

LA SOCIOLOGIE CLINIQUE : EMERGENCE D'UNE DISCIPLINE INDISCIPLINEE

Marcel Bolle De Bal
Université Libre de Bruxelles

Envisager le lien qui unit « *des métiers* » et « *la discipline* » soulève, me semble-t-il, au moins trois questions.

- 1) Il nous faut analyser les conséquences des nouvelles pratiques professionnelles sur la sociologie en tant que discipline scientifique... mais ne pourrions-nous tout aussi valablement évoquer le processus inverse, à savoir l'influence de la discipline (ou de ses lacunes) sur le métier ? Certains, tels par exemple que M. Jeannet (1993, 138 et suivantes), ont été amenés à élaborer de nouvelles pratiques professionnelles par suite des déficiences de la théorie pour rendre compte des réalités concrètes. La causalité, en l'occurrence, n'est-elle pas plus circulaire que linéaire, plus réciproque qu'univoque ?
- 2) De quels métiers, de quels savoir-faire s'agit-il ? Sans doute ceux des sociologues dits « extra-universitaires » puisque le colloque de Liège leur a été plus particulièrement consacré, mais pas seulement eux : il est des enseignants et des chercheurs dits « universitaires » (au sens de « *ceux qui travaillent au sein de l'université* » et non pas ceux qui ont obtenu un diplôme universitaire...) qui exercent à l'extérieur des activités de formateur, de consultant et/ou d'inter-venant. La distinction entre sociologues « universitaires » et « extra-universitaires », qui semble prendre tout son sens dans le cadre de la réalité française, est bien moins pertinente pour rendre compte de la situation d'autres pays, tels l'Allemagne, la Belgique et la Pologne, ainsi que l'ont souligné J. Spurk, J.E. Charlier et W. Pankow¹.
- 3) De quelle « discipline » s'agit-il ? De la discipline « scientifi-que », certes, mais derrière elle et à travers elle, peut-être aussi de la discipline personnelle, intellectuelle, sociale et professionnelle...

LA SOCIOLOGIE CLINIQUE : UNE DISCIPLINE EMERGENTE

Puisque de discipline scientifique il s'agit essentiellement, nous nous devons de noter que, sous l'influence de la multiplication des « métiers » de sociologue, une nouvelle discipline est en train de se créer une place au soleil scientifique : la sociologie clinique.

Témoignage de cette émergence, les créations de groupes de travail, puis de comités de recherche au sein de l'Association Internationale de Sociologie depuis 1982 et au sein de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française depuis 1988, ainsi que l'organisation d'au moins une dizaine de réunions scientifiques s'efforçant de donner un contenu et d'étudier les problématiques spécifiques à cette discipline naissante : Mexico (1982), New-Delhi (1986), Genève (1988), Montréal (1990), Madrid (1990), Los Angeles (1991), Paris (1992), Lyon (1992), Montréal (1993), Bielefeld (1994).

La sociologie clinique, toutefois, n'a pas attendu le temps présent pour sortir de l'ombre. Elle peut se targuer, en fait, d'une histoire déjà ancienne, dans le fond sinon dans la forme (sous cet intitulé). A cet égard, on peut en retrouver une double trace : d'abord dans le fond mais pas dans la forme ; ensuite dans la forme et dans le fond.

1) Dans le fond (le contenu) mais point dans la forme (le nom).

Aux yeux d'aucuns², la sociologie clinique serait déjà présente, du moins dans certains de ses éléments, dans les travaux de Tarde (la psychologie sociale), de Durkheim (les liens entre psychisme individuel et psychisme collectif), de Mauss (les phénomènes sociaux totaux), du Collège de Sociologie (Bataille, Caillois et Leiris s'attachant à la description de l'effervescence sociale, des mythes, du sacré, des sociétés comme des êtres vivants, s'efforçant d'articuler le psychologique et le social), de Weber et Simmel (la sociologie compréhensive et la recherche du sens de l'existence), de Trotsky (l'inter-vention dans le social), de Le Bon (la psychologie des foules) et de Freud (la psychologie de masse et l'analyse du moi).

¹ Voir la première partie de cet ouvrage consacrée au développement de sociologies extra-universitaires en Europe.

² En particulier Enriquez E. (1993), « L'approche clinique : genèse et développement en France et en Europe de l'Ouest », in de Gaulejac V. et Roy S., *Sociologies cliniques*, Editions Hommes et Perspectives, Marseille, page 19 et suivantes.

2) Dans le fond et dans la forme.

Le terme de « sociologie clinique » est lui-même relativement ancien : contrairement à ce que certains pourraient croire, il ne constitue pas une innovation récente, même s'il a éprouvé bien de la peine pour s'imposer.

En fait, c'est au début des années trente que, d'après les sources disponibles¹, il apparaît pour la première fois et ce, aux Etats-Unis. En 1930, M. Winternitz élabore un projet de création d'un département de sociologie clinique à l'Université de Yale, tandis qu'en 1931 L. Wirtz publie un texte sur la sociologie clinique dans l'*American Journal of Sociology*.

Plus près de nous – chronologiquement, structurellement et senti-mentalement –, nous noterons qu'en 1952 déjà, le belge R. Clemens, parrain de la sociologie à l'Université de Liège, intitule un article publié dans les *Cahiers Internationaux de Sociologie* (« *Sociologie et applications cliniques de la sociologie* »). Il y définit la nouvelle mission du sociologue en tant que « *médecin de la vie sociale* » capable de relier le domaine clinique à celui du social.

De l'autre côté de l'Atlantique, le québécois F. Dumont, un des actuels présidents d'honneur de l'AISLF, rend compte en 1960 des résultats d'une recherche sociographique inspirée par les méthodes ethnographiques en présentant cette recherche comme une analyse de type clinique.

La sociologie clinique obtient une reconnaissance officielle – bien qu'éphémère – lorsque lui sont consacrées deux rubriques rédigées par les époux Van Bokstaele dans l'*Année Sociologique*, en 1963 et 1968.

Ce n'est toutefois que depuis une dizaine d'années qu'un réel mouvement international tend à faire reconnaître la sociologie clinique comme une discipline à part entière. Mais à bien des égards cette discipline naissance paraît bien « indisciplinée ».

LA SOCIOLOGIE CLINIQUE : UNE DISCIPLINE INDISCIPLINEE.

Indisciplinée elle se révèle, non seulement du fait de sa jeunesse, mais parce qu'elle s'affirme rebelle aux charmes discrets et disciplinés de la sociologie académique. Parce qu'elle est menacée dans son existence même par la douce anarchie qui règne en ses rangs. Parce que les colloques dits de sociologie clinique ne sont pas limités à une seule discipline, vu que le travail sur des réalités sociales concrètes implique à la fois des institutions et des hommes, des structures et des personnes, du social et du psychique, bref, une approche pluri-, inter- ou transdisciplinaire, mêlant du juridique, de l'économique, du psychologique et du sociologique. Parce que ces mêmes colloques semblent attirer plus aisément les psychologues que les sociologues (ceux-ci peut-être effrayés par le terme « clinique » ?). Parce que, dès lors, les participants sont enclins à ramener le sociologique aux « facteurs sociaux », aux aspects sociaux des expériences vécues par les individus.

Dans ces conditions, il me paraît urgent et nécessaire de mettre un peu d'ordre, de réelle « discipline » dans ce nouveau champ du savoir sociologique : n'est-ce point là le rôle des sociologues que nous sommes ou souhaitons être, et en particulier de notre rôle en tant qu'AISLF ? C'est dans une telle perspective que je vais développer quelques réflexions personnelles suggérées par l'expérience du colloque de Montréal (30 septembre au 2 octobre 1993) ainsi que par la lecture de deux ouvrages collectifs reprenant l'essentiel des communications aux colloques de Montréal en 1990 (voir Enriquez E., Houle G., Rheume J., Sevigny R., 1993) et Paris (voir Gaulejac V. de, Roy S., 1993).

LA SOCIOLOGIE CLINIQUE : ESSAI DE DEFINITION

Au départ, j'avoue avoir éprouvé de vives réticences à l'encontre de l'expression « sociologie clinique ». Le qualificatif « clinique » évoquait irrésistiblement, pour moi, l'image de l'hôpital, du médecin social, du psychothérapeute, voire du sociâtre : or, quoi qu'il ait pu écrire à ce propos R. Clemens, une telle image ne peut manquer de susciter l'ire des sociologues sensibilisés aux contradictions sociales, aux conflits de valeurs et d'intérêt, aux enjeux de pouvoir qui rendent toute « médecine sociale » suspecte a priori.

Toutefois, il nous faut nous rendre à l'évidence : la « sociologie clinique » a depuis quelques années réussi une percée considérable, elle recueille l'adhésion d'un nombre croissant de praticiens du social, elle s'est dotée d'une organisation scientifico-socio-professionnelle de nature à construire son développement sur des bases institutionnelles stables. Dès lors, il importe d'examiner ce que recouvre ou peut recouvrir une expression porteuse de tant d'espoirs et de craintes.

L'étymologie nous fournit immédiatement quelques indications précieuses. Le qualificatif « clinique » trouve en effet sa source dans divers termes grecs : *klinein*, incliner, coucher ; *klinè*, lit, grabat ; *klinikos*, médecin qui visite les malades alités ; *klinikè*, soins du médecin à un malade alité.

Dans le domaine médical, un *diagnostic clinique* est, selon les dictionnaires Larousse et Robert, un diagnostic qui « *se fait au chevet du malade, d'après un examen direct du malade* ». En cela, il s'oppose au diagnostic biomédical à partir d'examens de laboratoire.

¹ Voir à ce propos Fritz J.M., « La sociologie clinique aux Etats-Unis », in *Sociologies cliniques*, op.cit., page 36 et suivantes.

La *psychologie clinique*, quant à elle, est – toujours selon le dictionnaire – cette « *branche de la psychologie qui se fixe comme but l'investigation en profondeur de la personnalité à l'aide d'entretiens non directifs, d'observation de la conduite* ». Pour Lagache, elle s'élabore pour l'essentiel à partir de l'étude approfondie de cas individuels. La psychologie clinique s'oppose, en quelque sorte, à cette autre branche de la psychologie qu'est la psychologie expérimentale.

De même, la *sociologie clinique* a comme ambition de se construire en se posant comme l'antithèse – à la fois antagoniste et complémentaire – de la sociologie positiviste, rationaliste, classique. Au terme de multiples lectures, elle me paraît se développer dans deux grandes orientations : sociographique et socioanalytique.

- 1) La sociologie clinique d'*orientation sociographique* se consacre à l'analyse et à l'interprétation des faits sociaux sans volonté d'intervention : elle entend dire à la société sa vérité, élucider ses contradictions et problématiques, soit au niveau macrosociologique (celui de la société globale), soit au niveau microsociologique (celui des groupes sociaux intermédiaires).
- 2) La sociologie clinique d'*orientation « socianalytique »* est, quant à elle, animée par un projet épistémologique et scientifique de transformation et de changement, d'intervention sur des systèmes sociaux limités, en des champs d'action précis, c'est-à-dire de taille microsociologique : il s'agit non plus de dire à ces systèmes leur vérité, mais de les aider à dire, construire, produire LEUR vérité. Notons qu'il est possible de se demander si l'exercice professionnel de la sociologie sur le terrain ne relève pas le plus souvent de l'orientation socianalytique que de l'orientation sociographique... Mais ceci mérite discussion.

Dès à présent, nous pouvons noter deux points communs aux orientations sociographique et socianalytique, dans leur dimension microsociologique : il s'agit d'une part d'un travail sur le singulier et le contingent, d'autre part d'un travail d'inspiration holistique.

La sociologie clinique, a-t-on pu écrire (Dumont F., 1993), se situe au confluent de deux sociologies légitimes : une sociologie des individus dans la ligne de Tarde, Mead, Schutz et Goffman, une sociologie des structures dans la ligne de Durkheim.

Contrairement à ce que d'aucuns, trompés par les apparences ou une approche superficielle, pourraient penser ou à ce qui est une conception courante aux Etats-Unis, la sociologie clinique ne peut être confondue avec ce qu'il est convenu d'appeler la sociologie appliquée. En effet, comme l'a bien noté F. Dumont, « *la plupart des utilisations de la sociologie ne vont pas de la connaissance pure en ses théories et méthodes à une traduction sous forme d'intervention. Les pouvoirs sont antérieurs à l'épistémologie lorsqu'il s'agit de politiques...* ». En d'autres termes, il importe de démystifier les utilisations de la sociologie, telles par exemple celles qui ont été faites des expériences d'E. Mayo à Hawthorne¹ : une des premières démarches de la sociologie clinique ne serait-elle pas de faire une *clinique de la sociologie* ?

LA SOCIOLOGIE CLINIQUE : METHODES ET « METIERS »

La sociologie clinique se caractérise-t-elle par des méthodes, des savoir-faire, des « métiers » spécifiques ?

Oui et non. D'une part, elle recourt bien évidemment aux méthodes classiques de la sociologie ; d'autre part, elle tend à développer certaines méthodes qui lui sont propres, source de « métiers » divers susceptibles de se structurer en une discipline originale. Ces méthodes divergent en fonction des orientations particulières de la sociologie clinique.

- 1) La sociologie clinique d'*orientation macro-sociographique*, plutôt académique et universitaire d'esprit, tend à se construire à partir d'une approche phénoménologique de la réalité sociale, d'un travail d'articulation interdisciplinaire de la psychologie et de la sociologie pour analyser la société globale. Peuvent être rangés dans une telle perspective les écrits de C. Castoriadis (1977), E. Enriquez (1983), E. Fromm (1959), C. Lasch (1980), M. Maffesoli (1988), H. Marcuse (1968), A. Mitscherlich (1969), S. Moscovici (1981), R. Sennett (1979)... même si certains parmi eux récuseraient peut-être un tel étiquetage.
- 2) La sociologie clinique d'*orientation micro-sociographique* procède, elle, à partir d'études de cas, d'histoires qualitatives, à base d'empathie. Alors que l'approche expérimentale se veut par essence « nomothétique », c'est-à-dire qu'elle s'efforce d'établir des lois générales à partir d'un grand nombre de sujets soumis à des procédures standardisées de récolte de données (Morval M., 1993), l'approche clinique, elle, est plutôt de type « *idéographique* », c'est-à-dire qu'elle s'intéresse au cas d'une personne, d'un groupe ou d'une entité sociale particulière, afin de la comprendre dans sa singularité, d'en déceler les problématiques existentielles. Ainsi seront par exemple reconstruits des « romans familiaux », par un travail de construction/déconstruction afin de mieux comprendre la complexité des rapports socio-affectifs (Gaulejac V. de, 1993).
- 3) La sociologie clinique d'*orientation socianalytique*, quant à elle, ne se contente pas d'étudier un cas, mais entend réaliser un travail sur le cas et avec les gens. Ceci suppose une approche pluri- ou inter-disciplinaire, en quelque sorte un effort de *reliance* méthodologique. A cette fin, il s'agit, pour le sociologue clinicien, de se déplacer, d'écouter plutôt que de regarder, bref de faire un effort de *reliance aux autres*. Sa stratégie vise à favoriser la lucidité, plutôt qu'à étudier un objet de connaissance : ceci revient à prendre conscience des phénomènes de

¹ Voir à ce propos Friedmann G. (1946), *Problèmes humains du machinisme industriel*, Gallimard, Paris.

transfert et de contre-transfert institutionnels, c'est-à-dire non seulement de la *reliance à soi* mais également de la *reliance bilatérale* entre le sociologue et son client. L'objectif clinique n'est pas limité à la définition d'un problème mais orienté vers la solution de ce problème. La perspective, ici, rejoint celle de la psychologie clinique : comme son collègue psychologue, le sociologue clinicien d'orientation socianalytique considère une totalité concrète, dévoile un sujet en quête de signification. La sociologie clinique, comme la psychologie clinique, ne se veut pas simple science sociale appliquée : c'est dès le départ de son action qu'elle se définit thérapeutique, non par application d'un savoir préexistant ; elle est par nature plus inductive que déductive.

UNE SOCIOLOGIE CLINIQUE : LE PROJET « SOCIANALYTIQUE »

C'est par opposition au courant de la sociologie clinique d'orientation « sociographique » que j'ai défini, dans le cadre de cette communication, un courant de sociologie clinique d'orientation « socianalytique ». Ce disant, je me réfère à la conception d'une *socianalyse évolutionnaire* aux ambitions scientifiques et cliniques, dont j'ai à maintes reprises défendu le projet (voir notamment Bolle de Bal M., 1986 et 1992). Une socianalyse dont le rapport à la sociologie théorique serait du même ordre que celui de la psychanalyse à la psychologie. Une socianalyse non réduite au seul courant d'inspiration révolutionnaire animé voici quelques années par nos collègues Lapassade et Lourau (1974). Ce disant aussi, j'élargis le sens et la pratique du terme inventé par les époux Van Bockstaele (1963). Cette socianalyse aux orientations multiples (socio-psychologique, socio-technique, socio-organisationnelle, socio-psychanalytique, socio-pédagogique, socio-historique, socio-clinique, socio-analytique)¹ est caractérisée en son essence, à mes yeux, par le fait qu'elle implique une action en faveur des *capacités relationnelles, institutionnelles et existentielles* des acteurs sociaux, c'est-à-dire de leur capacité à gérer les systèmes vivants dont ils font partie, ainsi que leur propre existence.

Dans cette perspective socianalytique, le projet de sociologie clinique me paraît pouvoir être caractérisé par six traits majeurs : cette sociologie se veut du dialogue, des acteurs, du complexe, de l'existen-tiel, du duel, de la reliance.

1) Une sociologie du dialogue.

A la recherche du sens, à base de relations et de communication, elle est caractérisée par une sorte de pacte éthico-cognitif, d'alliance de travail entre cliniciens et clients, dans la perspective d'une reliance et de mise en commun des savoirs.

2) Une sociologie des acteurs

... ou du moins élaborée avec les acteurs afin qu'elle devienne une « *sociologie des auteurs* » (Broda J., Roche P., 1993) à partir de quelques principes de base : la co-construction des savoirs, la volonté de faire des clients des sujets plus que des objets de recherche, l'idée de l'appropriation des savoirs (et des enjeux) par les sujets remplaçant celle de l'expropriation de ces savoirs par le sociologue, la priorité accordée aux faiseurs d'actes par rapport aux faiseurs de discours.

3) Une sociologie du terrain et du complexe.

Rencontrant les contradictions et les paradoxes inhérents à toute réalité humaine, a fortiori sociale, cette sociologie se doit de les intégrer dans ses modèles de recherche et d'action, et donc de rendre compte du complexe de la façon la plus claire, sinon la plus simple, possible.

4) Une sociologie de l'existentiel et du personnel.

Construite à partir du vécu et non contre lui, cette sociologie donne raison à ces remords tardifs exprimés voici peu par l'archétype du sociologue critique et académique qu'est P. Bourdieu : « *La socio-logie était un refuge contre le vécu... Il m'a fallu beaucoup de temps pour comprendre que le refus de l'existence était un piège... que la sociologie s'est constituée contre le singulier, le personnel, l'existen-tiel* ». En d'autres termes, nous pouvons étudier les phénomènes sociaux comme des choses... en tenant compte que l'appréhension subjective fait partie des « choses » à étudier.

5) Une sociologie du duel.

« Duel » étant entendu ici non pas dans son sens de compétition ou de combat, mais par référence à ce nombre intermédiaire entre le singulier et le pluriel, tel qu'il existe en de nombreuses langues étrangères (le sanscrit, le grec, le lithuanien, le slovène, l'arabe notamment). Ce nombre désigne ce qui va par deux et forme néanmoins un ensemble, deux qui constituent un tout, une entité en deux parties (les deux mains, le yin et la yang, la vie et la mort, etc...). Généralement il évoque une paire et un couple plutôt que deux, il suggère une complémentarité dialectique, un contraste dans la similitude. Sociologie duelle, la sociologie clinique d'orientation socianalytique tend à *relier* et non à séparer des réalités humaines antagonistes et complémentaires : le subjectif et l'objectif, le psychique et le social, l'observateur et l'observé, le concret et l'abstrait, la théorie et la pratique, la recherche et l'action, le travail et le plaisir².

¹ Pour plus de détails sur ces orientations, consulter mes articles cités en bibliographie.

² Pourquoi le sociologue célerait-il qu'il éprouve – ce que l'on peut lui souhaiter ! – du plaisir à exercer son métier, et que le sens de sa profession (ou sa « profession » de foi) pourrait être d'aider les autres à en avoir (du plaisir) ? Voir, dans la ligne de cette réflexion émise par E. Enriquez à Montréal en 1993, Bolle de Bal M. (1986), « La sociologie... et la personne ? Ou j'ai même rencontré un sociologue heureux », in *Bulletin de l'AISLF*, n°3, page 147.

6) Une sociologie de la reliance.

De façon synthétique, cette sociologie ne peut être que reliante, que viser à réaliser de multiples relies. Elle travaille sur les déliances, vise à éliminer certaines carences de reliance, à faire émerger de nouvelles relies : de *reliance à soi*, par un travail sur le transfert et le contre-transfert ; de *reliance aux autres*, en mettant en avant les idées de communauté, de conscience de groupe, de participation, de concertation, d'autogestion ; de *reliance au monde*, via la réappropriation par les sujets-acteurs sociaux de la production et de la gestion de leur système social, ainsi que de son devenir.

Bref, il s'agit de défaire les liens qui ligotent (déliance) et de (re)tisser des liens qui donnent et font sens (reliance).

LA SOCIOLOGIE CLINIQUE SOCIANALYTIQUE : PROBLEMATIQUE

Le développement d'une telle sociologie clinique soulève plusieurs problèmes que nous pouvons regrouper en trois grandes catégories : les problèmes philosophico-éthiques, les problèmes technico-scientifiques, les problèmes socio-professionnels.

1) Problèmes philosophico-éthiques

Ces problèmes concernent d'une part la demande, d'autre part l'offre.

1.1) Autour de la demande : problèmes idéologiques

Cette « demande » s'exprime le plus souvent à travers une « com-mande ». Celle-ci – cela constitue le savoir de base du sociologue clinicien – doit toujours être analysée, discutée, négociée. Il y a lieu, pour lui, d'abord de déceler la demande cachée derrière la demande explicite, le latent derrière le manifeste, ensuite de faire préciser de qui émane la demande réelle.

Le problème, à cet égard, réside dans le fait que la demande concrète est rarement bien formulée, voire parfois mal perçue. Pour les psychologues cliniciens, la demande serait toujours à la fois « *une demande de savoir et une demande d'amour* » (Cl. Revault d'Alla-nes). Qu'en est-il des sociologues ? Que pouvons-nous offrir en réponse à une telle demande ? Comment pouvons-nous la traiter ?

En général, la source de la demande réside dans un dysfonctionnement social, dans ce que les psychologues, en leur langage, appellent une « souffrance ». Si de souffrance il s'agit, est-ce celle de l'institution ou celle d'individus (corps/sujets) ? En tout cas, une telle définition de la demande renvoie encore une fois à l'idée de « clinique », de « santé », de guérison ou, en termes moraux, de « faire le bien ». Mais le sociologue, ici, se sent gêné aux entournures : la sociologie n'est pas la médecine (quoi qu'ait suggéré R. Clemens), la santé sociale ne peut être assimilée à la santé individuelle. Qui veut parler de « santé sociale » soulève de suite une marée de questions sans fin et sans réponses : la santé et le bien de qui ? De quel groupe ? De quelle catégorie socio-professionnelle ? De quelle classe sociale ? De « l'intérêt général » ? Mais qu'est-ce que l'intérêt général ? Etc. La différence sociologique fondamentale est constituée par l'existence, dans le champ social, d'irréductibles conflits d'intérêts et de valeurs entre groupes sociaux et classes sociales, qui n'ont guère leur équivalent dans le champ de la santé individuelle : celle-ci à quelques exceptions près, constitue une valeur universelle indiscutée, et non sujette à débats idéologiques. Le champ social, lui, est par essence celui d'où l'on ne peut évacuer – les sociologues en sont ou devraient en être les premiers conscients – les problèmes de valeurs, de choix idéologiques, d'engagements politiques (au sens large du terme). La demande sociale de clinique sociologique appelle une éthique et une déontologie de l'offre.

1.2) Autour de l'offre : problèmes déontologiques

En sociologie, cela est aujourd'hui de mieux en mieux reconnu, la neutralité et l'objectivité absolues sont impossibles à réaliser. Nous ne pouvons être neutres que dans la mesure où nous clarifions nos engagements. Nous ne pouvons atteindre une certaine objectivité que dans la mesure où nous explicitons et maîtrisons notre subjectivité.

Un tel effort de clarification est indispensable pour que le projet de la sociologie clinique d'orientation socianalytique ne sombre pas sous les coups des nombreux acteurs sociaux, sociologues académiques et/ou praticiens engagés, menacés dans leur statut actuel par un éventuel succès de ce nouvel exercice professionnel de la sociologie. A cet égard, ce projet tend à être défini par quelques-unes de ses finalités et de ses modalités, qu'il importe de préciser dans la perspective éthique et déontologique ci-dessus évoquée.

Plusieurs finalités, couramment citées, méritent d'être discutées, car elles peuvent faire problème pour le sociologue en quête de neutralité et d'objectivité.

« *Faire devenir ou permettre d'être acteur social* ». D'accord, mais chacun d'entre nous n'est-il pas acteur social ? Et puis, quel acteur social ? Le Crozérien, le Tourainien, le Goffmannien, le Sainsaulieusien ? Qu'est-ce qu'un « bon » acteur social ? Un stratège, un militant, un comédien ? Ne sommes-nous pas, en tant que sociologues cliniciens ivres de nos propres illusions, en train de remplacer le mythe du Bon Sauvage par le mythe du Bon Acteur... c'est-à-dire de l'acteur « normal », se comportant selon nos propres normes. Et n'est-ce pas à ce « Bon-Acteur-Normal » que nous voulons faire du bien, voire faire son bien, le « normaliser » ? Et si, par hasard, ce client ne souhaite pas devenir acteur, que faisons-nous ? Que décidons-nous d'en faire ? L'accuser de

« démotivation », l'abandonner à son sort ou prendre cette « démotivation » comme un message à entendre et à traiter ? Reconnaître l'ambivalence du statut d'acteur (lequel implique une prise de risques et de responsabilités) et remettre en cause certaines de nos finalités trop rapidement intériorisées ?

« *Lutter contre l'exclusion* » et donc « *inclure* », « *intégrer* »... Mais l'intégration, pour beaucoup de sociologues, est associée à l'idée d'aliénation, de soumission à un pouvoir dominant supposé surrépressif.

« *Donner du sens* ». Pour qui ? En termes plus académiques, nous fixons-nous comme objectif d'avoir – pour reprendre une distinction chère à J. Maisonneuve (1972) – une action de type *orthopédique* (animée par un souci d'adaptation et de « rectification », d'ajustement des individus et des groupes à des systèmes relativement stables), *démiurgique* (inspirée par la volonté de faire éclater les contradictions du système) ou *maïeutique* (conçue comme un moyen de faciliter le développement des systèmes par l'élucidation de leurs structures, relations et dynamiques internes) ? A chacun sa réponse, en fonction de ses options idéologiques...

Du côté des modalités de mise en oeuvre de ces diverses finalités, la déontologie du sociologue clinicien paraît avoir intérêt à s'inspirer de deux notions proches l'une de l'autre : celle de « *subjectivité disciplinée* » définie par Erikson, d'une « *implication contrôlée* » avancée par Maisonneuve. Elles se situent toutes deux à égale distance de deux autres attitudes techniquement possibles mais psychosociologiquement critiquables, la « *distanciation radicale* » sur le modèle psychanalytique (attitude défensive qui risque de rigidifier certains blocages) et « *l'immersion totale* » prônées par certains psychosociologues dits humanistes (pratique qui introduit des confusions rendant quasi-impossible toute analyse sérieuse). Sur le plan déontologique, un minimum de contrôle de son contre-transfert et de « discipline » de ses conduites est indispensable au sociologue clinicien qui souhaite exercer correctement son métier, répondre aux exigences et normes de sa profession, contribuer à l'élaboration de sa nouvelle « *discipline* » scientifique...

Cela est d'autant plus nécessaire que ce même sociologue clinicien navigue sans cesse entre deux écueils psychologiques : son désir mégalo-maniaque de toute-puissance, son fantasme d'impuissance. A cela, rien d'étonnant. Il travaille en effet dans des zones périlleuses. Toute parole, toute action du sociologue clinicien est en effet perçue comme menaçante : plus on est proche du vécu et du psychologique, plus on risque de dévoiler l'inconscient, les enjeux cachés du pouvoir. Plus on est proche du social, plus on risque de donner raison à M. Hauriou (1984) qui, voici un siècle, s'exprimait en ces termes : « *Entre toutes les sciences sociales, la sociologie est la plus dangereuse parce qu'elle étudie la société et qu'elle porte en elle les réformes sociales et des insurrections ou des attentats* » (sic).

2) Problèmes technico-scientifiques

Compte tenu de tout ce qui précède, une première question mérite d'être posée : la sociologie clinique est-elle un art ou une science ?

Pour certains, elle est un art, mis en valeur ou valable surtout par les compétences, habilités, capacités du sociologue clinicien, par la qualité de ses intuitions, par le rayonnement de sa personnalité.

Pour d'autres, il s'agit bien d'une science, mais d'une science qui s'élabore dans le cadre d'un *nouveau paradigme scientifique*. A l'encontre du modèle des sciences dites exactes et du paradigme de la science classique pour lequel il n'y a de science que du général et du reproductible, le nouveau paradigme émergent, celui de la science post-moderne pose comme postulat qu'il n'y aurait de science que du singulier. Une telle science se construirait essentiellement sur la base d'approches qualitatives, compréhensives, inductives, idéographiques mais à portée nomothétique. En ce sens, nous pouvons nous interroger : la sociologie clinique ne constitue-t-elle pas la discipline scientifique post-moderne visant notamment à développer le savoir sur les processus d'intervention sociologique, sur l'importance de l'équation personnelle du chercheur et de son action sur le système observé, travaillé ?

Dans la foulée, une deuxième question surgit : cette discipline à vocation scientifique, amenée à rencontrer d'autres disciplines scientifiques, va-t-elle gérer *ses reliances interdisciplinaires* ? En d'autres termes, comment articuler leurs savoirs et leurs approches ? Comment échapper à l'emprise des psychologues ? Comment relier les apports de méthodes cliniques et ceux des méthodes expérimentales, fondamentalistes, généralistes ? Comment, dans un souci d'éviter le manichéisme, rendre féconde l'aide mutuelle entre ces méthodes, comment les rendre plus complémentaires qu'antagonistes ? Comment réaliser ce travail de tissage de liens, de reliance scientifique, méthodologique, sociale et sociologique ?

D'autres problèmes technico-scientifiques mériteraient de plus amples développements. Ainsi, si l'on veut changer les choses, les gens ou les systèmes, comment définir le changement ? Comment en mesurer les effets ? Comment évaluer l'efficacité du travail du socio-logue clinicien ? Quels « effets » convient-il d'observer ? Les effets prévus ou les effets pervers ?

Ou encore, le problème du *temps*. Problème crucial, dans la réalité concrète de l'exercice professionnel de la sociologie. Il y a le temps du contrat, le temps de l'action, le temps du changement, le temps des acteurs, des décideurs, des sociologues,... Tous ces temps ne coïncident pas, et cela ne va pas sans générer de multiples contradictions. D'où il importe de souligner l'importance cruciale de la notion d'*inachèvement* pour le travail du sociologue clinicien : un travail toujours inachevé, une connaissance inachevée, une connaissance de l'inachèvement,...

La sociologie clinique : émergence d'une discipline indisciplinée

Marcel BOLLE DE BAL

En fin de compte, ces quelques problèmes technico-scientifiques peuvent être résumés comme suit : comment échapper au double piège du vécu sans concept et du concept sans vie (pour reprendre une expression de H. Lefebvre) ? Comment passer de la pratique à la théorie (et vice-versa), de la technique à la science (et vice-versa), du métier à la discipline (et vice-versa)... non seulement scientifique, mais également personnelle, sociale et professionnelle ?

Cette dernière question nous conduit tout naturellement à notre troisième catégorie de problèmes posés par l'exercice d'une sociologie clinique d'orientation socianalytique : les problèmes socio-professionnels.

3) Problèmes socio-professionnels

Parmi ces problèmes, deux requièrent une particulière attention : celui de la formation professionnelle et celui de la reconnaissance sociale et institutionnelle.

Bibliographie

- Bolle de Bal M. (1986), « La sociologie... et la personne ? », Adresse présidentielle au XIIème Congrès de l'AISLF, *Bulletin de l'AISLF* n°8, 115-148.
- Bolle de Bal M. (1992), « De l'esthétique sociale à la sociologie existentielle. Sous le signe de la reliance », *Sociétés*, n°36, 169-178.
- Broda J., Roche P. (1993), « Les auteurs du lien », in Gaulejac V. de, Roy S. (sous la direction de), *Sociologies cliniques*, Editions Hommes et Perspectives, EPI, Marseille.
- Castoriadis C. (1977), *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil.
- Chenal O., Gerritsen D., Leroy J., Mauchamp N., Sainsaulieu R. (1987), *L'exercice professionnel de la sociologie*, Paris, CNRS-IRESO.
- Clemens R. (1952), « Sociologie et aspects cliniques de la sociologie », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, XIII.
- Dumont F. (1960), « Structure d'une idéologie religieuse », *Recherches Sociologiques*, vol.1, n°2, 161-189.
- Dumont F. (1993), « Notes pour une thématique de la sociologie clinique », in Enriquez E., Houle G., Rheaume J., Sevigny R. (sous la direction de), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Les Editions Saint-Martin, Montréal.
- Enriquez E. (1983), *De la horde à l'Etat. Essai de psychanalyse du lien social*, Paris, NRF, Gallimard.
- Enriquez E. (1993), « L'approche clinique : genèse et développement en France et en Europe de l'Ouest », in Gaulejac V. de, Roy S. (sous la direction de), *Sociologies cliniques*, Editions Hommes et Perspectives, EPI, Marseille.
- Enriquez E., Houle G., Rheaume J., Sevigny R. (sous la direction de, 1993), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Les Editions Saint-Martin, Montréal.
- Friedman G. (1946), *Problèmes humains du machinisme industriel*, Gallimard, Paris.
- Fritz J.M. (1993), « La sociologie clinique aux Etats-Unis », in Gaulejac V. de, Roy S. (sous la direction de), *Sociologies cliniques*, Editions Hommes et Perspectives, EPI, Marseille.
- Fromm E. (1959), *Société saine et société aliénée*, Paris, Le Courrier du Livre.
- Gaulejac V. de, Roy S. (sous la direction de, 1993), *Sociologies cliniques*, Editions Hommes et Perspectives, EPI, Marseille.
- Gaulejac V. de (1993), « Approche clinique et histoires de vie », in Enriquez E., Houle G., Rheaume J., Sevigny R. (sous la direction de, 1993), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Les Editions Saint-Martin, Montréal.
- Hauriou M. (1984), « Réponse à un docteur en Droit sur la sociologie », *Revue Internationale de Sociologie*.
- Jeannet M., (1993), « Une science sociale... clinique ? », in Enriquez E. et alii (éditeurs), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Editions Saint-Martin, Montréal.
- Lasch C. (1980), *Le complexe de Narcisse*, Paris, Laffont.
- Lapassade G., Lourau R. (1974), *Clés pour la sociologie*, Seghers, Paris.
- Maffesoli M. (1988), *Le temps des tribus. Le déclin de l'individualisme dans la société de masse*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- Maisonneuve J. (1972), « Réflexions autour du changement et de l'intervention psychosociologique », *Connexions*, n°3, 9-23.
- Marcuse H. (1968), *Eros et civilisation*, Paris, Editions de Minuit.
- Mitscherlich A. (1969), *Vers la société sans pères*, Paris, Gallimard.
- Morval M. (1993), « Du rapport entre méthode clinique et méthode expérimentale », in Enriquez E., Houle G., Rheaume J., Sevigny R. (sous la direction de), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Les Editions Saint-Martin, Montréal.
- Moscovici S. (1981), *L'âge des foules*, Paris, Fayard.
- Sennett R. (1979), *Les tyrannies de l'intimité*, Paris, Seuil.
- Van Bockstaele J., Van Bockstaele M. (1963), « Quelques conditions d'une intervention de type analytique en sociologie », *Année Sociologique*, 238-262.
- Van Bockstaele J., Van Bockstaele M. (1968), « Nouvelles observations sur la définition de la socianalyse », *Année Sociologique*, 279-295.
- Winternitz M.C. (1930), « Medecine as a Social Science », in White C.O. (éditeur), *The New Social Science*, University of Chicago Press, Chicago, 40-45.
- Wirtz L. (1931), « Clinical Sociology », *American Journal of Sociology*, 137/1, 49-66.