

ment méthodologique. En étude d'opinion, on a largement renoncé à la pseudo-neutralité du chercheur qui devrait absolument se garder de perturber le cours et le produit du raisonnement de la personne étudiée. On se rapproche d'une posture expérimentatrice.

Nous concluons cette évocation de la psychologisation de la science politique par quelques remarques relatives à la psychologie politique. Elle partage (emprunte) suffisamment d'éléments conceptuels, problématiques et méthodologiques avec la psychologie sociale cognitive (que l'on peut également appeler cognition sociale) pour qu'il soit aujourd'hui difficile de les distinguer (DOISE et STAERKLÉ, 2002). "L'ère de la cognition" (LEYENS et BEAUVOIS 1997) qui renouvelle la psychologie sociale procède elle-même d'emprunts lourds à la psychologie cognitive.

Il est aujourd'hui délicat de différencier psychologie sociale cognitive et psychologie cognitive. Cette dernière se démarque probablement par un intérêt plus soutenu pour la dimension organique, biologique, neuronale, des fonctions cognitives fondamentales : perception, attention, mémoire, ainsi que par un souci plus poussé de la modélisation. Il nous semble toutefois que les convergences l'emportent. Cette psychologie cognitive s'intègre de plus en plus aux neurosciences. D'aucuns parlent même de "l'absorption graduelle de la psychologie dans les neurosciences" (ANDLER 2004). Matérialiste, la psychologie cognitive accepte de se plier aux contraintes de la plausibilité neuronale en même temps qu'elle alimente et oriente les questionne-

ments des neurosciences. Comme nous l'avons déjà indiqué, psychologie cognitive et neurosciences sont de plus en plus disposées à faire jouer les arguments évolutionnistes et néo-darwiniens. La psychologie politique s'installe progressivement dans le paysage intellectuel français et se connecte à une perspective naturaliste. Après avoir intégré la dimension fonctionnelle des approches cognitives, elle assimile aujourd'hui de plus en plus leur dimension matérielle, bio-physiologique.

L'articulation grandissante entre science politique et psychologies est un progrès épistémologique au sein des sciences sociales et humaines. Elle enrichit l'anthropologie qui s'y déploie et procure ainsi des modèles explicatifs des comportements et attitudes plus réalistes. Elle ouvre de meilleures perspectives de recherche pour travailler l'énigme robuste de la superposition d'un état social individuel et d'un état individuel socialisé. Le mouvement de croisement des disciplines doit se poursuivre pour toutes ces raisons. L'étape nécessaire suivante sera probablement longue à parcourir : celle de la prise en compte dans l'explication de ses comportements des dimensions naturelles de l'homme éclairées par les psychologies cognitives et évolutionnistes.

Jean Louis MARIE,
Professeur de science politique, Lyon

La sociologie à l'épreuve de la clinique. Tribulations d'un chercheur sociologue en milieu psy

Bertrand RAVON



À l'invitation de *Canal Psy*, je me propose de revenir sur les rencontres que j'ai pu faire, dans le cadre de mon activité de chercheur en sociologie, avec des acteurs *psys*, essentiellement des psychologues cliniciens et des psychiatres intervenant dans le champ large de l'aide aux personnes en difficulté sociale (domaines de l'aide socio-éducative et de la santé mentale). Je distinguerai trois articulations possibles entre les savoirs sociologiques et psychologiques à partir de la part clinique que peut prendre l'enquête sociologique en milieu *psy* : la première et la plus classique, qu'on peut nommer *sociologie clinique*, consiste à équiper le regard sociologique d'une attention complémentaire issue de la psychologie clinique ; la seconde que je définis comme une *sociologie de la clinique* consiste à prendre pour objet même les activités cliniques, en l'occurrence les interventions de psychologues cliniciens dans le champ du travail social et de la santé mentale ; une troisième voie, encore expérimentale, consiste à doter la pratique de recherche sociologique, du

moins lorsque celle-ci se risque à intervenir au plus près des acteurs en difficulté, d'une approche analytique de type clinique. Davantage centrée sur l'activité que sur les personnes, cette approche pourrait être nommée *clinique sociologique*.

Sociologie clinique

Mes recherches sociologiques portent sur les activités qui consistent à identifier et à traiter les problèmes publics tels que l'« échec scolaire » ou l'« exclusion sociale ». Ce faisant, je m'intéresse à tous les acteurs qui ont le « souci du social », qu'ils soient professionnels ou bénévoles, intervenants ou usagers, experts ou profanes, intellectuels ou praticiens (RAVON B., 2008).

C'est dans ce contexte de recherche que les rencontres avec des cliniciens *psys* m'ont obligé à préciser les rapports que la sociologie entretient avec la psychologie, bien au-delà des partitions entre structures sociales et struc-

tures psychiques, entre société et individus. En effet, la psychologie n'a pas pour objet exclusif l'individu et sa psyché, ne serait-ce que par ce que « le regard psychologique est d'abord interpellé par le désordre relationnel entre les personnes » (GUILLAUMIN, J., 1979, p.223). De même, la sociologie n'a pas vocation à ne penser que le « social » : l'individu tend au contraire à devenir son objet par excellence. Ainsi, la diversification des styles de vie, l'extension de la réflexivité ou le culte de l'authenticité désignent des processus socio-historiques d'individuation qui permettent de comprendre l'avènement d'un individu singulier, de plus en plus contraint à être « soi » et à être responsable de ce qui lui arrive.

Le projet d'articuler structures sociales et structures psychiques est déjà ancien chez les sociologues, notamment à partir de la tradition ouverte par Norbert ELIAS qui consiste à renvoyer les mécanismes psychiques (comme ceux d'*autocontrôle psychique* ou d'*autorégulation des affects*) à une dynamique de civilisation historiquement située, notamment au moment de la formation des États modernes. Plus récemment, on trouve différentes esquisses d'articulation des deux disciplines, comme celle de « sociologie à l'échelle individuelle » que Bernard LAHIRE développe sous le nom de « sociologie psychologique » : « il s'agit de montrer que les réalités individuelles sont socialement produites, et ce, jusqu'en leurs plis les plus singuliers. » (LAHIRE B., 2005, p.155). Le principal problème que soulèvent de telles perspectives sociologiques est qu'elles se placent en position de surplomb et de fait phagocytent le regard proprement psychologique. Dès lors, aucune rencontre avec les *psys* n'est possible.

À la recherche d'une articulation entre la compréhension de la singularité des individus et l'objectivation des structures sociales dans une ouverture beaucoup plus symétrique à l'autre discipline, la « sociologie clinique » a émergé dans les années 1980. Celle-ci « se veut à l'écoute du sujet, proche du réel dans ses dimensions affectives et existentielles, attentive aux enjeux inconscients individuels et collectifs » ; elle « cherche à démêler les nœuds complexes entre les déterminismes sociaux et les déterminismes psychiques dans les conduites des individus ou des groupes ». [Argument de la collection « Sociologie clinique » dirigée par Vincent DE GAULEJAC aux éditions Desclée de Brouwer, aujourd'hui chez Erès].

L'épithète *clinique* renvoie à une analyse centrée sur des cas individuels. Rappelons qu'étymologiquement, la clinique décrit l'art de l'observation médicale *au pied du lit du malade*. Se déplaçant au chevet du patient, le clinicien écoute les plaintes de la personne en situation et scrute ses comportements comme autant de signes qui, traduits en symptômes, vont lui permettre de faire entrer le cas singulier dans une collection d'observations déjà faites. En sciences humaines, la clinique s'occupe « plus particulièrement des cas qui font problème et pour lesquels il faut trouver des solutions. (...) Et s'il ne s'agit pas de guérir ou de soigner, la préoccupation est bien celle de changer, de prévenir ou d'améliorer une certaine situation, de trouver des réponses à des problèmes. » (SÉVIGNY, 1993, p.13). Ce faisant, « la recherche est également un support de formation, de développement personnel et de travail sur soi. » (DE GAULEJAC, 1999, p. 12). Cette sociologie clinique est très appréciée dans certains milieux *psy*, notamment chez ceux pour qui l'activité psychique n'est jamais que le produit des multiples confrontations et transactions avec l'environnement social. Elle reste cependant insatisfaisante, en premier lieu du fait de sa prétention thérapeutique et/ou curative qui a pour effet de « cliver l'espace observé à partir

des catégories du normal et du pathologique », alors même qu'elle devrait davantage travailler dans une perspective de « maïeutique sociale », plus attentive aux qualités propres des savoirs échangés de part et d'autre (HERREROS, 2009). Malgré l'importance que je confère à la sociologie clinique, je n'arrive pas à me reconnaître dans une telle démarche. Je ne suis ni thérapeute, ni tourné vers les problèmes psychologiques des individus. Je n'arrive pas entrer dans le cercle, d'autant plus qu'il se révèle dogmatique. Ce qui m'intéresse c'est l'activité, plus particulièrement lorsqu'elle est défailante.

La sociologie de la clinique

Une partie de mes recherches est ainsi consacrée à l'analyse sociologique de dispositifs d'intervention psychologique innovants mis en place au front de l'action sociale ces dernières années, le plus souvent à l'intersection du champ du travail social et de la santé mentale (RAVON B., 2005). Ces dispositifs d'accompagnement personnalisé, d'écoute et de soutien à des personnes en grande difficulté sociale ont cette caractéristique de se saisir des problèmes sociaux à partir de leurs conséquences psychiques (fragilisation narcissique, dépréciation de soi, voire effondrement psychique). Ces dispositifs de traitement clinique des problèmes sociaux sont intéressants à analyser sociologiquement parce qu'ils problématisent le social d'une nouvelle manière, par leur attention portée à la « souffrance sociale », laquelle désigne à la fois la fragilité du social (question de la structure sociale en crise) et les expériences sociales négatives qui en découlent (question des épreuves individuelles de la vie sociale). Autrement dit, ils donnent à voir au sociologue le travail de composition du social opéré par les intervenants *psys* (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux « cliniciens », infirmiers psychiatriques) au chevet de la société des individus, dans des situations de travail social qui traitent précisément de ses impasses concrètes.

Ces dispositifs construisent une clinique de la souffrance sociale, au sens d'une souffrance psychique incapacitante d'origine sociale et généralement non-pathologique. Nommée « clinique de la casse » (FURTOS et LAVAL, 1997), « clinique de l'infortune » (HERMANT, 2004) ou « clinique psychosociale » (FURTOS, 2000), elle se fonde principalement sur l'observation de troubles relationnels liés soit à la précarité des conditions objectives d'existence sociale (précarisation des populations, conditions de travail dégradées, logement indigne voir vie à la rue, situation intenable des demandeurs d'asile, etc.), soit à des « sorties du social » (rupture de liens conséquente au chômage, au divorce, au décès d'un proche...), soit à des « défaillances de l'environnement » (violence ou carence familiale, stress professionnel, ségrégation urbaine et scolaire).

Parallèlement, l'observation clinique du social prend comme objet de son analyse les échecs de l'intervention sociale, lorsque les intervenants sont confrontés aux conséquences négatives d'une prise en charge « ratée » ou au sentiment d'incapacité des usagers à répondre aux injonctions d'autonomie que prescrivent la quasi-totalité des procédures actuelles.

Une telle perspective clinique va à l'encontre du regard psychopathologique habituel : ici, la souffrance ne désigne pas tant un tableau clinique individuel qu'un contexte de détérioration du social. Elle renvoie à un « mal-être » lié à des parcours sociaux accidentés davantage qu'à des insuffisances, des handicaps ou des inadaptations initiales qui expliqueraient une fois pour toutes le destin problé-

matique de la vie sociale. Elle rend compte d'expériences sociales négatives exprimées de manière subjective puis imputées à des causalités sociales.

Cette clinique est nouvelle, au moins par l'agencement particulier qu'elle propose de construire entre le psychique et le social. Celui-ci ne repose pas sur l'articulation classique entre une normativité sociale et un ordre intrapsychique, articulation correspondant à l'opposition classique entre sociologie (du social) et psychologie (de l'individu). Le social devient au contraire l'objet du regard psychologique (ce que signalent les termes de « clinique de l'infortune », « clinique de la casse », « clinique de l'altérité », « clinique du lien »), alors même que c'est l'individu qui se met à constituer le corps du regard sociologique (cf. supra §1). Sous cet angle, et à partir de son analyse de l'imputation de la responsabilité d'infériorité à l'individu lui-même, de l'identification des problèmes en situation, ou du cadre de description négative du social relatif à une symptomatologie de la désocialisation, le sociologue se doit de reconnaître la dimension clinique des indicateurs de cette souffrance sociale. Jusqu'à intégrer le geste clinique aux pratiques d'intervention *palliatives* (SOULET, 2009), lorsque la visée du maintien de la situation l'emporte sur celle de sa transformation.

Ce que montre également cette enquête, c'est que le sociologue ne peut plus s'appuyer sur la dénonciation sociologique de la « psychologisation des problèmes sociaux », du moins telle qu'elle s'est constituée dans la foulée des critiques adressées depuis les années 1970 aux psychologues, lesquels sont alors considérés comme les agents de l'extension sans précédent d'une « culture de la subjectivité », ou comme les promoteurs « d'une attention exclusive à soi » au « détrimement des investissements sociaux et politiques » (CASTEL, 1981). Les cliniciens « de la casse » ne sont ni des chantres de l'épanouissement personnel ni des *coachs* marchands de bien-être. Orientés comme tous les intervenants par les normes d'autonomie qui président à de nombreux dispositifs de l'action sociale, ils ne sont pour

autant pas tant tournés vers l'individu et sa subjectivité que vers l'identification d'attaches et d'entourage par lesquels les personnes qu'ils accompagnent pourraient de nouveau tisser leur vie. Dit autrement, les réponses de ces cliniciens sont sociologiques !

Parce qu'elle s'attache à décrire et à comprendre plutôt qu'à dénoncer et expliquer les nouvelles pratiques *psy*, la sociologie de la clinique invite à une recomposition des relations entre cliniciens et sociologues à partir d'un renouvellement du regard des uns et des autres sur leurs pratiques d'enquête respectives.

Clinique sociologique

L'une des conséquences pratiques de ce dialogue m'a invité à me coltiner au regard clinique. Dans le cadre d'une étude sur l'« usure professionnelle » des travailleurs sociaux, je m'intéressais à l'extension des dispositifs dits « d'analyse de la pratique ». J'avais commencé par reprendre des éléments d'histoire de ces dispositifs et par analyser la structure de telles demandes de soutien à la professionnalité (RAVON B., 2009). Je souhaitais par la suite observer directement ces dispositifs, mais je me suis assez vite rendu compte que c'était compliqué : pas seulement pour les habituelles méfiances des professionnels à l'égard d'observateurs non issus du sérail, mais surtout du fait de la structure même du travail d'analyse. Généralement conduits pas des psychologues cliniciens, les « supervisions » ou les « groupes d'analyse de la pratique » reposent sur une règle de forte confidentialité et sur un travail d'interprétation de l'activité des travailleurs sociaux basé traditionnellement sur l'analyse du transfert et du contre-transfert. Ces propriétés rendent l'observation non participante impensable. Je me suis donc décidé, un peu à la manière d'un ethnologue qui se met à pratiquer l'activité qu'il souhaite observer, à animer ce type de dispositifs. Parfois, j'ai été invité à expérimenter cette pratique par des confrères *psys*, à la fois confiants et intrigués.

CASTEL (Robert), 1981, *La gestion des risques De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Minit, Paris, 1984.

CLOT (Yves), 2008, *Travail et pouvoir d'agir*, PUF, Paris.

DE GAULEJAC (Vincent), 1999, *L'histoire en héritage*, Desclée de Brouwer.

ELIAS (Norbert), 1939, *La société des individus*, traduction française 1991, Fayard.

FUSTIER (Paul), 1999, *Le travail d'équipe en institution Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, Dunod, Paris.

FURTOS (Jean), 2000, « Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy) », *Pratiques en santé mentale*, n°1, 2000, pp.23-32.

FURTOS (Jean), LAVAL (Christian) et al. (eds), 1997, *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*, actes du colloque de Lyon-Bron, ORSPERE/école Rockefeller.

GUILLAUMIN (Jean), 1979, « Pour une méthodologie générale des recherches sur les crises », in KAËS et al., rééd. 1997, *Crise, rupture et dépassement*, Dunod, Paris.

HERMANT (Emilie), 2004, *Clinique de l'infortune La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale*, Les empêcheurs de penser en rond.

HERREROS (Gilles), 2009, *Pour une sociologie d'intervention*, Erès, Toulouse.

LAHIRE (Bernard), 2005, « Sociologie, Psychologie et sociologie psychologique », *Hermès*, n°42, pp.151-157.

RAVON (Bertrand), 2005, « Vers une clinique du lien défait ? », in ION (Jacques) et al., *Travail social et « souffrance psychique »*, Dunod, Paris, pp.3-36.

- 2008, « Souci du social et action publique sur mesure. L'expérience publique, singulière et critique des problèmes sociaux », *SociologieS*, Revue internationale de l'AISLF, Théories et recherches, mis en ligne le 30 octobre 2008. URL : <http://sociologies.revues.org/document2713.html>

- 2009, « L'extension de l'analyse de la pratique au risque de la professionnalité », *Empan*, n°75/décembre 2009 *Quelles théories pour quelles pratiques en travail social ?*, pp.116-121.

- 2009, « Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales* n°152, *Les dynamiques du travail social*, mars-avril 2009, pp.60-68.

- 2010, « Travail social, souci de l'action publique et épreuves de professionnalité », in FELIX C., TARDIF J., éd., *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*, <http://revel.unice.fr>, 12 p.

- 2012, « Comment (re)faire parler le métier Travail d'équipe et clinique sociologique », *Nouvelle Revue de psychosociologie*, n°14 « Faire équipe », à paraître.

SEVIGNY, (Robert), 1993, « L'approche clinique dans les sciences humaines », in ENRIQUEZ (Eugène) et al. (dir.), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Editions Saint Martin, Montréal, pp.13-28.

SOULET, (Marc-Henry), 2009, « La reconnaissance du travail social palliatif », *Dépendances*, pp.14-18.

Je me suis pris au jeu. Chemin faisant, j'ai « bricolé » une méthodologie que je nomme provisoirement « clinique sociologique » (RAVON B., 2012). En référence au cadre assez structuré des groupes classiques d'analyse de la pratique professionnelle, j'invite les participants à présenter des situations qui les affectent, puis à multiplier les différents points de vue sur la situation travaillée. C'est en cela que j'adopte la dénomination de clinique : le travail collectif est mené à partir de situations problématiques, n'allant pas de soi et dont la charge émotionnelle est trop lourde à porter ; il permet de construire petit à petit, par capillarité affective des expériences professionnelles¹, un savoir partagé, invariant. Le cadre théorique que j'utilise reste néanmoins sociologique, centré sur les épreuves de professionnalité que traversent les travailleurs sociaux débordés par certaines situations qu'ils rencontrent. Une épreuve de professionnalité est un chemin d'expérience qui va des atteintes à l'exercice du métier (atteintes qui le rendent impraticable) aux issues possibles, que celles-ci soient négatives (perte du sens du métier : épuisement, désengagement, indifférence) ou positives, lorsque le professionnel arrive de nouveau à faire « parler le métier » (RAVON B., 2010). En ce sens, l'enjeu des groupes d'analyse de la pratique est d'amener le collectif à redéployer son pouvoir d'agir. Il s'agit d'explorer les malentendus par un suivi des controverses, avec l'objectif de rechercher *a minima* l'accord sur les désaccords entre les professionnels rassemblés par le dispositif. Sur ce plan, je m'inspire fortement de la clinique de l'activité développée en psychologie du travail, notamment par Yves CLOT (2008). En effet, ce ne sont pas les professionnels, en tant qu'ils sont fatigués de faire face à des contraintes contradictoires et donc à des missions intenables, qui sont à soigner. C'est le travail qu'il faut soigner, malade d'une

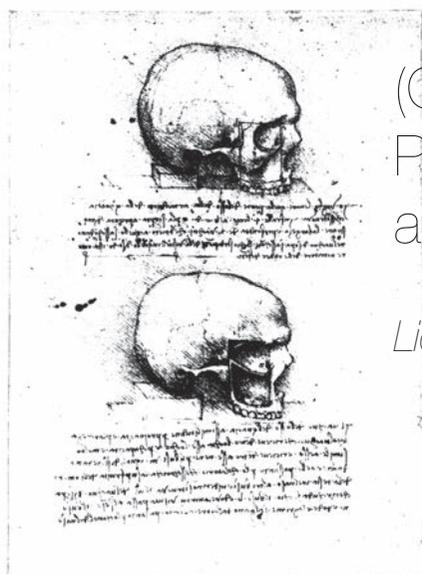
organisation qui privilégie les protocoles, les procédures et autres prescriptions standardisées au détriment des tâches primaires et concrètes de l'institution. La critique sociologique (re)trouve ici une place non seulement légitime, mais aussi efficiente.

Cet article explore trois statuts possibles de la clinique en sociologie : la clinique comme perspective (sociologie clinique), la clinique comme objet (sociologie de la clinique), la clinique comme méthode (clinique sociologique). Ces trois registres dessinent des interférences entre sociologie et psychologie à même de nourrir une démarche complémentariste plutôt qu'interdisciplinaire. La question n'est pas tant de savoir quel est le regard que peut porter la sociologie sur la psychologie (et inversement), mais quels rapports les sociologues peuvent entretenir sur les terrains de leurs recherches avec les psychologues (et inversement) ? Vu de mon rivage disciplinaire, le clivage ne se joue donc pas entre sociologues et psychologues, mais entre les sociologues qui travaillent avec les psychologues et ceux qui travaillent sans eux (voir contre eux). Cette question de l'avec est centrale. L'enjeu n'est ni de remettre en cause la discipline de l'autre, ni de s'engager dans une synthèse des deux disciplines. Mais d'accepter, dans la démarche complémentariste, de ne jamais clore la chaîne de traduction d'une discipline à l'autre ; en bref, de renoncer à avoir le dernier mot. C'est à ce prix que les échanges pourront rester ouverts.

Bertrand RAVON
Sociologue,

Professeur à l'Université Lyon 2.

¹ Paul FUSTIER (1999) parle par exemple de « communication des affects ».



(Qui) faut-il croire ?

Psychologie cognitive et anthropologie culturelle
au prisme des débats sur la religion

Lionel OBADIA

Une « révolution cognitive » en marche ?

Depuis quelques années, une vague de fond – ou qui s'affirme comme telle – touche l'ensemble des sciences sociales. Sous la catégorie de « sciences cognitives », c'est tout un ensemble de nouvelles orientations théoriques portant sur « l'esprit humain » qui a accosté des disciplines qui n'étaient préalablement que plus ou moins intéressées à adosser leurs objets - les sociétés, les cultures, les comportements, voire les croyances - à une théorie de nature psychologique. Nombre d'intellectuels se sont, pour des raisons qui ne tiennent pas nécessairement à des raisons strictement scientifiques, ralliés à ce mouvement de fond qui suscite la polémique, non pas en vertu de la nature des débats qu'il ouvre, mais à cause de la teneur même de ces débats. La vague cognitiviste entend en effet réformer la totalité des sciences sociales, quitte, au passage, à opérer quelques coupes franches et à clôturer quelques autres programmes