 4 octobre. Au retour, elle est joyeuse et parle avec enthousiasme de son projet de roman. Dans les jours qui suivent, elle socialise davantage avec les autres patients et elle accepte les invitations de l'infirmière à aller marcher à l'extérieur. Estelle profite de ces moments de relation d'aide pour verbaliser sur sa situation et confie à l'infirmière qu'elle est consciente qu'elle a besoin de structure et d'un travail pour s'occuper. Le 15 octobre son psychiatre signe son congé définitif et elle quitte l'hôpital en compagnie de son père.

Thérapie de soutien (1993-2002)

Depuis sa dernière hospitalisation, alors qu'elle était dans un état psychotique, désorganisée et hostile, aucune note dans son dossier nous permet de valider si oui ou non elle a eu un suivi psychiatrique à sa sortie de l'hôpital. Ce n'est qu'au mois de juillet 1993 que s'ajoutent à son dossier les rapports des rencontres mensuelles, d'une durée variant entre 45 et 50 minutes, avec son psychiatre. Jusqu'au 20 avril 1995, Estelle est rencontrée une fois par mois en entrevue avec son psychiatre. Elle est relativement stable. Il n'y a pas d'éléments psychotique ou hallucinatoire, pas d'éléments dépressif ou suicidaire, pas d'abus d'alcool ou de drogue. Au cours de ces entretiens, Estelle revient régulièrement sur son passé, sur les choix qu'elle a fait et sur la colère qui subsiste toujours en elle. Entre autres, lors d'une entrevue de 60 minutes, le 19 août 1993, Estelle évalue les conséquences de sa bipolarité sur sa vie et tout ce qu'elle a perdu à cause de sa maladie : son mariage, ses enfants, son travail, sa dignité et tellement d'amis. Elle revient sur le même sujet à la séance suivante le 15 septembre. Elle reconnaît avoir totalement perdu le contrôle d'elle-même il y a quinze ans. Elle était violente, son mari l'a laissée et il a demandé le divorce. Lors d'un entretien avec son psychiatre au mois de mai 1994, alors qu'elle partage sa peur concernant la petite voix à l'intérieur d'elle qui l'incite à la violence, Estelle revient sur sa première hospitalisation et exprime du regret. Elle réalise qu'elle a fait trop peu pour sauver son mariage à cette époque. Sa réflexion sur ces années passées l'amène à reconsidérer son choix, après les six mois d'hospitalisation, d'aller vivre chez ses parents. Elle semble croire qu'elle aurait dû réintégrer le logis familial et tenter de reprendre le train-train quotidien avec les enfants et tenter de renouer avec son mari.

Après avril 1995 et le départ de son psychiatre, Estelle reprend ses entretiens avec un nouveau psychiatre au mois de juillet. Lors de la première entrevue de 46 minutes avec ce psychiatre, il note qu'Estelle est bien mise, polie, coopérative, calme et présente une légère anxiété. Elle souffre d'un trouble affectif bipolaire qui est stabilisé avec la médication. Elle est revue deux semaines plus tard. Estelle dit se sentir moins bien. Elle est plus agitée, plus irritable, ses idées tournent un peu plus vite dans sa tête et elle est tantôt triste, tantôt de bonne humeur. Son psychiatre évalue sa médication et lui propose des modifications. La médication prescrite n'est pas renouvelable et sera réévaluée dans 15 jours.

C'est à la suite du décès de sa mère, en novembre 1996, lors d'une longue session de thérapie que son psychiatre lui propose de joindre le centre de jour. Estelle « visiblement » triste et en deuil, a beaucoup de difficulté à se concentrer et n'arrive pas à remettre ses travaux universitaires. Elle refuse la proposition de son psychiatre de joindre le centre de jour sous prétexte qu'elle est trop

occupée, mais promet d'y réfléchir. Dans les faits, elle n'assiste qu'à sa thérapie de soutien une fois par mois. Toutefois, le 7 mars 2001, à la suggestion de sa fille, Estelle consulte: « Ma fille me dit que je suis maniaque + elle n'en peut plus. » Sa fille est également rencontrée et précise que sa mère l'appelle trois fois par jour et qu'elle appelle également son frère. Les plaintes somatiques de leur mère se multiplient. Tout aurait commencé l'été dernier. Les enfants d'Estelle n'en peuvent plus. Leur mère se contredit continuellement, elle joue avec sa médication, elle est très culpabilisante et elle est très exigeante. À un point tel, qu'un de ses fils ne veut plus rien savoir d'elle. Ses enfants ne savent plus quoi faire: « pas évident d'avoir une mère comme ça », dira sa fille. Elle ajoute que sa mère se rend souvent à l'urgence et repart avant d'avoir été vue.

Les notes aux dossiers de la clinique externe nous informent que la femme de son ex-mari a également téléphoné pour partager ses préoccupations au regard de l'état de santé mentale d'Estelle. Ses propos sont validés auprès de la fille d'Estelle par une travailleuse sociale. De cette communication téléphonique, la travailleuse sociale apprend que la famille se sent impuissante par rapport à la situation et recherche des conseils, mais ne veut pas nécessairement s'impliquer davantage.

Estelle est admise sur le Département de psychiatrie comme patiente interne le 15 mai 2001. Les semaines précédant son hospitalisation, elle est décrite dans un état dépressif, anxieux et paranoïaque. Elle fonctionne de moins en moins bien, s'alimente peu, ne présente aucune introspection et nie ses symptômes dépressifs. Au mois d'août, Estelle commence un programme de transition qui la conduit pour deux mois à la résidence Camilia Garden. C'est avec réticence qu'elle accepte de suivre le programme d'activités thérapeutiques du centre de jour. Ergothérapeute, travailleuse sociale et infirmière la rencontrent en entrevue régulièrement et si elle ne se présente pas à son rendez-vous, un suivi téléphonique est effectué. Avec sa thérapeute, elle se fixe des objectifs: travailler sur son manuscrit, s'inscrire à l'atelier Retraite Action et sortir avec des amis. Sa fille, désignée curatrice, la soutient à cent pour cent dans ce processus de transition. Au mois de novembre, Estelle est plus énergique, exprime sa pensée plus rapidement et se fixe de nouveaux objectifs en lien avec son retour chez elle: réviser son manuscrit et le soumettre à un éditeur, élargir ses relations sociales, s'inscrire à des cours d'espagnol, décorer la maison pour Noël. Alors qu'Estelle progresse et utilise avec motivation le programme du centre de jour pour se stabiliser et reprendre ses activités normalement, elle apprend qu'elle est atteinte d'un cancer du poumon. Son dossier est fermé le 13 août 2002: Estelle est décédée.

CONSTRUCTION DES SAVOIRS ET L'APPROCHE HISTORIQUE

L'accueil favorable fait à l'antipsychiatrie des années 1960 et 1970 a permis d'ouvrir les portes et de transférer les soins psychiatriques hors des murs institutionnels. Les politiques gouvernementales en matière de santé mentale proclamant, en Ontario comme ailleurs, que la maladie mentale est une maladie comme les autres tracent la voie à de nouvelles pratiques de soins psychiatriques basées principalement sur des établissements de transition à temps partiel et des services communautaires. Quelques décennies plus tard et un bilan surtout mitigé à l'égard des expériences de soins dans la communauté (Hochmann, 2015; Thifault et Dorvil, 2014), participent, à juste titre, à une remise en question de la définition même de la maladie mentale. Un doute certain remet en cause l'idée d'une maladie dite comme les autres en évoquant la chronicité de celle-ci. Effectivement, le suivi psychiatrique sur le long cours permet de constater l'isolement progressif des individus atteints qui couperont les ponts avec leurs proches ou seront abandonnés par les leurs. Une population, selon Otéro (2014), vulnérable, marginale et marginalisée inévitablement soumise au contrôle du pouvoir judiciaire.

Notre analyse, peut-être à contrecourant des tendances actuelles, nous conduit toutefois, en consultant les registres d'admission du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort et les dossiers des patients aux hospitalisations multiples de 1976 à 2006, à nous intéresser aux individus probablement négligés par les politiques ontariennes en matière de santé mentale : ceux jugés capables de s'organiser de façon autonome avec leur réseau de soutien familial. Effectivement, notre lecture sur le long cours permet de suivre, spécifiquement, les transformations graduelles du réseau personnel de soutien des patients réadmis trois fois et plus en service interne, soit plus de 40 % de la population hospitalisée à Montfort (Harrisson et Thifault, 2014, p. 100).

Contrairement à l'idée préconçue souvent reprise concernant les patients psychiatriques, soit celle de personnes abandonnées, sans logis et sans aucune ressource, nous avons été surpris de constater, en consultant les dossiers médicaux, que lors des premières hospitalisations, une majorité de patients était accompagnés d'un membre de leur famille disposé à collaborer avec l'équipe multidisciplinaire des services psychiatriques (Harrisson, 2016). Cette information est importante et assez cruciale dans le processus de soins psychiatriques qui s'appuie fortement sur la famille des patients en tant que partenaire central dans le processus de réinsertion sociale – « La participation des usagères et usagers et des membres des familles est également un aspect essentiel des efforts du gouvernement en vue de mettre en œuvre la réforme. » (Newman, 1998) En fait, la possibilité de libérer les lits psychiatriques en moins de trois semaines – bien que difficilement réalisable – s'appuie sur la collaboration du milieu

familial jugé adéquat pour que les patients puissent obtenir de leur médecin traitant un congé. Le soutien familial est également nécessaire dans l'intégration des patients au programme en santé mentale par l'entremise du centre de jour ou la thérapie de soutien, par exemple. Nous l'avons souvent écrit, en particulier, concernant l'hôpital psychiatrique montréalais Saint-Jean-de-Dieu – aujourd'hui Institut universitaire en santé mentale de Montréal –, et nous le répétons ici, la participation de la famille est indispensable dans le processus de libération des patients internés/ hospitalisés et cela est vrai depuis 1910 (Cellard et Thifault, 2007 ; Thifault, 2013, 2015). Au tournant du XXI^e siècle, la famille fait partie de la stratégie de déshospitalisation, soit de cette transition entre l'hôpital et les soins communautaires. Nous constatons que les politiques ontariennes de santé mentale ne prennent pas suffisamment en considération l'importance du réseau familial des patients psychiatriques. Et pourtant, le réseau familial est bel et bien le maillon central, étonnamment, d'une longue liste de services offerts en clinique externe.

Le simple geste de collecte de faits, tirée des dossiers psychiatriques d'une patiente du programme de santé mentale de Montfort, a fait ressortir des traces et des indices qui ont fait surgir l'humain et sa souffrance. Dans l'exemple tiré du dossier psychiatrique d'Estelle, nous avons travaillé à petite échelle pour nous intéresser à des détails. Sans *a priori*, l'approche historique a détourné notre regard des certitudes, des questions les plus courantes pour nous intéresser à une dimension «au ras du sol» de l'expérience transinstitutionnelle d'une patiente psychiatrique qui nous a également permis de constater, sur une période de 25 ans, la fragilisation du réseau personnel de soutien d'une femme vivant avec des troubles affectifs bipolaires.

CONCLUSION

L'histoire d'Estelle révèle les hauts et les bas d'une vie perturbée par des troubles affectifs bipolaires. Il est clair qu'une lecture séquentielle de son dossier, en trois périodes – de 1977 à 1986, de 1986 à 1995 et de 1995 à 2002 – révèle des expériences différentes. Néanmoins, des constances se confirment. D'une part, Estelle n'accepte pas d'avoir un diagnostic de maladie psychiatrique et a tendance à nier ses troubles mentaux pour les attribuer à des problèmes physiques de type neurologique ou endocrinien. Elle tente de s'en sortir en sollicitant des réponses de la part de son médecin de famille qui, selon elle, devrait trouver son problème physique. Par ailleurs, Estelle affirme à plusieurs reprises à son psychiatre être habitée par une violence qu'elle a peur de ne pas pouvoir maîtriser. Elle vit dans la crainte de passer à l'acte et de frapper les gens autour d'elle.

En niant ses problèmes de santé mentale, Estelle refuse les traitements chimiques ou autres proposés pour l'aider à améliorer son quotidien et éviter des décompensations importantes, comme celles qui l'ont conduite à plusieurs reprises vers une hospitalisation totale. Les 25 années étudiées réunies permettent de mieux comprendre l'essoufflement du soutien familial. Clairement, au fil des décennies la charge du *care* (Gilligan, 1982 ; Tronto, 1993), se transfère entre les uns et les autres présents autour d'Estelle. D'abord, le *care* repose sur son mari (en 1977) qui demandera le divorce. Ensuite, elle est accompagnée, soutenue et sous la protection légale de ses parents (en 1991). Finalement, après le décès de sa mère, c'est sa fille qui prend la relève à la suite de ses grands-parents (en 2001).

Rongée par l'inquiétude avant, pendant et après l'hospitalisation d'un proche, la famille accueille leur malade – encore fragile – après un court séjour d'hospitalisation, nous le comprenons mieux, dans un état d'épuisement et d'impuissance. « Le paradigme des parcours de vie apporte un nouvel éclairage, celui de l'analyse des processus, c'est-à-dire le déroulement des phénomènes dans le temps et la durée. » (Andrew, 2013, p. 287). C'est à petite échelle, ou comme le dit Martuccelli (2010), à l'échelle des expériences individuelles, que nous avons proposé d'appréhender des phénomènes sociaux complètement passés sous le radar des politiques en santé mentale.

RÉFÉRENCES

- Andrew, Caroline (2013), « Réflexion d'une chercheuse engagée », dans Stéphanie Gaudet, Nathalie Burlone et Maurice Lévesque (dir.), *Repenser la famille et ses transitions. Repenser les politiques publiques*, Montréal, PUL.
- Bradley, Louise (2015), Commission de la santé mentale au Canada *Tracer la voie de l'avenir: Indicateurs de la santé mentale pour le Canada*. Ottawa.
- Cellard, André et Marie-Claude Thifault (2007), *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Boréal.
- Davis, Megan J. (2013), *The Inmates Are Running the Asylum: Stories from MPA*, [En ligne]. [<http://historyofmadness.ca/the-inmates-are-running-the-asylum/>] [Consulté le 13 septembre 2015].
- Doucet, Marie-Chantal (2014), « Grammaire du métier de praticien de première ligne en santé mentale jeunesse. Catégories cognitives et configuration d'une individualité "authentique" » dans Marie-Chantal Doucet et Nicolas Moreau (dir.) *Penser les liens entre santé mentale et société*, Montréal, PUQ.
- Dyck, Erika (2011), « After the asylum : historical reflections on deinstitutionalization in Canada / Après l'asile : réflexions historiques sur la désinstitutionnalisation au Canada », *Histoire sociale-Social History*, vol. 44, n° 88, p. 181-408.

- Gagnon, Yves-C. (2012), *L'Étude de cas comme méthode de recherche*, Montréal, PUQ.
- Gaudet, Stéphanie (2013), « Comprendre les parcours de vie : une lecture au carrefour du singulier et du social » dans Stéphanie Gaudet, Nathalie Burlone et Maurice Lévesque (dir.), *Repenser la famille et ses transitions. Repenser les politiques publiques*, Québec, PUL.
- Gaudet, Stéphanie, Nathalie Burlone et Maurice Lévesque (2013), « Introduction », dans Stéphanie Gaudet, Nathalie Burlone et Maurice Lévesque (dir.), *Repenser la famille et ses transitions. Repenser les politiques publiques*, Québec, PUL.
- Gaudet, Stéphanie, Nathalie Burlone et Maurice Lévesque (2013), *Repenser la famille et ses transitions. Repenser les politiques publiques*, Québec, PUL.
- Gilligan, Carol, *In a Different Voice* (Cambridge Mass, Havard University Press, 1982.), *Une voix différente. Pour une éthique du care* (Paris, Flammarion Champs essais, éditions 2008 (1986), pour la traduction française utilisée).
- Ginzburg, Carlo (2007), *Un seul témoin*, Paris, Vacarme Bayard.
- Ginzburg, Carlo (1980), « Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, Gallimard, n° 6, p. 3-44.
- Harrison, Sandra (2016), « L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien : Une étude sociohistorique », *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, [En ligne]. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2015.12.002>].
- Harrison, Sandra et Marie-Claude Thifault (2014), « Le langage du *care* et les politiques de santé mentale en Ontario, 1976-2006 » dans Marie-Claude Thifault et Henri Dorvil (dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*, Montréal, PUQ.
- Hochmann, Jacques (2015), *Les antipsychiatries. Une histoire*, Paris, Odile Jacob.
- LeFrançois, Brenda A., Robert Menzies et Geoffrey Reaume (2003), *Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies*, Toronto, Canadian Sholars' Press.
- Martuccelli, Danilo (2010) « Grand résumé de *La Société singulariste*, Paris, éditions Armand Colin, coll. Individu et société, 2010 » *Sociologies*, Grands résumés, La Société singulariste, [En ligne]. [<http://sociologies.revues.org/3344>].
- Newman, Dan (1998), *La santé mentale : L'an 2000 et au-delà : consolider le réseau de santé mentale de l'Ontario. Rapport des consultations sur la réforme de la santé mentale en Ontario*. [En ligne]. [<http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/mental/mentalreform.aspx>] [Consulté le 13 septembre 2015].
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2013), *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières* (dir.), Mise à jour. Westmount, OIIQ.
- Otéro, Marcelo (2014), « Comment étudier la folie dans la cité ? Spécificité et non-spécificité de la folie civile », dans Marie-Chantal Doucet et Nicolas Moreau (dir.), *Penser les liens entre santé mentale et société*, Montréal, PUQ.

- Revel, Jacques (2006). « Siegfried Kracauer et le monde d'en-bas » dans Siegfried Kracauer (dir.), *L'histoire. Des avant-dernières choses*, Paris, Stock.
- Revel, Jacques (1999). « Un vent d'Italie. L'émergence de la micro-histoire » dans J.-C. Ruano-Borbalan (dir.), *L'histoire aujourd'hui*, Paris, Éditions sciences humaines.
- Ricard, Nicole, Claire Pages et France Laflamme (2014), « La pratique infirmière avancée : un choix qui s'impose pour la qualité des soins et services en santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 39, n° 1, p. 137-157.
- Roekens, Nathalie (2013), « Du singulier à l'universel dans la recherche qualitative en science de l'éducation l'exemple du récit de vie », *Recherches qualitatives*, Hors Série, n°15, p. 365-380.
- Rose Linda E., Robert Kevin Mallinson et Linda G. Gerson (2006), « Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 20, n°1, p. 41-51.
- Thifault, Marie-Claude (2015), « Des existences et des singularités dans le discours historique. Les lettres de Marguerite-Marie, 1921-1950 », dans Klein, Alexandre et Séverine Parayre (dir.), *Histoire de la santé (XVIII^e-XX^e siècles). Nouvelles recherches francophones*, Québec, PUL, p. 123-139.
- Thifault, Marie-Claude (2013), « C'est une impossibilité scientifique et matérielle que de garantir l'avenir ». Idiots, aliénés incurables ou déments séniles en congé d'essai, fin XIX^e début XX^e siècle » *Globe, Revue internationale d'études québécoises*, vol 16, n° 2, p. 75-94.
- Thifault, Marie-Claude, Marie Lebel, IsabellePerreault et Martin Desmeules (2012), « Regards croisés Ontario-Québec : Les services de soins de santé mentale des communautés de langue officielle en situation minoritaire de 1950 à nos jours », *Reflets, revue d'intervention sociale et communautaire*, vol, 18, n° 2, p. 122-139.
- Thifault, Marie-Claude et Henri Dorvil (2014), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*, Montréal, PUQ.
- Tronto, Joan, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care* (New York, Londres, Routledge, 1993); *Un monde vulnérable pour une politique du care* (Paris, Éditions La Découverte, 2009 pour la traduction française utilisée).

CHAPITRE 10

Quand le patient devient thérapeute

Hicham Khabbache, Joël Candau,
Nicola Luigi Bragazzi et Ismail Ramouze

CONTEXTE DE NOTRE RECHERCHE ET HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

Notre étude porte sur l'association NOUR, un organisme d'aide aux patients atteints de troubles mentaux qui a été constitué par les psychiatres et infirmiers de l'hôpital psychiatrique universitaire de Fès.

Chacun connaît l'histoire de Pavlov qui voulait étudier la fonction gastrique du chien mais qui, par coïncidence (effets non recherchés ou sérendipité), a fait une autre découverte : « les réflexes conditionnels ». Toutes proportions gardées, notre recherche auprès de l'association NOUR fait songer à celle de Pavlov. À l'origine, notre hypothèse était que la mise en action d'une fonction métacognitive – que nous appelons autonomisation (*self empowerment*), par le personnel de service pouvait avoir des incidences positives sur les services de l'association, notamment sur les pratiques cliniques. Mais des imprévus et de nouvelles circonstances au sein de l'association ont contribué à changer notre orientation. Au lieu de découvrir le *self empowerment* chez les personnels de service, nous l'avons observé chez les patients¹ et entre les patients, sous la forme d'une thérapie entre pairs.

-
1. Selon notre hypothèse relative aux personnels soignants, nous avons défini l'autonomisation (*self empowerment*) comme une activité métacognitive comprenant 5 processus :
1- Description de soi (*Self description*) : comment les intervenants arrivent-ils à décrire et à partager leurs expériences (problèmes inclus) avec leurs collègues ?
2- Régulation personnelle (*Self régulation*) : comment les intervenants arrivent-ils à trouver l'équilibre entre leur travail à l'association NOUR et leur vie privée ?

Mise en évidence, sur la base des données ethnographiques présentées dans ce chapitre, la réalité d'une thérapie entre patients ne signifie pas que nous optons pour un regard antipsychiatrique excluant le rôle du psychiatre dans le traitement. Selon nous, les deux voix sont utiles et nécessaires pour la cure du patient, dans une approche dite plurielle (Cooper et Dryden, 2016).

Contexte de *dépistage* d'un chercheur par le Centre de santé mentale Nour

Au Maroc, les services psychocliniques et psychiatriques doivent agir dans un contexte de faibles ressources. Pour une population d'une trentaine de millions d'habitants, on ne compte que 350 psychiatres, 60 psychologues cliniciens et environ 400 travailleurs sociaux, infirmières et infirmiers spécialisés en psychiatrie. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la moyenne au Maroc est de 9 travailleurs dans le domaine de la santé mentale pour 100.000 personnes. Cette carence de travailleurs de la santé spécialisés est d'autant plus lourde que 48,9% des citoyens ont des troubles mentaux, la dépression touchant environ 26,5% de la population générale.

Les travailleurs dans les services de santé ont une surcharge de travail qui les expose au risque d'épuisement professionnel. Il est donc difficile de les convaincre de faire du bénévolat et de l'associatif au profit des malades mentaux. Seuls trois psychiatres de la ville de Fès ont accepté de le faire et de se joindre à l'association Nour. Une assemblée générale de l'association les a élus membres du bureau.

Cependant, lors d'une assemblée générale suivante, ces trois psychiatres bénévoles ont été exclus de la gouvernance de l'association parce qu'ils appartenaient à un parti politique opposé à celui de la majorité des membres de l'assemblée. Ils ont alors déserté l'institution. Les membres restants de l'équipe psychiatrique de l'association, deux infirmiers et une assistante sociale, ainsi que des artisans dans leurs ateliers², se sont vu confier le lien pédagogique direct avec les patients, valorisant ainsi les savoirs manuels, en l'absence de toute forme d'accompagnement psychoclinique.

3- Gestion de soi (*Self monitoring*) : comment les intervenants de l'association analysent et prennent conscience de l'évolution du centre NOUR ?

4- Modification personnelle (*Self modification*) : comment les intervenants tentent d'appréhender les problèmes, de les traiter pour ensuite leur faire face, notamment par des moyens personnels (savoirs implicites), dans le but de les résoudre ?

5- Concept personnel (*Self concept*) : comment les intervenants élaborent-ils de nouveaux savoirs, sur des stratégies d'actions rationnellement assises et étayées, pour affronter des situations nouvelles ou imprévues (Khabbache et Berdai, 2012).

2. Parmi ces ateliers, on peut citer : l'atelier de couture (avec usage de matériel dangereux qui nécessite des précautions d'usage), l'atelier de décoration et de céramique, les ateliers de dessin, de musique, de sport ou encore d'informatique.

Un environnement peu propice à une posture d'enquête classique en sciences sociales

Dans un contexte d'exclusion du staff psychiatrique pour des raisons purement politiques, la direction de l'association semble s'être désintéressée de la question de savoir qui allait traiter les patients en l'absence des psychiatres. L'éthique de l'enquêteur en sciences sociales dicte alors d'adapter les modalités d'entrée sur le terrain à l'environnement.

Deux de nos anciens étudiants qui avaient fait leur stage dans cette association y siègent aujourd'hui en qualité d'administrateurs. Nous avons contourné la difficulté d'accès au terrain en confiant l'enquête à ces deux anciens étudiants engagés dans la gouvernance au quotidien de ce service. Nous faisons alors l'hypothèse que, de par leur loyauté et leur appartenance effective à la communauté des anciens étudiants de notre formation, ces deux enquêteurs seraient les personnes au plus près des conditions de l'activité réelle et dans les meilleures conditions pour décrire cette activité, sans pour autant dévoiler leur posture d'enquête auprès des autres administrateurs. Nous avons opté pour une enquête de type lecture des états mentaux des autres (*mindreading*) (Khabbache, 2014) consistant à enquêter sur les états mentaux et les épreuves morales et cognitives de toute la communauté observée dans son ensemble (patients, personnel du centre, membres du bureau de l'association) (Khabbache, 2012 a).

LA FIDÉLITÉ DES PATIENTS MALGRÉ LA DISPARITION DE LA TÂCHE PRIMAIRE DE L'ACCOMPAGNEMENT DANS LES SOINS PSYCHIQUES

Comme premier résultat de cette stratégie d'enquête, nous avons constaté que les patients continuaient à visiter régulièrement le centre NOUR. Pourquoi cette persévérance? Que viennent-ils chercher dans ce lieu qui n'est désormais plus, *stricto sensu*, un lieu de santé mentale, puisqu'il n'y plus de professionnels spécialisés pour leur prise en charge?

Confirmant les travaux de Chi et coll. (2001, 2004) qui ont montré que dès qu'il y a une absence de pédagogie, l'apprenant construit la sienne, les premières données ethnographiques recueillies au centre NOUR montrent que lorsqu'il n'y a pas d'autonomisation (*self empowerment*) assurée par le personnel du service, les patients créent leur propre autonomisation (*self empowerment*). Autrement dit, quand il n'y a pas de thérapie proposée, le patient construit sa propre psychothérapie. Comment ce processus se met-il en place?

APPRENDRE À ÉCRIRE COMME FORME D'AUTONOMISATION (SELF EMPOWEREMENT)

Un atelier de travail a été instauré et dirigé par nos enquêteurs pour induire de la réflexivité chez les patients du centre. Il s'agit d'un atelier à différents niveaux d'écriture (de l'alphabétisation à l'écriture imaginative). Cet atelier, s'est-il révélé par la suite, a été le plus sollicité par les patients.

Nous étions, ainsi, devant une nouvelle réalité : l'état mental et la capacité de verbalisation d'un patient qui sait lire et écrire sont différents chez un patient illettré. Cela tient à une raison simple. Le patient qui sait lire et écrire peut, au moyen de l'écriture, analyser son état de santé, en décrivant les différentes étapes de son amélioration psychique ou les moments de rechute (récidivité) de sa maladie mentale. Ainsi, nous sommes au cœur du processus du Description de soi (*Self description*) qui est une partie intégrante de l'autonomisation (*self-empowerment*) (Khabbache, 2007). Le patient qui apprend à lire et à écrire ou qui améliore son niveau d'écriture et de lecture parvient mieux, au moyen de l'écriture, à réfléchir sur ses états mentaux et affectifs, à les comprendre et à les gérer (Suler, 2004 a). On le trouve aussi impliqué dans le jeu de rôle du médecin psychiatre, quand il prétend délivrer des ordonnances à d'autres patients. Ce jeu de rôle, il faut le noter, n'est pas un simple jeu mais un acte qui permet aux patients d'évaluer le travail de leur psychiatre et de s'identifier avec son statut, valorisé socialement.

Par ailleurs, l'écriture permet à un patient craintif sur le plan relationnel d'arriver à communiquer indirectement avec son entourage, ce qui débloque ses résistances. On est donc devant l'effet désinhibiteur de l'écriture (Suler, 2004b). Ainsi, les patients qui ont atteint un niveau avancé de lecture et d'écriture, ont commencé à échanger entre eux par des messages, qui parlent parfois de leur quotidien et de l'ordinaire, et parfois aussi de leurs souffrances... « *Quand j'écris, je sens que je parle avec moi-même et quand je lis la souffrance de l'autre à travers le texte, je sens que c'est ma souffrance*³. »

Le sentiment de sympathie se manifeste dans les réactions de nombreux patients à la lecture des messages écrits par d'autres patients relatifs à leur souffrance. « Lire le message de l'autre a un effet un peu magique qui se voit dans le sentiment que mon esprit est infiltré dans l'esprit de l'autre », « J'entends sa voix dans ma tête ».

3. On fait appel à ce propos au concept de sympathie entre « pairs » (plusieurs patients) – « Je ressens les sentiments d'un autre, je fusionne, je prends conscience de moi et du monde » – et non de l'empathie : « Je ressens de l'intérieur, je comprends, je développe ma conscience de moi-même et du monde », qui se développe parfois entre le psychologue et le patient (Khabbache, 2012 b).

Ainsi, dans cet atelier, qui est non pas un « groupe de parole » mais « d'écriture », la plupart des participants, quand ils lisent le message d'un autre patient, ont le sentiment que ce dernier est en train de parler en leur for intérieur, comme un monologue interne avec soi-même. D'une certaine manière, l'autre devient mon moi, il commence à partager ma vie intrapsychique, mes goûts, mes envies, mes joies, mes souffrances, mes souhaits et mes projets. De ce fait, on commence à percevoir l'autre comme semblable.

Sentir la ressemblance, pour le patient, entre son cas et celui d'autrui par le biais de la description écrite des états mentaux d'autrui, déclenche chez lui un processus d'introjection (Khabbache, 2012 b). Ainsi, le patient a le sentiment que les états mentaux d'autrui sont introjectés dans son moi (*self*). De ce fait, nous nous sommes trouvés devant des patients ayant le sentiment d'être contaminés par les troubles des autres. Une sorte de maladie mentale qui paraît contagieuse, tel un paranoïaque qui commence à éprouver les mêmes symptômes qu'un mélancolique en lisant ses messages.

Par ailleurs, dans cet exercice, d'autres patients ressentaient la différence : « ALHAMDOULLAH mon état de santé est mieux que celui de ce monsieur ».

Maîtriser l'écriture et la lecture a ainsi encouragé certains patients à ouvrir leurs pages sur *Facebook* dans le but de partager leurs idées, leurs souffrances et leurs émotions avec autrui, en conservant leur anonymat (Christopherson, 2007). De nombreux patients ont également essayé de comprendre leurs troubles en consultant des livres, des journaux et des sites Internet de psychopathologie.

APPRENDRE AVEC LES PAIRS : APPROCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE CLINIQUE

La persévérance des patients à visiter le centre d'une manière régulière est due, nous semble-t-il, au lien d'amitié qu'ils ont déjà tissé entre eux, qui a engendré en leur sein le sentiment du groupe d'appartenance (*Belonging to the group*). (Barak, Boniel-Nissim, et Suler, 2008)

À ce propos, soulignons que si le rôle du psychologue est d'aider les patients à décrire leurs propres états mentaux et affectifs, il le fait souvent selon son propre schéma explicatif qui reste abstrait et décontextualisé, et selon son propre registre cognitif qui est de fait exogène et du registre de l'expertise. En revanche, le schéma et l'interprétation du patient restent très proches des schémas d'un autre patient pour décrire ses états mentaux et psychiques. Tous les deux ont vécu des souffrances et des obstacles proches ou similaires, et ils appartiennent à la même subculture nommée « communauté des patients ».

Cela engendre entre eux des relations phénoménologiques intersubjectives, au sens d'Alfred Schütz, où naît le sentiment du partage du même vécu (Tellier, 2003) et, en même temps, le désir de se comparer avec autrui. Cette comparaison s'opère sous la forme de deux processus psycho-cognitifs :

- le premier, nommé « processus de comparaison spécialisée » (PSC), où le patient se compare avec un autre qui a le même cas clinique.
- Le second, dit « processus de comparaison générale » (PSG), où le patient se compare à un cas clinique différent.

Ce qui est notable, ici, est l'émergence de ce que l'on peut nommer la flèche descendante en thérapie cognitive (Mihaescu, 1998), qui aboutit parfois à un soulagement provoqué par la compréhension du fait qu'existent des situations moins enviables que la sienne. « Je remercie Dieu que je suis bien mieux que monsieur x. J'ai de la pitié pour lui. »

Cette comparaison permet au patient une ample autodescription de ses états mentaux et affectifs, une analyse ouverte et approfondie de son histoire clinique, de ses schémas et de ses représentations cognitives à propos de son cas clinique.

Cela met en lumière la possibilité que ce patient gère et contrôle d'une manière délibérée ce qui se passe dans son esprit. Ainsi, on peut parler d'une thérapie hyper-cognitive (Demetriou, 2006), permettant au patient de porter un regard critique sur les illusions et hallucinations des autres patients, et de réussir ainsi à mettre en cause ses propres hallucinations.

Cette mise en cause permet au patient, d'une part, de ne pas avoir peur de ses hallucinations et de ses bouffées délirantes et de les considérer comme des manifestations momentanées de sa maladie et, d'autre part, de comprendre qu'il faut parfois vivre avec ses hallucinations⁴.

MALGRÉ LA VARIABLE PRÉSENCE/ABSENCE DU PSYCHIATRE : UN ITINÉRAIRE D'ACCOMPAGNEMENT DANS LE SOIN PSYCHIQUE EXISTE TOUJOURS

Un contexte comme celui du centre NOUR, où il y a quasi-absence de psychologues et de psychiatres depuis la nouvelle gouvernance, incite à distinguer deux parcours qu'un patient peut emprunter, pour son besoin de prise

4. Comme dans le cas du mathématicien John Forbes Nash, prix Nobel d'économie en 1994, qui, si l'on en croit l'interprétation par Russell Crowe de son personnage dans le film *Beautiful mind*, est parvenu à surmonter sa schizophrénie et à gérer ses hallucinations avec l'aide de sa femme.

en charge de soins psychiques. Dans le premier, jugé « optimal » (Fischer, et Bidell, 2006), il y a toujours présence d'un tuteur formé à une discipline universitaire spécialisée dans les soins psychiques, qu'il soit psychiatre ou psychologue, et qui facilite la tâche clinique pour le patient. Au moyen des psychotropes, des conseils, de l'écoute, de l'analyse clinique, une expertise vient porter le patient dans le domaine du soin.

Dans le second parcours, qualifié de « fonctionnel » (Fisher, 2006), le tuteur, psychiatre ou psychologue a un rôle secondaire, et la situation clinique reste complexe. Dans ce cas, le patient est obligé d'affronter, sans le professionnel de soin, sa souffrance psychique. Il doit se mobiliser et trouver des solutions dans son environnement de proximité. Ainsi, dans ce parcours, le patient doit se confronter à des situations imprévues et impensées, où il doit se révéler capable de mettre du sens : « J'ai jamais pensé qu'une petite conversation entre moi et ce Monsieur aboutira[it] à cette querelle. » Dans ce genre de situation, le patient a le sentiment d'une diminution de la sûreté et de la protection assurée par la thérapie optimale, au cours de laquelle il peut se dire : « Je suis entre les mains d'un médecin. »

Ainsi, à ce niveau fonctionnel de psychothérapie, le langage utilisé par les patients dans leurs conversations comprend davantage de mots offensifs, parfois vulgaires, dénotant l'engagement du patient dans des querelles et des conflits. Cela engendre chez lui des angoisses momentanées. Ce genre d'expériences permet aux patients de mettre en place de nouveaux mécanismes de défense pour mieux s'adapter à la réalité.

En revanche, dans le parcours « optimal », le langage utilisé par et avec le psychologue ou psychiatre, est un langage choisi, sélectionné et contrôlé. Cela contribue, chez les patients, à des représentations idéalisées et irréelles relatives à l'image du psychologue. Le témoignage suivant entre dans ce cadre interprétatif : « Mon psy était très gentil, un grand intellectuel, à un certain moment, j'ai cru que c'est un ange. » Cette impression se répercute sur toute la chaîne de la thérapie optimale, qui aboutira chez le patient à des manières de penser idéalisées.

Dans la thérapie optimale encadrée par un thérapeute professionnel, nous semble-t-il, le patient arrive à se stabiliser plus tôt que dans le parcours dit fonctionnel. Mais ce dernier parcours, codirigé par le moi (*self*) et les pairs, lui permet d'acquérir des stratégies de résolution de problèmes et des mécanismes de défenses mieux adaptés à la réalité du monde social. Ce parcours fonctionnel lui permet la stimulation de ses activités métacognitives, ce qui s'illustre dans la comparaison fréquente de ses états mentaux et affectifs avec ceux d'autrui.

Dans le processus de comparaison, le patient cherche ce qui le différencie des autres et ce qui le rend semblable. À ce propos, l'on est en présence d'un

travail qui demande une intelligence métacognitive, qui se met en œuvre dans un processus de filtrage, en introjectant les astuces depuis le donné à voir de la personnalité des pairs. Le patient va repérer les techniques et les mécanismes adaptés à son cas, en écartant tout ce qui est inadapté au moi (*self*). Ainsi, par ce processus, certains patients empruntent le même itinéraire qu'un pair pour se stabiliser, mais avec certaines modifications significatives (Comment arriver à dormir? Comment se comporter vis-à-vis de l'hallucination auditive et visuelle?). À leur tour, ces patients restent très généreux, ils transmettent leurs expériences intrapsychiques aux autres.

Cependant, ce processus de comparaison entre les pairs engendre parfois des représentations erronées (*misrepresentations*) de leurs états mentaux et affectifs, en projetant leurs propres souffrances sur les états des autres patients (*souffrances contagieuses*) (Buckner et Carroll, 2007).

Pour libérer les patients de ce sentiment dit « contagion du négatif », nous les avons encouragés par des ateliers d'écriture et de prises de parole, à décrire de manière détaillée leurs propres souffrances. Nous les avons également incités à interpréter la manière dont ils perçoivent leurs ressemblances et leurs dissemblances avec les souffrances des autres patients.

En effet, la thérapie fonctionnelle provoque chez le patient un processus qu'on peut nommer comblement (*bridging*), où ce dernier se conforte à des récits de cas cliniques variés. Ce processus de comblement avec l'état clinique d'autrui permet au patient d'apprendre à se consoler lui-même : « Je ne suis pas le seul qui vit ces souffrances. »

En essayant toujours, dans ses récits, de trouver des liens avec sa propre histoire clinique, le patient est encouragé à poser la question « du pourquoi et du comment? », à savoir chercher les causes et les conséquences de ses propres troubles et des troubles des autres. Certes, on peut considérer les explications produites à ce propos comme des théories naïves (*folk theory*), mais elles contribuent à développer chez le patient son système autoexplicatif (Siegler, 2002) et ses capacités à lire les états mentaux et affectifs des autres (*mindreading capacity*)⁵.

Signalons que les théories dites « naïves » (œil magique, possession par le diable, être exorcisé) qui nourrissent les systèmes explicatifs des patients ne sont pas prises systématiquement en considération par le psychiatre ou le psychologue. Autrement dit, les psychiatres comme les psychologues déprécient

5. Encourager le patient à amortir son système auto-explicatif et se servir de ses capacités de lire les états mentaux et affectifs des autres, reste une démarche importante pour certaines psychoses, qui souffrent d'une carence à ce propos (Kabbache, 2014).

copieusement ces théories naïves et les considèrent comme une forme de délire (délire mystique, délire politique, délire de persécution). En revanche, l'ancien patient qui est arrivé à se stabiliser, qualifié, dans notre propos, de patient expert, cherche à leur donner un sens et de la valeur⁶.

Dans le parcours de soin « fonctionnel », il nous semble que le patient expert, en transmettant son expérience, essaye d'enseigner des chemins plus sûrs, moins aventureux, pour que le « patient apprenant » arrive à prendre conscience de ses hallucinations, de ses fausses croyances et de ses représentations erronées (*misrepresentations*) et à les mettre en cause (Poole et Devenney, 2007).

C'est bien le statut indéterminé de l'expertise (le patient expert n'est souvent pas explicitement placé en position haute de « donneur de leçon ») et le fait qu'elle soit basée sur du savoir expérientiel qui donnent ses caractéristiques toutes particulières au parcours de soin « fonctionnel », à ce que certains appellerons une *cure* par le *care* (Raymond, 2010).

Par ailleurs, le parcours de soin optimal qui exige la présence d'un support (psychotropes et psychiatres), prend la forme d'un itinéraire unique, unidimensionnel, jalonné d'étapes, de stades, que tous les patients doivent franchir dans le même ordre, d'une manière progressive et linéaire pour atteindre l'amélioration psychique prévue.

Pendant, ce parcours se caractérise par l'absence d'autonomie du patient vis-à-vis du thérapeute et par un partage insuffisant par les patients de leurs expériences personnelles. En outre, la thérapie reste dans ce cas décontextualisée de la réalité de ces patients.

En revanche, dans le parcours de soin fonctionnel, où il y a absence de soutien hormis cette forme d'entraide thérapeutique entre patients, l'individu, seul ou avec ses pairs, s'inscrit dans un processus d'auto-échafaudage (*selfscaffolding*) (Schwartz et Fischer, 2005) et d'autorégulation de son moi déséquilibré (Demetriou et Kazi, 2001). Cela assure une plus grande autonomie dans un processus qui n'est pas tutoré aussi explicitement que le précédent par une seule personne référente, définie par son expertise de formation..

6. Donner de la valeur au délire du patient permet la mise en valeur du statut social du patient lui-même. Nous retrouvons l'histoire, fameuse, dans la seconde moitié du XIX^e siècle en Inde, de Ramakrishna qui souffrait de délire mystique et qui était considéré comme un saint gourou aux capacités thérapeutiques étonnantes, et celle de Madeleine, considérée comme paranoïaque mystique en Occident, et qui fut internée à la Salpêtrière (Clement et Kakar, 1993).

Vu l'ancrage de la thérapie fonctionnelle dans des contextes réels et dans des situations concrètes (*Embodied therapy*) (Gallagher et Payned, 2015), la probabilité de la chute et de l'échec dans le parcours clinique reste plus élevée en regard de la thérapie dite optimale. Cela génère des chemins de cure non linéaires, biscornus qui se plient et se déplient.

STIMULER LES COMPÉTENCES AUTOFONCTIONNELLES AU MOYEN DE LA THÉRAPIE PAR LES PAIRS

Comme il a déjà été souligné, le rapprochement entre les schémas des patients leur permet de mobiliser leur moi (*selfs*) pour mieux expliquer, analyser et comprendre leurs propres états mentaux et affectifs. Pour chaque patient, comparer sa psyché avec celles des autres reste primordial pour développer son propre autosystème d'explication et de contrôle de ses états affectifs et cognitifs. Cela va lui permettre d'acquérir des nouvelles compétences qui s'inscrivent dans le système autofonctionnel (*self function system*), comme, à titre d'exemple la

- Autorégulation (*self regulation*) ou automodification (*self modification*) : où le patient arrive seul à organiser ses états mentaux et affectifs, à intervenir dans les moments appropriés pour les modifier, ou à les adapter à des nouveaux contextes de les mettre à jour.
- *Autogestion (Self monitoring)* : Apprendre de ses chutes et de ses crises psychiques à élaborer des stratégies de prévention, par exemple, ne pas s'engager dans des expériences aventureuses, ou dans des disputes pouvant induire certains problèmes psychiques.
- *Lecture interactive des états mentaux (Interactive mindreading)* : apprendre des problèmes des autres : « Je ne vais pas entrer en conflit avec les autres comme X l'a fait avec Y, car cet acte va déclencher en moi une crise. »
- Représentation de soi (*Self representation*) : prendre conscience de son histoire clinique, avec une auto-évaluation de certains moments de sa vie et un marquage optimiste des réussites.
- Concept individuel (*Self concept*) : à ce niveau, le patient devient novateur quand il arrive à inventer des techniques pour apaiser sa douleur et à créer des dispositifs pour distinguer ses confusions mentales de la réalité.

Ainsi, pour que le patient arrive à amorcer son système auto fonctionnel (*self function system*), il est incité à expliquer à ses pairs ses états mentaux et affectifs et son histoire clinique. Il est aussi encouragé à poser des questions

comme : Comment et pourquoi. Comment cette crise s'est déclenchée ? Est-elle différente des autres crises que j'ai déjà connues ? Ou bien, ma crise était-elle vécue par d'autres patients ?

Ici encore, à l'aide de ses pairs, le patient est encouragé à dévoiler les liens causaux qui ont contribué à déclencher sa crise, à confronter et mettre en cause ses propres théories naïves et ses représentations erronées (*misrepresentations*), et enfin à restaurer son moi réel.

Ainsi, au moyen des ateliers d'écriture qui comprennent des situations-problèmes improvisées par les patients eux-mêmes, l'un des pairs est incité à demander à l'un des patients de décrire sa réaction devant ces situations et à souligner surtout celles qui peuvent déclencher chez lui des crises. Il est aussi incité à évaluer et à expliquer ses stratégies et ses manières d'agir (Siegler, 2002) devant des situations générant des crises, et enfin à les reclasser selon leurs niveaux de fiabilité, suivant l'expérience du patient. Exemple : « Quand quelqu'un te harcèle tu fais quoi ? Tu vas l'insulter ? Crier ? Tu vas te calmer et essayer de te contrôler ? À ton retour à la maison ne vas-tu pas déclencher une crise d'angoisse ? » Dans ces ateliers, le patient est invité à décrire et à évaluer non seulement ses stratégies, mais aussi celles de ses collègues, et à les classer selon leur probabilité de réussite et d'échec.

Ce qui semble se jouer entre les pairs dans ces ateliers est bien la possibilité d'inciter le patient à mettre en action son autonomisation (self-empowerment). Plus précisément, selon le concept allemand (*stilles Wiederholen*) (Spörer et Brunstein, 2006), il s'agit de l'encourager à mener un dialogue interne entre ses impressions, ses théories naïves ou représentations erronées (*misrepresentations*), ses attitudes et celles des autres. Il doit apprendre à se questionner sur celles-ci, à les mettre en cause et à les conceptualiser.

Dans ce sens, nous avons pu organiser des ateliers, animés par des anciens patients, où l'on demande à l'un d'entre eux d'écrire un récit relatif à son cas. Ensuite, un deuxième patient est invité à souligner les expressions clés ou ambiguës dans ce récit, et à surligner avec la couleur de son choix, selon son expérience personnelle, ce qu'il partage avec le récit. Puis, on l'incite à faire un descriptif de ce récit, en prenant en considération les mots qu'il a déjà surlignés et soulignés. Enfin, on demande au premier patient de commenter le descriptif réalisé par le second.

Ce travail relève d'une thérapie fondée sur un apprentissage constructif (Constructive Learning) (Chi, et coll., 2001 ; 2004), où le patient est considéré comme un moi interactif, qui peut réussir à atteindre un certain pouvoir d'agir, et qui est capable de suivre, selon ses propres moyens, la voie de sa stabilité psychique.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'accompagnement du patient par des pairs, croyons-nous, aide à développer un système d'autofonctionnement (self fonction system) qui lui permet, à un certain stade, d'arriver à gérer par lui-même son stress, ses stratégies ainsi que ses états mentaux et affectifs (Thal et Ebert, 2001).

La reconstruction de ce système chez le patient se fait en l'incitant à trouver, lui-même, des explications et des justifications à ses théories naïves ou représentations erronées (misrepresentations), à élaborer lui-même des inférences et des analogies, pour compléter certaines lacunes dans ses schémas cognitifs. Il s'agit de l'encourager à décrire, à expliquer et à évaluer la manière dont son système psychique fonctionne et, d'une manière plus précise, à l'inciter à analyser le processus de sa fonction exécutive mentale. Pourquoi arrive-t-il à faire une inhibition efficace dans une situation et pas dans une autre ?

Selon les données ethnographiques recueillies dans ce travail, les explications proposées par le psychiatre au patient sont différentes de celles proposées par un patient à un autre patient, ou encore de celles fournies par le processus d'explication personnel du patient.

Les explications données par le patient lui-même ou par les pairs, nous semble-t-il, comprennent des descriptions très détaillées et mieux adaptées (tailoring) à son cas clinique. Cela lui assure un niveau de micro-adaptation de son cas avec de nouveaux contextes (Chi, et coll., 2004.). En revanche, les explications du psychologue/psychiatre restent standards, générales et décontextualisées.

Par ailleurs, la relation de nature horizontale entre pairs, non limitée par le temps et l'espace psychiatriques, permet davantage de liberté dans l'échange langagier.

En conclusion, dans la thérapie par pairs, notre souhait est que le patient devienne psychologue de lui-même, cela en l'incitant à réfléchir sur son cas et en mettant en lumière une pratique nommée en pédagogie allemande « *Selbst-gesteuertes Lernen* », l'apprentissage autodirigé (Spörer et Brunstein, 2006), fondée sur l'observation et la compréhension des initiatives proposées par le patient lui-même. Nous recommandons que le patient accueille les visiteurs dans le centre, participe à l'élaboration du programme thérapeutique et soit responsable de tâches identifiées dans la gouvernance de la structure. Il faut cibler la recherche-action sur la manière dont émerge chez le patient la responsabilité individuelle (*Eigenverantwortung*) (Spörer et Brunstein, 2006) dans un collectif de travail hospitalier.

RÉFÉRENCES

- Barak, Azy, Meyran Boniel-Nissim et John Suler (2008), « Fostering empowerment in online support groups », *Computers in Human Behavior*, 24, p. 1867-1883.
- Buckner, Randy et Daniel C. Carroll (2007), « Self projection and the brain ». *Trends in Cognitive Sciences*, 11, p. 49-57.
- Chi, Michelene TH., Stephanie A. Siler et Heisawn Jeong (2004), « Can tutors monitor students' understanding accurately? », *Cognition and Instruction* », vol. 3, n° 22, p. 363-387.
- Chi, Michelene T. H., Stephanie A Siler, Heisawn Jeong, Takashi Yamauchi et Robert G. Hausmann (2001), « Learning from tutoring » *Cognitive Science*, n° 25, p. 471-533.
- Christopherson, Kimberly (2007), « The positive and negative implications of anonymity in Internet social interactions: "On the Internet, nobody knows you're a dog" », *Computers in Human Behavior*, n° 23, p. 3038-3056.
- Clément, Catherine et Sudhir Kakar (1993), *La folle et le sain*, Paris, Seuil.
- Cooper, Mick et Dryden Winday (2016), *The Handbook of pluralistic counselling and psychotherapy*, London, Saga.
- Demetriou, Andreas et Smaragda Kazi (2001), *Unity and modularity in the mind and the self: Studies on the relationships between self-awareness, personality, and intellectual development from childhood to adolescence*. London, Routledge.
- Demetriou, Andreas (2006). « Neo-Piagetische Ansätze » dans Wolfgang Schneider, Würzburger et Friedrich Wilkening, Zürich Friedrich (dir.), *Theorien, modelle, und methoden der Entwicklungspsychologie*. Volume of Enzyklopadie der Psychologie, Gotingen : Hogrefe-Verlag.
- Fischer, Kurt W (2006), « Dynamic cycles of cognitive and brain development : Measuring growth in mind, brain, and education », dans Antonio Battro et Kurt W. Fischer (dir.), *The educated brain*. Cambridge U.K. : Cambridge University Press.
- Fischer, Kurt W. et Thomas R. Bidell (2006), « Dynamic development of action, thought, and emotion », dans William Damon et Richard M. Lerner (dir.), *Theoretical models of human development*. *Handbook of child psychology*, New York, Wiley.
- Gallagherabc, Shaun et Helen Payned (2015), « The role of embodiment and intersubjectivity in clinical reasoning », *Journal for Theory, Research and Practice*, vol. 10, n° 1, p. 68-78.
- Khabbache, Hicham et Abdelhamid Berdai (2012), *Social Work and Human Development and empowerment of skills*. Fes, International Institute of Anthropology, and Sociology and Human development Press.
- Khabbache, Hicham (2007) « A View over Childhood by Bridging the Gap between Pluralistic Cognition and Education Sciences », *Journal of Arab Children (JAC)*, vol. 8, n° 32, p. 73-102.

- Khabbache, Hicham (2010) «Are You a Mind Reader?», dans A. Berdai, H. Khabbache, C. Gaucher et S. Roger (dir.), *Travail Social à l'Épreuve des Coopérations Ouvertes et des Coopération Fermées*, Fès, Presses Universitaires de Sidi Mohamed Ben Abdellah- Fès.
- Khabbache, Hicham (2012 a), «Empowering Mindreading Skills via Online Social Networks», *Les Annales de l'Université Ovidius de Constanta, Série Psychologie de l'Éducation, Assistance Sociale*, n° 1, p. 136-137.
- Khabbache, Hicham (2012 b), «Comment les réseaux sociaux ont contribué au changement politique dans le monde arabe?», *Approche sociocognitive, Les Cahiers de psychologie politique* n° 20.
- Khabbache, Hicham (2014), «Why do we care so much about others think? An introduction to cognitive sociology», *Omran Journal*, vol. 2, n° 8, p. 107-136.
- Mihaescu, Gabriel, Jean Cottraux, Marc-Charles Séchaud et Aba Delsignore (1989), *Précis de thérapie comportementale et cognitive*. Suisse, Médecine et Hygiène.
- Poole, Jill, et James Devenney (2007), «Reforming Damages for Misrepresentation: The Case for Coherent Aims and Principles», *Journal of Business Law*, May, p. 269-305.
- Raymond, Gilles (2010), «Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité», *Sociétés et jeunesses en difficulté* [En ligne], hors série. <https://sejed.revues.org/6658>
- Schwartz, Marc et Kurt W Fischer (2005), «Building general knowledge and skill: Cognition and microdevelopment in science learning», dans Andreas Demetriou et Athanassios Raftopoulos (dir.), *Cognitive developmental change: Theories, models, and measurement* Cambridge, Cambridge University Press.
- Siegler, Robert (2002), «Microgenetic studies of self-explanation», dans Nira Granott et Jim Parziale (dir.), *Microdevelopment: Transition process in development and learning*, Cambridge University Press.
- Spörer Nadine et Joachim C. Brunstein (2006). «Erfassung selbstregulierten Lernens mit Selbstberichtsverfahren: Ein Überblick zum Stand der Forschung», *Zeitschrift für Pädagogische, Psychologie*, 20, p. 147-160.
- Suler, John (2004a). «The psychology of text relationships», dans Ron Kraus, Jason Zack, et George Stricker (dir.), *A handbook for mental health professionals*, San Diego, Academic Press/Elsevier.
- Suler, John. (2004b). «The online disinhibition effect», *CyberPsychology and Behavior*, n° 7, p. 321-326.
- Tellier, Frédéric (2003), *Alfred, Schütz et le projet d'une sociologie phénoménologique*, Paris, PUF.
- Thal, Jürgen et Uwe Ebert (2001), *Methodenvielfalt im Unterricht: Mit Lust und streßarm und effektiv lernen*. Praxishilfen Schule, Pädagogik. Luchterhand, Hermann.

CHAPITRE 11

Migrants et santé mentale : pour une politique de la relation

Nicolas Chambon

C'est à partir de mon activité à l'Orspere-Samdarra, observatoire spécialisé sur les questions qui lient santé mentale et vulnérabilités¹ que je documente ici les enjeux liés à l'évolution des pratiques relatives à la prise en charge en santé mentale des migrants et en problématise la perspective politique. Poser d'emblée cette inscription vise à pointer la perspective pragmatique et pragmatiste de mon propos et plus globalement de mon activité : comment être *soutenant*, faire *ressource*, auprès des professionnels qui interviennent en première ligne avec les demandeurs d'asile, réfugiés, et plus globalement les migrants ?

L'année 2015 a été marquée par un afflux sans précédent de demandeurs d'asile et de migrants sur le continent européen, problématisant l'accueil qui doit être fait à ces derniers, dans un contexte où il y a une forme d'inquiétude liée à ces arrivées. L'hospitalité et plus globalement la solidarité qu'il pourrait y avoir à l'égard de ces migrants ne vont pas de soi. La cause des étrangers n'a plus la même résonance qu'elle a pu avoir sur la seconde moitié du XX^e siècle, ou plus récemment aux alentours des années 2000 avec les mobilisations de « sans-papiers ». Les professionnels en première ligne, que ce soit dans le champ de l'asile, de la précarité ou de la santé mentale, peuvent être préoccupés par l'augmentation quantitative de migrants à prendre en charge, et en difficulté

1. L'Orspere-Samdarra : Observatoire national « santé mentale, vulnérabilités et sociétés » dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre [En ligne]. [<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra.html>].

face aux problématiques d'un public qui cumule souvent différentes vulnérabilités, dont certaines psychiques.

En écho à la problématisation du présent ouvrage, nous posons pour hypothèse que la figure du « migrant précaire », que nous définirons plus loin, vient recomposer les métiers relationnels, et inviter au recalibrage de ces métiers : d'une part sur l'objet et le sens de l'intervention auprès du sujet, et d'autre part sur les contours du collectif de prise en charge, du fait de l'injonction à la pluridisciplinarité. Pour ce faire nous présenterons d'abord l'évolution des migrations en France en documentant notamment les souffrances relatives à la santé mentale de ce public avant de problématiser les épreuves auxquelles les professionnels font face. De manière schématique, dans le cadre français républicain, les « métiers de la relation » s'indexent difficilement aux spécificités du public et à l'inscription de l'individu dans sa communauté. Il nous apparaît qu'il y a alors un enjeu politique à renverser cette perspective du côté de la prise en charge et de penser le collectif à partir de la relation avec le sujet migrant.

ÉVOLUTION DES MIGRATIONS

Migrations et débordements

Au XIX^e siècle, la révolution industrielle, les nouveaux moyens de communication, l'évolution de la démographie, et les mouvements de colonisation et de décolonisation ont des incidences sur les déplacements de population. Gérard Noiriel (Noiriel, 1992) distingue trois grandes vagues d'immigration en France depuis le XIX^e siècle, correspondant chacune à une période d'expansion économique. Les migrations sont collectives, et le groupe de référence est l'ethnie d'origine de l'individu. La perspective politique consiste alors à faire valoir les raisons économiques de cette migration. Elle est au service d'un Occident conquérant, en besoin de main-d'œuvre pour asseoir sa domination. Aujourd'hui d'ailleurs, à travers les études post coloniales, il apparaît qu'il y a un enjeu à interpréter cette histoire au regard de la dimension ethnique, et d'en faire valoir aussi le caractère politique. Pour Mamadou Diouf², il importe « de remettre l'Occident et son universel autoritaire à leur place ».

La Seconde Guerre mondiale induit d'importants mouvements contraints de population obligeant les États à se donner un cadre pour l'accueil des réfugiés. C'est dans ce contexte, le 28 juillet 1951, qu'une convention est signée à

2. Mamadou Diouf, « *Les postcolonial studies* et leur réception dans le champ académique en France », dans Achille Mbembe et coll., *Ruptures postcoloniales*, La Découverte « Cahiers libres », 2010, p. 153

Genève³, fixant un cadre faisant encore référence aujourd'hui et qui est avalisée par la plupart des pays démocratiques européens. C'est à partir des années 1970 que les effets psychologiques de la violence sur les réfugiés font l'objet d'une reconnaissance élargie dans la catégorie du traumatisme psychique. Cela instaure l'assistance psychiatrique, voire la formalise avec le recours aux certificats médicaux dans le cadre de la procédure.

Mais la crise qui sévit depuis les années 70 a changé la donne, notamment avec l'augmentation du chômage. La distinction entre migration légitime, l'asile, et migration économique va s'accroître, au détriment de cette seconde migration. Si historiquement, c'est la misère économique (Noiriel, 2010) qui est la motivation principale du départ, les migrations de travail sont aujourd'hui beaucoup plus marginales. Autrement dit, la volonté de restreindre l'immigration se fera au détriment des migrations économiques, avant que l'asile devienne aussi concerné par cette restriction. Les pouvoirs publics deviennent suspicieux par rapport à de possibles abus. La baisse du taux d'acceptation des demandes d'asile produit de fait une nouvelle catégorie d'exclus : les déboutés de la demande d'asile. Le pouvoir discrétionnaire des autorités, celui des « guichets » (Spire, 2005) et les nombreuses barrières administratives participent de cette baisse. Pour Didier Fassin (Fassin, 2007) le traumatisme devient le ressort majeur de preuve de véridiction conditionnant l'asile : « Il ne s'agit plus tant de vérifier la congruence des cicatrices avec le récit des persécutions subies, que de reconnaître le stress, puisque l'existence du traumatisme réside dans l'épisode vécu (le stress est la marque du traumatisme). » De ce fait, les professionnels du champ de la santé peuvent être appelés à venir augmenter le nombre des acteurs participant à la procédure d'asile. Et c'est à l'initiative de professionnels de la santé que des centres de soins spécialisés dans la prise en charge médicale et psychologique des exilés voient le jour. La manière d'être solidaires pour les promoteurs de ce type de soins spécialisés, c'est de (faire) reconnaître les troubles liés à l'exil.

-
3. Cette convention précise que « le terme "réfugié" s'appliquera à toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ».

Un contexte de débordement

Au XXI^e siècle, les migrations internationales (Wihtol de Wenden, 2010) ont pris un essor sans précédent, induisant un renversement paradigmatique. Ce ne sont plus les Européens qui émigrent de par le monde, l'Europe – en proie à un déclin démographique – est au contraire devenue l'une des premières destinations au monde. Les migrations ont triplé depuis le milieu des années 1970 : 77 millions de personnes résidaient dans un autre pays que celui où elles étaient nées en 1975 ; 120 millions en 1999 ; 150 millions au début des années 2000 ; plus de 212 millions en 2010, soit 3 % de la population mondiale. Selon Catherine Wihtol de Wenden, ce processus va se poursuivre, car les facteurs de la mobilité ne sont pas près de disparaître : écarts entre les niveaux de développement humain, crises politiques et environnementales, baisse du coût des transports...

En France, les possibilités de migrer et s'installer de manière légale se sont de plus en plus réduites. De ce fait, une des rares voies de régularisation (autre que le titre de séjour étudiant ou le regroupement familial) est la procédure de demande d'asile. L'augmentation des demandes d'asile était de 85 % entre 2007 et 2014. Elle est encore plus marquée en 2015 avec une augmentation de 22 % ; 79 100 migrants ont ainsi déposé une requête de protection sur le territoire national selon l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra). Dans la majorité des cas, l'accompagnement des demandeurs d'asile est mis en échec, étant donné le faible taux d'acceptation des demandes qui oscille entre 20 et 25 % selon les années⁴.

Nous sommes alors dans un contexte où, en France, les dispositifs à destination des précaires sont mobilisés, en grande majorité, par des personnes en situation de migration. Ainsi dans les dispositifs comme les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), plus de la moitié de la patientèle est en situation de migration dans les villes de l'est de la France. Ainsi, à la Pass de l'hôpital du Vinatier dans le Rhône, c'est un public exclusivement migrant (environ 800 patients sur l'année) qui est accueilli.

Avec le conflit syrien et la déstabilisation du Moyen-Orient, de nouvelles problématiques migratoires apparaissent, et notamment celle des flux de personnes qui traversent la Méditerranée dans des conditions très précaires. Nombre de ceux qui veulent aller en Angleterre sont bloqués sur la côte du nord de la France, en particulier à Calais dans des camps de fortune. Depuis 2015, et selon les opérateurs de l'asile, des personnes qui arrivent à avoir le

4. Pour 2015, il est exceptionnellement de 31,5 %, notamment parce que les Syriens qui représentent 10 000 demandes, voient leur demande quasiment toutes acceptées.

titre de réfugié peuvent aussi se trouver dans des situations de précarité. C'est le cas des jeunes de moins de 25 ans qui peuvent être sans ressources financières une fois le statut obtenu.

Des migrants précaires et de nouvelles problématiques de santé mentale

Caractériser maintenant la catégorie de « migrant précaire » vise notamment à désindexer *a priori*⁵ les problématiques cliniques, sociales et politiques de la procédure administrative. Nous attribuons trois caractéristiques à la catégorie de migrant précaire⁶. La première est celle d'avoir migré et ce, récemment. Le terme de migrant se différencie de celui d'étranger qui n'a pas forcément migré et de celui d'immigré, dont la migration peut être ancienne et dont l'objectif est l'installation. Ici on insiste bien sur la migration et sa proximité, qu'elle soit légale ou non⁷. La deuxième caractéristique, c'est que nous avons affaire à une population qui fait face à une problématique d'accès au séjour et se trouve de fait dans une situation d'insécurité administrative. Qu'il soit demandeur d'asile, en demande de régularisation au titre de la santé ou encore qu'il demande un titre de séjour à la bienveillance du préfet, l'obtention des papiers est centrale pour le migrant, que ce soit psychiquement ou de manière pratique dans l'organisation de la vie quotidienne. Les parcours pour obtenir de l'assistance (ouvrir des droits sociaux, obtenir de l'aide, se loger...) sur le territoire français de ces migrants sont souvent longs et complexes. Enfin, la troisième caractéristique, c'est la grande précarité dans laquelle vivent de plus en plus les migrants. La procédure précarise les requérants de l'asile et la majorité des déboutés restent sur le territoire français et sont pris en charge dans le cadre de dispositifs à destination des précaires. La procédure vulnérabilise, notamment par sa lourdeur (18 mois en moyenne) mais aussi par les conditions de vie qu'elle engendre. La norme d'hébergement a complètement changé et le Cada⁸ ne représente plus que le tiers des solutions d'hébergement pour les demandeurs d'asile (Zeroug-Vial, 2014).

5. Autrement dit ne pas essentialiser l'indexation, et ce faisant la problématiser et la caractériser.
6. Celle-ci fait aussi l'objet d'une problématisation dans cet article: Nicolas Chambon et Gwen Le Goff, *Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie*, Revue française des affaires sociales, 2016.
7. Il ne faut pas confondre une migration clandestine avec une présence irrégulière sur le territoire. Ainsi le fait de demander l'asile, légalise le séjour, le temps de la procédure. *A contrario*, on peut venir légalement (avec un visa touristique par exemple) est devenir en situation irrégulière par la suite.
8. Centre d'accueil de demandeurs d'asile.

Le nombre des migrants déboutés et en recherche d'autres voies de régularisation, ne cesse d'augmenter. L'aide médicale d'État (AME) permet de déterminer, de manière approximative, le nombre « minimum » d'étrangers en situation irrégulière, puisque ce droit à la sécurité sociale est exclusivement destiné à cette catégorie. À la fin de l'année 2014, il y a environ 300 000⁹ bénéficiaires de l'AME, alors qu'ils étaient 75 000 en 2000 ; 154 000 en 2002 ; 202 400 en 2006, puis 252 400 en 2012.

Nous défendons que ce public de migrants précaires cumule des vulnérabilités psychiques, sociales, et administratives. Cette précarité a bien évidemment des effets sur la santé mentale. Il est à la fois question de migration, d'exil et du caractère contraint de la migration, mais aussi des effets de la précarité sur la santé mentale. De ce fait, les problématiques sociales s'entendent de manière extensive, et ne peuvent être réduites à la question culturelle. Ces migrants précaires, en cumulant des souffrances sociales et psychiques et des problématiques administratives, brouillent les frontières institutionnelles, mais aussi la relation d'aide...

DES PROFESSIONNELS À L'ÉPREUVE DU PUBLIC MIGRANT PRÉCAIRE

Nous défendons ici que le « migrant précaire » représente une altérité qui remet en cause les modalités du travail, notamment clinique, engagé avec lui. Cela nous amène maintenant à nous demander en quoi les demandes en santé mentale de ce public mettent à l'épreuve (Ravon, Vidal Naquet, 2014) les professionnels de ce champ. Nous documenterons le fait que les professionnels en santé mentale se trouvent en difficulté (voir délégitimés) pour appréhender et soigner les souffrances d'un public migrant extrêmement précarisé.

Un savoir médical inadapté ?

Nos enquêtes font état d'une complexité, exprimée de manière récurrente par les personnes concernées, dans la lecture des souffrances du public migrant en situation de précarité. Il est complexe d'apposer un diagnostic médical. Les professionnels sont en difficulté pour comprendre de quoi souffre ce public, les pathologies ne correspondant pas forcément à des catégories nosographiques identifiées. De quoi parle-t-on ? De santé mentale ? De souffrance psychiatrique ? De maladie mentale ? De maladie psychiatrique avérée ? On constate un mou-

9. Selon une dépêche du 3 novembre 2015 (APM) – Le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) a progressé de 4,2 % en 2014 et s'approche désormais des 300 000, selon un rapport du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) de l'Assemblée nationale.

vement très marqué de hiérarchisation des pathologies où les problématiques psychosociales ne sont pas forcément légitimes à être entendues dans le champ psychiatrique. En arrière-plan se joue le débat autour du rôle de la psychiatrie. La controverse porte sur son champ d'expertise, entre d'un côté une vision restrictive et biomédicale, et de l'autre une vision plus extensive fondée sur le concept de santé mentale.

L'épreuve porte ici sur l'évaluation de la souffrance psychique de ce public. Pour un psychiatre : « C'est une population qui est invisible, surtout en épidémiologie. » Les professionnels du champ de la santé mentale, qui travaillent avec le public migrant dans des dispositifs comme les Pass, estiment que les troubles de la personnalité représentent la catégorie psychiatrique majoritaire. Certains professionnels caractérisent cette souffrance comme étant psychosociale. Et au-delà de l'épreuve de sa caractérisation, il est nécessaire de réfléchir à la réponse à apporter à ce type de souffrance. Qui doit la soigner ? Est-ce le métier des psychologues ? Du personnel infirmier ? Ce qui est sûr c'est que cette souffrance psychosociale remet en cause la position péremptoire du soignant en rendant, par moment, le clinicien incompetent. Les professionnels naviguent alors entre le constat d'une impuissance (et donc le rejet de la demande) et une disposition à une certaine toute-puissance (avec le risque de psychiatriser cette souffrance, en la réduisant à une problématique d'ordre médical).

Quelle légitimité au savoir social ?

Cette indétermination sur la souffrance psychique remet donc en cause la position dominante des soignants ou du moins brouille les frontières des différents métiers. Dans les dispositifs pluriprofessionnels, chacun est tenté de défendre son approche thérapeutique et/ou sociale, contribuant à complexifier davantage la réorientation des patients. Faut-il un logement ou des papiers d'abord pour envisager le soin ? Faut-il au contraire privilégier l'écoute psychosociale ? Ce sont toutes ces questions qui se posent aux professionnels de terrain et qui induisent une certaine rivalité au sujet des manières d'appréhender la problématiques du soin de ces migrants en situation de précarité. Les professionnels non médicaux détiennent par exemple une expertise « sociale » sur la personne et son parcours. Cette expertise peut faire défaut à certains soignants, et oblige de ce fait à une circulation du savoir, de manière non hiérarchisée, dans les équipes pluridisciplinaires.

Ainsi, les professionnels de la psychiatrie publique sont régulièrement sollicités pour des demandes de certificats (dans le cadre de la demande d'asile) ou de rapports médicaux (dans le cadre de la régularisation au titre de la santé).

Les parcours de soin et administratifs s'entremêlent souvent au moment où le demandeur est débouté de sa demande d'asile et que la personne est invitée à demander une carte de séjour « vie privée et familiale ». Ce sont souvent les avocats ou les intervenants sociaux accompagnant les migrants qui vont leur conseiller de changer de stratégie en vue de régulariser leur situation administrative. Certains soignants dénoncent alors au sujet de ces titres de séjour l'instrumentalisation de la psychiatrie à des fins politiques, et refusent parfois de répondre aux demandes de certificats ou de rapports, afin de ne pas mêler des enjeux de soin avec des enjeux administratifs. Ces parcours mettent encore une fois les soignants en difficulté devant la méconnaissance qu'ils en ont, contrairement aux travailleurs sociaux ou aux militants, induisant par moment une forme de rivalité.

Santé mentale et injonction à l'autonomie

L'autonomie du patient est également mise à mal. En effet, l'extrême vulnérabilité oblige le migrant à répondre aux attentes des nombreux dispositifs qu'il rencontre dans son parcours. Par conséquent, il existe un paradoxe entre l'activation d'une « capacitation » que l'on peut trouver dans le soin et l'assignation propre aux dispositifs (« victimes », « demandeurs d'asile »...). Si, d'un côté, le soin nécessite une demande, cela induit que la personne soit en capacité de la formuler. Les professionnels du champ de la santé mentale deviennent alors dépositaires d'une demande brouillée, à l'origine administrative, mais qui est de fait aussi médicale. Le migrant ne peut pas raconter des histoires, mais seulement la bonne histoire, qui est rarement la même pour l'administration, le psychiatre, ou l'assistante sociale... Les professionnels sont mis à l'épreuve du parcours de la personne migrante, de sa saisie, et de la connaissance partielle qu'ils en ont.

Pour les travailleurs sociaux qui interviennent auprès de demandeurs d'asile, dont l'objet d'intervention est administrativo-centrée, le souci de la santé mentale est une manière de se préoccuper de la personne, de travailler « avec ». D'ailleurs, avec la réforme de l'asile de 2015, il y a maintenant une injonction à détecter les vulnérabilités psychiques des requérants dès leur arrivée. Mais dans la majorité des cas l'accompagnement des demandeurs d'asile est mis en échec, étant donné le faible taux d'acceptation de la demande d'asile. Les catégories se rendent opérantes dans le cadre de dispositifs spécialisés, avec des champs d'activités sectorisés. Devant l'évolution du champ de l'intervention sociale (Astier, 2009), la santé mentale peut alors être un recours pour appréhender l'individu au-delà de sa dimension administrative. Nous tenons alors que, pour partie, la santé mentale s'invite de manière théorique au regard d'une spécialisation des métiers de l'accompagnement, d'autant plus dans un

contexte de concurrence exacerbée, où les dispositifs dépendent de l'existence des sujets qu'ils accompagnent. Pour les professionnels, c'est une manière de faire face à ces assignations, et de pouvoir envisager (l'orientation et) la prise en compte d'une personne dans son ensemble.

La solidarité mise à l'épreuve : une épreuve politique

S'il y a quelques années, avec la figure du « réfugié politique », il y avait une correspondance entre la finalité politique d'un engagement dans le travail et les raisons d'une migration, il est aujourd'hui plus compliqué de se rendre solidaire de personnes dont on constate quotidiennement qu'elles ne correspondent pas ou plus à ce cadre, celui de l'asile politique. Aussi, le contexte de précarisation est d'autant plus problématique que nombre de professionnels ont l'impression de participer de ce mouvement et, de ce fait, d'être en partie la cause de ce qu'ils dénoncent.

Aujourd'hui, il ressort de nos enquêtes que les personnes migrantes correspondent moins à une figure de l'exilé politique, générique, homogène, dont il s'agirait de se rendre solidaire, mais plutôt à des personnes en situation de migration et de précarité, facteurs auxquels justement leur situation sensibilise. Il y a en tous cas un écart entre ce que des professionnels peuvent prêter aux migrants, et une réalité qui par endroits et par moment dérange. Et quand bien même les migrants fuient une zone de conflit, il est de plus en plus difficile de se solidariser avec cet étranger, alors qu'on se représente mal qui est du « bon » côté du conflit, et de quoi les migrants sont victimes...

Ce sont donc de nouvelles problématiques sociales, politiques et cliniques qui émergent dans les années 2000, d'autant plus prégnantes que les personnes migrantes correspondent de moins en moins à la figure de l'exilé qu'il s'agirait d'intégrer. Les professionnels apparaissent en difficulté avec un nouveau public qui n'a pas forcément légitimité selon eux à rester sur le territoire. Richard Rechtman (Rechtman 2010) affirme que « l'arrivée d'immigrants illégaux d'origines diverses change également le paysage de l'immigration en France [...]. L'irrégularité du séjour des étrangers en France transforme les demandeurs d'asile et les immigrés en clandestins illégitimes jusque dans leurs besoins de santé ».

Nous tenons que le souci de santé mentale devient alors constitutif d'un moment politique (Fassin, 2004) pour les accompagnants. Autrement dit l'argument de Didier Fassin, se trouve pris en charge par les professionnels de telle manière que leur activité puisse prendre sens, à travers une préoccupation relative à la santé et au bien-être du migrant. Il y a là un déplacement d'un souci politique relatif aux raisons d'un exil dont il s'agissait de se rendre soli-

daire, vers un souci éthique à l'égard de la souffrance psychique et sociale endurée par des migrants. Ce qui peut être vu de manière critique par certains (psychiatisation du social), trouve son argument inversé : les professionnels du champ de la santé mentale deviennent investis d'une problématique où leur intervention prend un sens, qui peut être qualifié par endroit de politique. De manière schématique, alors que le sens n'y est plus, n'est plus donné, il apparaît qu'il y a enjeu à le chercher...

POUR UNE POLITIQUE DE LA RELATION¹⁰

Dans un contexte de remise en cause du modèle républicain, d'autant plus marquée au début des années 2000, et de mise en crise des idéaux socialistes et communistes, la question de la solidarité avec celui qui est étranger va d'autant moins de soi. Autrement dit c'est parce qu'il semble qu'il n'y ait pas de communauté de fait, qu'apparaît la nécessité d'explicitier en quoi il faudrait se solidariser avec telle ou telle population. Justement, selon Jacques Rancière, c'est bien en tant qu'ouvrier que l'immigré a été une figure politique (Rancière, 1997). Mais la mise en échec des mouvements ouvriers, et la montée du racisme, ont fait advenir une figure de l'« immigré qui ne relève plus de la subjectivation politique ouvrière ou prolétaire mais apparaît dans sa seule différence ethnique »¹¹. « Et en perdant cette subjectivation politique, il se (trouve) ramené à la simple identité de l'autre, pur objet de sollicitude ou, plus souvent, de haine¹². » Rancière déplore alors la « flambée ethniciste » contemporaine du fait de la suppression de toute forme de subjectivation politique autonome. Les conditions qui ont permis une subjectivation politique de l'immigré comme ouvrier ne sont plus là.

Aussi, la segmentation des différents champs qui accueillent, accompagnent ou soignent le public migrant et la multiplicité des dispositifs entraînent une segmentation des suivis. À travers nos enquêtes et nos activités nous constatons que les professionnels amenés à prendre en charge ce public souffrent d'isolement, que ce soit au sein des équipes ou des établissements. Si, dans le travail social, la question de la professionnalité apparaît de plus en plus travaillée, c'est aussi parce que les modèles de sens, qu'ils soient religieux comme a pu le montrer Dubet à propos de la charité (Dubet, 2002), ou politiques, ont perdu de leur efficacité. Dans cette dynamique, le collectif et la

10. Cette injonction est un clin d'œil à un petit ouvrage collectif Pour une politique de la relation, quel monde désirons-nous?, édité par la Maison des passages à Lyon, [En ligne]. [<http://politiquedelarelation.com/>].

11. *Ibid*, p. 38-39.

12. *Ibid*, p. 48-49.

réflexivité apparaissent être alors des ressources (Molinier, 2009) devant les difficultés à tenir son rôle professionnel. Et c'est maintenant le sens – politique – de notre propos.

Quel sens à l'intervention ?

Dans nos enquêtes et nos pratiques on a pu constater une rivalité liée à la prise en charge des migrants notamment sur la manière d'appréhender le migrant précaire. Que cette manière soit holistique – accueillir une personne dans toute sa dimension –, en vis-à-vis de ce qu'il est possible d'apporter au public, ou à partir de sa pathologie, cela induit une concurrence au sujet du sujet. Cela pose aussi la question de l'attachement et du détachement dans la relation d'aide ou de soin. Alors qu'il est déjà difficile d'orienter, se rajoute aussi le doute à l'égard des manières de faire d'autres dispositifs. Comme le précise Patrick Castel « la concurrence entre médecins sur l'activité et sur la définition du bon traitement apparaît comme une incertitude supplémentaire majeure pour chaque médecin dans sa tentative de maîtriser la relation avec son patient ». Chacun est amené à défendre son approche thérapeutique, complexifiant aussi la réorientation des patients.

C'est donc une rivalité sur l'activité et la définition du bon traitement, rivalités notamment entre le social et le médical, mais aussi entre différentes cliniques. Entre accueillir le « tout venant », être dans un accueil inconditionnel, orienter suivant des demandes et les dispositifs existants, ou soigner des pathologies particulières, ce sont autant de manières d'appréhender le sujet, qui peuvent entrer aussi en contradiction avec la demande de l'usager d'être reconnu dans sa singularité. Se pose alors pour le professionnel, la question de la (re) subjectivation : « Faire de l'usager un sujet de quoi ? Quelles sont les qualifications qui peuvent rendre opérante une intervention ? »

Il nous importe alors de ne pas réduire la perspective politique à l'engagement dans une mobilisation citoyenne et publique, mais aussi de penser que la relation d'accompagnement ou de soin peut recouvrir une perspective politique. Autrement dit, qu'est-ce qu'engage la relation à l'autre ? Quel est le régime d'altérité ? Qu'est-ce que je fais de l'autre ?

Dans le cadre sociologique de nos activités, nous invitons les professionnels de la relation à être réflexifs quant à cette perspective et à caractériser les différences constitutives de la relation. C'est le recalibrage des métiers qui est en jeu, notamment pour ce qui est du mode d'intervention auprès du sujet, mais aussi de la mission qui s'inscrit de moins en moins facilement dans une politique institutionnelle. Ici, l'écueil consiste à assigner les migrants à leur

qualité unique de migrants. Il importe plutôt de prendre en compte la dimension singulière des parcours, des individus.

Penser la différence, caractériser l'altérité, c'est mettre l'accent sur la relation. Nous suivrons en cela une perspective tracée par Marc-Henry Soulet (Soulet, 2004) : « Le défi actuel de la solidarité est de prendre en considération la différence non contributive, de penser l'acte solidaire non plus avec un autre même mais avec un autre différent, engageant de ce fait une responsabilité pour un autrui qui, a priori, ne nous est rien et ne vaut rien. Le vrai défi de la solidarité devient en quelque sorte « l'étranger », l'autrui radical. Pour les professionnels du champ de la santé mentale, il faut alors prendre soin de la relation. Nous rejoignons aussi la perspective soulignée par Emmanuel Terray¹³, le dialogue et l'échange « ne peut s'établir qu'entre des partenaires différents ». « La politique de la relation suppose donc la défense et la préservation des différences qui donnent à la rencontre son sens et son efficacité. » Et le souci de la préservation des spécificités doit autant avoir lieu du côté du public que des accompagnants et des autres soignants.

Pour une communauté de la relation ?

Devant le constat de l'isolement des professionnels, et de la crise de l'institution comme entité soutenante, il ressort qu'il y a un enjeu à (re)penser les formes et les contours du collectif. Il importe alors de proposer aux professionnels des espaces d'échanges afin qu'ils puissent partager les problèmes auxquels ils sont confrontés. Cela rejoint en partie le souci porté par Bertrand Ravon de « refaire parler le métier » (Ravon 2012), et d'étayer le « faire équipe » : « L'équipe est le résultat du travail réflexif qui se trame petit à petit à partir de controverses, lesquelles obligent à des ajustements et à des accords. L'équipe est en ce sens un collectif rassemblé par des épreuves partageables et non par des appartenances ou des conceptions communes. « Faire équipe », ce n'est pas un idéal, mais une charge commune, celle de s'accorder sur un fonds de désaccords persistants. » Cette perspective peut aussi se penser à une échelle interinstitutionnelle. Un certain nombre de professionnels rencontrés lors de nos enquêtes émettent la crainte d'être submergés par ces prises en charge très prenantes, et de se retrouver là encore isolés dans leur pratique. De ce fait, il ne s'agit pas de « faire équipe », mais de « faire collectif », voire de « faire communauté » entre les différentes institutions.

13. Dans le petit ouvrage collectif *Pour une politique de la relation, quel monde désirons-nous ?*, préalablement cité

Dans cette dynamique, les espaces collectifs sont des ressources (Molinier, 2009) devant les difficultés à tenir son rôle professionnel, à travailler avec d'autres dispositifs afin de permettre une meilleure prise en charge de ce public. Faire réseau entre les différents champs (psychiatrie, travail social, éducation...) passe à la fois par un travail de distinction des univers professionnels (possibilités, attributs, contraintes, histoire institutionnelle), et par la mise au travail de ce qui pose problème aux acteurs dans leurs activités pratiques. À ce titre, il nous semble qu'il existe un réel enjeu à faciliter la mise en place de coordinations d'acteurs et de professionnels de terrain, universitaires ou institutionnels.

Au-delà d'une catégorie administrative (le demandeur d'asile, le débouté), il s'agit de considérer justement le sujet migrant comme une *personne*, mais aussi comme *sujet* appréhendé différemment par nombres de professionnels et de dispositifs éclatés. C'est alors une communauté de la relation qu'il s'agit de faire exister, pour s'attacher à penser la solidarité, non à partir de l'homogénéité (« nous sommes les mêmes »), mais de la différence (constitutive de la relation d'aide). L'enjeu est de sortir d'une solidarisation inclusive à partir d'une figure de la victime (où le rôle est alors évident).

Que ce soit Jacques Rancière, qui prône une « action politique capable de soutenir les divisions de la société et de prendre en charge les altérités¹⁴ », Marc Henry Soulet que nous avons cité plus haut, ces auteurs tracent une ligne où c'est notre rapport aux altérités qui est l'objet d'une problématisation politique, impliquant notre propre lien à la communauté. Roberto Esposito (Esposito, 2000) trace l'histoire du concept à partir de l'origine latine du « cum-munus » : « La communauté n'est pas une propriété, un plein, un territoire à défendre et à isoler de ceux qui n'en font pas partie. Elle est un vide, une dette, un don à l'égard des autres et nous rappelle aussi, en même temps, à notre altérité constitutive d'avec nous-mêmes. » Le collectif n'est pas lié à la même chose, mais à une communauté rassemblée par une dette. Ce collectif se fait à partir de la charge. Pour Esposito : « Il en résulte que la *communitas* est l'ensemble des personnes unies non pas par une « propriété », mais très exactement par un devoir ou par une dette; non pas par un « plus », mais par un « moins », par un manque, par une limite prenant la forme d'une charge, voire d'une modalité déficiente, pour celui qui en est « affecté », à la différence de celui qui en est « exempt » ou « exempté¹⁵. » Il s'agit de considérer le rapport que l'engagement entretient non plus avec l'identité mais bien avec

14. Jacques Rancière, « L'immigré et la loi du consensus », *Libération* du lundi 12 juillet 1993 (Rebonds).

15. *Ibid.*, p. 19.

l'altérité (Peroni, 2001). Comme si ce qui était en jeu autour de l'accueil des migrants n'était pas uniquement un consensus, sinon élémentaire, sur la commune humanité mais le travail de l'accord sur ce quoi peut porter la différence, et les conditions justement de la relation à cet autre. Alors qu'il y a une crise de la médiation, c'est cette perspective d'enquête que nous poursuivons dans les différents champs que nous investiguons.

À ce titre la figure du migrant précaire représente une altérité radicale, différente, sans représentativité, qui incite les professionnels à poser la question du sens (de leur profession, du soin, de l'accompagnement...). Il nous importe de déplacer la question de la politique de l'institution à la relation, du sujet assujéti à une catégorie au sujet de la personne, et ce faisant d'agir pour que ce soient les épreuves et les difficultés du côté des professionnels qui puissent être l'objet d'un partage collectif.

RÉFÉRENCES

- Astier, Isabelle (2009), « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, vol. 2, n° 152, p. 52-58.
- Demilly Lise (2008), *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, coll. « Sciences sociales ».
- Dubet, François (2002), *Le déclin de l'institution*, Paris, Éditions du Seuil.
- Esposito, Roberto (2010), *Communauté, immunité, biopolitique. Repenser les termes de la politique*, Paris, Les Prairies Ordinaires, coll. « Penser/Croiser ».
- Fassin, Didier (2004), *Des maux indicibles, sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.
- Fassin Didier et Richard Rechtman (2007), *L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.
- Fassin, Didier (2010), *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte.
- Molinier, Pascale (2009), « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? Les aléas de la « bonne distance », *Temporalités*, n° 9.
- Noiriel, Gérard (1992), *Le Creuset français. Histoire de l'immigration (XIX^e-XX^e siècles)*, Paris, Seuil.
- Noiriel, Gérard (2010), « Une histoire du modèle français d'immigration », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 2, n° 8, p. 33-34.
- Peroni, Michel (2001), *Éléments pour une sociologie pragmatique de la phénoménalisation des entités du monde social, note de synthèse des travaux*, Habilitation à Diriger des Recherches, Lyon 2.
- Rancière, Jacques (1997), « La cause de l'autre », *Lignes*, vol. 1, n° 30, p. 36-49.

- Ravon, Benoît (2012), « Refaire parler le métier » Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 2 n° 14, p. 97-111.
- Ravon, Benoît et Pierre Vidal-Naquet (2014), « Épreuve de professionnalité », dans Philippe Zawieja et Franck Guarnieri (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Le Seuil.
- Rechtmann, Richard (2010), « La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels », dans Didier Fassin (dir.), *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte.
- Ricœur, Paul (2006), « La condition d'étranger », *Esprit*, vol. 3 (mars/avril), p. 264-275.
- Soulet, Marc-Henry (2004), *La solidarité: exigence morale ou obligation publique?*, Fribourg, Éditions Saint-Paul Fribourg.
- Spire, Alexis (2005), *Étrangers à la carte: l'administration de l'immigration en France (1945-1975)*, Paris, Grasset.
- Wihtol de Wenden, Catherine (2010), « La géographie des migrations contemporaines », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 2, n° 8, p. 49-57.
- Wihtol de Wenden, Catherine (2015), « Une nouvelle donne migratoire », *Politique étrangère*, vol. 3, p. 95-106.
- Zeroug-Vial Halima, Nicolas Chambon et Yvan Couriol (2014), « Les défaillances de l'accompagnement des demandeurs d'asile et leurs conséquences sur la santé mentale », *Rhizome*, n°51, p. 57-60.
- Zeroug-Vial Halima, Nicolas Chambon N. et Matthieu Fouche (2015), « Enjeux cliniques et éthiques autour du titre de séjour pour raison médicale : faut-il rédiger des rapports médicaux? », *L'information psychiatrique*, vol. 91, n° 2, p. 140-144.

Dans la collection « Sociologie contemporaine »
www.pulaval.com

- Turner, Bryan S et Alex Dumas, *Viellir à l'ère des nouvelles technologies*, 2016.
- Côté, Jean-François, Anouk Bélanger (dir.), *Raymond Williams et les sciences de la culture*, 2015.
- Kirouac, Laurie, *L'individu face au travail-sans-fin. Sociologie de l'épuisement professionnel*, 2014.
- Lévesque, Georges-Henri, *La « révolution coopérative ». Un jalon d'histoire de la pensée sociale au Québec*. Notes de cours du père Georges-Henri Lévesque sur la philosophie de la coopération. Choix de textes, introduction et notes par Jean-François Simard et Maxime Allard, 2013.
- Falardeau, Jean-Charles, *Sociologie du Québec en mutation*, Choix de textes et introduction par Simon Langlois et Robert Leroux, 2013.
- Turmel, André, *Une sociologie historique de l'enfance*, 2013.
- Gagnon, Éric, Andrée Fortin, Amélie-Elsa Ferland-Raymond et Annick Mercier, *L'invention du bénévolat. Genèse et institution de l'action bénévole au Québec*, 2013.
- Saillant, Francine et Karoline Truchon (dir.), *Droits et cultures en mouvements*, 2013.
- Saint-Arnaud, Pierre, *In the Land of the Free. Le paradoxe racial à travers le roman social africain-américain*, 2012.
- Bernard Fournier et Raymond Hudon (dir.), *Engagements citoyens et politiques de jeunes. Bilans et expériences au Canada et en Europe*, 2012.
- Hudon, Raymond et Christian Poirier (dir.), *La politique, jeux et enjeux. Action en société, action publique, et pratiques démocratiques*, 2011.
- Vultur, Mircea et Daniel Mercure (dir.), *Perspectives internationales sur les jeunes et le travail*, 2011.
- Mercure, Daniel et Mircea Vultur (dir.), *La signification du travail. Nouveau modèle productif et ethos du travail au Québec*, 2010.
- Petitot, André, *Être en société. Le lien social à l'épreuve des cultures*, 2010.
- Chandler, Michael J., Christopher E. Lalonde, Bryan W. Sokol et Darcy Hallett, *Le suicide chez les jeunes Autochtones et l'effondrement de la continuité personnelle et culturelle*, 2010.
- Bajoit, Guy, *Socio-analyse des raisons d'agir. Études sur la liberté du sujet et de l'acteur*, 2010.
- D'Amato, Marina, *Téléfantaisie. La mondialisation de l'imaginaire*, 2009.
- Hamel, Pierre, *Ville et débat public. Agir en démocratie*, 2008.
- Roberge, Jonathan, *Paul Ricœur, la culture et les sciences humaines*, 2008.
- Gervais, Stéphan, Dimitrios Karmis, Diane Lamoureux (dir.), *Du tricoté serré au métissé serré? La culture publique commune au Québec en débats*, 2008.

- Hirschhorn, Monique (dir.), *L'individu social. Autres réalités. Autre sociologie?*, 2007.
- Gendron, Corinne, Jean-Guy Vaillancourt, *Environnement et sciences sociales. Les défis de l'interdisciplinarité*, 2007.
- Lalive d'Épinay, Christian, Dario Spini (dir.), *Les années fragiles. La vie au-delà des quatre-vingts ans*, 2007.
- Negura, Lilian, *Le travail après le communisme. L'émergence d'une nouvelle représentation sociale dans l'espace postsoviétique*, 2007.
- Bernstein, Basil, *Pédagogie, contrôle symbolique et identité. Théorie, recherche, critique*, 2007.
- Talin, Kristoff, *Valeurs religieuses et univers politiques. Amérique du Nord et Europe*, 2006.
- Lapointe, Paul-André, Guy Bellemare (dir.), *Innovations sociales dans le travail et l'emploi. Recherches empiriques et perspectives théoriques*, 2006.
- Levasseur, Carol, *Incertitude, pouvoir et résistances : les enjeux du politique dans la modernité*, 2006.
- Fortin, Andrée, *Passage de la modernité. Les intellectuels québécois et leurs revues (1778-2004)* (2^e éd.), 2006.
- Cotesta, Vittorio, *Images du monde et société globale. Grandes interprétations et débats actuels*, 2006.
- Fortin, Robin. *Comprendre la complexité. Introduction à La Méthode d'Edgar Morin* (2^e éd.), 2005.
- Helliwell, John F, *Mondialisation et bien-être*, 2005.
- Mercure, Daniel (dir.), *L'analyse du social. Les modes d'explication*, 2005.
- Angers, Stéphanie et Gérard Fabre, *Échanges intellectuels entre la France et le Québec (1930-2000). Les réseaux de la revue Esprit avec La Relève, Cité Libre, Parti pris et Possibles*, 2004.
- Guay, Louis, Laval Doucet, Luc Bouthillier et Guy Debailleul (dir.), *Les enjeux et les défis du développement durable. Connaître, décider, agir*, 2004.
- Duhaime, Gérard, *La vie à crédit. Consommation et crise*, 2003.
- Saint-Arnaud, Pierre, *L'invention de la sociologie noire aux États-Unis d'Amérique. Essai en sociologie de la connaissance scientifique*, 2003.
- Teeple, Gary, *La globalisation du monde et le déclin du réformisme social*, 2003.
- Mercure, Daniel et Spurk, Jan (dir.), *Le travail dans l'histoire de la pensée occidentale*, 2003.
- Otero, Marcelo, *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, 2003.
- Châtel, Viviane et Marc-Henry Soulet (dir.), *Agir en situation de vulnérabilité*, 2003.
- Martin, Thibault, *De la banquise au congélateur. Mondialisation et culture au Nunavik*, PUL et Unesco, 2003.
- Dagenais, Daniel (dir.), *Hannah Arendt, le totalitarisme et le monde contemporain*, 2003.

- Vultur, Mircea, *Collectivisme et transition démocratique. Les campagnes roumaines à l'épreuve du marché*, 2002.
- Duménil, Gérard et Dominique Levy (dir.), *Crises et renouveau du capitalisme. Le 20^e siècle en perspective*, 2002.
- Freitag, Michel, avec la collaboration de Yves Bonny, *L'oubli de la société. Pour une théorie critique de la postmodernité*, 2002.
- Lacombe, Sylvie, *La rencontre de deux peuples élus. Comparaison des ambitions nationale et impériale au Canada entre 1896 et 1920*, 2002.
- Spurk, Jan, *Critique de la raison sociale. L'École de Francfort et sa théorie de la société*, PUL et Syllepse, 2001.
- Mercure, Daniel (dir.), *Une société-monde? Les dynamiques sociales de la mondialisation*. PUL et De Boeck, 2001.
- Fortin, Robin, *Comprendre la complexité. Introduction à La Méthode d'Edgar Morin*, PUL et L'Harmattan, 2000.
- Dagenais, Daniel, *La fin de la famille moderne. Significations des transformations contemporaines de la famille*, 2000.
- Spurk, Jan (dir.), *L'entreprise écartelée*, PUL et Syllepse, 2000.
- Assogba, Yao, *La sociologie de Raymond Boudon. Essai de synthèse et applications de l'individualisme méthodologique*, PUL et L'Harmattan, 1999.
- De Kerckhove, Derrick, *Les nerfs de la culture. Être humain à l'heure des machines à penser*, 1998.

Les métiers relationnels, définis comme une activité transdisciplinaire d'aide ou d'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité, subissent de profondes mutations politiques et organisationnelles, tout autant qu'identitaires et de sens, dans les milieux sociosanitaires et de l'éducation. Cette reconfiguration structurelle et symbolique de l'aide à autrui impulse à la fois de nouvelles conduites dans leur pratique et des épreuves inédites du travail.

Même si plusieurs recherches ont souligné le rôle de premier plan que jouent ces métiers dans la régulation et le rétablissement des subjectivités, peu ont examiné les logiques du métier. Aussi une attention particulière est-elle accordée dans cet ouvrage à la question du sens qu'ils prêtent eux-mêmes à leur activité, dans le contexte contemporain où le travail ne peut plus faire fi de la subjectivité de ses acteurs. De ce point de vue, la grammaire pratique et discursive des métiers relationnels met en relief l'émergence et la cristallisation de nouvelles « règles sociales » du travail avec autrui.

Marie-Chantal Doucet est chercheure régulière au CRIEVAT et professeure à l'Université du Québec à Montréal. L'analyse de la connaissance et de l'activité des métiers relationnels, les aspects sociaux de la santé mentale et la sociologie de l'individualité contemporaine, sont les grands axes de la recherche et de l'enseignement auxquels elle contribue.

Simon Viviers est professeur en sciences de l'orientation à l'Université Laval et chercheur permanent du Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail (CRIEVAT). Ses recherches et ses enseignements portent sur les enjeux psychiques et sociaux du travail dans le monde contemporain et sur les pratiques de recherche et d'accompagnement en groupe et en collectif. Il s'est notamment intéressé à la santé mentale des personnels scolaires en lien avec l'organisation de leur travail et les possibilités de développement de leur métier. Il est coauteur des ouvrages *L'école en souffrance : psychodynamique du travail en milieu scolaire* (2011) et *Prévenir les problèmes de santé mentale au travail - Contributions d'une recherche-action en milieu scolaire* (2014) publiés aux PUL dans la collection du CRIEVAT *Trajectoires professionnelles et marché du travail contemporain*.

Collection



Sociologie contemporaine
Dirigée par Daniel Mercure

Illustration de couverture : Shutterstock

