

Accompagnement, travail social, postures cliniques et enjeux éthiques

Si l'expression « accompagner » suggère communément « l'acte de se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui », l'explicitation plus précise du terme reste particulièrement complexe dans le domaine du travail social, en raison de la diversité des populations, des situations rencontrées et des métiers exercés par les spécialistes de l'intervention sociale¹. En effet, depuis quelques décennies, la problématique de l'accompagnement des publics ayant recours aux services sociaux s'est considérablement complexifiée, rendant désormais toute tentative de définition globalisante particulièrement périlleuse. Il n'y a plus aujourd'hui une, mais bien des questions sociales qui touchent des populations extrêmement diversifiées et dépendantes de contextes de vie très variés. Ainsi, pour des raisons diverses telles que le handicap physique ou psychique, la maladie, la vieillesse..., certaines personnes vont se trouver, de manière provisoire ou définitive, dans l'incapacité de travailler pour subvenir à leurs besoins, et vont solliciter les intervenants des services

Christophe Niewiadomski est maître de conférences associé à l'université de Tours et attaché de recherches à l'Institut du travail social de Tours (Niewia@aol.com).

1. Ces professionnels exercent aujourd'hui dans le champ du travail social un ensemble de métiers relativement hétérogènes que l'on peut brièvement classer comme suit : les professionnels de l'aide (assistants de service social, conseillers en économie sociale et familiale, auxiliaires de vie et aides-ménagères) ; les professionnels de l'animation (animateurs socioculturels, animateurs sportifs...) et les professionnels de l'éducation (éducateurs spécialisés, éducateurs du ministère de la Justice, moniteurs éducateurs, éducateurs techniques spécialisés, moniteurs d'ateliers, éducateurs de jeunes enfants, aides médiopsychologiques, enseignants spécialisés). Par souci de clarté, je centrerai essentiellement ici mon propos sur les problèmes d'accompagnement que rencontrent les éducateurs spécialisés, même si certains aspects abordés peuvent être considérés comme non exclusifs à cette seule pratique. En effet, l'analyse proposée dans cet article ne saurait être transférable à l'ensemble de ces emplois, du fait même de la diversité des fonctions occupées et des particularités de la formation clinique de ces professionnels.

sociaux qui tenteront de pallier leurs problèmes d'autosuffisance. Sans vouloir minimiser les difficultés que pose l'accompagnement de ces publics, soulignons que les professionnels de l'action sociale, depuis fort longtemps, sont préparés à traiter le problème de l'assistantat et de la prise en charge de ces populations démunies, pour autant que des moyens techniques suffisants leur soient attribués. Cependant, d'autres personnes, issues pour la plupart de catégories socio-démographiques particulièrement touchées par l'évolution du contexte économique, ont également aujourd'hui massivement recours aux services des professionnels de l'intervention sociale. Ces populations constituent ce que Robert Castel (1992) nomme les « indigents valides », c'est-à-dire des personnes qui ne peuvent, elles non plus, subvenir seules à leurs besoins, mais qui relèvent sans doute d'une problématique du travail plus que du secours. On comprendra aisément que la prise en charge des premiers pose des problèmes pratiques très différents de l'accompagnement des seconds. Ces derniers, « laissés pour compte » de l'activité économique et sociale, doivent fréquemment faire face à des situations personnelles et sociofamiliales difficiles qui confrontent les professionnels à des problèmes d'accompagnement particulièrement complexes. Ainsi, le traitement social de ces situations ne peut aujourd'hui faire l'économie d'une réflexion approfondie, tant au niveau des modèles de compréhension et d'intervention à notre disposition, qu'au niveau philosophique et politique² afin d'engager un débat critique susceptible de contourner les effets de la thèse simpliste d'une « causalité de destin ».

Désormais chargés de conjuguer les dimensions individuelles, familiales et sociales de l'accompagnement qu'ils cherchent à mettre en œuvre, les professionnels de l'intervention sociale recourent habituellement à des savoirs pluridisciplinaires pour tenter de gérer la complexité des situations qu'ils rencontrent, et donner sens à des pratiques qui débordent largement aujourd'hui les seuls enjeux d'assistance et/ou de réinsertion socio-économique.

L'accompagnement éducatif et ses paradoxes

L'objectif généralement poursuivi par les travailleurs sociaux vise à la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement impliquant toujours des sujets singuliers, néanmoins saisis dans une trajectoire socio-historique subordonnée à un milieu et à une époque qu'il convient de soigneusement prendre en compte pour éviter l'écueil trop fréquent de l'attribution aux seuls sujets des difficultés qu'ils rencontrent. Cependant, pour l'éducateur, plusieurs dimensions, parfois jugées antinomiques, apparaissent alors : l'attention qui doit être portée au sujet et le souci de répondre aux injonctions administratives et réglementaires qui

2. L'emploi du terme « politique » fait ici référence à l'étymologie grecque du mot *politikos*, c'est-à-dire ce qui est relatif à la cité, à la chose publique.

définissent le cadre d'une intervention supposée pouvoir s'ajuster aux objectifs de normalisation et d'adaptation définis par la société. Ainsi, logique du sujet et de son groupe de référence, logique des institutions administratives, logique du recours aux discours savants et logiques des attentes pragmatiques des personnes doivent s'articuler au bénéfice de l'accompagnement proposé. Parce qu'il est amené à inscrire son action dans ces multiples registres, on attend du travailleur social qu'il puisse se distancier des évidences du sens commun afin de produire une analyse de la situation suffisamment heuristique pour déboucher sur un projet d'intervention efficient au regard des missions qui lui sont confiées.

Néanmoins, la parole éducative ne se limite pas à la seule production d'un sens qui serait produit en extériorité par rapport aux bénéficiaires. La complexité de la fonction d'accompagnement éducatif s'actualise au sein d'une rencontre intersubjective. Très simplement, cela revient à dire que l'éducateur n'est pas seul. Je n'évoque pas ici le nécessaire travail d'équipe pluridisciplinaire ou de supervision qui permettra à l'éducateur d'être lui-même accompagné, mais plutôt le rapport qu'il aura à entretenir avec un « sujet singulier ». Au risque d'un réductionnisme excessif, on peut dire que la visée praxéologique de l'accompagnement éducatif s'organise généralement au bénéfice de la resocialisation et de l'autonomie d'une personne, en cherchant à lui faire retrouver une cohérence suffisante dans son parcours existentiel en vue de la construction d'un projet de vie jugé plus satisfaisant. Dans cette perspective, accompagner quelqu'un, précise Guy le Bouëdec (2001), « c'est participer avec lui au dévoilement du sens de ce qu'il vit et de ce qu'il recherche ». Accompagner une personne en difficulté impose donc que l'éducateur évite de modeler l'autre aux exigences de son propre désir. Ce sujet que l'éducateur est chargé d'accompagner ne pourra en effet se déployer que dans la mesure où une marge suffisante d'autonomie pourra lui être concédée.

L'affaire n'est pas simple et plusieurs paradoxes doivent ici être identifiés. Le premier renvoie à l'acception même du terme de « sujet ». Si le vocable de sujet est habituellement envisagé dans la perspective contemporaine d'un individu libre, cause de son action et maître de sa destinée, l'étymologie nous rappelle cependant fort justement que le sujet est également celui qui est « placé dessous », c'est-à-dire soumis à une loi et à une autorité supérieure. Or, l'accompagnement éducatif reproduit très exactement cette antinomie paradoxale. L'éducateur est en effet chargé d'accompagner une personne en vue de la construction de son autonomie, mais la distribution objective des positions statutaires des protagonistes introduit une disparité de fait qui tend à dénier l'autonomie du bénéficiaire. En effet, le cadre dans lequel s'élabore le processus d'accompagnement éducatif est un dispositif relationnel complexe dans lequel un usager va se voir proposer un suivi qu'il n'a pas toujours choisi et dont il ne mesure pas toujours les enjeux. En outre, l'injonction d'émancipation faite

au sujet est fondamentalement paradoxale : « Il vous faut suivre mes indications pour devenir autonome. » Il y a ici sommation d'indépendance et de liberté qui ne peut apparemment se passer d'une situation de domination qui ne s'avoue pas toujours.

Face à ces difficultés, les éducateurs développent habituellement des stratégies d'intervention s'inspirant d'une tradition clinique qui laisse place à l'accueil, à l'écoute de la parole de l'autre et à l'acceptation de la personne (Rogers, 1971).

Accompagnement et postures cliniques

Qu'est-ce que la clinique dans le travail social ? Etymologiquement, le terme clinique renvoie au domaine médical et signifie « ce qui se fait au chevet du malade ». Il s'agit en effet de se pencher sur un individu singulier et d'opérer au « cas par cas » pour tenter d'appréhender la situation du sujet dans sa globalité et sa singularité. Cependant, soulignons immédiatement les réserves qui doivent être faites quant à l'analogie proposée ici avec la perspective médicale. L'approche clinique en médecine s'appuie sur un héritage épistémologique qui légitime son propos à partir de la méthode dite « anatomo-clinique ». Celle-ci a pour objet d'identifier les modifications pathologiques de l'organisme à l'aide de symptômes observés sur le vivant, et de proposer un diagnostic par l'observation directe. Outre le fait que cette approche trouve historiquement son origine dans la clinique des corps morts³, les objectifs poursuivis s'organisent classiquement autour des catégories du diagnostic, du pronostic et du traitement. Il y a ici adéquation métaphorique parfaite entre le terme clinique – qui provient du grec *klinikos* et de *klinein*, c'est-à-dire « être couché » – et la situation objective que rencontre le patient face au médecin. En effet, le malade se trouve généralement assujéti à un pouvoir médical et technique qui le dépasse et qui organise pour l'essentiel son action à partir de la référence à des normes biopsychophysiologiques produites en extériorité par rapport à la singularité de la situation rencontrée. En résumé, tel signe renvoyant à tel syndrome puis à tel traitement, le praticien, par souci d'efficacité, se préoccupe finalement assez peu de la subjectivité du patient, c'est-à-dire « du corps qu'il est », pour appliquer des procédures thérapeutiques supposées être adaptées au traitement d'un objet partiel, c'est-à-dire du « corps qu'il a ». Il s'agit ici d'une clinique du « sujet-objet ». L'approche est clinique en ce qu'elle s'adresse bien à un individu, mais sur la base d'une objectivation du sujet qui s'opère parfois au prix de l'effacement de ce dernier⁴.

3. C'est entre la fin du XVIII^e siècle et le début du XIX^e siècle que s'opère un tournant clinique en médecine. A partir des autopsies qu'ils réalisent, les médecins vont établir les bases de la sémiologie, c'est-à-dire l'étude des signes de maladies dont les caractéristiques étiologiques seront inférées à partir des lésions observées sur les cadavres examinés.

4. Le propos développé ici par rapport aux particularités de la clinique médicale nécessiterait bien évidemment un développement plus argumenté. Le lecteur intéressé par ces questions pourra se reporter à Niewiadomski (2002).

D'une autre manière, la posture clinique développée dans le domaine du travail social semble devoir s'éloigner considérablement de cette clinique biomédicale. La discipline médicale, si tant est qu'elle soit univoque, est en effet loin de recouvrir tous les usages du terme « clinique ». Historiquement, la psychanalyse par exemple, au travers de la méthode de l'étude de cas, procède également du singulier vers l'universel pour qualifier l'observation singulière et concrète de l'individuel. Cependant, l'œuvre de Freud et de ses successeurs introduit une rupture fondamentale dans la clinique : il s'agit de la prise en compte de l'inconscient (de Villers, 1993). Structuré comme un langage, celui-ci va se constituer à partir du discours de l'Autre⁵ et situer le sujet dans un registre symbolique à partir duquel le signifiant qui s'énonce ne peut désormais plus être considéré en totale adéquation avec le signifié. Le sujet de l'énonciation fait alors jour et ne saurait être envisagé comme réductible au sujet de l'énoncé. C'est ainsi que la demande du sujet, qu'elle s'adresse au médecin ou au travailleur social, doit être considérée non pas sur le seul registre du souci de satisfaction d'un besoin exprimé, mais bien également comme l'esquisse d'un désir inconscient qui cherche à se faire entendre au travers du discours. Il ne s'agit donc pas de chercher à combler à tout prix la demande immédiate. En effet, au-delà même de l'appropriation effective de ce qui pourrait *a priori* satisfaire le besoin, la demande recouvre également l'expression d'un « manque à être » qui s'articule inconsciemment dans la parole adressée à autrui. En d'autres termes, du fait de son inscription symbolique dans le langage, la demande du sujet ne saurait donc être réduite à la satisfaction du besoin pour lequel elle s'énonce. C'est dans cet écart entre le besoin et la demande que naît le désir qui n'a finalement d'autre issue que de se déployer indéfiniment dans une demande jamais totalement assouvie. C'est à ce propos que nous parlerons ici de « sujet singulier désirant » pour qualifier le sujet auquel s'adresse la clinique psychanalytique.

Par ailleurs, le procès de la connaissance qu'introduit la psychanalyse introduit la problématique de l'implication de l'observateur dans l'étude des situations rencontrées. L'approche psychanalytique impose ainsi au praticien qui s'en inspire le détour par lui-même en tant qu'il se trouve lui-même partie prenante dans l'activité d'écoute et d'échange avec le sujet qui lui fait face. Phénomènes de transfert et de contre-transfert devront alors être pris en compte en tant que données subjectives mais néanmoins significatives et nécessaires à la construction d'une lecture des situations rencontrées tendant paradoxalement à l'« objectivité » et à l'authenticité. Dans cette perspective, le sujet auquel s'adresse le professionnel doit être considéré comme fondamentalement irréductible à

5. « L'Autre », ou « grand Autre », est à distinguer ici de « l'autre », appelé encore « petit autre », c'est-à-dire autrui, notre semblable. L'Autre, dans la théorie psychanalytique, représente une figure d'altérité radicale et atteste que le sujet se trouve pris dans un ordre symbolique antérieur et extérieur à lui-même, et auquel il ne peut structurellement se soustraire du fait de son inscription dans le langage. C'est à partir de cet Autre que le sujet parle et désire.

une observation qui serait produite en totale extériorité par rapport à la prise en compte de la subjectivité des protagonistes. L'ensemble de ces principes relativise bien entendu considérablement une lecture positiviste et « techniciste » des problèmes rencontrés, et indique de quelle manière la clinique psychanalytique, du fait même qu'elle s'adresse à un « sujet singulier désirant », fait ici rupture avec la clinique biomédicale d'un « sujet-objet ». Notons qu'à la suite de la psychanalyse, d'autres disciplines scientifiques dont s'inspirent aujourd'hui les travailleurs sociaux (anthropologie sociale, ethnométhodologie, psychosociologie, sociologie clinique...) feront ensuite, à leur manière, rupture avec le postulat d'objectivité positiviste pour prendre en considération la parole du sujet et la problématique de l'implication du chercheur et/ou du praticien.

Sur ces bases, peut-on affirmer aujourd'hui qu'il existe une « clinique du travail social » qui définirait les contours de l'accompagnement éducatif ? Si oui, quelles en seraient les caractéristiques ?

Au plan épistémologique, celles-ci paraissent aujourd'hui devoir s'organiser autour d'une approche pluridisciplinaire visant à articuler la réalité subjective du sujet et la réalité objective des faits sociaux. L'enjeu est ici non pas de discourir sur la prééminence éventuelle du social sur le psychisme ou du psychique sur le social, mais plutôt d'envisager les choses dans un rapport de co-émergence. En effet, convenons du fait que le sujet n'est humain que parce qu'il est social, alors que le social n'existe que par les sujets qui le constituent. Dans un domaine connexe, le propos de la sociologie clinique, précisé par V. de Gaulejac, résume parfaitement ce projet : « Il s'agit de poursuivre la voie ouverte par N. Elias et bien d'autres pour saisir l'intrication complexe entre l'individu et la société qui se coproduisent de manière indissociable et que l'on ne peut étudier séparément. L'entrée dans cette complexité permet de dépasser les oppositions simplistes et les cloisonnements disciplinaires ou théoriques entre le psychisme et le social, l'acteur et le système, le déterminisme et la liberté [...] » (de Gaulejac et Roy, 1993).

Au plan pratique, nous avons vu que les traits dominants d'une clinique du travail social s'organisent en fait autour d'un double mouvement. En premier lieu, l'éducateur travaille avec le bénéficiaire dans la perspective de l'incorporation des contraintes sociales lorsque celles-ci sont insuffisamment agissantes pour structurer et préserver le sujet. Ce travail très normatif d'acceptation des contraintes sociales par l'usager a généralement pour but de s'opposer à son aliénation au sentiment dévastateur de « toute-puissance ». Cependant, cet objectif ne dédouane bien évidemment aucunement l'éducateur de la nécessité de s'interroger et de travailler sur la signification des normes, des valeurs et des principes que véhicule la parole éducative. On peut ainsi supposer que plus l'éducateur aura une conscience critique et argumentée de l'idéologie qu'il cherche à promouvoir, plus le seuil d'acceptabilité des contraintes sociales pour l'usager s'en trouvera augmenté. En second lieu, l'éducateur fonde son action sur le

souci d'accompagner l'émergence d'un sujet singulier engagé dans un processus d'élucidation personnelle quant au déroulement de sa propre existence. En d'autres termes, le professionnel aura à assumer l'accompagnement momentané de l'élucidation de la quête identitaire du sujet tout en contournant l'écueil de la « psychologisation » des problèmes sociaux rencontrés.

Dans cette perspective, les professionnels du champ social souhaitent généralement aider les usagers qu'ils sont chargés d'accompagner à mettre de la cohérence dans leur existence. Dès lors, l'enjeu sera moins de s'intéresser à un sujet « porte signe » d'une pathologie, fût-elle d'origine sociale, que de l'envisager dans sa globalité en tant qu'il est porteur d'une histoire singulière. Toutefois, cette histoire ne peut avoir de sens que si le sujet se trouve en capacité de pouvoir lui en donner un aux fins de conjurer l'absurdité apparente de sa situation et se projeter dans l'avenir (Pineau et Le Grand, 2002). Il s'agira donc de permettre au bénéficiaire d'opérer une tentative de réconciliation avec une trajectoire souvent jugée chaotique pour chercher à identifier avec lui les compétences acquises dans l'éprouvé des difficultés rencontrées jusqu'alors. Ce travail de conscientisation de ces savoirs trop souvent délaissés car jugés non conformes aux attentes sociales peut alors avoir une portée émancipatrice pour le sujet. En effet, le parcours d'un « exclu » n'est pas réductible à la somme de ses déboires existentiels et de ses revers de tentatives d'insertion. Outre le fait que ce sujet est souvent tributaire du poids des déterminismes et de la stigmatisation qui affecte les groupes sociaux dits défavorisés, le fait de s'être trouvé « en galère » pendant plusieurs années n'est pas plus un destin figé qu'une expérience anodine qu'il faudrait tout à coup gommer en faisant table rase du passé. C'est au contraire dans la reconquête d'une place d'acteur que le sujet peut puiser la force de s'affranchir pour passer de l'éprouvé d'une fatalité à l'expérience d'une possible articulation féconde avec son passé. Cependant, peu conscient des déterminations sociales, familiales et culturelles dont il est l'objet, le sujet ne peut opérer ce travail seul. Il convient donc d'accompagner ce détour biographique qui pourra alors favoriser une autolibération de la raison en permettant au sujet de construire son historicité entendue comme la « capacité de passer du statut d'objet déterminé par l'histoire à celui de sujet produisant la sienne » (de Gaulejac, 1987). Par le retour sur lui-même et sur son histoire, par l'analyse des surdéterminations sociales dont il a fait l'objet, le sujet acquiert ainsi autonomie et possibilité de donner une signification moins mortifère à ce qu'il est. C'est à ce prix qu'un projet de réinsertion porteur de sens pourra alors être coconstruit avec le sujet. Fort éloignée de la clinique biomédicale du « sujet-objet », l'approche clinique dont il est ici question ne dénie aucunement le « sujet-singulier-désirant » de la clinique psychanalytique mais se propose d'y associer une lecture sociologique afin de travailler de manière dialectique l'articulation du « je » et du « nous », c'est-à-dire de proposer une clinique du « sujet-social ».

En résumé, pour que le projet d'intervention éducative ne se trouve pas en décalage avec les attentes du sujet, pour qu'il ne lamine pas la force créatrice de son désir, l'action éducative ne pourra donc faire l'impasse sur le respect de l'autre, sur la reconnaissance de sa parole et de son histoire. Ainsi, plus que de chercher à répondre à la seule « prise en charge » du sujet, l'objectif d'accompagnement visera en premier lieu à la « prise en compte » de celui-ci. De cette manière, le projet ne pourra que se coconstruire avec l'utilisateur dans une dynamique de réciprocité et de compréhension mutuelle qui exclut radicalement le souci de maîtrise d'un processus fondamentalement démocratique. L'accompagnement éducatif suppose donc, dans un premier temps, de se joindre au sujet pour le soutenir, pour lui permettre de ne pas chavirer et de ramasser ses forces afin qu'il puisse, dans un second temps, se projeter dans un avenir porteur d'un espoir suffisant pour étayer son propre désir d'action : « L'acte d'accompagner renverrait ici à soutenir l'autre dans sa quête identitaire jusqu'à l'accompagner à ne plus être accompagné » (Berton, 2000).

On mesure toute l'exigence de cette posture clinique liée à la mise en œuvre d'un accompagnement éducatif qui ne saurait faire l'impasse sur la dimension éthique qui fonde son action.

Des enjeux éthiques au service d'une « posture clinique éducative »

174

De la perspective clinique développée plus haut, il découle que les travailleurs sociaux qui s'inscrivent dans cette intention sont fréquemment amenés à développer un questionnement éthique qui ne peut être réduit à l'habillage moraliste d'une conscience professionnelle qu'orienteraient des règles déontologiques immuables. Le questionnement éthique survient habituellement lorsque, au-delà des règles de conduite habituellement en vigueur dans un espace donné, le professionnel s'interroge sur ce qu'il estime bon de faire. C'est à partir de cette intention qu'il convient de distinguer la morale de l'éthique. En effet, la morale, qui définit habituellement un ensemble de règles, de conduites d'action, échoue parfois à nous indiquer clairement la voie de ce qui est estimé juste au profit de ce qui s'impose comme obligatoire par effet de contrainte. La morale se veut en effet universelle, applicable à tous et en toute occasion. Pour Durkheim (1963), « la morale est un système de règles d'actions qui prédéterminent la conduite. Elles disent comment il faut obéir dans des cas donnés ; et bien agir, c'est bien obéir ». D'une autre manière, précise Francis Imbert (1987), « la question de l'éthique nous conduit à nous interroger sur les principes ; et ces principes sont d'une autre nature que les "nécessités" ou les "pseudo-nécessités" que met en avant la morale. L'engagement éthique diffère de l'obéissance aux règles [...] A la perspective morale d'une fabrication d'habitudes qui assure

au Moi sa bonne ordonnance et sa conformité, l'éthique substitue la perspective du sujet, de la parole et du désir singulier. Là où la morale lie, canalise, unifie, l'éthique délie, dénoue les habitudes, vise l'existence hors des moules et des empreintes ». Ainsi, à la différence de la morale qui prescrit les « bonnes formes » instituées, l'éthique oblige à réfléchir, elle ouvre un espace de créativité et confronte finalement à la question de la singularité du sujet. En effet, le raisonnement éthique s'applique habituellement à un individu ou à un groupe en tentant d'administrer avec discernement une règle universelle dans une situation singulière, au prix éventuel de la transgression de cette règle si son application devait conduire à un résultat trop éloigné de son dessein initial. C'est cette autonomie de pensée et d'action qui, à travers l'exercice du jugement prudentiel aristotélicien, permettra au travailleur social de lutter contre les idéologies politiques et institutionnelles qui dénie la question du sujet et qui lui substituent un cadre normalisateur supposé apporter les bienfaits d'un « traitement éducatif ».

Pour Eugène Enriquez (2000), le questionnement éthique recouvre en fait cinq dimensions : la conviction, la responsabilité, le respect, la discussion et la finitude. Examinons les quatre premières. Max Weber (1959) opposait « l'éthique de la conviction », qui dit la manière dont le sujet s'engage à partir d'une cause estimée juste et qui inspire ses actes quels que soient les problèmes rencontrés, et « l'éthique de la responsabilité » qui inspire les choix du sujet de telle sorte que ceux-ci prendront en compte les effets de contexte pour s'ajuster aux résultats attendus. L'éthique du respect s'inspire du second impératif catégorique de Kant : « Agis toujours de telle manière que tu traites l'humanité dans ta propre personne et dans celle d'autrui, non pas seulement comme un moyen, mais toujours aussi comme une fin en soi. » Le respect dont il est question ici dit la manière dont chacun d'entre nous, héritier d'une tradition où d'autres nous ont précédés, découvre chez l'autre humain la possibilité d'expression de sa propre humanité : « L'autre humain est toujours la condition de possibilité de mon existence humaine. C'est pourquoi le principe normatif le plus radical, le principe normatif instituteur de l'humanité est de cultiver l'humanité de l'autre humain » (Malherbe, 1994). L'éthique de la discussion, inspirée des travaux de Jürgen Habermas (1986), s'appuie sur la nécessité d'un fonctionnement démocratique dans lequel l'émergence d'une parole juste est fondamentalement corrélée à l'existence d'un espace de confrontation et de dialogue impliquant l'ensemble des protagonistes quel que soit leur statut. L'interaction s'inscrit alors dans un processus évolutif et « constituant de soi-même » pour chacun.

6. Pour exemple, le projet de loi relatif à l'ouverture de centres fermés pour mineurs délinquants témoigne aujourd'hui de manière exemplaire de la nécessité d'ouvrir un débat public argumenté en réponse à une mesure qui, pour les professionnels de l'enfance et de la Protection judiciaire de la jeunesse, vise sans doute plus à rassurer l'opinion qu'à proposer un cadre approprié à l'accompagnement éducatif des jeunes concernés.

Confronté aux paradoxes de l'accompagnement et aux dilemmes qui en résultent, le travailleur social soucieux de justice et d'efficacité devra sans doute articuler au mieux ces quatre dimensions pour inscrire son action dans une « posture clinique éducative » respectueuse des sujets qui lui sont confiés et répondant à la visée éthique ainsi définie par Paul Ricœur (1991) : « Visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes. » Cependant, à l'occasion de ce travail d'accompagnement, les professionnels de l'action sociale peuvent se trouver parfois profondément affectés par la souffrance de l'autre et par le sentiment d'impuissance à traiter les difficultés rencontrées. L'aptitude à la désillusion est alors centrale pour nous permettre de penser notre engagement sans nous laisser enfermer dans l'horizon d'attente de nos projections personnelles. Eugène Enriquez (2000) introduit à ce propos la notion d'« éthique de la finitude » pour signifier « l'aptitude de l'homme à admettre sa finitude, sa mortalité, ses manques et ses fêlures, et à travailler sur elles afin de parvenir à s'orienter dans l'existence avec le maximum de conscience possible. Cette reconnaissance de ses failles lui permet d'accepter les blessures narcissiques, de se soumettre à un travail de deuil, à admettre ses moments d'impuissance. En un mot, à parvenir à un certain degré de lucidité sur lui-même et sur les autres. S'analyser ainsi favorise une déprise de soi-même, un amour tempéré de soi qui ouvre sur l'amour des autres ou, si cela apparaît excessif, sur de l'intérêt pour l'autre ».

L'on entrevoit ainsi que pour accompagner l'émergence d'un sujet libre et autonome, c'est-à-dire conscient des déterminations multiples qui marquent son parcours existentiel, il est essentiel que le professionnel, d'une manière ou d'une autre, ait pu réaliser ce travail maïeutique pour lui-même afin de découvrir l'expérience de ses propres errements et pour identifier plus clairement ce qui sous-tend son intervention auprès des usagers. Le travail d'implication et de recherche en groupe utilisant par exemple l'approche « histoires de vie » (Lainé, 1998) et/ou le travail personnel que peut mener un travailleur social dans un contexte d'inspiration psychanalytique sont ici des clefs fondamentales à l'exercice professionnel. Ainsi, pour tenter de relever au mieux les défis posés par l'accompagnement dans le domaine du travail social, il me semble qu'il s'agit moins aujourd'hui de former des « techniciens du travail social », prompts à appliquer des procédures standardisées pour tenter de répondre aux effets de la « fracture sociale », que de former des sujets suffisamment autonomes pour incarner une posture éducative dans laquelle l'engagement à l'égard de l'autre ne saurait faire l'économie d'une réflexion approfondie sur soi-même.

Bibliographie

- BERGIER, B. 1996. *Les affranchis*. Paris, Desclée de Brouwer.
- BERTON, J. 2000. « Récits de vie et intervention sociale ». *Éducation permanente*. N° 142, pp. 159-168.
- CASTEL, R. 1992. « Définir le social ? » *Dans* : Karsz, S. 1992. *Déconstruire le social. Séminaire 1*. Paris, L'Harmattan.
- DEJOURS, C. 1998. *Souffrance en France*. Paris, Le Seuil.
- DURKHEIM, E. 1963. *L'éducation morale*. Paris, PUF.
- ENRIQUEZ, E. 2000. « La recherche et l'intervention psychosociologiques à l'épreuve de l'éthique ». *Dans* : Feldman, J. ; Kohn, R.C. *L'éthique dans la pratique des sciences humaines : dilemmes*. Paris, L'Harmattan.
- FELDMAN, J. ; KOHN, R.C. *L'éthique dans la pratique des sciences humaines : dilemmes*. Paris, L'Harmattan.
- GAULEJAC, V. de. 1987. *La névrose de classe*. Paris, Hommes et groupes.
- GAULEJAC, V. de ; ROY, S. (dir. publ.). 1993. *Sociologies cliniques*. Paris, Desclée de Brouwer.
- HABERMAS, J. 1986. *Morale et communication*. Paris, Cerf.
- IMBERT, F. 1987. *La question de l'éthique dans le champ éducatif*. Vigneux, Matrice.
- ION, J. 1990. *Le travail social à l'épreuve du territoire*. Toulouse, Privat.
- KARSZ, S. 1992. *Déconstruire le social. Séminaire 1*. Paris, L'Harmattan.
- LABELLE, J.M. 1996. *La réciprocité éducative*. Paris, PUF.
- LAINÉ, A. 1998. *Faire de sa vie une histoire*. Paris, Desclée de Brouwer.
- LE BOUEDEC, G. 2001. « Une posture éducative fondée sur une éthique ». *Les cahiers pédagogiques*. « Accompagner, une idée neuve en éducation ». N° 393.
- MALHERBE, J.F. 1994. *Autonomie et prévention. Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée*. Montréal, ARTEL-FIDES.
- NÈGRE, P. 1999. *La quête du sens en éducation spécialisée. De l'observation à l'accompagnement*. Paris, L'Harmattan.
- NIEWIADOMSKI, C. 2000. *Histoires de vie et alcoolisme*. Paris, Seli Arslan.
- NIEWIADOMSKI, C. 2002. « Place des savoirs théoriques, expérientiels et existentiels dans la formation des professionnels de santé ». *Perspective soignante*. Octobre.
- NIEWIADOMSKI, C ; VILLERS, G. de. (dir. publ.). 2002. *Souci et soin de soi. Liens et frontières entre histoires de vie, psychothérapie et psychanalyse*. Paris, L'Harmattan.
- PINEAU, G. (dir. publ.). 1998. *Accompagnements et histoires de vie*. Paris, L'Harmattan.
- PINEAU, G. ; LE GRAND, J.L. 2002. *Les histoires de vie*. Paris, PUF.
- RICEUR, P. 1991. *Lectures 1. Autour du politique*. Paris, Le Seuil.
- ROGERS, C. 1971. *La relation d'aide et la psychothérapie. Tomes 1 et 2*. Paris, ESF.
- VILLERS, G. de. 1993. « L'histoire de vie comme méthode clinique ». *Cahiers de la section des sciences de l'éducation de l'université de Genève*. « Penser la formation. Contributions épistémologiques de l'éducation des adultes ». N° 72.
- WEBER, M. 1959. *Le savant et le politique*. Paris, Plon.

