

**La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche**

Chantal Eymard & Michel Vial

La collection **En question**,
est éditée par le Département des Sciences de l'éducation
de l'Université de Provence, Aix-Marseille I
et par son Centre Interdisciplinaire de Recherche en Apprentissage,
Didactique et Evaluation
(CIRADE)

En question,

Cahier N° 23

1999

N°23
**La clinique.
Essai I
De la thérapie à la recherche**
sous la direction de
Chantal Eymard et
Michel Vial

**La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche**

Chantal Eymard & Michel Vial

Chantal Eymard et Michel Vial, (sous la dir.). *La clinique. Essai 1 : de la thérapie à la recherche*. Aix-en-Provence, En question, Cahier n° 23, 1999

Mots clefs : méthode - écoute - souffrance - transfert - langue - praxi-thérapie - recherche - paradigme - débat - récit - cas - désir - norme - savoir - nosographie - expérience - relation - parole - pratique - théorisation -

Résumé : Ce Cahier est issu d'un groupe de travail que Chantal Eymard et Michel Vial ont initié sur le thème de la clinique, avec des étudiants de troisième cycle de notre laboratoire. La constat de départ est que le mot clinique est utilisé avec des significations très différentes selon les auteurs et selon la discipline universitaire ou la pratique sociale dans laquelle ils travaillent. Et à chaque fois qu'on essaie de "définir" la clinique, on se retrouve avec des traits distinctifs différents selon qu'il s'agit de parler d'une pratique dite psychologique ou psychanalytique, du travail social et de la Santé ou de la recherche en psychologie dite clinique, ou de la recherche médicale. Il s'agit de se repérer dans ces variations, ces glissements sémantiques. Car avant de savoir quel type de critères de scientificité une méthode peut réclamer, il faut d'abord savoir ce qu'elle est, ce qu'elle permet de faire. Ce premier "essai" veut repérer des ensembles de notions, de "concepts" dont la clinique se réclame et qu'on utilise déjà, pour la plupart, en Sciences de l'éducation. Par contiguïté d'abord, un mot en appelant un autre : quel est le référent dont s'étaye la clinique ? Quelles grappes de concepts mobilise-t-elle pour son breuvage ? Quels systèmes d'idées utilise-t-elle et en quoi tiennent-ils ensemble ? Qu'est-ce qui caractérise la clinique au-delà des variations de telle ou telle discipline ou de tel ou tel corps de pratiques ?

Le projet, ce faisant, est de cerner la clinique, non pas pour faire *voir* la clinique (elle n'a pas besoin d'être exposée), ni pour la faire *entendre* (elle n'a pas besoin d'être défendue) mais, conjuguant les deux projets : pour la rendre *intelligible*.

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

Sommaire

	pages
Introduction :	
De la clinique en réserve.	
Michel Vial.....	1
1. La clinique dans le débat méthodologique.	
Francis Henry	4
Une ou plusieurs méthodes ?.....	5
La méthode clinique	6
La méthode expérimentale	7
En Sciences humaines ?.....	8
La sociologie.....	9
La psychologie.....	11
Conclusion	13
Bibliographie	14
2. Les notions originales de la clinique.	
Hélène Fossé, Jocelyne Accardi et Annie Dufrêne	15
Méthode de lecture.....	15
Le signe et la chaîne.....	16
La séparation.....	16
Le transfert.....	18
La norme et le normal.....	18
Le pathologique.....	19
La souffrance.....	19
L'angoisse	20
Le désir.....	20
Bibliographie.....	21
3. L'expérience de la relation clinique	
Abeer Al Kaisi	22
La distance.....	22
Le questionnement dans la durée.....	22
Bibliographie.....	23
4. Discussion de trois principes au fondement de la clinique comme méthode de recherche.	
Pierre Reyes	24
La valeur extrinsèque.....	25
La subjectivité expérientielle.....	27
L'interprétation.....	28
Conclusion.....	29

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

Bibliographie.....	30
5. Le récit dans la clinique.	
Françoise Nublat	31
Le sujet clinique.....	32
Le récit	34
conclusion.....	36
Bibliographie	36
6. La relation au langage	
 dans la communication d'une recherche clinique.	
Jean Blanc	38
La subjectivité et la démarche clinique.....	39
La langue et le chercheur.....	39
L'ambiguïté et l'autonomie de la langue du Pour Soi.....	40
Langue et écriture du texte de la recherche.....	41
Interprétation et communauté scientifique.....	43
Bibliographie.....	44
7. Liens entre pratique et recherche cliniques :	
 le cas de la psychanalyse.	
Michel Vial	45
De la pratique thérapeutique à la praxis de recherche.....	45
Les tressages pratique et théorie -	
expérience et recherche.....	48
Nature et fonctions du savoir communiqué.....	51
Recherche clinique et théorie.....	53
Bibliographie.....	55
7. Synthèse et perspectives	
Chantal Eymard	56

OOOOooooooooOOOO

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

Introduction

De la clinique en réserve

Michel Vial

Ce Cahier est issu d'un groupe de travail, un chantier, que Chantal Eymard et moi-même avons initié sur le thème de la clinique, avec des étudiants de troisième cycle de notre laboratoire. Les articles qui le composent sont légitimement signés par leurs auteurs respectifs, même si le texte est le fruit de discussions du groupe de travail en son entier.

Notre constat de départ est que le mot clinique est utilisé avec des significations très différentes selon les auteurs et selon la discipline universitaire ou la pratique sociale dans laquelle ils travaillent. Et à chaque fois qu'on essaie de "définir" la clinique, on se retrouve avec des traits distinctifs différents selon qu'il s'agit de parler d'une pratique dite psychologique ou psychanalytique, ou du travail social, de la Santé ou de la recherche en psychologie dite clinique, ou de la recherche médicale. Nous voulons tout d'abord nous repérer dans ces variations, ces glissements sémantiques.

La question s'est révélée fort épineuse : est-ce une méthode, un ensemble de principes, de postulats explicables, de techniques reproductibles, d'outils utilisables parce que spécialisés, comportant leur mode d'emploi, ou leur critères ? Car, si nous voulons que nos étudiants tiennent un discours méthodologique, si nous voulons parler de la méthodologie (ce discours sur les méthodes de recherche), c'est pour que nous puissions rendre communicable, le "au nom de quoi", le "pourquoi" et le "vers quoi" le *projet* de recherche engagé demandait d'utiliser telle(s) ou telle(s) méthode de recherche.

Alors, il faut bien en passer d'abord par une "cartographie" des méthodes disponibles (c'est le programme de l'UE Méthodologies de Licence). Et dans cette topographie qu'on essaiera de ne pas transformer en une taxonomie simple, parce qu'elle serait orientée par une axiomatique, la clinique a bien du mal à se tenir dans une case précise. Elle oblige trop souvent à définir en même temps ce *contre* quoi elle s'érige : toutes les autres méthodes, mais principalement l'expérimental. Et s'ouvre à chaque fois, outre le risque de systématiser en deux camps adverses ce qui est plus imprécis, plus mouvant, le risque de faire croire à une alternative.

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

Or nous croyons, là comme ailleurs, que les alternatives sont ruineuses, en ce qu'elles militent chacune pour leur domaine, en place de permettre une décision justifiée et temporaire.

Ensuite (et d'autant plus que) "clinique" est utilisé par certains auteurs des Sciences de l'éducation —et pas des moindres ! (en ce sens d'abord qu'ils nous sont chers)— pour désigner un ensemble de principes, de démarches, d'attitudes, (autour de la notion *d'écoute*) qui se déclinerait dans un "paradigme" de la recherche en tous points contradictoire avec l'expérimental qui se déclinerait, lui, autour de *la vision*. On retrouve là les deux *paradigmes* principaux (Berbaum 1982 - Ardoino & Berger, 1986 - 1989 - Morin, 1990), comme éléments constitutifs d'une *vision du monde*, notamment invoqués à propos de la distinction entre Evaluation et Contrôle ; le passage de l'un à l'autre nécessitant un véritable changement épistémologique.

La clinique occuperait donc la place d'un échelon de l'un de ces paradigmes, traversé par une logique particulière qui serait comme l'envers du positivisme, du rationalisme abstrait, de la pensée mécanique ou disjonctive. A ce titre, cette distinction entre univers de la vision et de l'écoute s'inscrit, de façon toujours plus ou moins explicitée, *contre* la conception "dominante" de la recherche en Sciences de l'éducation (dominante, en ce sens qu'elle s'attribue le prestige des sciences exactes, ou plus exactement des sciences de la nature qu'elle cherche à imiter), contre cette recherche qui a tôt fait, il est vrai, de se réclamer de l'expérimental —comme si le problème ne se posait pas ! Et bien si, il se pose et nous le posons : la scientificité n'est pas réservée à l'expérimental...

En revanche, si le scientisme commence bien quand on croit sa méthode ou l'ensemble de son référent théorique, le seul possible et le meilleur, il est des scientifiques qui se réclament haut et fort de l'expérimentalisme et d'autres sont, pour la même raison, des scientifiques cliniciens. Nous les renvoyons dos à dos. Parce que ce n'est pas ce qui se joue, pour nous, dans le choix d'une méthode. Nous avons appris —grâce aussi à la vigilance de nos collègues— à nous méfier de la sublimation d'un paradigme sur l'autre. Nous travaillons ce que Berthelot (1990) nomme si justement nos "investissements symboliques", ce qui ne veut pas dire d'abord que nous ne puissions pas, quelquefois, en être les jouets, ni que, de temps en temps, des joutes théoriques comme celle qui récemment dans *L'année de la recherche* a opposé Ardoino et Berger à Mialaret et Duru Bellat, ne soient pas salutaires, stimulantes et ... divertissantes. Ce n'est pas ici notre jeu, nous n'en sommes pas là, il nous semble d'abord utile de *situer* la méthode clinique car [...] le problème central reste celui du passage qualitatif du stade de simple

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

questionnement, à portée éducative ou curative, à celui beaucoup plus systématique d'une recherche." (Ardoino, 1985, pp.31-32).

Mais aussitôt l'immensité de nos ambitions nous donne le vertige : avant de savoir quel type de critères de scientificité une méthode peut réclamer, il faut d'abord savoir ce qu'elle est, ce qu'elle permet de faire. Retour à la case départ... Alors, nous avons décidé dans ce premier "essai" de repérer des ensembles de notions, de "concepts" dont la clinique se réclame et qu'on utilise déjà, pour la plupart, en Sciences de l'éducation. Par contiguïté d'abord, un mot en appelant un autre : quel est le référent dont s'étaye la clinique ? Quelles grappes de concepts mobilise-t-elle pour son breuvage ? Quels systèmes d'idées utilise-t-elle et en quoi tiennent-ils ensemble ? Qu'est-ce qui caractérise la clinique au-delà des variations de telle ou telle discipline ou de tel ou tel corps de pratiques ?

Nous espérons, ce faisant, cerner la clinique, en creux, *en réserve*¹. C'est la solution que nous avons tentée, pour non pas faire *voir* la clinique (elle n'a pas besoin d'être exposée), ni pour la faire *entendre* (elle n'a pas besoin d'être défendue) mais, conjuguant les deux projets : pour la rendre *intelligible*.

OOOOooooooooOOOO

Bibliographie

- Ardoino, J., "Des allant-de-soi pédagogiques à la conscientisation critique",
Préface à Imbert *La praxis pédagogique*, Vigneux : Matrice, 1985
- Ardoino, J., & Berger, G., "L'évaluation comme interprétation", *Pour* n°107,
1986, pp.120/127
- Ardoino, J., & Berger, G., "Fondements de l'évaluation et démarche critique",
AECSE n°6, 1989, a, pp.3/11
- Ardoino, J. & Berger, G. "Du discours et des faits scientifiques dans les
dites sciences de l'éducation", *L'année de la recherche*, 1996, pp.5-
36
- Berbaum, J., *Etude systémique des actions de formation*, Paris : PUF, 1982
- Berthelot, J-M., *L'intelligence du social*, Paris : PUF, 1990
- Duru-Bellat, M. & Mingat, A. "Vérification et falsification dans la recherche en
éducation", *L'année de la recherche*, 1996, pp.55-67
- Mialaret, G. "De la théorie de la relativité aux sciences humaines ou essai sur
la recherche scientifique actuelle", *L'année de la recherche*, 1996,
pp. 12-49
- Morin, E., *Science avec conscience*, Paris : Fayard, 1990

OOOOooooooooOOOO

¹ D'abord "partie laissée en blanc dans une oeuvre graphique et qui remplace le trait" mais peut-être aussi quelque chose de la "réserve de chasse" ? ou des "troupes de réserve" ? ou même de "faire ses réserves" ?

7. Liens entre pratique et recherche cliniques : le cas de la psychanalyse

Michel Vial

"Dans le discours scientifique dont le savant s'exclut par souci d'objectivité ; ce qui est exclu n'est cependant jamais que la "personne" (psychologique, passionnelle, biographique), nullement le sujet".

Roland Barthes, *De la sciences à la littérature*, 1967

Si le texte de recherche se doit, bon gré mal gré, d'être compte-rendu de la recherche et non pas relation du processus de recherche vécu par le chercheur, on peut alors se demander comment dans le texte de recherche qui se réclame d'une méthode clinique s'effectue le passage entre le terrain et la théorisation. Le champ prototypique où ce passage peut être étudié semble bien être la pratique psychanalytique. Et dans ce domaine, les écrits de Julia Kristéva semblent exemplaires, c'est pourquoi ce texte s'appuiera principalement sur "*Les nouvelles maladies de l'âme*" (1993), recueil d'articles d'abord écrits pour la société savante (communications à des colloques, publications dans des revues scientifiques et universitaires).

De la pratique thérapeutique à la praxis de recherche

Il est nécessaire de poser une distinction entre pratique et recherche cliniques. La pratique clinique, ici psychanalytique, ailleurs psychologique, ailleurs encore médicale, infirmière ou psychiatrique est toujours à *visées thérapeutiques*.

En psychanalyse, il s'agit de faire que celui qui est venu consulter se comprenne, pour "renouveler la grammaire et la rhétorique, complexifier le style de celui ou de celle qui a demandé de nous parler, parce qu'ils n'en peuvent plus de ne pas dire et de ne pas être entendus" (Kristéva, 1993, p. 17). Il est donc nécessaire de séparer cette pratique analytique encore proche du sens premier de la clinique (au chevet du malade), de la recherche faite "sur" ou "avec", en fait à *partir* de cette pratique et qui, elle, se communique (par la page) aux pairs d'abord dans une

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

communauté scientifique/savante. Là, le client ou le patient et le vécu transférial (ce qui se passe pendant la cure analytique) se transforment en un "cas clinique". La notion de cas et la technique des cas semblent effectivement emblématiques de toute entreprise de recherche clinique.

Mais il ne faut pas assimiler visée thérapeutique et normativité, remise dans la rectitude ou la sanitude : " La notion même de maladie psychique tend à disparaître, à s'identifier à une des potentialités logiques immanentes à tout "appareil psychique" (Freud), à tout "parlêtre" (Lacan). Si la "norme" et "l'anomalie" sont aussi mises en cause, la vigueur de la psychanalyse ne se limite pas à cette subversion dans laquelle se sont reconnus les esprits libertaires depuis presque un siècle déjà. L'insistance sur le *sens*, l'utilisation de la parole érotisée dans le transfert demeurent le signe de reconnaissance essentiel de cette aventure singulière qu'est la découverte freudienne." (Kristéva, 1993, p. 12)

Mais la clinique n'est pas la seule méthode à se préoccuper du sens construit et à dire, comme en ethnométhodologie, que "les gens ne sont pas des idiots culturels". En revanche, il pourrait sembler que ce soit le recours à "la parole érotisée" pour comprendre la relation à autrui et de autrui à soi, qui ferait la différence entre ethnométhodologie et clinique en psychanalyse. Ardoino (1986) a déjà signalé combien l'ethnométhodologie comme toutes les méthodes de l'Ethnos (ethnologie, ethnographie...) ne reconnaissent pas l'inconscient ni ses ruses, chez leur sujet : "Tout ce qui est de l'ordre de l'imaginaire et de l'inconscient reste trop facilement hors de portée de l'instrumentation proprement ethnométhodologique (Ardoino & Lecerf, 1984, p. 15). Serait alors clinique la pratique de terrain (dans le cadre d'une recherche) qui le reconnaîtrait ? Mais ce n'est pas le cas non plus dans le monde médical. La recherche clinique médicale (ainsi que la pratique psychiatrique ordinaire, celle qui s'inscrit dans les sciences neuro-biologiques et dans l'empire pharmaceutique) se passe des théories psychanalytiques mêmes élémentaires et en tous cas de l'inconscient, ou bien, ce qui revient au même, ne pense pas pouvoir "soigner" avec l'inconscient et lui préfère la chimie. N'empêche, ils se réclament de la pratique clinique.

Ce n'est donc pas la *modélisation du sujet* (avec un inconscient, porteur d'une parole, construisant le sens de son monde) qui caractérise la pratique clinique dans les cliniques existantes, mais bien davantage *la posture* du clinicien toute construite autour de *l'écoute* de l'autre qui "souffre", par opposition avec le *voir* de l'expérimental. On en revient à une opposition systématique... quitte à raviver l'incompréhension et l'intolérance mutuelle dans la fameuse "querelle des méthodes". La souffrance alors doit être entendue au sens large, qui suppose que tout être vivant souffre. Elle ne doit pas être confondue avec la douleur. C'est le postulat de la clinique : vivre, c'est être en souffrance. Ecouter cette souffrance alors peut

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

s'apprendre, c'est avant tout un travail sur sa posture, comme toute méthode de recherche en exige un.

Remarquons que c'est le problème de l'analyste : "si pour le patient, l'analyste est un "sujet supposé savoir", l'analyste, lui, sait qu'il n'est rien d'autre qu'un sujet à question, en question" (Kristéva, p. 111) : c'est la problématique du transfert dans la cure. L'analyste y est formé (et pas seulement instruit). On sait mais il faut le redire : la pratique clinique, le vécu transférentiel, la relation clinique, la posture clinique, le travail d'écoute sur le terrain ne sont pas qu'une question de savoir référentiel, de maîtrise de techniques, ni de vouloir faire. C'est pourquoi la clinique nécessite de redonner à *méthodologie* son sens plein (depuis le questionnement éthique, en passant par la vigilance épistémologique, jusqu'au discours sur la méthode choisie) et ne pas assimiler méthodologie avec justification de l'emploi d'une technique ou d'un outil sensés assurer à eux seuls, automatiquement, par magie, la scientificité de l'entreprise de recherche.

Et notamment parce qu'il reste que "l'appel est fait au psychanalyste, sous des formes déguisées, à restaurer la vie psychique pour permettre une vie optimale au corps parlant" (Kristéva, p. 17) : si la demande est thérapeutique, le travail du psychanalyste, comme le travail du chercheur clinicien en éducation sans illusion, n'est plus dans cette optimisation, dans cette praxéologie qui veut obtenir un mieux-être mais bien davantage, dans cette *praxistique* qui cherche les moyens de faire que l'autre fasse sa route, au mieux de ce qu'il en peut. La relation d'accompagnement n'est pas la relation d'aide. Ce n'est plus du tout "guérir" ni "soigner" : d'une pratique sociale, on passe à *une praxis* de recherche.

En effet, le projet de cette méthode de recherche est, comme tout projet de recherche sur l'humain, de remettre en question la théorie pour la rendre apte à l'intelligibilité de notre époque, de notre épistémé : "un analyste qui ne découvre pas, dans chacun de ses patients, une nouvelle maladie de l'âme, ne l'entend pas dans sa véritable singularité. De même, en considérant que, par-delà les nosographies classiques et leur nécessaire refonte, les nouvelles maladies de l'âme sont des difficultés ou des incapacités de représentation psychique qui vont jusqu'à mettre à mort l'espace psychique, nous nous plaçons au coeur même du projet analytique." (Kristéva, p. 17). La visée est compréhensive, la clinique ne peut pas, quand elle est recherche et non pas seulement pratique, servir l'explication, la volonté d'expression de lois, ni même la rationalisation des pratiques. On retrouve ici ce "dualisme sémantique exprimant une dualité de perspectives" qui font que "les discours tenus d'un côté et de l'autre relèvent de deux perspectives hétérogènes, c'est-à-dire non réductibles l'une à l'autre et non dérivables l'une de l'autre"

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

(Ricoeur, 1998, p. 25), bien que le chercheur soit tressé des deux paradigmes (Vial, 1997), ce qui permet de "s'interdire de transformer ce dualisme de référents en un dualisme de substances" (Ricoeur, 1998, p. 25).

Parler de recherche clinique suppose que le clinicien chercheur sache qu'il se doit de transmuier la relation à autrui, laquelle se donne dans le quotidien comme une pratique thérapeutique, en une praxis de recherche. C'est dépasser la pratique professionnelle finalisée sur le mieux-être ou le soin ou la guérison, pour relire la relation avec un projet, beaucoup plus vaste (d'aucuns diraient philosophique), orienté par la visée de compréhension de l'homme-au-monde (et pas seulement du monde qui deviendrait le "réel" des sciences de la nature). Il semble que tout psychanalyste qui se respecte est dans ce passage de la pratique à la praxis ; la supervision (le Contrôle analytique) trouve là un de ses objets. On ne peut en dire autant de la pratique médicale, infirmière ou psychiatrique, bien que rien —en théorie— ne s'y oppose et que donc certains d'entre eux soient en projet, fassent de la recherche clinique et ne se contentent pas d'exercer par une relation clinique appelée "démarche clinique" leur métier.

En somme, il ne suffit pas d'être praticien clinique (clinicien) pour faire de la recherche relevant d'une méthodologie clinique.

Les tressages pratique et théorie - expérience et recherche

Le texte de la recherche clinique, en psychanalyse, s'expose dans un certaine tonalité qui, semble-t-il, lui est propre notamment parce qu'il n'isole pas de manière aussi nette que d'autres méthodes ce qui relève de la pratique et de la réflexion "sur" cette pratique. La théorie n'a pas le même rôle dans l'économie du texte.

En premier lieu, l'interprétation pour la recherche ne part pas d'une expérience pratique (de terrain) qui la précéderait pour en analyser et en discuter *les résultats*. Elle utilise une pratique (celle de la cure analytique) *dans laquelle* la théorisation est élaborée puisque "votre vie psychique est un discours en acte, nuisible ou salvateur, dont vous êtes le sujet. Nous sommes ensemble pour l'analyser : pour le dissoudre et repartir à neuf" (Kristéva, p. 13). La parole est interprétée au fur et à mesure de la cure analytique. Le texte de recherche rend compte (rend intelligible à autrui) de ce travail de *théorisation en acte* qui se fait *pendant l'expérience de terrain* : "le recours à la théorisation flottante est, en définitive, cette troisième oreille —distante mais implicite et indispensable— qui module une donnée de contre-transfert en interprétation pertinente." (Kristéva, p. 27). Par interprétation, il ne faut bien sûr pas entendre dévoilement d'un sens premier caché qu'on chercherait à restituer dans sa pureté —sinon à confondre

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

interprétation et explication. L'interprétation est ici proche de l'herméneutique à la Ricoeur : "chaque cure devient un idiolecte, une oeuvre d'art et la mise en place d'une nouvelle création théorique à l'intérieur du continent freudien" (Kristéva, p. 51). Proche aussi de l'ethnométhodologie où la validation d'une ethnométhode est faite par les acteurs eux-mêmes et pas par le chercheur seul (Coulon, 1987). C'est tout le problème de l'arrêt de la cure : "Pourquoi et où arrêter ? La réponse est plus difficile ici qu'avec d'autres patients, en raison de cet inachèvement de l'appareil psychique qui devient cependant, lors de la cure, source de mobilité érotique et existentielle. La question demeure : que signifie l'expression et l'ambition d'analyser une perversion ?" [...] C'est plus complexe qu'au départ. Un travail analytique a été possible, qui a donné à Didier accès à son psychisme. [...] A lui de continuer. [...] Nous² ne sommes qu'au début. Rien qu'un début. Longueur, petitesse et modestie de l'analyse. Mais qui d'autre ranime, aujourd'hui, l'intimité ? " (Kristéva, p. 38/39), ce qui n'est pas sans rappeler l'arrêt de la relation de (au/sur le) terrain, qui se donne comme un problème dans toute une recherche de terrain. La méthode clinique a donc un repère : donner à l'autre, dans la "complexification" de la relation, accès à son monde, d'une autre manière qu'avant. Cela suppose donc en préalable, d'accepter que toute recherche clinique est changement de ce qu'elle étudie, puisque en fin de course, le texte de la recherche clinique devra rendre intelligible le *changement* vécu par le sujet du cas.

C'est bien sûr le *statut donné au partenaire* qui est décisif : ici il n'est pas un objet de recherche, il n'est pas simplement exécutant d'un plan que le chercheur lui donne, il ne se cale pas dans la prévision d'un protocole, il est sujet dans la recherche. L'autre, le "patient", le partenaire est *l'analysant* : "la psychanalyse en appelle à la vie de l'être parlant, en consolidant et en explorant sa vie psychique" (Kristéva, p. 12). Pourtant il n'y a pas, comme parfois (sinon toujours) dans la recherche-action, confusion des rôles et nivellement des statuts entre les partenaires de la situation de recherche : c'est toute l'utilité de la problématique du transfert (et du contre-transfert), travail que le psychanalyste se doit de conduire (dans la relation et sur lui-même) et qui doit à la fois lui permettre l'identification³ à l'autre et la distanciation. On reconnaît ici la source du double processus implication/distanciation d'Ardoino, dont on peut faire un critère global de l'activité de tout chercheur qui s'installe dans une recherche clinique.

² les analystes

³ voir p. 55 l'utilisation du jeu de mots "assassine-bassine-assimiler" pour faire réagir Florence. Cette identification "résultat d'une empathie avec l'économie pulsionnelle de la patiente" (p. 55) permet à l'analyste d'intervenir dans la cure, sur l'Autre.

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

En second lieu, cette pratique n'est pas une réalité en soi, une tranche isolée avec un début et une fin, dont l'organisation serait déduite d'une théorie, où cette théorie devrait s'incarner, pour se mettre à l'épreuve d'un terrain. Elle est dit-on un "vécu clinique", c'est-à-dire qu'elle est une mise en actes dans l'interrelation avec l'autre qui parle, qui est venu parler, d'une théorisation inachevable de ce que cet autre dit. La pratique n'est pas un dispositif d'expérience construit pour vérifier une hypothèse et/ou pour valider une théorie, elle est un "contexte clinique et théorique" (Kristéva, p. 28) dans lequel l'analyste-chercheur prélèvera des signes en vue de construire un cas.

Enfin, le texte de la recherche clinique psychanalytique utilise la pratique tout au long de sa construction théorique dans un lien très étroit. Le cas narré n'est pas seulement le récit d'une vie dont on tirerait une leçon, un peu à la manière d'une moralité à la fin d'une fable, mais aussi et en même temps, le cas comporte un niveau d'analyse de ce récit, c'est-à-dire les mises en rapport faites par l'analyste (et par l'analysant) pendant la cure. Ces mises en rapports ne relèvent pas seulement de la singularité du sujet, de son trajet de vie, de sa réalité : elles sont rapports entre le *dit* sur ce trajet (ou sur des fragments) et les théories du fonctionnement du psychisme existantes. Ces théories sont disponibles sous la forme, d'une part, des "appareils théoriques"⁴ (l'oeuvre de Freud ou les écrits de Lacan, par exemple : des référentiels disciplinaires) et d'autre part, de leur fixation dans les catégories de symptômes, des taxonomies psychiatriques : la nosographie (voir Kristéva, note p. 16). Ce sont les deux constituants des "modèles de l'âme" (Kristéva, p. 12).

La théorisation est donc présente dans l'expérience pratique, active ; elle permet la problématisation du discours du patient, elle lui permet de construire du savoir sur soi. Mais on peut penser que pendant ce temps le chercheur ne fait pas que prendre des notes qu'il traiterait ensuite, mais que lui aussi théorise, "pour lui", pour produire ensuite, dans le texte de recherche, du savoir sur cette relation. Le texte de recherche est alors rapport ou relation d'une pratique où dispositif d'intervention et dispositif de réflexion et d'interprétation sont intimement liés et se construisent l'un l'autre. Il y a dans la recherche clinique un rapport particulier au terrain, à la pratique, à l'expérience, à l'entretien avec l'autre qui se tressent sans se confondre avec la théorie et la nosographie (cette taxonomie de critères) pour l'interprétation. C'est pourquoi il n'est pas possible de concevoir une quelconque production de connaissance en clinique sans la relation pratique avec l'autre. La recherche commence *dans* la relation (dite ou crue thérapeutique).

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

Ceci n'oppose pourtant pas, de façon symétrique, clinique et laboratoire car la situation analytique n'est pas une relation de vie ordinaire, c'est bien aussi, comme dans le laboratoire, une situation artificielle créée pour la circonstance. En ce sens la clinique est art, artifice (Kristéva, p. 60). C'est une situation épurée, comme dans la formation par opposition avec la vie professionnelle : une situation d'apprentissage qui sert *en même temps* de situation d'expérience pour la recherche et qui est suivie d'un travail d'écriture pour la communication aux pairs. Ceci va avoir de profondes répercussions sur le type de savoir construit, ce faisant.

Nature et fonctions du savoir communiqué

La recherche clinique n'est pas seulement la narration d'une expérience de la pratique (ici psychanalytique). Le cas construit à partir de ce que le chercheur a vécu avec un client/patient est mis au service d'un élargissement de ce cas pour en montrer l'intérêt : "de ce fragment d'analyse, je voudrais mettre en évidence quelques points qui me paraissent essentiels pour la psychanalyse d'aujourd'hui et, pourquoi pas, de demain" (Kristéva, p. 55). C'est alors que sont ajoutées à ce rapport de la relation vécue des considérations plus générales, des leçons à portée générale : *du savoir*. Ainsi le cas de Didier permet de construire l'idée que : "une partie du travail analytique fut moins un travail d'anamnèse que de reconstruction des composantes blessées ou non advenues du sujet, avant d'être une dissolution ("analysis"). Le recours à un langage reconstitutif et sublimatoire peut s'avérer indispensable au traitement des "personnalités narcissiques" en général" (Kristéva, p. 38). Ce savoir se construit par la référence aux connaissances psychanalytiques.

Ce savoir porte sur trois objets ou domaines :

1. *les théories du psychisme*, ou du moins les concepts et les notions qui en dépendent et qui permettent d'entendre la parole que l'analyste écoute (Kristéva, p. 56 le "signifiant de la mort" ou p. 57 le "discours fétiche" du pervers). Kristéva en découd avec Freud, avec une assurance, une confiance que bien des maîtres à penser ne toléreraient pas, mais il est vrai que Freud n'est pas là pour s'en offusquer (Kristéva, p. 67), sauf à croire que le maître discuté puisse l'être, justement, dans la confiance, parce qu'il s'y attend, qu'il sait combien la trahison est nécessaire, par "où passe la limite entre fidélité, innovation, dissidence" (Kristéva, p. 51)...

⁴ et qui peuvent, on ne saurait trop le dire encore en SdE, devenir au même titre que n'importe quelle théorie issue des sciences sociales et humaines, un référentiel théorique pour une recherche en SdE. (cf. Cahier N°20)

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

2. la cure ou plus exactement *l'intervention analytique*. Par exemple, la recherche permet de construire des principes d'actions : "Il peut s'avérer nécessaire de faire advenir l'image et les représentations de l'acte pervers comme possibles dans le transfert. Une telle actualisation du scénario pervers dans la cure mobilise les intensités des représentants préverbaux de l'affect ou de la pulsion, et constitue une précondition à leur "traduction" dans la parole interprétative" (p. 57).

3. *les nosographies psychiatriques*. Ce savoir remet en question les taxonomies existantes ou, plus exactement, situe leur utilisation⁵ : "si les notions psychiatriques de "structures" (hystérique, obsessionnelle, schizophrénique, paranoïaque, etc) peuvent servir d'indices initiaux et rudimentaires au travail analytique, elles ne résistent pas à une micro-analyse attentive à l'hétérogénéité et à la polyvalence des représentants psychiques. De plus en plus, nous sommes conduits à penser des interférences de structures, ainsi que des "états limites", qui, tout en étant des faits cliniques nouveaux, indiquant l'évolution de la subjectivité et des états psychiques, possèdent surtout l'avantage de mettre fondamentalement en cause la validité des nosographies classiques" (p. 51).

Donc, ce savoir construit pendant la relation (savoir *singulier* pour/du sujet) et re-travaillé ensuite dans une autre perspective (où il devient savoir théorique pour la communauté scientifique) est régulation, discussion, ouverture de débats sur les théorisations utilisées ; déduction de principes pour l'action posés comme plausibles, évolutifs ; remise à jour des taxonomies. Rien là dedans qui ressemble à un savoir vrai, dogmatique. Rien qui ressemble "au modèle paternel d'une science sans langage" (Barthes, 1967 - 1984, p. 18). Issu de la pratique, le savoir est *opérateur*, il demande d'être sans cesse remis en pertinence avec ce que les clients apportent. Il s'actualisera dans la pratique à venir sous des formes à chaque fois différentes. Le cas est unique, particulier mais exemplaire —ou virtuel. Le savoir n'est pas purement local, comme en ethnométhodologie stricte⁶ ; il ne participe pas de l'universel mais il est transférable⁷, pour une pragmatique.

⁵ car Kristéva ne cesse de les utiliser, puisqu'elle s'intéresse par exemple à la perversion (voir p. 56/57) ou à l'hystérie p. 81 sq. Le cas de Didier permet d'ajouter au pervers classique, la figure du "pervers glacé" : le travail permet aussi d'alimenter, de revisiter les taxonomies.

⁶ car l'ethnométhodologie, elle aussi, en SdE doit être adaptée et se soumettre à une connaissance de la pratique sociale, la théorie alors se greffe sur l'ethnométhode rapportée de la tribu et validée par elle.

⁷ au sens du transfert chez Genthon : à la fois transport et transformation, dans la pensée modale.

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

Recherche clinique et théorie

Toute recherche clinique ne donne pas lieu à la création d'une théorie mais à des créations théoriques, fragmentaires. Toutes les recherches sur l'humain —et on le leur reproche assez— ont le plus grand mal à donner statut de théorie à leurs résultats. Tant et si bien d'ailleurs qu'on peut se demander si c'est leur but premier, au contraire des sciences de la nature. Il semble bien que leur productivité soit bien plus féconde en ce qui concerne les "modèles de pensée" (Vial, 1997). N'est pas Lacan qui veut, certes, Einstein non plus, la question n'est pas là, elle est dans le poids qu'on attribue trop souvent à la Théorie, dans cette survalorisation des "systèmes d'idées" (Morin, 1991) dont on sait pourtant la fragilité. Ce surinvestissement sur la Théorie⁸ n'est qu'une résurgence du mythe de la Théoria, figure du sur-moi, du Savant dogmatique imaginaire. Rappelons que "Si la théorie est une étape indispensable sur le chemin de la connaissance scientifique, elle n'est pas la science." (Kaufmann, 1985, p. 20), et qu'au lieu de voir le summum de la recherche dans la création d'une grappe de concepts stabilisés, "autosuffisante, défensive, achevée par rapport aux théories rivales, close sur elle-même" mais "toujours partielle, dépassable à travers le point de vue limité d'observation qu'elle prend, [...] de ce fait marquée du sceau de l'obsolescence ou mieux de l'illusion, qu'une pratique viendra tôt ou tard désillusionner" (Kaufmann, 1985, p. 20), on peut fort bien relativiser cette production de savoirs stables (et qui, parce qu'ils sont stabilisés se font passer pour vrais) au profit de l'activité, du processus même de *problématisation théorique*.

La clinique (comme, peut-être bien, toutes les sciences de l'Humain) est davantage dans la sphère de la question (Bonniol, 1988) que de la réponse, du réglable que du programmé, de l'opérateur que de l'opérationnel, de l'intentionnalité que de l'intention, de l'inachevable que du définitif, du travail que de la substance...

Il n'empêche que la recherche va se boucler sur la théorisation et la discuter. Le cas clinique n'est pas seulement exemplaire au sens ordinaire du mot, il n'est ni illustratif, ni modèle à imiter. Il donne plutôt à voir une structure et/ou un système dont on ne s'attend absolument pas à retrouver l'identique mais toujours et seulement des variantes. La création d'un

⁸ on peut dire la même chose du Concept quand il est défini comme une épure, une abstraction généralisante (cf Grawwitz, 1986) et qu'il se veut plus pur que la notion, elle, encore engluée de subjectivité. Cette échelle de valeurs est impropre à l'univers clinique. D'ailleurs en philosophie, le concept n'a pas ce sens là, cf Deleuze, 1991. Cette conception de concept est un reliquat des sciences de la nature. La complexité, si elle est changement d'épistémè, obéit à cette remarque d'Ardoino (1986, p. 16) : "toute mutation épistémologique importante a pour conséquence de modifier les significations du langage dans son entier" —et les rapports du sujet à ce langage, peut-on ajouter. (Cf. Cahier 20)

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

cas remue la théorie et dans ces régulations divergentes là, un programme théorique de recherche peut advenir.

Il est sans doute utile ici d'insister sur le fait que le savoir produit ne s'adresse pas uniquement à d'autres analystes, ce qui enfermerait le savoir produit dans une sphère de professionnels de l'analyse et ferait de la recherche clinique une recherche professionnalisée ou professionnelle. On a parfois tendance à le suggérer : née d'un savoir-faire, le savoir produit ne se bouclerait que sur ce savoir-faire ; la recherche clinique alimenterait la pratique clinique qui la génère, dans une circularité cybernétique. On voit bien à lire Kristéva, par exemple, qu'une réflexion plus générale sur le fonctionnement psychique et ses rapports à la société dans laquelle il est étudié porte le propos plus loin : "ces nouveaux patients sont-ils produits par la vie moderne qui aggrave les conditions familiales et les difficultés infantiles de chacun et les transforme en symptômes d'une époque ? ou bien la dépendance médicale et la ruée sur l'image seraient-elles des variantes contemporaines de carences narcissiques propres à tous les temps ?" (p. 17).

De même, la recherche clinique comporte une réflexion d'ordre épistémologique interdisciplinaire, sur les disciplines connexes et leurs points de vue sur des objets voisins ou similaires, dans une interrogation fertile sur la spécificité du champ dans lequel la recherche clinique se fait (sur les rapports de la psychanalyse et du cognitivisme, p. 13/14). A ce titre, l'interrogation épistémologique sur sa discipline est consubstantielle à la recherche de terrain elle-même, elle n'est pas le signe d'une immaturité disciplinaire, comme le disent ceux qui prônent soit le monisme scientifique, soit leur propre univers, leur propre paradigme méthodologique, soit l'un par l'autre. Elle est traces d'un questionnement qui révèle la conscience d'être davantage dans la *communication*⁹ de connaissances que dans la *production de savoirs*. (cf. Cahier n°20).

Enfin la recherche clinique ouvre sur une mise en perspective avec le politique : "l'enjeu de la psychanalyse est donc de transformer cette prison de l'âme que l'occident a bâtie comme moyen de survie et de protection et qui désormais exhibe son désastre : enjeu thérapeutique en même temps qu'éthique et, incidemment, politique" (p. 43).

Il reste que la recherche clinique se boucle en grande partie sur la nosographie, sur les taxonomies de symptômes. C'est la pierre apparente, parce que toucher à la taxonomie, c'est forcément avoir remué la théorie à partir de la pratique.

La clinique : Essai 1
De la thérapie à la recherche

Chantal Eymard & Michel Vial

On voit combien l'utilisation de la méthode clinique en SdE demandera un travail de transfert d'apprentissage (Genthon, 1993) et donc des aménagements concertés, discutés, voire même validés. Mais ne peut-on dire que c'est le cas de toutes les méthodes et que, précisément, c'est tout l'intérêt de la méthodologie dans notre discipline ?

OOOOooooooooOOOO

Bibliographie des textes cités

- Ardoino, J & Lecerf, Y., "L'ethnométhodologie et l'alternative des sciences sociales, Editorial", *Pratiques de formation (analyses)* n°11/12, 1986, pp11/20
- Ardoino, J., "Logique de l'information, stratégies de la communication", *Pour* n° 114, 1988, pp59/64
- Barthes, R. "De la science à la littérature", *Times Literary supplement*, 1967 ; *Le bruissement de la langue, essais critiques IV*, Paris : Seuil, 1984, pp. 11/19
- Bonniol, J-J., "Evaluation-régulation externe", *Définir la fonction consultant dans la fonction publique*, Actes de l'université d'été de Sophia Antipolis, Nice : CRDP, 1988, pp.130/138
- Coulon A., *L'ethnométhodologie*, Paris : PUF, Que sais-je, 1987
- Deleuze, G., & Gattari, F., *Qu'est-ce que la philosophie ?*, Paris : Editions de minuit, 1991
- Garfinkel, H., *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1967
- Genthon, M., *Apprentissage-évaluation-recherche : genèse des interactions complexes comme ouvertures régulatrices*, synthèse en vue de l'habilitation à diriger des recherches, Sciences de l'éducation, Université de Provence, Aix-Marseille I, 1993, Aix-en-Provence : En Question, Mémoire n°1, 1997
- Grawitz, M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris : Dalloz, 1986, 7° éd.
- Kaufmann, P., "La théorie considérée comme inconscient de la pratique", *Du discours à l'action, les sciences sociales s'interrogent sur elles-mêmes*, Paris : L'Harmattan, 1985, pp.17/29
- Kristéva, J., *Les nouvelles maladies de l'âme*, Paris : Fayard, 1993
- Morin, E., *La méthode 4, Les idées*, Paris : Seuil, 1991
- Ricoeur, P. & Changeux, J-P., *Ce qui nous fait penser, la nature et la règle*, Paris : Odile Jacob, 1998
- Vial, M., *les modèles de l'évaluation, textes fondateurs et commentaires*, Postface de JJ Bonniol, Bruxelles : De Boeck, 1997

OOOOooooooooOOOO

⁹ en opposition à l'information, Ardoino, 1988