

L'épistémologie de la clinique, un engagement ajusté dans les sciences de l'éducation et de la formation¹

Mireille CIFALI
Université de Genève, Suisse

Introduction

Cet article définit les fondamentaux de l'épistémologie de la clinique dans les sciences de l'éducation et de la formation. Il ne s'arrête pas à la pratique de recherche de l'auteur² mais saisit ce qui lie, épistémologiquement, les chercheurs cliniciens, malgré leurs légitimes différences.

Cette perspective n'est pas sans risque, l'auteure l'assume, forte de son expérience dans le domaine. Inévitablement, elle prend position sans pour autant se référer à ses publications. Dans le corps de l'article, elle ne fait référence qu'à peu d'ouvrages en sciences de l'éducation et de la formation, réservant la visibilité des nombreux travaux de chercheurs cliniciens et des lieux de publication dans une bibliographie complémentaire. C'est dans le domaine de l'enseignement, de l'éducation et la formation que s'ancrent les particularités d'une épistémologie clinique telles que l'article les décrit.

1. Une vue d'ensemble

La clinique n'est pas seulement un adjectif qualifiant des objets ou des pratiques mais bien une épistémologie avec ses exigences, ses cohérences et ses limites. Pour Ardoino (1989), elle est définie comme « plutôt une sagacité (perspicacité) d'accompagnement dans une durée, d'intimité partagée, dont, comme le travail de l'historien, les exemples psychanalytique, socioanalytique, ethnologique, ethnographique, voir ethnométhodologique peuvent nous donner une idée » (p. 64).

1.1. Bref rappel historique

¹ Paru dans Les dossiers des Sciences de l'éducation, *Les épistémologie alternatives en sciences de l'éducation et de la formation*, PUM, n° 48, 2022, pp. 77-87. Sera en OpenEdition Journals en 2024.

² Le masculin est utilisé de manière générique, il représente le féminin comme le masculin.

C'est à la médecine qu'il revient d'avoir ouvert le champ de la clinique. L'ouvrage de Foucault, *Naissance de la clinique* (1972), est précieux pour revenir sur son histoire. La clinique se réfère, à l'origine, à une pratique médicale nommée : « Observation directe auprès du lit du patient ». Clinique du regard et de l'écoute sur un corps souffrant. Lien entre le voir et le dire. Partage entre celui qui regarde, écoute, comprend et celui qui expose son corps souffrant. La clinique médicale s'attache à produire une connaissance du symptôme à partir d'une centration sur la singularité du malade. La construction de connaissances s'effectue non en laboratoire mais dans une confrontation directe au terrain : s'il s'agit de soigner, c'est à partir d'une attention portée à la singularité de la personne souffrante.

En ce qui concerne la dimension psychique, la clinique est une référence pour la psychanalyse qui a opéré cependant une décentration du regard vers l'écoute. Depuis Sigmund Freud, un clinicien porte attention au récit qu'une personne lui fait de son malaise, pour tenter d'approcher les conflits inconscients qui sourdent derrière les symptômes dont elle se plaint.

Étendue aux sciences humaines et sociales, la clinique se définit par une démarche d'écoute d'un ou de plusieurs sujets en situation, pris dans des interactions et des relations. Son champ d'activité dépasse le strict espace thérapeutique. C'est un art de la recherche, de la formation, de l'accompagnement, de l'intervention permettant une évolution et se tenant dans la singularité des situations rencontrées. L'enjeu est de favoriser des remaniements psychiques, des déplacements de représentations, de positions, de donner accès à de nouvelles manières de comprendre par la prise en compte de la part subjective et, parfois aussi, sociale des implications des acteurs en présence.

Chaque clinicien est amené, d'une manière ou d'une autre, à travailler son rapport à l'épistémologie de la psychanalyse. Certains auteurs 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 philosophe, de leur pratique psychosociologique, d'autres encore en viennent à la clinique à partir de leurs inscriptions professionnelles. Si une position clinique peut ainsi se soutenir sans être psychanalyste ou thérapeute, tous reconnaissent prendre en compte l'inéluctable efficacité de l'inconscient.

Un tel ancrage clinique concerne tout à la fois un chercheur et un praticien-chercheur, chacun à la quête d'une construction située de connaissances. Il est reconnu comme étant celui d'un praticien exerçant un métier de la relation. Est ainsi levé le clivage entre la construction de connaissances d'un chercheur et celle en situation d'un praticien lorsqu'il lui faut comprendre pour ajuster son action.

1.2. Une épistémologie de l'intersubjectivité

Revenons sur certaines particularités épistémologiques et éthiques de cette approche, sa nécessité de compter avec une subjectivité, la priorité donnée à la question de l'altérité, l'écoute des connexions existantes entre des processus psychiques et des logiques sociales.

L'un des postulats épistémologiques d'une orientation clinique est qu'aucune action, qu'aucune démarche ne peut se tenir en dehors d'un investissement subjectif. Alors que la démarche scientifique expérimentale tente d'exclure la subjectivité du chercheur, l'approche clinique la revendique et exige qu'elle soit travaillée, fondant ainsi une position qui cherche à aboutir à de l'objectivité par la confrontation des subjectivités et non par leur éviction. Son principal souci : éviter la partialité.

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, un clinicien prend un engagement sur son objet de travail, exigeant qu'une subjectivité soit à l'œuvre dans le travail d'élaboration et d'élucidation de ses objets.

Si la science est portée à refouler la vie intérieure et inconsciente des humains, l'une des fonctions de la psychanalyse et de la démarche clinique est d'empêcher qu'un tel refoulement ne réussisse tout à fait, aujourd'hui comme demain. Une implication dans l'action est nécessaire, de même qu'un travail de lucidité quant aux sources subjectives de tout travail. Une telle subjectivité assumée et travaillée concerne donc autant le professionnel que le chercheur.

Un chercheur clinicien a comme « objet » un autre, tenu pour un sujet. Il ne peut ni grandir, ni apprendre, ni se former, ni non plus penser à la place de cet autre, porteur d'une partie importante du processus l'amenant au-delà de ce qu'il vit. Même s'il possède un savoir, un clinicien n'est donc pas tout-puissant dans sa démarche, l'autre de la relation a une dynamique, une manière d'agir et de penser qui vient bousculer ses prévisions. Une altérité en acte est dès lors son point de mire.

On pourrait soupçonner cette épistémologie de renforcer le mouvement d'une individualisation qui renvoie le sujet à sa psychologie, l'instituant centre du monde et fragilisant d'autant la norme et le lien social. La psychanalyse n'est pas, Freud (1921/1981) l'affirme, psychologie d'un seul ; elle est d'emblée psychologie sociale. D'autant plus si la clinique, comme posture, intervient dans un espace public où se jouent des phénomènes sociaux en lien avec des problématiques psychiques. Elle nécessite dès lors la prise en compte des dimensions entrecroisées du psychique et du social, influences réciproques du sujet et du

monde. La construction du sujet advient dans l'intersubjectivité : l'intérieur et l'extérieur ne peuvent être séparés si on veut comprendre la complexité des situations vécues. Cette intersubjectivité s'ancre dans des organisations, des institutions dont les significations font l'objet d'une intériorisation qui peut mériter une élucidation.

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 d'un sujet à la collectivité, fournissent des systèmes de représentation et d'interprétation qui organisent la formation du sens. Valeurs, représentations et sens contribuent ainsi à définir conjointement l'identité d'une société et les repères identificatoires de ses membres.

Par rapport à cette articulation entre psychique et social, chaque clinicien, là aussi, tient des positions nuancées, s'y tenant ou privilégiant parfois une centration sur les processus psychiques internes.

2. Épistémologie du cadre de la recherche

Dans les sciences de l'éducation et de la formation, les terrains d'une approche clinique sont ceux des professions de l'enseignement, de la formation, de l'éducation spécialisée, du travail social, de l'accompagnement, du soin, de l'encadrement... Le cadre de la recherche est partie prenante de l'épistémologie clinique. Il consiste en des dispositifs engagés, avec l'émergence d'objets et de processus à comprendre. Prenons tout d'abord deux recherches comme appui.

2.1. Deux recherches cliniques publiées, parmi d'autres

Parce que la vie sociale convoque le sujet, l'intérêt du clinicien se porte sur le travail comme activité matérielle et symbolique, non seulement comme ensemble d'épreuves, de contraintes, mais aussi dans sa fonction d'étayage essentiel à la construction du sujet. Dans l'ouvrage de Giust-Desprairies et Ajchenbaum, *Histoires d'enseignants. Paroles croisées de deux générations* (2022), en deux époques, les auteures ont mis en place un dispositif permettant à des enseignants, conseillers principaux d'orientation, de travailler leur passé scolaire, avec l'hypothèse que ce travail sur le passé peut aboutir à des remaniements de leur présent professionnel et personnel. Ce dispositif passe par l'écriture d'un récit qui peu à peu se construit et un travail en groupe qui soutient les avancées de chacune et chacun. L'ouvrage

rend ainsi visible comment les circonstances historiques de deux générations marquent les psychismes et engendrent des difficultés professionnelles différentes.

Dans l'ouvrage de Robin, *Chefs d'établissement. Le burn-out n'est pas une fatalité* (2022), un dispositif d'analyse de pratique est proposé aux chefs d'établissement de l'enseignement catholique afin que les difficultés professionnelles puissent se parler et que la subjectivité au travail soit prise en compte pour saisir par où peut advenir un épuisement professionnel.

Le rapport subjectif qu'un professionnel œuvrant dans les milieux éducatifs et sociaux entretient avec les normes qu'il est censé transmettre est un premier palier, pas des moindres et des moins douloureux. Il se peut qu'il ait à désobéir à ce qui lui paraît injuste, dans un jeu avec la règle pour en garder l'esprit, avec cependant une capacité d'expliquer son geste et d'en assumer les conséquences. Cela requiert une lucidité de ce qui est engagé pour ne pas leurrer et être leurré.

L'ouvrage fait ainsi entendre, entre autres, combien, dans l'exercice aujourd'hui du métier de chef d'établissement, il est nécessaire de pouvoir s'autoriser un jeu avec les normes imposées, avec les contraintes multiples qui souvent empêchent le travail, épuisent celui qui veut les suivre en toute obéissance.

2.2. Dispositif de recherche, dispositif de formation

Un dispositif de recherche clinique se confond souvent avec un dispositif de formation ou d'intervention. Ou plutôt le dispositif de formation et d'intervention est un dispositif de recherche. Travail en groupe, supervision, analyse de pratique, entretien, observation sur le terrain, élaboration de récits, accompagnement..., autant de dispositifs proposés et qui sont négociés avec les autres parties prenantes. Le cadre est, lui, objet de toutes les attentions, pour créer de la sécurité, élaborer les garde-fous, protéger les paroles prononcées, désigner les limites.

Le groupe est le lieu où s'exerce une activité clinique, fondant sa démarche sur la dynamique des relations intersubjectives. Certains auteurs 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.

Si le dispositif est ce par quoi la rencontre se fait, il ne suffit pas à lui seul. L'attention est accordée surtout à la manière de traiter ce qui arrive, aux éléments dont le dispositif permet l'émergence. Il n'est donc pas transmissible comme une technique qui s'appliquerait mais il

se construit à partir des possibilités qui s'ouvrent pour le chercheur-formateur, compte tenu de ses visées et du contexte où il intervient.

À travers son écoute, un 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. Il prend en compte la manière dont il s'engage, s'implique. Il reste attentif à la particularité de chaque situation, questionne à chaque fois ses modes d'être et de faire pour se situer au plus près des demandes et des objets qui se donnent à travailler. Des questions éthiques surgissent inmanquablement. Elles concernent pour un clinicien : les limites de son travail, de sa position institutionnelle ; ses ambiguïtés face à l'autre ; sa prise en compte des contradictions, des doutes qui le traversent, avec ce qui fait pour lui valeur et engagement. Jusqu'où peut-il aller ? Quels risques fait-il courir, quels risques court-il lui-même ? Une intersubjectivité est son ancrage, contre les processus de déshumanisation toujours possibles.

2.3. Des « objets » et des processus

Les objets d'une recherche clinique sont divers. Leur point commun est d'être des objets investis dont l'investissement donne lieu à une 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 le parti de retarder tout mode opératoire, d'écouter pour entendre.

L'inconscient, l'affect, les sentiments, l'engagement corporel, la relation à soi et au monde, la dimension relationnelle avec ses motions d'amour et de haine, l'imaginaire, la parole adressée, la négativité, les souffrances professionnelles, c'est dire aussi l'insignifiant, l'intraduisible, l'énigme, l'étrangeté, l'irraisonné, l'irraisonnable... Un clinicien poursuit un « objet » bien particulier qui a toujours à voir avec un autre, vivant ou mort. Lui retient ce qui est construction humaine de l'objet. Par exemple, ce n'est pas la tâche en tant que telle qui l'arrête, mais la manière dont la tâche est reprise par un homme et une femme dans une situation donnée, avec ses contraintes et ses folies : comment ils s'en débrouillent, ce qu'ils en disent ou n'en disent pas.

Un clinicien finit ainsi toujours par entretenir un rapport de proximité avec son « objet ». Objet énigmatique, qui résiste à sa compréhension, objet de passion où se joue aussi son ignorance. Il ne le surplombe pas, ne le postule pas préexistant à son regard, à son écoute. Il préserve une dialectique entre une subjectivité et un objet, dialectique se construisant dans des relations où l'une et l'autre finissent par s'altérer mutuellement. C'est dans le dialogue avec l'objet que se construit sa connaissance. Un clinicien ne vise pas à trouver un objet

« déjà-là », ce dernier est toujours compris dans une histoire. Si ce savoir transforme, il transforme les autres et lui-même, avec des constructions datées, à effet de vérité mais qui ne se prennent pas pour la vérité.

Si émergent des « objets » particuliers à la clinique, celle-ci est surtout soucieuse de saisir des processus. Certains cliniciens se rejoignent en effet sur une hypothèse forte : une démarche clinique est à entendre comme science des processus ou art du processus. Ce sont, en effet, les mouvements heurtés du monde, ce qui fait choc au monde, qui sont à ressaisir pour en dégager une intelligibilité qui laisse toute sa place à la manière dont ils adviennent dans leur épaisseur sensible.

Cette adversité, cette altérité du monde ne se laissent approcher que par un dessaisissement qui produit un mouvement d'être : fulgurance, rupture, cassure mais aussi construction, reconstruction, restauration d'une continuité autre. L'acte est alors à appréhender comme la condensation d'un processus dont l'exploration se constitue en un cheminement possible vers un mouvement créateur.

3. Épistémologie d'une compréhension située

La particularité d'une position épistémologie clinique est de ne pas séparer les activités professionnelles de celles de la recherche, qui s'inscrivent dans des pratiques coopératives où les résultats sont issus d'une co-pensée entre les différents acteurs et non imputables aux seuls chercheurs. Il n'existe donc pas une recherche clinique sur la pratique d'un sujet mais une recherche, avec lui, le chercheur demeurant le garant du dispositif qui permet à un praticien d'élaborer du sens et de la compréhension.

Pour dépasser une difficulté handicapante, se dégager de schémas par trop inhibants, saisir les processus à l'œuvre dans les gestes ou conduites professionnelles, il s'agit à chaque fois d'élaborer avec les interlocuteurs concernés, une compréhension impliquée de ce qui se passe. Un chercheur clinicien est dans une perpétuelle tension entre le familier et l'étrange, l'attendu et la surprise. Embarqué, parfois perdu, il construit, peu à peu, avec les autres, des repères, des balises pour tisser des liens, mettre en relation ce qui était séparé et produire un sens. Ce sens ne peut être qu'une co-construction, pour qu'elle puisse avoir de l'effet, autoriser des déplacements. Il s'agit d'une recherche de compréhension, d'abord située, puis à effet plus large.

3.1. Usage de la théorie

Un clinicien tente de mettre en mouvement toutes ses connaissances pour prendre des décisions adaptées à la particularité d'autres vivants. Il mobilise ses connaissances pour que

la situation dans laquelle un autre est pris – maladie, difficulté scolaire, difficulté de travail – puisse évoluer. Il s’agit pour lui de se tenir tout à la fois sur un plan rationnel et intuitif.

Dans le champ psychanalytique, une position est affirmée : la théorie, avec ses concepts, est un donné, elle se doit cependant d’être suspendue pour construire ce qui de l’expérience risque de la mettre en danger. Il n’y a ni application ni réduction d’un 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 et non pas comme carcan. Avoir une posture clinique implique, de fait, une mise en question des processus applicatifs des théories sur des pratiques.

Un clinicien chercheur montre dès lors son rapport aux hypothèses, son usage de la causalité, sa « théorie flottante » (Castoriadis-Aulagnier, 1975), ses concepts intermédiaires, sa recherche compréhensive et interprétative. Il décrit l’importance de la surprise dans son travail de penser ; la portée de l’écart qui fait crise et surgissement. Il ne se tient pas pour un expert. Pas de nécessité, comme dans une approche expérimentale, de mobiliser des compétences pointues en statistiques et en gestion de logiciel de traitement de données. Il lui faut davantage développer certaines qualités humaines. Ce sont des termes tels qu’empathie, respect d’altérité, prise de la distance, repérage par rapport à soi et à l’autre. Mais aussi cohérence, constance, fiabilité, sollicitude, patience, générosité. Ces qualités ne sont évidemment pas suffisantes, elles s’associent avec un bagage théorique pluridisciplinaire.

Le sens clinique est de ce fait un alliage entre connaissances et intuition au service d’une capacité d’observation et de mises en lien, de questionnement et d’éveil à la complexité d’une situation sans privilégier un seul point de vue. Avoir le coup d’œil. Écouter la parole et le silence. Avoir la mémoire de ce qui s’est passé. Être capable de faire émerger des observations réalisées auparavant pour percevoir un changement, tenir compte d’un élément passé inaperçu. Processus cognitif de prise d’informations et processus affectif de participation à la situation dans sa globalité.

Un clinicien se réfère à ce que la science a construit comme connaissances, mais il admet que de telles vérités, actuelles, ne seront pas celles de demain, qu’elles ne touchent qu’une partie de la réalité psychique et sociale et qu’elles seront toujours dépassées par ce qui advient dans la singularité des situations. S’il lui importe de se référer à des disciplines multiples, y compris l’histoire, la philosophie, pour élargir la compréhension des situations, il ne les

applique pas telles quelles. Toujours dans le respect des singularités et avec une éthique de l'usage du savoir pour que celui-ci ne soit pas utilisé comme un pouvoir sur l'autre.

Soucieux d'inaugurer un mouvement de recherche favorisant la curiosité, un clinicien œuvre ainsi à transmettre une position d'humilité vis-à-vis des connaissances actuelles, n'hésitant pas à laisser apparaître sa part d'ignorance.

3.2. Pensée incarnée

La construction de connaissances dans une approche clinique est située, elle se fait avec les sujets engagés dans et par la recherche. Le savoir construit est d'abord là pour autoriser l'élaboration d'une pensée pouvant avoir effet de changement.

Ainsi un clinicien cherche-t-il à traiter la singularité des situations, pour arriver à des modes de compréhension qui aient des effets de vraisemblance, des effets de vérité. Ce qui importe, ce n'est pas la brillance de son intelligence, mais sa capacité à fabriquer pour ceux qui font appel à lui, un espace qui les aide à construire leur propre intelligence des situations. Espace de parole, de réflexion, de pensée, de débat, de conflit : espace protégé, garanti par lui, pour que du savoir se construise par eux. Ses interventions visent à déjouer les pièges où chacun s'enferme, institutionnellement parlant ; il se maintient dans une présence décalée. Ses garde-fous : ce qui se construit ou pas, ce qui se dénoue ou pas, ce qui s'enkyste ou se développe.

Il énonce de fait comment de telles connaissances construites avec d'autres produisent des effets de retour sur son propre processus de pensée. Le mouvement va de l'étayage au dés-étayage, 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, de ce fait, pas désincarnée, elle est pensée qui s'inscrit dans le corps, pensée sensible, effet de présence laissant l'émotion accompagner la raison. Un clinicien s'efforce de montrer comment l'expérience d'une pensée ouvre la conscience à des contenus évités, méconnus ou déniés, une pensée travaillant la part inconsciente des intentions et des conduites. Il lève ainsi le clivage entre rationalité et intériorité, aide les professionnels à sortir d'une idéalisation de la maîtrise des situations et de l'anxiété corrélative qu'ils développent dans leurs pratiques.

Les bénéfices ne sont pas seulement intérieurs, en termes de construction d'une estime de soi ou de réhabilitation narcissique. Les effets dont témoignent les participants d'une recherche et d'une formation touchent tout autant leur façon d'agir, de penser dans l'action, de penser leur action, et d'être plus à même d'éviter les impasses destructrices pour eux-mêmes, les

situations qui s'enkystent et les logiques déshumanisantes. Ils peuvent y construire une pensée propre non déconnectée de leurs affects et de leur histoire.

La clinique entretient un certain mode de rapport au temps. Elle investit le temps comme condition essentielle du processus de transformation. Les dispositifs de recherche-formation se déroulent sur une, voire plusieurs années. Ils exigent un temps long. Mettre en mouvement la pensée est un processus difficile, semé d'obstacles. La temporalité du changement n'est pas linéaire ; on y rencontre des inerties, des résistances psychiques, mais aussi des difficultés, des empêchements liés à la dynamique groupale, institutionnelle et aux contextes sociaux et professionnels propres à chaque situation. Cette mise en mouvement, n'éluant pas la souffrance de penser, la difficulté à se dégager des assujettissements de la pensée aux autres internes/externes, exige du clinicien des capacités de contenance et d'étayage, condition pour que puissent être traversées les turbulences associées à la remise en cause des constructions antérieures qui présidaient au regard porté sur le monde et sur soi.

Un clinicien sait donc combien il est difficile d'autoriser l'avènement d'une 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 cliniques 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.

3.3. Rapprochement avec l'esthétique

Désireux de se dégager d'une approche factuelle et rationalisante des événements et des situations, un clinicien entretient, souvent, avec l'art et l'esthétique des relations qui fécondent sa recherche de dispositifs, sa conception du sujet, de l'objet et de l'altérité. On retrouve là une autre originalité de l'épistémologie clinique, dont nous essayons de dresser les contours dans cet article.

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

Un clinicien utilise 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 s'entend à travers des images. Les métaphores poétiques, visuelles viennent toucher plus sûrement les constructions du sujet et lui restituer quelque chose de lui-même. Pour celui 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. Elle autorise des jeux de déplacement, déclenche des processus associatifs, met à l'épreuve du sens, donne consistance à l'impensé.

S'établissent, par plusieurs biais, des correspondances entre le travail du chercheur clinicien et celui de l'artiste par l'incertain, l'inventivité, une part d'intuition, une construction de soi par le travail. Là où se rejoignent processus de création et processus clinique est un socle d'humanité, une humanité reliée à d'autres se scellant dans un « rapport à », une humanité incluant sensibilité, sentiment, émotion, surprise.

La puissance de créer d'un artiste tient à sa capacité de « toucher » ce qui fait humanité chez l'humain et entre êtres humains, elle est en cela proche de celle d'un clinicien.

3.4. Écriture de la recherche, nécessité clinique

Si la clinique réclame que la subjectivité occupe une place, un chercheur ne peut le nier pour lui-même. La place de la subjectivité dans l'écriture advient à certains moments signifiants qui donnent à voir l'investissement subjectif de la construction intellectuelle. 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 exigeante de sens, car elle permet des approfondissements conséquents sur l'objet étudié, la relation intersubjective, mais aussi sur la singularité de la sensibilité du clinicien.

Si la recherche est toujours au vif de l'expérience, comment écrire la compréhension qui a été construite ? Si le quotidien des pratiques est le terrain de recherche, comment cette pratique s'écrit-elle ? Le récit serait l'espace théorique des pratiques suivant en cela la position de Certeau (de) qui va jusqu'à affirmer « qu'une théorie du récit est indissociable d'une théorie des pratiques, comme sa condition et en même temps que sa production » (1990, p. 120). Cette écriture proche de la littérature, que connaissent d'ailleurs l'histoire et l'ethnologie, peut être entrevue comme un des modes d'intelligibilité des situations du vivant.

Bien des dispositifs de formation et de recherche sont basés sur des récits, construits en groupe à partir de la pratique professionnelle³. Cela rejoint les préoccupations, pour des praticiens, d'une écriture qui s'attache à donner un statut et une forme à ce qui d'ordinaire est

³ Les ouvrages de Imbert et le Groupe de Recherche en Pédagogie Institutionnelle (GRPI) avec leurs monographies (1994, 1996, 1997) en sont le témoin, comme l'ouvrage de Giust-Desprairies *et al.* (2022).

négligé : l'informulé, le détail, le geste ordinaire, les allants de soi de la situation, les dialogues, les silences, les implications affectives.

La mise en écriture des actions professionnelles, qu'un clinicien accompagne souvent, fait donc partie de sa recherche. La réalité vécue s'élabore en s'écrivant. La réécriture de l'histoire est un 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 cliniciens à réexaminer le statut du langage et de ses modalités. La fiction, la fable apparaissent comme des voies pour saisir ce qui fait énigme, pour 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.

Réflexions conclusives : la clinique, une épistémologie en tension

Évoquons, en guise de conclusion, la place de la clinique dans l'espace des conceptions et démarches scientifiques, et face à l'évolution des institutions.

La clinique est une autre manière de chercher et de comprendre, elle a évidemment ses limites. Son épistémologie est particulièrement ajustée pour des professionnels de l'éducation, l'enseignement et la formation, là où il s'agit de saisir et comprendre des « présences ».

L'épistémologie clinique a de tout temps été en tension avec une conception expérimentale de la recherche, celle-ci lui déniait sa place dans la construction des savoirs. La confrontation des différentes manières de mener des recherches a créé de nombreux débats, parfois des alliances, des complémentarités, des reconnaissances. Toutefois, les logiques et les pouvoirs propres au milieu universitaire n'ont souvent eu de cesse de réduire l'apport de la clinique dans la formation et la recherche.

Les dimensions relationnelles ne s'approchent pas de la même manière que le fonctionnement du cerveau. C'est donc vers une complémentarité, respectueuse, à laquelle nous aurions à œuvrer si les luttes de pouvoir, ici comme ailleurs, ne faisaient pas d'une démarche de connaissance un enjeu de territoires et de places. Pour que la science ne tombe pas, à son tour, dans des dérives totalitaires, il s'agit de maintenir des écarts, des différences, des contradictions, une approche clinique pouvant être l'une de ces voies qui interrogent. Il en est d'autres. L'argument tant entendu à son encontre : « Ce n'est pas de la science » n'est guère épistémologiquement recevable.

La clinique est souvent à contre-courant. Elle dénonce les processus actuels de réifications des personnes et des situations, l'emprise administrative de la qualité. Elle est, elle-même, mise en danger par l'évolution des institutions. Un clinicien prend souvent le risque d'une position difficilement soutenable dans les institutions de recherche, d'enseignement et de formation. Les dispositifs qu'il met en place exigent un cadre institutionnel qui les autorise, les accueille et les reconnaît, ce qui est loin d'être toujours le cas. Ces dispositifs sont parfois juste des enclaves. 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 valeur.

Sa conception d'un temps long de la recherche est à contre-culture des accélérations actuelles et du culte de l'urgence où les professionnels, qu'ils exercent dans les domaines du soin, de l'éducation ou de la formation sont, comme les autres, attendus sur une efficacité calculée à partir d'un rapport serré entre temps, coût et résultat. L'essor et la valorisation sociale des thérapies et des formations brèves la rendent fragile, institutionnellement, dans les conditions effectives des organisations qui s'établissent sur un temps fractionné, un envahissement des logiques gestionnaires entravant lourdement la capacité de penser.

C'est pourtant, encore et toujours, la clinique, avec son écoute et son éthique, qui accompagne la souffrance psychique dans ses dégagements. Sa mise en danger, paradoxalement, valide sa pertinence.

Bibliographie

Ardoino, J. (1989). De la clinique. *Réseaux*, 55-57, 63-68.

Castoriadis-Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation, du pictogramme à l'énoncé*. PUF.

Certeau, de M. (1990). *L'invention du quotidien*, vol 1 : *Arts de faire*. Gallimard.

Foucault, M. (1972). *Naissance de la clinique*. PUF.

Freud, S. (1921/1981). Psychologie des foules et analyse du moi. Dans S. Freud (dir.), *Essais de psychanalyse* (p. 123-127). Payot.

Giust-Desprairies, F. et Ajchenbaum, J. (2022). *Histoires d'enseignants : Paroles croisées de deux générations*. PUF.

Imbert, F. et le Groupe de Recherche en Pédagogie Institutionnelle (GRPI) (1994). *Médiations, institutions et lois dans la classe*. ESF.

Imbert, F. et le GRPI (1996). *L'inconscient dans la classe, transferts et contre-transfert*. ESF.

Imbert, F. et le GRPI (1997). *Vivre ensemble*. ESF.

Robin, J.-Y (2022). *Chefs d'établissement. Le Burn-out n'est pas une fatalité*. Éditions Le Bord de l'eau.

Bibliographie complémentaire (non exhaustive)⁴

Blanchard-Laville, C. (2001). *Les enseignants. Entre plaisir et souffrance*. PUF.

Blanchard-Laville, C. (2013). *Au risque d'enseigner*. PUF.

Bossard, L.-M. (dir.). (2017). *Clinique d'orientation psychanalytique. Recherches en éducation et formation*. L'Harmattan.

Bossard, L.-M, Lerner-Sei, S. et Chaussecourt, P. (dir.). (2019). *Éducation, formation et psychanalyse : une insistance actualité*. L'Harmattan.

Bossard, L.-M. (dir.). (2020). *Histoire de la clinique d'orientation psychanalytique en éducation et formation. Parcours de témoins*. L'Harmattan.

Chaussecourt, P. (2015). *Enseigner à l'école primaire. Dix ans avec un professeur des écoles*. L'Harmattan.

Cifali, M. (2018). *S'engager pour accompagner. Valeurs de métiers de la formation*. PUF.

Cifali, M. (2019). *Préserver un lien. Valeurs des métiers de la relation*. PUF.

Cifali, M. (2020). *Tenir parole. Responsabilités des métiers de la transmission*. PUF.

Cifali, M. et Giust-Desprairies, F. (dir.). (2006). *De la clinique. Un engagement pour la formation et la recherche*. De Boeck.

Cifali, M. et Giust-Desprairies, F. (dir.). (2008). *Formation clinique et travail de la pensée*. De Boeck.

Cifali, M., Théberge, M. et Bourassa, M. (dir.). (2010). *Cliniques actuelles de l'accompagnement*. L'Harmattan.

Cifali, M. et Périlleux, T. (dir.). (2012). *Les métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques*. L'Harmattan.

Cifali, M. et André, A. (2012). *Écrire l'expérience. Vers une reconnaissance des pratiques professionnelles*. PUF.

Cifali, M. et Périlleux, T. (dir.). (2013). Clinique du négatif, enseignement et formation en tension. *Cahiers de psychologie clinique*, 41, 7-190.

Cifali, M., Giust-Desprairies F. et Périlleux, T. (dir.). (2015). *Processus de création et processus cliniques*. PUF.

⁴ Cette bibliographie complémentaire présente un choix d'auteurs (universitaire ou non) se référant à une épistémologie clinique dans les sciences de l'éducation et de la formation. Elle rend également visible certaines revues où se publient les recherches cliniques d'universitaires comme de praticiens. Ont été privilégiés les ouvrages aux articles.

- Cifali, M., Grossmann S. et Périlleux, T. (dir.). (2018). *Présences du corps dans l'enseignement et la formation. Approches cliniques*. L'Harmattan.
- Cifali, M., Giust-Desprairies, F. et Périlleux, T. (dir.). (2019). *L'accueil des affects et des émotions en formation et en recherche*. L'Harmattan.
- Cifali, M., Pham Quang, L. et Roiné, C. (dir.). (2022). *Éthique de l'intériorité dans les pratiques contemporaines de formation et de recherche*. L'Harmattan.
- Cliopsy – Clinique d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation* (existant depuis 1994). Revue clinique électronique (depuis 2009, 29 numéros parus en avril 2023) : <https://www.cliopsy.com>
- Contini, J.-C. (2020). *L'éducation spécialisée : l'écriture de l'agir*. Payot.
- Envie d'école*, revue de la Fédération nationale des associations des rééducateurs de l'Éducation nationale (FNAREN) (existant depuis 1995, 114 numéros parus en mai 2023).
- Dubois, A. (2017). *Accompagner les enseignants. Pratiques cliniques groupales*. L'Harmattan.
- Fustier, P. (1999). *Le travail d'équipe en institution : clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*. Dunod.
- Geffard, P. (2018). *Expériences de groupes en pédagogie institutionnelle*. L'Harmattan.
- Giust-Desprairies, F. (2003). *La figure de l'autre dans l'école républicaine*. PUF.
- Giust-Desprairies, F. (2004). *Le désir de penser : construction d'un savoir clinique*. Téraèdre.
- Giust-Desprairies, F. (2005). *L'enfant rêvé. Significations imaginaires d'une école nouvelle*. L'Harmattan.
- Giust-Desprairies, F. (2005). *Analyser ses pratiques professionnelles en formation*. CRDP.
- Giust-Desprairies, F. (2013). *Le métier d'AMP. Construction d'une identité professionnelle*. Dunod.
- JE est un autre*, revue de L'Association des Groupes de Soutien au Soutien (AGSAS) (existant depuis 1994, 33 numéros parus en avril 2023).
- Imbert, F. (1985). *Pour une praxis pédagogique*. Matrice.
- Imbert, F. (1992). *Vers une clinique du pédagogique*. Matrice.
- Imbert, F. (2018). *Un itinéraire en pédagogie institutionnelle*. Champ social.
- Imbert, F. (2000). *L'impossible métier du pédagogue*. ESF.
- L'Erre*, revue de la FNAREN (existant depuis 1986, 36 numéros parus en mai 2023).
- Lévine, J. et Moll, J. (2009). *Prévenir la souffrance d'école*. ESF.
- Lévine, J. et Moll, J. (2012). *JE est un autre*. ESF.
- Moll, J. (1989). *La pédagogie psychanalytique : origine et histoire*. Dunod.
- Moll, J. (2015). *En pédagogie, chemin faisant...* L'Harmattan.

- Oury, F., Vasquez, A. (1967). *Vers une pédagogie institutionnelle*. Maspero.
- Oury, F., Oury, J. et Pochet, C. (1986). *L'année dernière j'étais mort. Signé Miloud*. Matrice.
- Perberty, B., Robert, P. et Chaussecourte, P. (dir.). (2020). *Entre le soin et l'éducation : des métiers impossibles ?* L'Harmattan.
- Ponnou, S. et Niewiadomski, C. (dir.). (2020). *Pratiques d'orientation clinique en travail social*. L'Harmattan (*Critical Psychoanalytic Social Work. Research and Case Studies for Clinical Practice*, 2023, Routledge).
- Revault d'Allonnes, C. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Dunod.
- Revault d'Allonnes, C. (1998). *Clinique et éthique*. L'Harmattan.
- Rouzel, J. (2002). *Le transfert dans la relation éducative : psychanalyse et travail social*. Dunod.
- Rouzel, J. (2007). *L'acte éducation. Clinique de l'éducation spécialisée*. Érès.
- Terrisse, A. et Carnus M.-F. (dir.). (2009). *Didactique clinique de l'éducation physique et sportive*. De Boeck.