

## **Une clinique en Sciences de l'éducation ?**

**Mireille Cifali**

Cette réaction, je l'écris de mémoire. J'ai lu ou parcouru les textes collationnés dans les trois cahiers *En question*. J'ai ainsi pris connaissance de l'immense travail réalisé, de ces tâtonnements, de cette approche progressive de la clinique par les étudiants et les enseignants universitaires. Je n'ai pas lu en détail tous les textes, j'ai lu les premiers surtout, les entretiens avec des cliniciens, puis me suis un peu épuisée dans l'approche de la clinique comme méthode de recherche. Donc ma réaction est très certainement injuste par certains de ses aspects. N'ai pas non plus eu le temps de relire après coup les textes et d'ajuster. Je dois me contenter de cette contribution rapide, de ces éléments qui me sont venus à tort ou à raison. Et les poser comme objets de discussion, donc de confrontation. Je souhaiterais surtout éviter l'alternative : d'un côté le clinicien thérapeute et de l'autre la clinique comme méthode de recherche. Je ne sais si j'y réussirai. En tout cas éviter que la clinique ne devienne qu'une méthode de recherche parmi d'autres.

J'ai donc lu, parcouru les textes publiés. Appréhension rationnelle et raisonnée d'un courant de recherche; étayage historique de ce type de démarche, recherche d'auteurs, place dessinée dans les Sciences de l'éducation, tentative de s'y repérer... Les mots, je les reconnais, ils y sont tous : implication, terrain, démarche, singularité, éthique, écriture... Mais c'est la musique que je ne reconnais pas toujours. Manque parfois non le vocabulaire et son sens, mais le souffle, si je puis me permettre cette métaphore. Les auteurs qui se réfèrent en effet à la clinique - que ce soit des psychanalystes (Pontalis, 1999), des médecins (Winckler 1998), des anthropologues (Affergan, 1997) ou des pédagogues (Cifali, 1984) - se distinguent en particulier par leur style, par leur écriture et par leur dynamique. Ils produisent un texte où ils tentent de saisir des rouages complexes de certaines situations du vivant, où ils s'impliquent et s'altèrent dans la rencontre avec d'autres qui se trouvent transformés par le processus de construction du savoir et le savoir produit, cette double altération étant retracée par l'écriture. Or les textes produits dans ces trois numéros - excepté peut-être les entretiens - reflètent davantage une " réflexion sur " qu'une posture effective de clinicien. C'est certainement un palier, mais il me semblerait important de franchir ce cap.

### *Justification*

Je soutiendrai en outre qu'il n'y a aucun intérêt à parler de la clinique comme on parle de la méthode expérimentale. C'est un parti pris dans beaucoup de textes, qui tentent de mettre en parallèle la recherche clinique avec

la recherche expérimentale pour, non pas forcément les comparer, mais pour montrer les différences en gardant cependant comme norme la recherche de la preuve dans une approche expérimentaliste. Là aussi, pourquoi pas. La légitimité d'une approche a-t-elle à se confronter essentiellement à la norme pour tenter d'être reconnue par elle malgré sa différence ? C'est un pari politique que je ne poursuis plus. Il y a nécessité de dessiner les procédés de la démarche clinique, d'entendre les critiques qu'elles suscitent, mais en restant sur le plan de la clinique et de ses présupposés, sans honte ni excuse. Donc, nécessité de dépasser le stade de la justification de celui qui déroge et qui, voulant tout de même se faire reconnaître, avoue sa faiblesse en se comparant et clamant que tout de même il existe. Cette tentation, je l'ai longtemps éprouvée et agie, elle est ce qui vient en premier mais par rapport à quoi il nous faut nous méfier car elle n'est productrice trop souvent que de crispation réciproque.

La clinique n'est pas antinomique de la méthode expérimentale. Dans certaines circonstances, la clinique est plus judicieuse, mais elle a toujours besoin des résultats construits en laboratoire, elle a besoin des techniques. Dans certaines circonstances ... Lesquelles ? Pour moi, dans toute construction de connaissance qui a, comme espace, une rencontre entre des individus ayant à travailler ensemble, donc lorsque l'action est fondée sur une intersubjectivité. Cela signifie, que lorsque nous sommes praticiens, que nous assumons un métier de l'humain par exemple, nous sommes - si nous voulons construire des connaissances sur nos actes - dans une posture clinique et non expérimentale. Un

professionnel est plus proche du clinicien que de l'expérimentaliste, telle est ma conviction.

### *Thérapeutique*

La visée de la clinique n'est pas forcément thérapeutique. Nous sommes, à mon sens, dans un faux débat quand nous assimilons clinique à thérapeutique, maladie et hors norme. La clinique est certes liée à la souffrance, une souffrance d'exister : souffrance du quotidien. Elle est liée à la normale difficulté : de soi, de l'autre, de la relation entre soi et soi, entre soi et l'autre , entre soi et le monde. Or c'est la définition même de tous nos métiers, de toute situation de travail. Où il s'agit de faire face à la difficulté et tenter de trouver comment la transformer pour ne pas aboutir à une impasse ... Donc être dans la clinique, c'est côtoyer des êtres vivants et essayer de comprendre certains processus, parmi lesquels ceux qui sont porteurs de destruction. Avec comme impératif : que le savoir construit ait des effets de transformation et pour le clinicien et pour ceux avec qui il travaille. La visée n'est donc pas prioritairement les connaissances en elles-mêmes et leur transmission après-coup, mais les sujets dans leur construction d'une connaissance qui peut avoir des effets susceptibles d'être constructeurs. De cette rencontre, il en résulte alors une modestie.

La clinique ne peut cependant pas se soustraire à une réflexion sur son rapport à la psychanalyse, et à certains auteurs qui ont essayé de théoriser sa position dans la science. En particulier je veux ici nommer Michel de Certeau (1987), historien. Cela ne signifie pas que nous

ayons à être psychanalyste pour être clinicien dans tel ou tel champ d'intervention, et que les sujets de la rencontre seront soumis à quelque substitut de psychanalyse. Mais le chercheur, qui s'engage dans une approche clinique, est amené à travailler pour lui-même son rapport à " l'objet ", à travailler dans le cours de la rencontre les effets de son transfert et contre-transfert. Son implication n'est pas d'opérette. Il y a risque, risque pour lui-même. Il n'y a pas de clinique sans risque, prise de risque, " écoute risquée " comme la nomme Christophe Dejours (1993). Nous ne fréquentons pas un terrain, nous ne travaillons pas avec, sans être marqués en retour et faire justement de ce marquage une des dimensions permettant de l'intérieur la construction d'un savoir, dans ce va-et-vient entre proximité et distance qui singularise l'approche clinique.

### *Psychique et social*

Etre dans la clinique, c'est faire le joint entre psychique et social, refuser de cliver sociologie et psychologie, postuler que nous ne pouvons rien comprendre si nous ne saisissons pas les influences réciproques du sujet et du monde. Cette dimension exige des chercheurs de n'être pas uniquement des psychologues, ni uniquement des sociologues. Cette dimension-là est parfois absente des textes publiés, même si la référence à André Lévy (1997) se retrouve dans certains articles. Elle était l'une des affirmations nodales que posait l'ouvrage de Revault d'Allonnes (1992) et qui caractérise les recherches faites et publiées par Florence Giust-Deprairies (1989, et 2003 à paraître). Il manque ici aussi le lien avec les travaux des

sociologues cliniciens comme Vincent de Gaulejac (1993), et des psychosociologues cliniciens comme Eugène Enriquez (1997). En ne les intégrant pas, on risque alors d'aboutir à une psychologisation de la clinique, à une approche d'une intériorité comme si elle était seule au monde. Certes la clinique peut être psychologique lorsqu'elle est thérapeutique, et encore. La psychanalyse n'est pas psychologie d'un seul, elle est psychologie sociale comme l'affirme Freud. D'autant plus si la clinique, comme posture, intervient dans un espace public où se jouent comme le montre si bien Florence Giust-Desprairies, des signes sociaux en lien avec des signes psychiques.

#### *Discipline universitaire*

Donc si on veut parler de posture clinique, il s'agit évidemment d'en faire l'histoire et la filiation avec la médecine et la psychologie, puis la psychanalyse. Mais il s'agit également de comprendre comment dans chaque discipline - sociologie, anthropologie, histoire, ergonomie, sciences de l'éducation - on voit poindre une tension entre des cliniciens et des expérimentalistes, pour faire court. Comment la clinique, occupant une place marginale, maintient-elle une altérité dans la norme scientifique, comment n'a-t-elle pas à être hégémonique mais à interroger continuellement par sa présence les attendus de l'application scientifique, et vice versa ?

Si nous nous situons dans les sciences de l'éducation, nous avons intérêt à ne pas nous y enfermer, mais à aller chercher des complicités dans d'autres disciplines, et saisir comment ces disciplines intègrent ou pas de tels débats. Nous savons aujourd'hui par exemple que dans la médecine

- qui fut à l'origine de la clinique - la tension entre une approche clinique et une approche techniciste est grande et qu'elle est reprise pour être questionnée par une " éthique appliquée " (Malherbe, 2001)

### *Professionnel clinicien*

L'approche clinique n'est pas seulement une démarche de recherche, elle est surtout une posture définissant un professionnel. Etre clinicien, ce n'est pas seulement être intuitif et bon, capable de sollicitude et d'attention à l'autre. Etre clinicien c'est être un praticien qui mène une réflexion sur son action, qui rencontre l'autre, construit sa décision et sa connaissance en interaction avec cet autre, ne se défend pas de sa souffrance mais l'entend et se laisse guider par elle, accepte d'être mis face à des dilemmes, choisit de travailler constamment sa distance à cet autre pour que les sentiments qui guident son action ne soient pas seulement projection ou introjection. Il travaille dans la relation et tente d'en construire des connaissances.

Le profil du clinicien et celui du technicien sont souvent opposés, ce qui aboutit à une impasse. Etre clinicien, c'est être technicien également, mais un technicien au service de la relation et de l'autre, et non pas dans la défense contre cet autre. Il n'y a pas là non plus d'opposition entre technique et clinique, mais des tensions. Certes la définition du professionnel pourrait être celle d'un clinicien recourant à la technique, mais refusant d'être soumis à la technique comme visée de son action ou, autrement exprimé, qui ne

prend pas la technique comme but mais comme moyen (Malherbe, 2001).

Dans les sciences de l'éducation par exemple, cela pose des questions sur la formation et la conception du professionnel. Comment peut-il s'engager dans une réflexion de son agir, dans une liberté de penser, dans une acceptation à travailler les difficultés rencontrées, dans une construction de connaissance dans l'action ? Et c'est sur ce plan que l'influence de la clinique est très importante, elle interroge la maîtrise, la rationalité, le rejet de l'affect et des sentiments, le refus de la relation. Nous aurions peut-être, dans le métier d'enseigner, à comprendre ce qui rapproche ce métier des soignants, éducateurs, thérapeutes, et de tout homme et femme qui travaille. C'est pourquoi l'absence, dans les trois cahiers *En question*, de référence aux travaux liés à une approche clinique du travail - Clot (1999), Dejours (1993), Hubault (2000), Jobert(1999), Schwartz (1997) - est regrettable.

Pour moi, nous ne sommes pas seulement cliniciens dans la recherche, mais aussi dans l'intervention et dans la formation, cliniciens dans notre appréhension du professionnel au travail. Est clinicien celui qui fait du terrain, celui qui travaille avec d'autres; nous ne pouvons pas l'être seulement en faisant des entretiens. Nous n'apprenons pas la démarche clinique de l'extérieur, nous nous y aventurons. Et être clinicien sur le terrain rejaillit forcément dans notre manière de former. Et puis souvent intervenir vise également à produire des connaissances. De même que former dans une perspective clinique peut constituer un espace de recherche. Nous sommes donc



contraints à une certaine congruence entre chercher, intervenir et former.

### *Sciences de l'éducation*

Il y aurait en effet à réaliser l'histoire d'une clinique de la pédagogie, de la clinique en sciences de l'éducation. Reconstituer les filiations où Ardoino tiendrait une place, parmi d'autres. Histoire de tous ceux qui dans le passé ont oeuvré autour de la " pédagogie psychanalytique " par exemple (Moll, 1989) ou antérieurement même de ceux qui au nom de l'hypnose voulaient inaugurer une " pédagogie clinique " (Cifali 1988). Et aujourd'hui, de quelle façon oeuvrent des cliniciens dans le domaine des sciences de l'éducation, comme Claudine Blanchard-Laville (2001), Florence Giust-Desprairies (Florence Giust-Deprairies (1989, et 2003 à paraître), Francis Imbert (1992), Daniel Hameline (2002), Ruth Kanter Cohn (1985), moi-même ou d'autres encore ? Comment se construit effectivement un savoir à partir d'une posture clinique ? Quelles thèses ont été soutenues ? Quels chemins empruntés ?

Aujourd'hui, on voit le mot clinique devenir parfois le nec plus ultra. Il y a désormais une clinique didactique, une clinique cognitiviste... Rien ne l'empêche. Il nous faut nous rencontrer pour comprendre ce que le mot clinique recouvre et pourquoi on s'en drape. Pour moi, la clinique n'est pas une méthode avec ses critères légitimés, avec ses études de cas, ses passations d'entretiens. C'est une philosophie, voire une position idéologique, qui s'assume comme telle. La clinique n'est pas un bagage supplémentaire d'outils de recherche. C'est une éthique de

la recherche, une éthique de construction du savoir et de sa transmission.

### *Actions et théories*

La clinique a à voir évidemment avec l'action, avec le jugement sur l'action. Quand, en effet, nous voulons comprendre l'agir, alors nous avons à nous poser la question du rapport entre théories et actions. Dans le champ psychanalytique, nous avons depuis longtemps travaillé ce rapport difficile. Une position y est affirmée, la théorie est certes préalable, mais elle doit être suspendue pour construire quelque chose qui risque de la mettre en danger. Il n'y a pas d'application, ni de réduction du sujet vivant à une hypothèse, mais travail à partir d'hypothèses pour les mettre à l'épreuve et surtout les faire évoluer. Idéalement, les hypothèses ne sont jamais préalables, mais toujours construites à partir de l'immersion sur le terrain. Cela inverse la démarche de recherche, et met la théorie avant tout comme devant être réfutée, comme guide mais pas comme carcan. Avoir une posture clinique implique donc une interrogation de tous les processus applicatifs des théories. Mais cela aussi interroge la formation : entre l'apport théorique et la capacité pour un sujet de construire des connaissances à même son agir. La transmission de la théorie comme telle ne suffit jamais à permettre une pensée, elle comporte des pièges qui risquent de provoquer une résistance, un enfermement dans des a priori qui vont gêner l'action et son intelligence. Etre clinicien, c'est se coltiner à cela, pour la formation et dans l'agir, afin de permettre que le goût du savoir et de la recherche demeure celui d'un

professionnel, pour qu'il n'y ait pas " d'interdit de penser " comme l'avance Jean-François Malherbe (2001).

### *Rapport à l'éthique*

La clinique ne peut se passer de l'éthique, une éthique de l'agir : lien nécessaire avec la question des valeurs de l'action, et avec les buts de l'action. Certains textes y font référence. Nous ne pouvons pas être dans le domaine de l'agir, sans se confronter à l'incertitude, à la surprise, aux dilemmes, aux paradoxes, au bien et au mal. Un clinicien est celui qui accepte d'oeuvrer dans l'incertitude, de prendre ses décisions dans des situations souvent paradoxales en tenant compte de l'ensemble des partenaires concernés. Que faire des sentiments dans un métier ? Comment oeuvrer avec les passions négatives ? Comment agir humainement dans des milieux qui tendent à se déshumaniser ? Comment maintenir un souci de l'autre aux prises avec des normes qui risquent de l'exclure ? Il y a une jonction forte entre l'éthique et la clinique, comme le développent Ladrière (1997) et Malherbe (1997, 2000, 2001).

### *Écriture*

Reste un lien - il y en aurait d'autres - qui m'importe : entre clinique et écriture, entre clinique et narration, entre clinique et récit. Où se pointe également la question éthique. Je ne développerai pas ceci, mais nous avons intérêt à interroger l'écriture de la clinique, l'apport du littéraire à la clinique, et la manière de transmettre les connaissances (André et Cifali, à paraître 2003). Cette part-

là est évoquée dans certains textes, mais pas dans l'écriture même des textes qui sont restés d'un genre classique. Je ne peux que le regretter. Mais c'est peut-être le pas suivant. Pour un prochain cahier *En question*.

### Bibliographie

- Affergan, F. (1997). *La pluralité des mondes : vers une autre anthropologie*. Paris : Albin Michel.
- André, A. et Cifali, M. (à paraître 2003). *Les professionnels au risque de l'écriture*.
- Blanchard-Laville, C. (2001). *Les enseignants entre plaisir et souffrance*. Paris : PUF.
- Canter Kohn, R. (1986). La recherche par les praticiens: l'implication comme mode de production des connaissances. *Bulletin de Psychologie*, 39(377), 817-826.
- Cifali, M. (1994). *Le lien éducatif: contre-jour psychanalytique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cifali, M. (1988). De l'hypnose à l'écoute, *Quelques pas sur le chemin de Françoise Dolto*, Paris, Seuil, 1988, 53-78.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
- de Certeau, M. (1987). *Histoire et psychanalyse: entre science et fiction*. Paris: Gallimard.
- de Gaulejac, V. et Roy, S. (1993). *Sociologies cliniques*. Paris : Epi.
- Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale: essai de psychopathologie du travail*. Paris: Bayard
- Enriquez, E. (1997). *L'organisation en analyse*. Paris: PUF.
- Hameline, D. (2002), *L'éducation dans le miroir du temps*. Lausanne : LEP, Editions des Sentiers.
- Imbert, F. (1992). *Vers une clinique du pédagogique*. Vigneux: Matrice.
- Giust-Depraïries, F. (1989). *L'enfant rêvé. Significations imaginaires d'une école nouvelle*. Paris.
- Giust-Depraïries, F. (à paraître 2003). *La figure de l'autre dans l'école*

- républicaine*. Paris : PUF.
- Hubault, F. (2000). Faire de l'ergonomie une pensée .... In Hubault F. (coord.), *Comprendre que travailler c'est penser, un enjeu industriel de l'intervention ergonomique*. Paris : Octarès.
- Jobert G. (1999). L'intelligence au travail. In Carré P, Caspar P., *Traiter des sciences et méthodes de la formation*. Paris : Nathan.
- Ladrière, J. (1997). *L'éthique dans l'univers de la rationalité*. Montréal: Fides.
- Lévy, A. (1997). *Sciences cliniques et organisations sociales*. Paris : PUF.
- Malherbe, J.-F. (1997). *Pour une éthique de la médecine*. Montréal : Fides.
- Malherbe, J.-F. (2000). *Le nomade polyglotte. L'excellence éthique en postmodernité*. Montréal : Bellarmin.
- Malherbe, J.-F. (2001). *Déjouer l'interdit de penser. Essais d'éthique critique*. Montréal : Liber.
- Pontalis J.B. (1999). *Fenêtres*. Paris : Gallimard.
- Revault d'Allonnes C et all (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Dunod.
- Schwartz, Y (coord) (1997). *Reconnaissance du travail : pour une approche ergologique*. Paris : PUF.
- Winckler. M. (1998). *La Maladie de Sachs*. Paris : POL.