

C O N C L U S I O N

*Mireille CIFALI*¹

*Florence GIUST-DESPRAIRIES*²

Avec les contributions de cet ouvrage, nous souhaitons faire partager au lecteur certains de nos questionnements. Nous adressons plus précisément ces réflexions à ceux qui, dans les sciences humaines, cherchent à comprendre l'action professionnelle et à la faire évoluer, à ceux qui se confrontent dans le même temps à l'articulation entre théorie et action, et qui réfléchissent sur les effets actuels de leurs recherches, interventions et formations. Ce partage est une invitation au dialogue.

Le projet n'était pas tant de réaliser un ouvrage sur la clinique, que de donner à entendre des cliniciens au travail dans les lieux où leurs actions et leur pensée sont mobilisées. Il s'agissait d'avancer dans la compréhension du comment leurs positions, leurs exigences et leur éthique s'étaient formées.

Reprenons, pour terminer cet ouvrage, quelques-unes des questions qui ont traversé nos débats.

1. L'EXIGENCE CLINIQUE

Lorsqu'un chercheur ou un professionnel clinicien œuvre sur un terrain autre que celui de la clinique médicale ou psychothérapeutique, comment parle-t-il de cette clinique ? Dans ses mots la clinique devient, tour à tour, une adresse, un état d'esprit, un effet, une pensée baroque, une ontologie, une phénoménologie, une anthropologie, une épistémologie. Pour parler de ce qu'il

1 Université de Genève, Suisse

2 Université de Paris VII, France

fait, il utilise un terme : tantôt posture, position, démarche, tantôt site ou encore travail, auquel il adjoint l'adjectif clinique.

Le terme clinique est d'usage difficile parce qu'il relève d'une entité dont nous savons bien qu'elle n'est qu'en apparence unifiée. Il y a aujourd'hui en effet une prolifération de l'usage de ce terme. On parle ainsi d'une clinique du travail (Jobert, Lhuillier), de l'activité (Clot), de l'institution (Fustier, Giust-Desprairies), de l'apprendre (Blanchard-Laville), de l'événement (Cifali, Giust-Desprairies). Dans les disciplines des sciences humaines, certains chercheurs se réclament d'une sociologie clinique (De Gaulejac), d'une psychosociologie clinique (Lévy), d'une psychologie sociale clinique (Barus-Michel, Giust-Desprairies), d'une ergonomie clinique (Hubault) ou d'une pédagogie clinique (Cifali, Imbert, Pechberty), d'une didactique clinique (Blanchard-Laville, Hatchuel). Ou se désignent comme éducateur ou enseignant clinicien (Rouzel). Il est apparu cependant dans nos échanges que la clinique n'était pas seulement un adjectif qui qualifiait des objets mais bien une épistémologie avec ses exigences, ses cohérences et ses limites.

Ainsi le terme clinique ne qualifie-t-il pas seulement un type d'activité mais désigne surtout une orientation qui affecte les différents registres de l'activité du praticien-chercheur. La clinique influence sa manière de travailler sur le terrain avec d'autres ; de créer des dispositifs de formation ; d'intervenir dans des lieux et des situations ; de comprendre et d'interpréter ; de transmettre le savoir construit ; de penser et d'écrire. La position occupée est toujours susceptible d'évolution et de remaniement. Véritable *métis* elle est un savoir-faire particulier, une intelligence de l'action et de la relation qui permet de faire face aux situations qui résistent à l'application des savoirs formels.

Saisir le sujet dans sa parole vive

La clinique prétend saisir le sujet dans sa parole vive qui est une parole traversée par une multitude de perspectives. Elle désigne un type de recherche non seulement issue de la pratique, mais confrontée à une démarche d'objectivation qui interroge les conditions d'existence possible de son objet dans le même temps où elle en traite. C'est en ce sens que l'objectivation ne peut s'y construire qu'en se tenant au plus près de l'expérience de ses contradictions dans un travail d'après-coup.

Si le champ d'activité d'une approche clinique dépasse le strict espace thérapeutique, chaque clinicien est amené à travailler son rapport à la psychanalyse. Certains en font une référence centrale, évoquant leur passage par une psychanalyse et leur choix d'être ou non psychanalyste. D'autres donnent à entendre comment leur orientation clinique s'est prise à partir de leur position de psychologue, de leur pratique thérapeutique, de leur engagement dans l'art, d'autres ou les mêmes, de leur pratique psychosociologique. Cependant, si une position clinique peut se soutenir sans être psychanalyste ou thérapeute, tous reconnaissent prendre en compte l'inéluctable efficacité de l'inconscient.

Les objets que traitent les auteurs sont divers. Leur point commun est d'être des objets investis dont l'investissement donne lieu à élucidation. Ce qui définit, en effet, une démarche clinique ne dépend pas avant tout des objets qu'elle se donne ni de la situation où elle s'exerce, mais d'une visée qui prend parti. Le parti de retarder tout mode opératoire. Le parti d'écouter pour entendre. Si la clinique s'intéresse au sujet dans son rapport à ses objets, elle reconnaît un sujet fondé dans l'intersubjectivité et inscrit dans le lien social. Les institutions structurent des communications, des relations, assignent des statuts et des rôles, des places, exercent un contrôle social, imposent des normes, produisent des valeurs, règlent les rapports entre individus et groupes, médiatisent les rapports de l'individu à la collectivité, fournissent des systèmes de représentation et d'interprétation qui organisent la formation du sens. Valeurs, représentations et sens contribuent à définir conjointement l'identité d'une société et les repères identificatoires de ses membres. Pour certains, ce sujet se saisit essentiellement à travers les institutions sociales, système symbolique qui reprend et structure les imaginaires qu'elles ordonnent autour de significations centrales venant soutenir et légitimer les activités sociales.

Parce que la vie sociale convoque le sujet, l'intérêt du clinicien se porte également sur le travail comme activité matérielle et symbolique constitutive du lien social et de la subjectivité. L'intérêt se porte sur le monde du travail comme ensemble d'épreuves, de contraintes, mais aussi dans sa fonction d'étaiyage essentielle à la construction du sujet.

2. DES LIEUX D'EXERCICE

Examinons à présent les lieux d'exercice. La formation, dans la mesure où elle peut être envisagée comme participant d'un processus de socialisation continuée, est un lieu privilégié pour reprendre les constructions identitaires et revisiter le rapport qu'entretiennent des sujets à leurs objets d'investissement et à l'altérité du monde.

Plusieurs contributions de cet ouvrage ont pris la formation comme lieu d'interrogation de la pratique clinique et donnent à voir les dispositifs qui permettent de travailler avec de jeunes étudiants en formation initiale. D'autres centrent davantage la réflexion sur des activités d'interventions dans les groupes et les organisations.

Une conception du dispositif

La notion même de dispositif ne différencie pas le clinicien d'autres formateurs. Si le dispositif est ce par quoi la rencontre se fait, il ne suffit pas à lui seul. L'importance est accordée surtout à la manière de traiter de ce qui arrive, aux éléments dont il permet l'émergence. Le dispositif n'est donc pas transmissible comme une technique qui s'appliquerait mais il se construit à partir des possibilités qui s'ouvrent pour le formateur compte tenu de ses visées et du contexte où il intervient. Certains exprimeront que le dispositif

importe peu, c'est le traitement de ce qui advient qui fait la différence. À travers son écoute le clinicien travaille à partir de ce qu'il ressent, s'interroge après coup sur les effets du dispositif et élabore, à partir de cette analyse, un savoir sur les processus à l'œuvre.

Des auteurs ont essayé de ne pas seulement décrire leurs dispositifs de formation où savoirs d'expériences et savoirs savants se confrontent ; ils les ont rapportés au travail que ces derniers leur imposaient. Car ces dispositifs exigent un cadre institutionnel qui les autorise, les accueille et les reconnaît, ce qui est loin d'être toujours le cas. La présence d'un clinicien dans une formation peut créer un écart pas toujours supporté. Le bénéfice advient lorsque cet écart est occasion à questionnement et à remaniement dans la formation des étudiants. Parfois ces dispositifs sont juste des enclaves dans un cadre de formation tout autre. Se pose alors la question de leur maintien dans un contexte où les logiques qui ont cours en interdisent l'accès ou en dénie la pertinence.

Il est parfois reproché à ces dispositifs leur caractère attractif parce qu'ils prennent en compte des registres traditionnellement écartés de la formation : les affects, les émotions, le corps, l'imaginaire, la parole subjective sur l'action. Ils opéreraient une séduction dangereuse en plaçant la subjectivité de ceux qui se forment au centre. Ils prendraient ainsi le risque d'une centration sur soi au détriment d'une ouverture à l'altérité du monde. C'est méconnaître que l'accès à plus d'altérité du monde se fait plus effective lorsqu'elle passe par un accès à l'altérité de soi. Travail d'une grande exigence qui, s'il suscite intérêt, provoque aussi de fortes résistances. Ceux qui se forment éprouvent, eux, qu'ils peuvent y construire une pensée propre non déconnectée de leurs affects et de leur histoire. Un clinicien sait aussi combien il est difficile d'autoriser l'avènement de cette pensée non clivée de ses affects dans une prise en compte des autres et de l'environnement. Il sait la difficulté qu'il y a à tenir de tels dispositifs mais aussi l'importance que représente pour la formation, en particulier pour ceux qui se destinent aux métiers de la relation, la constitution d'une pensée propre non coupée de la subjectivité. L'attachement à cette démarche lui fait parfois prendre le risque d'une position difficilement soutenable dans les institutions d'enseignement et de formation.

Pour tous les auteurs, le groupe est le lieu où s'exerce l'activité clinique sur laquelle porte leur réflexion dans cet ouvrage. Ils fondent leur démarche sur la dynamique des relations intersubjectives. Certains d'entre eux s'intéressent plus particulièrement aux groupes institués dits socio-réels où le lien social y est questionné dans ses processus de liaison/déliaison sous les formes de la solidarité, de la coopération, comme sous celles du conflit, de la crise et de l'exclusion, à travers les transformations sociales et les remaniements opérés par les individus.

La co-construction du savoir

La particularité d'une position clinique est de ne pas séparer les activités de formation et d'intervention de celles de la recherche. Tous les auteurs ont déjà traité, dans leurs publications, de ces relations entre formation et action-recherche, entre pratique et théorie de cette pratique, mais la plupart reviennent sur ce qui constitue une spécificité de la clinique. L'ensemble des textes traitent en effet de ce que les auteurs appellent une co-construction des connaissances. Ils montrent leur rapport aux hypothèses, leur usage de la causalité, leur théorie flottante, leurs concepts intermédiaires, leur recherche compréhensive et interprétative. Ils décrivent au lecteur l'importance de la surprise dans leur travail de penser ; la portée de l'écart qui fait crise et surgissement. Les auteurs énoncent aussi comment ces connaissances construites avec d'autres produisent des effets de retour sur leur propre processus de pensée. Le mouvement va de l'étaillage au dés-étaillage, de la fusion à la dé-fusion, de la proximité à la séparation, de l'implication à un travail sur cette implication, du repérage des constructions à leur déconstruction.

Cette pensée n'est pas désincarnée, elle est pensée qui s'inscrit dans le corps, pensée sensible, effet de présence qui laissent l'émotion accompagner la raison. Parce qu'elle traite d'objets dans leur complexité et leur pluri-dimensionnalité, cette clinique de l'expérience se réclame d'une pluri-référentialité ou d'une co-disciplinarité.

3. SUBJECTIVITÉ ET RÉFLEXIVITÉ

Nous avons demandé aux auteurs de partir de leur propre parcours pour caractériser leur position, ceci avec l'intention de quitter un discours sur la clinique et d'approcher le travail effectif du clinicien. Chacun des auteurs a répondu à cette sollicitation de différentes manières. Certains ont montré comment des événements de leur enfance ou de leur formation ont influé sur leur position de chercheur et de formateur et comment leur style professionnel avait à voir avec des constructions psychiques, des investissements et des contre-investissements. D'autres, parfois les mêmes, ont essayé de dégager comment leur posture clinique s'ancrait dans leur propre évolution et dans leur itinéraire de formation.

Les auteurs nous font ainsi traverser un parcours de vie et de formation et soulignent son influence sur leur manière d'enseigner, de transmettre et d'intervenir. Un remaniement, des évolutions dessinent après coup une posture en convenue avec la discipline théorique choisie. Des choix successifs (conscients ou inconscients) aboutissent à un engagement qui se lit autant dans les comment ils œuvrent pour transmettre la clinique, que dans les comment ils recherchent ou forment. La construction d'un parcours avec ses rencontres et ses séparations, ses certitudes et ses doutes, ses continuités et ses ruptures. Si la clinique réclame que la subjectivité occupe une place, le chercheur, le formateur ne peuvent en affirmer le principe en le niant pour

eux-mêmes. La place de la subjectivité dans l'écriture advient à certains moments signifiants qui donnent à voir l'investissement subjectif de la construction intellectuelle. La question s'est posée dans nos échanges concernant le risque que court le clinicien à dire, à écrire ce qui le meut dans sa recherche, ce qui le détermine et comment il travaille cette détermination. Ce parcours doit-il être rendu visible ? Pour quelle visée et quel bénéfice ? Il s'agit de trouver une écriture qui explicite ou suggère cette subjectivité convoquée qui fait événement dans la compréhension d'un processus. Si la démarche n'est pas sans risque (de complaisance narcissique), elle est avant tout exigence de sens car elle permet des approfondissements conséquents sur l'objet étudié, la relation intersubjective, mais aussi sur la singularité de la sensibilité clinique et théorique du clinicien.

Convoquer le biographique est insuffisant pour identifier la spécificité de la position du clinicien, sa compétence. Mais, en examinant sa subjectivité à l'œuvre à travers les blessures, les objets et modes d'investissement, les identifications, les défenses, les modalités d'élaboration psychique et de sublimation, celui-ci entre dans la spécificité heuristique et épistémologique de la clinique et prend engagement sur son objet de travail.

La clinique ne se réduit pas au biographique, ce qu'elle exige c'est qu'une subjectivité soit à l'œuvre dans le travail d'élaboration et d'élucidation de ses objets.

4. ART ET RÉSONANCE CLINIQUE

Désireux de se dégager d'une approche factuelle et rationalisante des événements et des situations, les auteurs entretiennent avec l'art et l'esthétique des relations intimes qui fécondent leur recherche de dispositif, leur conception du sujet, de l'objet et de l'altérité. On y voit l'importance du conte, du théâtre, de la musique, de la littérature, de la poésie.

Le lien entre la clinique et l'art est ancien. Nos parallèles tracées autour de l'œuvre et du processus créatif soulignent, une fois encore, que la clinique s'intéresse à une temporalité processuelle qui ouvre à la fois à l'instant et à la durée, au surgissement et à la répétition, au présent et au passé.

Les auteurs utilisent volontiers la pensée métaphorique. Elle est un recours pour approcher ou cerner une réalité sous-jacente qui instruit le rapport à la réalité immédiate. L'approche compréhensive du sujet, de son expérience et du sens qu'il lui donne se fraye un passage par les images. Les métaphores poétiques, visuelles viennent toucher plus sûrement les constructions du sujet et lui restituer quelque chose de lui-même. Pour le clinicien qui analyse, interprète, intervient, accompagne, la pensée métaphorique prête un regard sensible à la raison abstraite, elle ouvre à une compréhension que la connaissance positiviste ne peut pas atteindre. Chemin faisant, les auteurs nous montrent la fonction de la pensée métaphorique qui permet des jeux de

déplacement, déclenche des processus associatifs, met à l'épreuve du sens, donne consistance à l'impensé.

5. UN ENJEU DE TRANSMISSION

Les auteurs soutiennent l'intérêt d'une pensée métaphorique qui bouscule les habitudes d'une démarche scientifique classique. Comment cette position épistémologique instruit-elle leur manière d'enseigner ? Et comment, par ailleurs, forment-ils à la posture clinique ?

C'est le plus souvent en termes de transmission et non d'instruction ou d'enseignement que la question est soulevée. L'accent est mis sur ce qui passe de surcroît à travers le savoir. En utilisant la notion de transmission, les auteurs veulent ainsi indiquer qu'à travers la transmission des connaissances ils se rendent particulièrement sensibles à ce qui peut passer d'un autre ordre moins visible : leur posture, leur éthique, leur mode de présence, leur parole. L'accent est également mis sur l'élucidation-élaboration de l'expérience d'apprentissage qui procède d'un double processus d'objectivation et de subjectivation. Plusieurs auteurs ont traité du don et de la dette, de ce qui peut être reçu et donné, des filiations. Ils se sont intéressés à la difficile question de la reconnaissance de la dette, de sa possibilité ou de son impossibilité et des conséquences à la fois sur la mise en mouvement du sujet et sur les processus de transmission.

La position clinique ne se transmet pas le plus souvent *ex cathedra*, mais dans des micro-espaces : le petit groupe, le séminaire. Dans tous les cas, elle procède d'une parole adressée et de l'attention portée aux enjeux de cette parole. La formation y est accompagnement et passage.

6. L'ÉCRITURE DE LA CLINIQUE

C'est également la mise en écriture des actions professionnelles que les auteurs accompagnent, traitant chacun à sa manière la question de l'écrit dans la formation du clinicien. La réalité vécue s'élabore en s'écrivant. La réécriture de l'histoire est travail de mémoire qui prend son épaisseur de la diversité des interprétations, des constructions reconduites, provisoires. S'interroger sur l'écriture, dans sa fonction métaphorique et symbolisante, amène certains à réexaminer le statut du langage et de ses modalités. La fiction, la fable apparaissent comme des voies pour saisir ce qui fait énigme, nommer des contenus ou des processus qui échappent à la seule logique explicative. Ce savoir qui se forge à travers une intersubjectivité trouve son approfondissement dans une réflexion sur l'écrit indissociable d'une réflexion sur le statut de l'expérience vécue et sur les conditions de son expression à travers des productions écrites.

Avec leurs étudiants ou leurs stagiaires les auteurs accompagnent, en particulier, une écriture des pratiques professionnelles qui s'attache à donner

un statut et une forme à ce qui d'ordinaire est négligé : l'informulé, le détail, le geste ordinaire, les allants de soi de la situation, les implications affectives... Engagés dans la réflexion théorique de leur pratique clinique, ils partagent cette préoccupation d'une pensée, d'une écriture, qui rendent compte de la dynamique processuelle de la situation qu'ils entendent analyser et de laquelle ils sont partie prenante. Contrainte spécifique qui consiste à ne pas réduire par la formalisation la complexité et la richesse du matériau clinique interne/externe tout en effectuant une ressaisie intelligible et transmissible.

La réflexion sur la clinique et sur sa traduction dans l'écriture, mais aussi dans ses effets sur la pensée, a traversé l'ensemble de nos échanges. Elle trouvera son prolongement lors d'une nouvelle rencontre des auteurs avec d'autres dans le cadre du Réseau Éducation et Formation.

Affaire à suivre, donc...