

**VERS UNE CLINIQUE DU SUJET ?
TRAJET ETHIQUE, ENTRE EMERGENCE COMPLEXE ET MALENTENDUS...**

Martine Lani-Bayle

*Professeur en Sciences de l'éducation
Université de Nantes, CREN
UFR Lettres et langages
BP 81227
F-44312 Nantes Cx 3
lanibaylem@aol.com
www.lanibayle.com*

Mots-clés : *complexité, dialogique, écoute, parole, savoir*

Résumé *Transversale mais dénuée en soi d'objectif thérapeutique, la démarche clinique en éducation et formation s'intéresse à la personne dans ses interactions, sa globalité et son histoire. Ainsi interroge-t-elle directement les valeurs et finalités de l'acte éducatif comme de la recherche, à une époque où l'obsession d'objectivité et les attraits de la virtualité tentent, toujours, de désincarner le rapport au savoir. Ayant pour spécificité de travailler non « sur des objets », mais « avec des sujets », la clinique se réalise en co-construction dialogique entre les personnes (chercheurs et sujets de recherche, enseignants, formateurs, apprenants...) participant de la démarche, fussent-elles en partie des enfants. Une parité qui compose donc avec une dissymétrie des places, ce qui n'est pas le moindre de ses paradoxes. Nous en proposerons un exemple, et insisterons sur les spécificités autant que les limites de cette démarche, qui compose avec le « point aveugle » du rapport au savoir.*

« L'incomplétude c'est que, dans la considération de toute chose, il y a un point aveugle. Ce déficit intrinsèque commande la recherche de reconnaissance. » Gérard Gigand.

Nous avons pu observer à l'usage que la démarche clinique, qui se déploie dans les différents champs des sciences humaines depuis des périodes plus ou moins récentes, est source de bien des malentendus voire refus. A l'université où elle reste souvent marginale sinon ignorée, ce constat est flagrant (en dehors peut-être de la psychologie, où elle revêt un sens spécifique et connu, sinon admis). Preuve en est l'expertise¹ (anonyme, ce qui ne facilite pas le débat...) de la version initiale de cette présentation qui, servant remarquablement ce constat, affirme de la clinique qu'elle « n'est reconnue ni dans l'enseignement ni dans la recherche ». Et donne raison à posteriori à nos

¹ Dans le récent Volume 12 de *The international journal Emergence : Complexity & Organization. An International Transdisciplinary Journal of Complex Social Systems*, voir l'article intitulé « The Death of the Expert ? » de Kurt A. Richardson¹ & Andrew Tait (traduction) : « Le principal changement dans le rôle des experts est que leur type de connaissance spécialisée n'est plus considéré sans discussion comme la source la plus importante de compréhension dans un paysage en évolution fait d'interactions. » Nos experts vont-ils suivre ce courant et se mettre à pratiquer une critique épistémologique de leurs spécifications méthodologiques ou théoriques : contextualiser les interprétations, expliciter leurs jugements... ?

remarques préalables, ainsi confirmées. Nous allons donc présenter ici un sujet vide de reconnaissance, au moins pour quelque expert.

Déjà, pour corser le problème mais aussi l'éclairer, notons que les significations qui sont proposées habituellement de la clinique sont étonnamment variées : pour certains, elles vont tellement de soi que point n'est besoin de les préciser (Green, 2002) ; mais quand elles le sont, elles peuvent aller dans des sens bien contradictoires (se déclinant différemment selon que le mot est employé comme substantif ou qualificatif) : clinique peut tout aussi bien vouloir dire froid et expérimental, détaché, qu'interactif et expérientiel, *sensible* et impliqué ; il peut être ou non associé à la psychanalyse, au soin, à la souffrance voire la maladie, ou désigner essentiellement une attitude de co-construction de savoirs à parité quoique dans la dissymétrie... La démarche enfin concerne tant les pratiques professionnelles (liées en général aux dits « métiers de l'humain » selon Mireille Cifali) que leur étude en tant que méthodologie de recherche inductive. De larges enjeux, que nous allons présenter.

1. La clinique du sujet²

Parmi les méthodes qualitatives se pratiquant en Sciences humaines en recherche comme en formation ou plus rarement en enseignement, la démarche clinique, au-delà d'une méthodologie au sens classique du terme, est avant tout une façon de pratiquer et penser la formation comme la recherche qui bouscule, voire renverse, les attitudes classiques.

Or en soi elle n'est pas récente : on peut faire remonter son usage en Europe aux années vingt du siècle dernier, autour des travaux de Jean Piaget auprès d'enfants, travaux qui ont eu le temps de faire la preuve de leur validité, notamment en terme de généralisation. C'est d'ailleurs à lui que l'on doit cette appellation. Pourquoi donc encore tant de méconnaissance voire de méfiance, pourquoi aussi tant de confusions avec des démarches certes apparentées, mais apparues plus tardivement ?

Nous allons d'abord positionner la démarche dans son histoire, puis nous en pointerons les spécificités et modalités d'usage.

1.1. Aux origines de la démarche clinique...

« La clinique n'est pas un bagage supplémentaire d'outils de recherche. C'est une éthique de la recherche, une éthique de construction du savoir et de sa transmission. » Mireille Cifali

A l'heure actuelle, le qualificatif de « clinique » fleurit un peu partout, et pas seulement dans le cadre des Sciences humaines. Malgré cette dispersion ce terme, qui semble donc constituer, pour ceux qui l'utilisent, comme une évidence, reste mal connu et mal compris, source par là, comme nous venons de le souligner, de bien des malentendus, alors même qu'il œuvre essentiellement à partir de l'écoute... Il se montre donc porteur d'ambiguïtés. Dans tous les cas, on ne peut que constater qu'il s'agit d'un simple qualificatif qui, en tant que tel, ne dit rien isolément de façon précise ou figée, mais dont la signification se décline différemment en lien avec le substantif avec lequel il est attaché, ainsi qu'avec son contexte d'emploi. Pour autant, peut-on repérer des généralités ou invariants autour de son usage ?

Ce terme est apparu en médecine, origine qui en perturbe l'interprétation actuelle. Il est construit en effet à partir de la racine grecque *Kline* qui signifie « au chevet » et évoque l'attitude du médecin qui a besoin, non seulement d'observer ou de palper le malade, mais de l'écouter (sur l'origine et le ressenti des malaises, leur contexte...) et ce afin, non pas encore de soigner, ce qui interviendra dans un second temps, mais de procéder en amont au diagnostic : pour cela, il y a nécessité de croisement, par le biais du langage, entre les savoirs médicaux distanciés et les savoirs

² Cf. *Chemins de formation* n° 10-11, « La démarche clinique en formation et recherche », (2007).

de vie incarnés du malade. Cette co-construction s'élabore sans position surplombante des premiers sur les deuxièmes, mais avec des positions différenciées, afin de produire une troisième sorte de savoirs qu'aucun – le malade mais aussi le médecin – ne pourrait construire seul et sans tenir compte de ce que l'autre sait. C'est en tout cas la base de signification retenue ici pour l'usage de cette démarche dialoguée.

En ce sens, cet adjectif a été associé à une psychologie compréhensive proche de la personne *dès 1896* aux Etats-Unis par Witmer, *pour réagir contre* le quantitativisme majoritaire. Il a été repris ensuite par Jean Piaget en 1926 pour caractériser les entretiens de recherche qu'il menait (appelés aussi « entretiens critiques³ »). Puis l'association des termes « psychologie clinique » a été reprise officiellement vers 1945-49, par Daniel Lagache et Juliette Favez-Boutonnier, pour qualifier une forme de psychologie qualitative et afin de l'autonomiser par rapport, tant à la médecine qu'à la psychologie expérimentale et à la psychanalyse. Cette expression a été largement retenue dans ce cadre, ce qui fait que l'adjectif « clinique » reste quasi-systématiquement associé à une démarche à objectif thérapeutique et à la psychologie, ce qui est non seulement réducteur, mais inexact.

Pourtant dans les années 1980, rompant avec cette quasi-hégémonie avec la psychologie, la dimension clinique a été reliée à la sociologie autour de Vincent de Gaulejac, Eugène Enriquez... ; puis aux sciences de l'éducation avec comme précurseurs Mireille Cifali en Suisse, Jacques Ardoino et l'équipe de Jacky Beillerot en France... Plus récemment, elle est entrée dans le monde du travail avec la clinique de l'activité ainsi que dans quelques IUFM en formation d'enseignants. Mais, quoique transversale par définition, nous remarquons que la démarche clinique reste majoritairement fixée sur une orientation de lecture psychanalytique alors qu'il ne s'agit pas, la concernant, d'un ancrage obligé.

Rappelons enfin que de plus en plus, le qualificatif de clinique est adopté par d'autres secteurs disciplinaires qui l'ignoraient précédemment, et avec des significations bien diverses voire opposées, souvent floues voire non définies (linguistique, littérature et poésie, travail ou même politique etc...).

1.2. Des spécificités de toute démarche clinique

Il s'agit donc généralement, à la base, d'une forme d'écoute attentive impliquée et impliquante qui vise à la formation, à partir du terrain où elle se joue, d'un savoir nouveau à la faveur d'une relation dialoguante (donc *dialogique*) et questionnante entre deux ou plusieurs personnes. Un savoir issu d'un mouvement de conscientisation partagée et qui serait différent dans toute autre circonstance. Un savoir où chacun a besoin de l'autre pour sortir d'un état d'ignorance relative, un savoir qui n'aurait pu s'élaborer chacun de son côté et dont la constitution est l'objectif de la mise en place de cet échange. D'où le lien incontournable entre les démarches cliniques de formation *et* de recherche, chaque recherche réalisée à partir d'entretiens cliniques se révélant potentiellement formatrice, pour les protagonistes de la relation discursive ; et toute relation de formation clinique produisant des savoirs nouveaux, elle peut dès lors servir aussi la recherche.

1.2.1 En recherche

Les entretiens cliniques réalisés dans cet objectif de recherche sont avant tout destinés à mettre en mots et comprendre une expérience vécue. Ils incitent pour cela à un dialogue cognitif et réflexif, faussement assimilé à un entretien non-directif. Le narrataire ou chercheur travaille son implication dans l'écoute, il effectue sa recherche non pas *sur*, mais *avec* les narrateurs, qui restent propriétaires de ce qu'ils ont produit en situation et peuvent être interpellés aussi sur ce qui est fait, par le chercheur, de ce qu'ils ont donné. Ainsi et quel que soit leur âge ou leur niveau socio-culturel, ils sont considérés non seulement comme des sujets agissants et parlants, mais aussi pensants : capables de penser la recherche faite avec eux. Celle-ci s'attachera à comprendre leur

³ Cf. Michel Perraudau (1998).

« particularité », au regard de la situation étudiée, pour l'inscrire dans la « singularité » de leur groupe d'appartenance (Marcuse, 1932). C'est donc une posture de recherche spécifique, qui part d'une écoute du terrain à partir d'inductions intuitives et en fait remonter des hypothèses. Des recherches qui ne visent pas à « prouver » mais qui « éprouvent » des *possibles* en situation vécue.

Selon la variété des objectifs du travail attendu, différentes modalités de lecture (et non d'« interprétation ») pourront être utilisées. Notons que les démarches de *révélés* (Daniel Bertaux) et *histoires de vie* (autour de Gaston Pineau) sont une illustration, déployée dans le temps et la globalité de la personne, de modalités d'entretiens cliniques.

D'application très délicate malgré (ou à cause d') une apparence de facilité, la démarche clinique par observation et/ou entretiens en recherche, si elle se montre particulièrement heuristique (encore plus quand elle est croisée à d'autres méthodologies), est d'un usage difficile (elle s'invente à mesure qu'elle se déroule) et demande de faire avec le temps et l'expérience. Les travaux qui s'y réfèrent, étudiant un nombre de situations limité voire unique, ont dès lors du mal à conquérir une crédibilité « scientifique » auprès de ceux qui bornent encore celle-ci à des critères privilégiant le nombre ou la représentativité statistique.

Parmi leurs spécificités, notons que ces recherches se remarquent souvent par une qualité de lecture car la clinique développe, *de facto*, une écriture appropriée et assumée en première personne (sans pour autant renier le « nous » groupal quand il s'impose). Elles se distinguent aussi par leur caractère proche de l'humain : comme le remarque Mireille Cifali, l'implication du clinicien vis-à-vis de son terrain de recherche n'est pas fictive. Nous ne fréquentons pas dit-elle un terrain, nous ne travaillons pas avec, sans être marqués en retour et faire justement de ce marquage une des dimensions permettant de l'intérieur la construction d'un savoir, dans ce va-et-vient entre proximité et distance qui singularise l'approche clinique. Or beaucoup de chercheurs, au nom de la « distance scientifique » quand elle est rabattue à une distance réelle, récusent encore la prise en compte de l'implication en sciences. Pourtant, celle-ci produit des savoirs qu'aucune autre démarche ne peut faire apparaître, notamment de celles qui recouvrent, sous des généralités abrasantes, les spécificités particulières. La clinique apparaît alors comme une mine complémentaire de ces travaux, apte à faire surgir des savoirs d'exception.

Malgré cela, tant en méthodologie qu'en accompagnement à la recherche, la situation n'est guère favorable a priori pour une démarche qui jouit déjà, d'emblée, du discrédit fréquent apporté aux méthodologies qualitatives appliquées à un nombre réduit de cas, qui plus est attachant un statut scientifique à des travaux construits à partir de simples « récits » ou témoignages. Aucun manuel ne peut non plus en construire un mode d'emploi réductible à une liste de consignes figées à appliquer à la lettre en situation. Et ces caractéristiques fluides concernent, non seulement la formation au recueil de données (qui demande du temps, des essais « à blanc » et autres jeux de rôles), mais aussi leur exploitation avec, pour toutes ces étapes, un travail non prévisible ni programmable à l'avance, à plusieurs si possible et surtout, *avec* les narrateurs : en partenariat, donc, avec des non-scientifiques, quels que soient leurs niveau ou âge.

1.2.2. En enseignement et formation

Pour autant la clinique ne s'intéresse pas qu'à la recherche, elle présente conjointement une fonction en enseignement ou formation que l'on ne peut passer sous silence. Car le dire forme celui qui s'exprime en donnant forme, même malgré lui, à un savoir implicite (ce que développe Pierre Vermersch, notamment). A ce titre, sa fonction peut apparaître fondamentale dans les IUFM, par exemple, où elle peut contribuer à traiter les questions fondamentales qu'y pose Mireille Cifali : Que faire des sentiments dans un métier ? Comment œuvrer avec les passions négatives ? Comment agir humainement dans des milieux qui tendent à se déshumaniser, techniciser ou rentabiliser ? Comment maintenir un souci de l'autre aux prises avec des normes qui risquent de l'exclure ? Pour autant la démarche, rappelle-t-elle, n'est pas spécifiée pour traiter de la

souffrance, elle n'est pas à l'œuvre dans nos disciplines pour soigner, mais simplement pour traiter de la *normale difficulté* que toute situation vécue entraîne.

La démarche clinique est dès lors intéressante, en formation, dans la mesure où elle est au plus proche du vécu des situations étudiées (elle sert donc la professionnalisation, ce que développe par exemple la clinique de l'activité) et se montre en soi révélatrice de savoirs. Mais elle est également adaptable dans l'enseignement, dès les tout premiers niveaux. Il arrive même qu'elle y prenne place spontanément, par moments, sans être toujours pensée ni nommée ainsi : notamment quand un dialogue producteur des savoirs à apprendre se met en place entre enseignant et apprenants.

Comment y est-elle à l'œuvre ? « Selon la perspective développée ici, précise André Lévy (2010 page 75), les connaissances se construisent ou se développent dans les interactions entre l'enseignant, l'étudiant et l'objet (ou le problème), et par les transformations qui en résultent dans leur façon de le conceptualiser. L'enseignant ne se trouve pas dans la même position que les étudiants, mais il ne surplombe pas le problème, par rapport auquel il se trouve au côté des étudiants et non au-dessus d'eux. » Il accompagne en parité une construction dans laquelle il s'implique.

Mais force est de reconnaître que le modèle du cours traditionnel en face à face, sous l'égide de la voix du maître, peu propice en soi à la clinique, reste majoritaire (et efficace). Même dans les travaux par groupes, la forme reste souvent proche de la magistralité, quoi qu'alors plus discrète. Dès lors, tenter un enseignement clinique dans un contexte peu sensibilisé, et où il se montre minoritaire, déstabilise les apprenants par rapport à leurs habitudes et dans leur « métier d'éduqué », voilant une efficience qui ne pourra manquer de les surprendre, s'ils persistent.

Et très exigeante car sensible, elle présente de ce fait des limites, notamment sonore, quand le groupe d'apprenants est nombreux, son vecteur privilégié étant l'échange de paroles ; limites également du fait de son imprévisibilité (elle est la hantise de tout « plan de cours »). Par ailleurs en tant que démarche pédagogique ouverte et accueillante, si elle a tendance à renforcer et valoriser la personne dans son estime propre, elle peut tout autant se montrer propice au réveil des failles des plus fragiles et nécessite, à ce titre, vigilance et contenance.

Au-delà de la façon d'enseigner, introduire la démarche clinique au programme des enseignements n'est pas non plus simple. En exemple d'argument entendu pour l'écarter : « pas la peine de proposer la démarche clinique aux futurs enseignants, cela ne présente aucun intérêt pour eux, il faut par contre renforcer la didactique, c'est plus utile. » A la rigueur dans l'enseignement spécialisé, pour les publics en difficultés... Et pourtant, que se ferme-t-on à s'en priver ?

2. Le sujet de la clinique

« Comprendre ne se résout pas seulement dans l'explication, c'est concevoir et ressentir les humains comme sujets. » Edgar Morin.

2.1. De quel « sujet » parle-t-on ?

« Une partie des sciences humaines et sociales, déplore François Laplantine (2007 pages 8 et 11), est depuis leur formation animée par une question devenue une véritable obsession : comment procéder à l'objectivation de la subjectivité ? Cette idée fixe consistant à vouloir fixer le sujet, le stabiliser, le cerner pour mieux le *saisir* et le maîtriser suppose une opération préalable à caractère logocentrique : sa réduction à l'état de chose, sans désir, sans contradiction, sans négativité. [...] Un grand nombre de discours à prétention scientifique sont animés par une stratégie défensive d'affranchissement de la subjectivité, ainsi que par un principe de démarcation visant à découper, détacher, diviser, sans trop se préoccuper de ce qui dans cette opération risque de détruire. »

Dernièrement, un collectif de sociologues lançait un appel pour retracer « l'odyssée du sujet dans les sciences sociales ». Le sujet est ce qui est jeté dessous, donc soumis, tel le sujet du roi, il est ainsi assujéti, séparé du digne objet non suspect, lui, d'une quelconque subjectivation après déni de toute subjectivité. Mais, jeté par la grande porte de la science, il n'en finit pas de rentrer par les fenêtres et, après l'acteur, de venir hanter nos disciplines qualifiées d'humaines sans que pour autant, le dualisme sujet/objet soit, sinon dépassable, au moins dépassé : or il semble que plus on le chasse, plus il revienne, timide et non conquérant, mais présent, sans cesse remontant.

Parmi ces sujets, nous traiterons ici du sujet du verbe (celui qui répond à la question « qui est-ce qui ... ? »), du sujet impliqué qui pense, qui écrit, qui parle, en son propre nom même s'il est d'abord et avant tout *autres*. Impliqué c'est-à-dire « plié dedans », enchevêtré, indétricotable, le *versus* d'expliqué. Et, si ce mot de sujet est pluriel et à significations vagabondes sinon contradictoires, comme nous l'avons dit plus haut de la clinique, remarquons que les dictionnaires ne facilitent pas toujours la tâche de reconnaissance : dans le *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation* (Nathan 1994), on ne trouve pas le « sujet » entre ses improbables voisins « suicide » et « surmenage scolaire ». Par contre dans le *Dictionnaire de la philosophie* (Nathan 1990) pourtant plus petit, le sujet est bien présent, entre « suicide » auquel il tient, et « superstructure », cette fois. Pas de sujet en éducation, mais en philosophie...

Ceci posé il apparaît que le sujet existentiel, quand il est reconnu, revêt, et c'est bien conforme à sa définition, une foultitude de facettes. C'est ce qui le caractérise et peut-être, le fait refuser de ceux qui préfèrent, par simplification, ne voir qu'une tête. Surtout, bat au cœur du sujet un impulsionneur génératif irréductible qui en constitue la source et le destin, l'objectif (sinon le subjectif) et l'angoissante folie. Et c'est autour de ce point aveugle que se déploie et s'articule l'historicité constitutive et constituante de tout sujet vivant-pensant.

2.2. *Un pari bien complexe*

En clinique du sujet, pour associer maintenant ces deux termes, la méthode qui sera suivie et effective (et pas seulement en recherche) ne préexiste pas dans sa particularité à son usage qui l'invente à mesure qu'elle se déroule et dès lors, elle ne se dévoile qu'à la fin. C'est là que les cliniciens prennent une position spécifique engagée : « Choisir une méthodologie, c'est d'abord (et peut-être avant tout) choisir une position politique, éthique, philosophique du chercheur. Choisir une méthodologie, c'est s'investir intellectuellement dans la recherche, prendre position par rapport à la recherche, et non pas simplement : faire de la recherche. Or cela, personne ou presque ne le dit, de sorte que l'apprenti chercheur néophyte s'imagine que la méthodologie n'est autre que l'outil scientifique permettant de résoudre une problématique. » (François Texier 2002).

Edgar Morin a produit six ouvrages majeurs intitulés *La Méthode*. En effet et comme dans tous les contextes de pratique comme de recherche il y en a besoin, de méthode, même si, comme nous venons de le voir, aucune ne préexiste, en clinique, par ses façons contingentes de faire et de penser, à un usage qui se construit à mesure du faire et donc, n'apparaît qu'en finale. Mais il ne s'agit pas, pour autant, de méthode au sens cartésien du terme. Il s'agit d'une méthode comme chemin, comme essai, comme voyage et traversée, en lien bien entendu avec la théorie dans la mesure où, selon Edgar Morin (2003, page 26), « une théorie n'est pas la connaissance, elle permet la connaissance. [...] Une théorie ne remplit sa fonction cognitive, elle ne prend vie que grâce au plein usage que fait le sujet de son activité mentale. Et c'est cette *intervention du sujet* qui confère au terme de méthode son rôle indispensable. » L'errance et l'erreur font partie du processus, ainsi se construit la méthode comme stratégie, *réintroduisant le sujet connaissant* (tant le chercheur que ses *sujets* de recherche) dans toute connaissance (*op. cit.* pages 46 et sq.). « Il n'existe pas de méthode en dehors des conditions dans lesquelles se trouve le sujet », continue Edgar Morin (*op. cit.* page 35), tricotant ainsi savoir et non-savoir, incluant les zones de la connaissance qui resteront dans l'ombre, le pas-encore-su qui adviendra un jour, et ce qui résiste ou fait buter, opération à l'œuvre *via* l'exercice de pensée par la mise en mots et l'écriture.

Dans ce panel réside un incontournable « point aveugle » qui se situe au cœur de notre rapport au savoir, car place indispensable à son établissement : point aveugle car ne recevant pas d'informations du contexte, afin précisément de pouvoir rassembler les faisceaux de ce qui est reçu par ailleurs pour le transmettre au niveau intégrateur. Sans ce point d'ignorance fondamentale, il n'y aurait pas d'émergence possible de savoirs. C'est ce trou, ce vide, qui rend possible la transmission-construction des savoirs. Nous pouvons ainsi parler d'un paradoxal savoir de l'ignorance agissant comme une sorte de *trou noir* universel, véritable pompe aspirante agissant au niveau des désirs de connaissance : toute recherche est ainsi celle de la cause du désir dont chacun est issu. Et ce point initial reste à tous interdit d'accès direct, car en creux et non en plein. Là fait irruption le côté *in-su* de ce désir fondateur, l'énigme incontournable. Tout désir de savoir vit et s'entretient de l'inépuisable attrait de ce point aspirant, que l'on peut assimiler aussi à un *angle mort* (2007).

L'angle mort, c'est ce contre quoi nous devons lutter pour rester en vie quand nous tentons d'aller de l'avant face à ce qui nous vient de l'arrière, et qui n'est pas perceptible l'espace d'un instant : un invisible transitoire dont nous devons imaginer, avec toutes les ressources de notre esprit, ce qu'il peut renfermer d'obstacles potentiellement entravant.

Les méthodologies envisageant et prenant en compte ces différents aspects peuvent être qualifiées de cliniques. Transversales, celles-ci s'apparentent aux démarches postérieures que les sociologues qualifient de « compréhensives ». Pour autant elles s'en distinguent, notamment par le travail intégrant non seulement l'implication du chercheur, mais aussi la co-construction faite *avec* les sujets de recherche, alors considérés comme des partenaires du travail réalisé, comme on peut le voir avec les histoires de vie par exemple. En ce sens, il est possible de parler de clinique-dialogique, nous rapprochant ainsi, par exemple, des travaux de Paulo Freire au Brésil, ou de Célestin Freinet et des pédagogies institutionnelles en France.

Ce tableau se complète avec l'inhérente et nécessaire interdisciplinarité des référentiels de la démarche, qui tissent toute sa complexité heuristique. Ce qui peut faire dire, ici comme en méthodologie, que son cadre serait isomorphe (voilà pourquoi Edgar Morin a d'emblée été cité en référence) à celui de la pensée complexe, superposant par là ces deux univers : clinique (entrée pragmatique) et complexité (entrée réflexive).

3. Raconter une recherche qui raconte l'école...

« Parler du sujet est très différent ; encore faut-il ne pas parler à sa place mais parler avec lui. Cela consiste d'abord à écouter et à regarder ce qui a été négligé et oublié et souvent même exclu de la rationalité scientifique, mais qui est aussi, selon l'expression d'André Breton, "ce qui cogne à la vitre" », remarque François Laplantine (*op. cit.* pages 17-18)

Parmi plusieurs sujets possibles (dont quelques exemples se trouvent en bibliographie), nous avons choisi de présenter ici l'exemple d'une recherche clinique que nous démarrons avec comme partenaires des enfants, les plus jeunes possibles. Car dans la recherche, cette tranche d'âge est le plus souvent parlée par les adultes (pas seulement dans la recherche, d'ailleurs), et nous manquons de travaux réalisés directement *avec* eux (cf. Brougères Gilles & Vandebroek Michel (dir), *Repenser l'éducation des jeunes enfants*, PIE Peter Lang, 2007 et 2008). L'écoute clinique leur est particulièrement adaptée, si elle reste délicate à mettre en œuvre.

3.1. Le point de départ de la recherche

En 2000, nous avons publié un travail de recherche réalisé auprès de 10 personnes de 40 à 80 ans environ, intitulé *Raconter l'école en cours du siècle*. Cet ouvrage, constitué de récits réalisés des années après par d'anciens écoliers subjectivement entendus à partir de ce qui leur restait de leur expérience de l'école, a eu des suites inattendues. Non seulement il a activé les souvenirs scolaires des lecteurs, se mettant parfois spontanément à les écrire à leur tour (déclenchant par là une

inopinée production de savoirs), mais il a aussi été utilisé dans quelques classes par des enseignants de français. Curieusement, il a intéressé l'écolier d'aujourd'hui, malgré les différences fondamentales entre les récits exposés, quelle que soit leur époque, et la scolarité du début du XXI^e siècle. L'odeur de la craie ne leur est plus connue ou guère, les pupitres ne sont plus de bois et aucun poêle ne trône au centre de la classe, pour autant les jeunes écoliers contemporains se sont reconnus dans ces témoignages d'un autre temps. Comme s'il y avait des invariants dans l'expérience scolaire, comme si ce qui s'en échappait restait globalement de même essence, au-delà des temps et des usages, des programmes et des politiques.

En complément de la surprise de voir combien la scolarité, avec ses côtés tant agréables que traumatisants, parfois, reste présente chez tout un chacun à tout moment de sa vie, prompte à resurgir à la moindre stimulation, nous avons remarqué combien ce qui en reste sont surtout les émotions, l'aspect relationnel et ambiant, plus que les contenus que l'école se fait mission, pourtant, de faire passer aux élèves. C'est le hors-programme qui subsisterait le mieux, le non prévu, le liant humain, avec tous les désordres qui peuvent l'accompagner. A tout le moins, il apparaît nettement que la fonction de l'affectif, du relationnel et du sensitif est primordiale avant même que le cognitif puisse entrer en jeu, et qu'elle reste surplombante tout au long du processus. Et que ce qui est retenu au long cours n'est pas (pas seulement) ce que l'école demande de retenir.

Mais là, nous intervenions des années après, au niveau des dits « *souvenirs* », donc bien loin du temps qui les suscita. Si nous allions explorer au cœur de la situation, au point-même des « *survenirs* », c'est-à-dire de ce qui survient ? Avant l'« après-coup » des habituelles mises en récit à posteriori ?

3.2. *Une mise en œuvre spécifique pour écouter les enfants*

Nous avons donc envisagé, 10 ans après, le pendant de cette première recherche, en proposant de *Raconter l'école en cours de scolarité* directement à des enfants en situation d'élèves et dès le plus jeune âge, de ces enfants à qui l'on a plus l'habitude d'imposer un programme et des modalités pédagogiques et organisationnelles en supposant ce que cela sera censé leur faire, que d'écouter ce qu'ils ont à en dire et en vivre. Nous synthétiserons et croiserons ensuite ces récits, pour mettre en relief ce qu'ils ont à nous apprendre.

Le protocole proposé aux enfants, afin qu'ils s'expriment au-delà de la bonne réponse attendue ou du discours convenu, est globalement inspiré de quelques pistes :

- Pour les plus jeunes : « *Tu rencontres un Extra-terrestre (matérialisé par un poulpe vert en peluches, inhabituel pour eux) qui ne connaît pas l'école. Tu lui racontes ce que c'est, pour toi.* »
- Pour les plus grands : « *Je travaille avec des chercheurs étrangers qui s'intéressent à l'école en France. Que peux-tu leur raconter...* »
- On peut tenter aussi une adresse à des grands-parents, qui ont connu une école d'une autre époque et sont intéressés par celle d'aujourd'hui. L'intergénérationnel est ainsi convoqué, faisant le lien avec la première recherche évoquée, plus haut, avec des *seniors*.

L'enfant peut, en même temps ou après, dessiner : son école, sa classe, ses copains, l'enseignant...

3.3. *Premiers résultats*

La recherche est encore à un stade exploratoire, néanmoins quelques résultats commencent déjà à nous surprendre. Ils apparaissent essentiellement, pour le moment, autour de ce que l'on peut appeler « l'effet-martien », qui fonctionne bien en tant qu'altérité convoquée.

Considérant le petit être étrange face à lui en tant que différent, l'enfant par exemple peut se demander comment l'école telle qu'il la connaît pourrait l'intégrer, alors qu'elle a bien du mal, selon ce qu'il peut constater, à faire avec ce qui ne ressemble pas à ses attentes.

- Ecoutons J., 3 ans : « Tu attends d'être *comme moi* et tu iras à l'école. »
- Ou C., 7 ans : « Tu dois parler français, déjà. [...] Les maths, je vais t'expliquer... »

OK, il faut se mettre au niveau, avant. Mais encore ?

- « P't'être qu'il y a des gars qui vont te tabasser. [...] Ils vont dire que tu es tout nouveau alors ils te tabassent. [...] T'as pas le droit de pistolet, alors... [...] ou alors il faudrait quelque chose qui te rende invisible. [...] Il faudrait se cacher... »
- « Si tu te rends ami avec quelqu'un, c'est sûr [...] lui il pourra s'défendre pour toi. » Et pour devenir ami ? « Il faut que tu lui dises, est-ce que tu veux être mon copain. Et après tu dis ton nom, tu dis ton adresse. [...] Ben lui, il faudra que tu lui expliques parce qu'il ne sait pas où c'est, la planète Mars. »

Qui dit que l'école est un lieu rassurant, ouvert, où la différence est sinon attendue, à tout le moins admise ? En tout cas et paradoxalement, elle se montre ici vectrice de liens sociaux, dans le partage et la réciprocité des savoirs comme condition des apprentissages. Une fois l'identité déclinée. Le mot « empathie » prend là tout son sens.

- Mais au fait, à l'école, on y va pourquoi ? Pour cet enfant, l'école, c'est « ... pour plus tard. [...] plus tard. [...] t'avances, t'avances, t'avances... » Tu vas jusqu'où, en avançant ? « J'en sais rien, ça. [...] Ça te servira pour plus grand. Quand on est petit, c'est nul. »
- C'est dur ? « Ça *dure* longtemps. [...] Faut attendre. C'est plutôt long... »

Ces premiers exemples montrent déjà tout ce que l'on peut attendre des expressions des enfants sur l'école et confirment, s'il en était besoin, que la projection (vers le petit homme vert venu d'ailleurs, comme vers le chercheur étranger ou l'ancêtre) est efficace et prometteuse.

4. Vers une éthique du sujet

Cette présentation a tenté de lever les malentendus qui stigmatisent la démarche clinique autant que le sujet, tout en montrant ses ancrages et spécificités. Comme nous pouvons le voir, nous construisons *aussi*, en clinique (certes différemment d'autres démarches, c'est bien là l'intérêt) des savoirs, des savoirs au plus proches de la vie. Qui répondent bien aux critères reconnus du constructivisme contemporain : plausibilité, intelligibilité, réfutabilité et qui, dans ce cadre, prêtent sans doute moins que dans d'autres, plus classiques, mieux assis, à l'arrogance fréquente des savoirs institués (et donc, par contagion, de ceux qui s'en sentent porteurs), arrogance reposant sur de fausses certitudes antinomiques de toute pensée scientifique. Certitudes assénées qui peuvent produire de véritables bagarres d'écoles, chacun étant sûr de soi, au point que, parfois, j'en viens à parler plutôt de « science friction », aux antipodes de l'esprit scientifique qui toujours, doute et cherche...

Au bout du compte, où est le problème ? Peut-être non pas au sein de la science mais au sein de l'humain, des humains plutôt, quand ils persistent à confondre intérieur et extérieur, pouvoir (sur l'autre) et savoir, et à craindre l'incertitude qui déstabiliserait plus leur personne que les savoirs, associant la première aux seconds...

La clinique apparaît donc en Sciences humaines, dans le champ de l'éducation ou de la formation comme de la recherche, comme un défi. Défi par rapport aux habitudes ancrées, défi aussi en termes de compréhension de ses objectifs et modalités réflexives. Et si l'on pouvait la qualifier en quelques termes, ce serait respect, confiance et reconnaissance. Une éthique du sujet.

Epilogue : Je fais partie depuis plusieurs années, sur l'Université de Nantes, de la commission permanente des Validations des acquis de l'expérience, les VAE. C'est toujours intéressant d'être ainsi amenée à évaluer des documents réalisés dans des disciplines et cadre complètement

étrangers au sien. Début juillet, j'ai participé à un jury pour attribuer une licence professionnelle de maintenance des systèmes pluri techniques. Le candidat avait acquis une partie de son expérience dans la maintenance des TGV. Et là, le vocabulaire utilisé n'a pas été sans me surprendre. Déjà, évoquer les « organes » composant les portes de ces trains était étonnant. Mais plus loin, il évoquait la « subjectivité » de ces organes ! Disant que dans ce cas, la maintenance demandait « une expérience et un *feeling* particulier, pour apprécier leur faiblesse ». A ma question, il expliqua qu'un *organe* selon eux était taxé de *subjectif* quand on ne pouvait ni voir ni mesurer ce qui ne fonctionnait pas... J'ai pris note. Le sujet perdu dans les Sciences humaines revient par la porte, ou plutôt dans la porte des sciences dures. Pour notre sécurité à grande vitesse, est-ce rassurant ?

En tout cas le candidat a obtenu son diplôme, sans restriction.

5. Quelques références bibliographiques

- Beillerot, J. Blanchard-Laville, C. & Mosconi, N. (1996). *Pour une clinique du rapport au savoir*. Paris : L'Harmattan.
- Chemins de formation* n° 10-11, (2007). La démarche clinique en formation et recherche. Paris : Téraèdre.
- Chemins de formation* n° 12-13, (2008). La pensée complexe en pratique et en recherche. Paris : Téraèdre.
- Cifali, M. & Giust-Desprairies, F. (2006). *De la clinique. Un engagement pour la formation et la recherche*. Bruxelles : De Boeck.
- Green, A. (2002). *La Pensée clinique*. Paris : Odile Jacob.
- Kaufman, J.-P. (1996). *L'Entretien compréhensif*. Paris : Nathan 128 n° 137.
- Lani-Bayle, M. (1999). *L'enfant et son histoire. Vers une clinique narrative*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Lani-Bayle, M. (2005). Cachez donc ces savoirs que je ne saurais voir ! In *Chemins de formation* n° 8, pp. 205-210. Paris : Téraèdre.
- Lani-Bayle, M. & Mallet, M.-A. (tomes 1 et 2, 2006 ; tome 3, 2010). *Événements et formation de la personne. Ecarts internationaux et intergénérationnels*. L'Harmattan.
- Lani-Bayle, M. (2007). *Les Secrets de famille. La transmission de génération en génération*. Paris : Odile Jacob.
- Lani-Bayle, M. & Texier, F. (2007). *Apprivoiser l'avenir pour et avec les jeunes. Entretiens intergénérationnels avec André de Peretti*. Paris : Mare et Martin.
- Lani-Bayle, M. & Mallet, M.-A. (2008). *Quarante ans après mai 68, regards intergénérationnels croisés*. Paris : Téraèdre.
- Laplantine, F. (2007). *Le Sujet. Essai d'anthropologie politique*. Paris : Téraèdre.
- Lévy, A. (2010). *Penser l'événement. Pour une psychosociologie critique*. Lyon : Parangon/Vs.
- Morin, E. Motta, R. & Ciurana, E.-R. (2003). *Eduquer pour l'ère planétaire. La pensée complexe comme Méthode d'apprentissage dans l'erreur et l'incertitude humaines*. Paris : Balland.
- Perraudon, M. (1998). *Echanger pour apprendre. L'entretien critique*. Paris : Armand Colin.
- Recherche et formation* n° 63, (2010). « Approches cliniques des apprentissages ». Lyon : INRP.
- Tarpinian, A. Baranski, L. Hervé, G. & Mattéi, B. dir., (2007). *Ecole : changer de cap. Contributions à une éducation humanisante*. Lyon : Chronique Sociale.
- Texier, F. (2002). Quelques malentendus sur la méthodologie clinique. In *Chemins de formation* n° 3 pp. 102-106. Paris : Téraèdre.
- Vermersch, P. (1994). *L'Entretien d'explicitation en formation initiale et en formation continue*. Paris : ESF.