

Recherche clinique et intervention dans les organisations : coïncidences et différences.

Michel Vial¹

"En se généralisant, la perspective clinique a gagné de la profondeur et de la consistance, tout en se prêtant de plus en plus difficilement à un exposé systématique ou dogmatique." (Lévy, 1997, p. 26).

Un des éléments qui prêtent à confusion quand on parle de clinique est la coexistence chez les mêmes auteurs d'un discours sur la clinique constitué de principes généraux et d'un discours sur l'intervention en organisation instrumentée à partir de ces principes. Nous nous intéressons ici à la clinique comme méthode de recherche. Ce choix ne va pas de soi, mais si on l'accepte, il est alors nécessaire de distinguer la clinique en tant que méthode de recherche, de ce qu'elle peut donner comme *mode d'action* pour un évaluateur intervenant en organisation, expert ou consultant, dans le cadre d'une évaluation ou d'une étude. La clinique comme intervention dans les organisations n'est pas ipso facto de la recherche clinique.

1 Techniques et méthodes

Certains universitaires ne pensent plus nécessaire d'allier recherche à méthode et préconisent d'instrumenter la démarche de recherche à partir de techniques. J'appelle techniques² des outils de la recherche qu'on a désenclavé d'une méthode pour les rendre autonomes : le questionnaire, l'observation,

¹ Maître de conférences, Université de Provence.

² Voir Cahier 25

l'entretien, les statistiques, les cas deviennent alors des démarches instrumentales en elles-mêmes. On les extirpe de la méthode où elles ont été construites pour les nicher dans une discipline : l'entretien en psychologie, l'observation en sociologie, par exemple. Ou bien encore on les inscrit dans des regroupements de disciplines, des secteurs de la science : le questionnaire dans les sciences sociales, l'enquête en sciences humaines... Raccrocher ces techniques à une discipline ou à un ensemble de disciplines permet de faire l'économie d'une réflexion ouverte sur la ou les sciences, sur les critères de scientificité qui pourraient bien ne pas être monolithiques : on élude la question devenue compliquée. La prise de position sur ce qu'est la science apparaît stérile, de même d'ailleurs que la prise de position sur ce qu'est le champ dans lequel on travaille. Alors, il est fait aussi l'impasse sur la conceptualisation de la méthode de recherche, participant en cela de cette position magique qui voudrait que l'instrumentation par ces techniques définies en elles-mêmes, à elles seules, puissent assurer sans discussion, automatiquement, la scientificité que l'on confond la plupart du temps et plus ou moins avec l'objectivité dont on voudrait au moins se rapprocher.

L'utilisation de techniques suffirait à obtenir la distanciation nécessaire à la recherche. Le reste serait argutie, polémique et débats sans fin, réflexion empêchant de faire de la recherche ou dogmatisme au service d'une sélection partisane de la bonne recherche dans les productions. C'est faire l'impasse sur le discours méthodologique proprement dit, en le réduisant, au mieux, à l'emploi réglé d'un outil simplifiant bien sûr le problème méthodologique puisqu'ainsi on évite d'avoir à se poser des questions qui relèvent de l'épistémologie, de l'éthique et de la posture du chercheur. C'est une position confortable et même séduisante... Faire de la recherche sans subir de tensions : quel rêve !

Il est, en effet, plus facile d'éluder les questionnements éthiques, les visées politiques et les positionnements épistémologiques pour se consacrer à la fabrication de produits autoproclamés comme étant, à l'évidence, "de recherche" et qui ont le mérite d'occuper le terrain, d'attester de la fécondité du champ affiché. On aurait donc d'un côté des "faisers", fabricants de recherche sans grande exigence sur leurs références et de l'autre des "réflexifs"

qui, parce qu'ils se posent des questions "philosophiques", n'ont plus le temps, ni les moyens de faire de la recherche. D'un côté ceux qui occupent le terrain à la hussarde et de l'autre ceux qui en restent aux prémices... Notre groupe de travail risque fort d'être catalogué dans les seconds. Et pour ma part, je redoute effectivement l'entrave que finit par produire une réflexion "purement théorique" qui ne se donne pas les moyens d'agir. La recherche est une pratique sociale, elle n'est ni une application facile de préceptes en toute innocence, dans la certitude, ni une métascience questionnante à l'infini et déconnectée de l'action. Dans notre équipe, nous avons fait, pour l'instant du moins, le choix de la méthode et de la méthodologie. C'est dire que le postulat est que pour qu'on puisse parler de recherche, il faut qu'il y ait référence travaillée à l'une ou l'autre des méthodes existantes : l'expérimentale, la différentielle, l'ethnos, la systémie, l'histoire et la clinique. On pourrait élargir avec la méthode des Lettres... si on arrivait à lui donner quelque consistance³.

Car pour qu'on puisse parler de méthode, même au sens pluriel que nous lui donnons, il y faut quelque consistance, quelque régularité ou au moins de la récurrence : des principes d'actions assez sûrs, exprimables au moins, sinon donnés sous forme d'un algorithme. Or, seule la méthode expérimentale nous est livrée avec un mode d'emploi algorithmique, la clinique est moins dirigée, l'ordre des principes à mettre en actes n'est pas aussi rigide, mais elle est aussi exigeante pour le chercheur ⁴ puisqu'il doit, justement, rendre compte de l'opérationnalisation faite de ces principes directeurs.

Dans la mesure où la clinique attache plus d'importance à l'imprévu qu'au prévu, et qu'on accepte ce critère la différenciant des autres méthodes connues, la clinique ne peut pas "être mise en boîte" dans une méthode qui serait entendue de façon étroite, dogmatique et rigide. La clinique ne relève pas de la résolution de problème. Elle est de l'ordre de la problématisation, cette évolution du sujet par le vécu d'une problématique⁵. La clinique est une élaboration du sujet comme processus. Pour cela, encore faut-il accepter que

³ Voilà un thème de chantier à conduire.

⁴ Voir cahier 23

⁵ Voir cahier 25

"le sujet est processus" (Bouchard, 1996) et que le chercheur est un sujet. En clinique, le travail est de sujet à sujet. C'est un préalable indispensable.

Ce n'est donc pas tant la définition de méthode qui est fondamentale soit comme prescriptions strictes (dans un référentiel relevant pour le chercheur, dans sa démarche de recherche, de la logique de contrôle), soit comme recommandations souples (des références laissées à l'interprétation du chercheur et relevant pour lui de l'autre logique de l'évaluation) mais le modèle du sujet effectuant la recherche. A un sujet rationnel, logique et pour qui la maîtrise est le but, la méthode sera un guidage pour "faire de la science" ; à un sujet processus, divisé mais interrelié aux autres sujets, la méthode pourra être un des éléments de son système de références. La méthode en elle-même n'est pas l'un ou l'autre, elle peut être les deux —et même (mais c'est encore une hypothèse) l'articulation des deux.

Refuser toute méthodologie au profit de l'emploi instrumentaliste de techniques dites de recherche, c'est économiser cette problématique que la méthode induit. Car la méthodologie plurielle dont nous parlons dans cette équipe, ne peut plus être seulement la conformisation du chercheur à un ensemble de préceptes (ce que seule la méthode expérimentale permet de faire et qui reviendrait à dire qu'il n'existe qu'une seule méthode de recherche). La méthodologie est le discours sur la méthode utilisée qui prend son origine dans une tension entre des contraires (ici logique de contrôle et logique du reste), dans une problématique. La méthodologie est, pour le chercheur, le discours sur la problématique que créent les règles, les critères et les normes de la recherche⁶. Sera alors appelé méthode de recherche un ensemble communicable de normes, de règles et de critères donnés au chercheur. Ces références existent sous le terme d'expérimental, de différentielle, d'ethnologie ou ethnographie, d'histoire...

L'hypothèse de travail ici posée est que employer ces méthodes en Sciences de l'éducation oblige à certains remaniements. Ce travail a déjà été fait pour l'expérimental qui est passé au "quasi-expérimental" et à ce que nous appelons "la démarche expérimentale en SdE" (Duru-Bellat et Mingat,

⁶ l'élaboration de la grammaire permettant de produire, à chaque recherche, un syntagme particulier mais acceptable, audible dans le contexte de la communauté scientifique du moment.

1996 - Mialaret, 1996). Nous essayons, modestement, de le faire pour la clinique sachant que : "L'évolution de la clinique a donc été inévitable. Mais sa signification s'est profondément transformée dès lors que d'autres disciplines ⁷ dans les sciences de l'homme, la sociologie, l'anthropologie, la psychosociologie, s'y référaient également avec des préoccupations et dans des contextes différents." (Lévy, 1997, p. 5).

Nous avons donc fait le choix d'appeler méthode un ensemble de références (des principes pour promouvoir des attitudes et des outils⁸) qui va du référentiel fixe à la pratique obligée de l'interprétation. Alors les techniques ne sont pas suffisantes pour donner corps à une recherche. En revanche, elles sont attendues dans une intervention, une évaluation ou une étude.

2 Etude, évaluation et recherche

Cette consistance de la méthode que nous appelons de nos vœux, même si elle n'est pas seulement l'effet d'un algorithme prescriptif, est rejetée par certains cliniciens. Ils l'assimilent avec le désir de maîtrise du positivisme et refusent de "légiférer" la clinique. C'est passer à côté d'une expérience riche pour le chercheur : celle d'avoir à faire avec des références sur sa démarche. Et puis cela permet la confusion entre recherche et démarches d'intervention dans les organisations ; confusions qui sont sans doute valorisante pour les dits intervenants, on le conçoit.

Appeler recherche tout discours un tant soit peu référentialisé paraît dangereux : avoir un référentiel pour agir en tant que consultant n'est pas la même chose que de référencer sa démarche en tant que chercheur⁹. De même que, mais cela est plus facile à entendre, être en recherche n'est pas faire une recherche : c'est le même décalage.

Dire : "la clinique sociale s'est imposée comme une démarche spécifique, à la fois de recherche et d'intervention, auprès de groupes et d'organisations sociales de toute nature ..." (Levy, 1997, p.6), **demande examen. Que des recherches se fassent "en liaison avec des expériences de consultation auprès de groupes aux prises avec des évolutions et**

⁷ autre que la médecine.

⁸ dont l'ensemble a été formalisé par le sablier épistémologique (cf. Vial, 1999)

⁹ sans compter qu'on peut former des professionnels à ne pas simplement suivre un référentiel mais à réguler un système de références. Cf. *Se former pour évaluer*, De Boeck, à paraître, 2001. La référence est de culture, le référentiel est de décision ou de résolution de problèmes.

des conflits, tant internes qu'externes" (**idem**) **semble plus acceptable mais encore faut-il savoir de quels liens il peut s'agir. Cela voudrait bien dire que l'intervention peut être une façon d'entrer dans un terrain pour y faire aussi une recherche mais cela ne signifie pas que l'intervention en elle-même soit une recherche.**

La recherche oblige à un dispositif supplémentaire :

- 1/ Dispositif réalisé dans la pratique étudiée
- 2/ Dispositif de l'intervention sociale¹⁰
- 3/ Dispositif de la pratique de recherche.

La méthode de recherche est justement ce qui permet de ne pas confondre l'intervention du consultant et le travail du chercheur, de mettre de la distance entre soi intervenant, praticien de l'intervention et soi praticien de la recherche.

L'exemple le plus difficile semble bien regarder la clinique¹¹ : un intervenant en organisation qui utilise la clinique comme mode d'approche de la pratique étudiée¹², et qui fait en même temps une recherche avec la méthode clinique. On n'envisage pas que la totalité du dispositif d'intervention et du dispositif de recherche soit confondus, totalement isomorphes, sinon comment s'y reconnaître ? Cela reviendrait à les assimiler l'un à l'autre et à dire que faire une intervention clinique, c'est la même chose que de faire une recherche clinique. Alors ? Imbrication des dispositifs ? Segments communs ? Pourquoi pas, si ces segments peuvent être désignés comme tels... Ou bien le mot clinique n'a-t-il pas exactement le même sens dans les deux dispositifs ? Dans l'intervention la clinique garderait le sens d'une restauration ¹³ empruntée au thérapeutique, alors que dans la recherche, elle serait plus proche de l'éducation entendue comme projet¹⁴ (et

¹⁰ appelée "clinique sociale" par Levy (1997).

¹¹ encore qu'on ait la même chose avec un travail d'intervenant expert et la méthode expérimentale.

¹² si on doute de la légitimité d'une telle entreprise lire l'éloquent plaidoyer de Lévy (1997, pp. 14/26)

¹³ une restauration des sujets professionnels qui veulent "sortir de la crise du sens" (Levy, 1997, p.9). Le clinicien participe alors à "la reconstruction d'un sens susceptible de ressouder les liens et de panser les plaies" (p. 10).

¹⁴ cf Vial cahier 23

pas seulement comme programme d'instruction) ? Ce ne serait pas la même attitude : thérapeutique d'un côté et praxistique de l'autre¹⁵.

En somme, la difficulté de compréhension de cet exemple vient non pas de ce qu'est une recherche clinique mais de la confusion entre recherche clinique et *recherche de terrain*¹⁶. La recherche clinique est une variante de la recherche de terrain, laquelle ne se confond pas avec l'intervention praxéologique. La recherche de terrain (Affergan, 1997 - Vial, 1999 - article de Eymard et Thuilier infra) n'oblige pas à utiliser la méthode clinique. Mais c'est bien la recherche de terrain¹⁷ qui oblige à remanier les méthodes existantes, y compris la clinique.

L'intervention est dans *la praxéologie*, la recherche (quelle que soit la méthode employée) peut être dans *la praxistique*. On appellera praxéologie le discours de ceux qui veulent "optimiser les pratiques". Les praxéologues veulent changer l'existant décrété mauvais, pour l'améliorer. Ceux-ci sont obnubilés par les bilans, les constats, les dysfonctionnements qu'ils transforment en problèmes à résoudre. Fascinés par la prise de décision rationnelle (¹⁸), ils prennent volontiers la posture de conseillers du décideur. Ils se font croire qu'ils ne seront pas altérés, changés, par leur contact au terrain. La relation qu'ils installent à l'autre mime le rapport hiérarchique (ou sa variante : le simulacre de la relation thérapeutique où l'un est malade, ignorant et l'autre sain, savant) et n'est plus alors vécue comme une relation de sujet à sujet, une relation humaine. Ils se parent volontiers du nom de "médiateur", en fait ils ne savent que préconiser des "remédiations" (de "remède" et non pas de médiation). Les praxéologues ont l'art de transformer en procédures logiquement ordonnées tous les phénomènes auxquels ils s'intéressent : pour eux, le projet, par exemple, s'aplatit en une "démarche" qui doit commencer par un bilan des dysfonctions ; la qualité se mesure et se contrôle seulement.

¹⁵ là, le travail du clinicien "consiste à la fois à formuler le sens (de l'histoire qui se construit ou s'invente au travers d'échanges) et à le faire advenir" (Levy, 1997, p. 34).

¹⁶ s'oppose à la recherche de laboratoire.

¹⁷ et non pas les objets qui seraient spécifiques aux sciences de l'éducation. Ce ne sont pas les objets étudiés, en eux-mêmes qui sont spécifiques aux Sciences de l'éducation mais le projet dans lequel on les étudie (Projet de tenir un point de vue en éducation, projet qui construit les objets).

¹⁸ Voir un exemple de cette fascination dans : Stufflebeam, D., 1980

La Praxistique est discours sur la praxis, cet Agir orienté par (porté par, habité par) des visées (Ardoino, 1986) éthiques, politiques et sociales où le Fabriqué (Imbert, 1990 - 2000) n'est ni une fin, ni un moyen d'atteindre des objectifs mais une ressource disponible parmi d'autres. Pragmatique et praxistique est la communication d'un projet de formation et/ou d'évaluation qui cherche les moyens de faire que l'autre fasse sa route, au mieux de ce qu'il en peut, ainsi que la communication d'un projet de recherche qui ne veut pas seulement expliquer ce qui se passe, ni corriger les pratiques mais questionner et comprendre. La praxistique est communication d'un projet de recherche ou d'intelligibilité des pratiques qui ne veut pas seulement expliquer ce qui se passe, ni corriger les pratiques mais questionner et comprendre. Elle se situe dans le modèle de pensée par projet ou pragmatique (Vial, 2001, p.42). C'est l'effort pour rendre intelligible le trajet des acteurs en éducation qui réinventent tous les jours leurs pratiques parce qu'ils vivent un projet professionnel. La praxistique passe par la réassurance des praticiens qui réinventent au quotidien leur pratique. A ce titre, la praxéologie ne semble pas coïncider avec l'ordre scientifique : elle ne part pas d'un discours sur la science ancré dans une problématisation de l'activité sociale de connaissance" (Berthelot, 1996, p. 255), elle part d'un dysfonctionnement à corriger, d'un problème à résoudre dans la pratique, alors que la praxistique est problématisation de cette pratique.

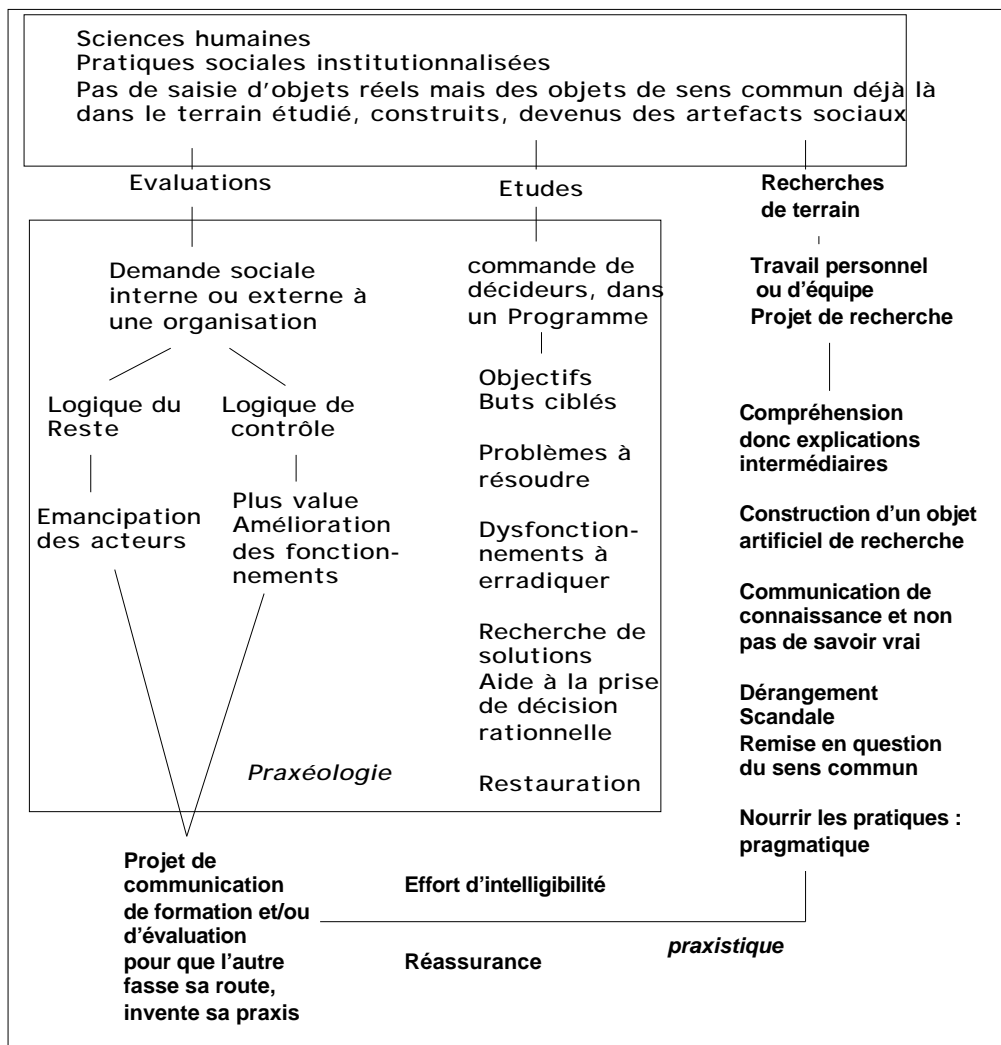


Schéma 44. Praxéologie et praxistique

Pour aider au repérage, on peut proposer ces distinctions qui doivent beaucoup aux travaux de Jacques Ardoino : l'étude est praxéologique, comme l'évaluation alors que la recherche de terrain peut, elle, être dans la praxistique. Mais il s'agit d'une différence de visées. Alors études et évaluations peuvent être conduites avec des programmes plus ou moins scientifiques. Praxéologique n'est pas le contraire de scientifique. La discrimination se fait sur les visées et non pas sur les moyens mis en oeuvre, sur la méthode, le programme. On appellera intervention le fait d'être appelé

par un terrain et d'aller dans une organisation (par exemple une entreprise) pour obtenir un mieux : une amélioration du fonctionnement ou / et une émancipation des acteurs. L'intervention est au service de l'organisation qui la provoque et la paie (sous forme d'une demande sociale ; l'exigence de valoriser et de rendre compte de la valeur de ce qui est fait : l'évaluation, ou d'une commande d'un décideur dans un programme d'action particulier : une étude). L'évaluation peut être une initiative interne à l'organisation, alors elle n'est pas une intervention mais un travail des sujets sur ce qu'ils font. Mais une évaluation n'est pas une recherche, quelle que soit l'instrumentation utilisée.¹⁹

L'intervention en organisation et l'évaluation sont praxéologiques. La formation par et à l'évaluation *peut* être dans la praxistique, comme la recherche de terrain. L'étude (qui suppose une intervention de l'évaluateur dans une organisation) répond à un commanditaire, un décideur, au contraire de la recherche de terrain qui est adressée à une communauté scientifique. L'étude répond à une commande par un rapport écrit, cette commande est un problème à résoudre.

Les trois types de travaux (évaluations, études et recherches) nécessitent un travail théorique et peuvent être réalisés avec des critères scientifiques ou non²⁰, et à des degrés divers, selon les compétences du chercheur mais aussi selon le type de commande ou d'appel d'offre auquel il est répondu. Certains appel d'offre sont si précis qu'ils ne peuvent donner lieu qu'à de la praxéologie. Ainsi chercher la bonne méthode de lecture ou demander la vérité sur les effets d'une formation... L'analyse du cahier des charges du commanditaire est indispensable. De plus, il faut rappeler que le caractère scientifique s'attribue à un travail réalisé, à un compte-rendu, que se soit une étude, une évaluation ou une recherche, par la communauté

¹⁹ Schéma extrait de *Se former pour évaluer*, De Boeck, 2001.

²⁰ Quand on a fait le deuil du monisme de la science —voire de l'efficacité de sa définition, autant il paraît un non-sens de supposer qu'une recherche puisse ne pas être scientifique, sans cesser d'être une recherche ; autant il est exigé des intervenants en organisation d'avoir de la rigueur scientifique. C'est bien pourquoi il n'est pas facile de distinguer du point de vue méthodologique étude et recherche. Ainsi praxéologie et pragmatique sont souvent confondues —et cela ne profite pas à la reconnaissance de la recherche de terrain qu'on affuble alors de l'étiquette plus ou moins péjorative de "recherche-action".

scientifique et non pas par le réalisateur, ni par le commanditaire du texte-produit, du rapport de l'action engagée.

C'est un enjeu important, pour le devenir des Sciences de l'éducation, de faire reconnaître ces distinctions. La recherche dite "opérationnelle" ou "contextualisée" partout demandée comme l'équivalent de la recherche médicale ou pharmaceutique : la recherche en fait "appliquée", qui doit arriver à des résultats tangibles, utilisables tels quels, à un produit commercialisable, n'est en fait pas de la recherche²¹ mais de la "trouvade" qui exige *une traque*²² : ce sont des études praxéologiques, quelle que soit leur rigueur scientifique. Mais par ailleurs, la recherche qui se déclare "opérationnelle" peut fort bien être dans la praxistique. Il y faut regarder de plus près quel statut a été donné aux partenaires de terrain. Ces distinctions sont un défi que les années à venir, notamment avec la montée de la professionnalisation à l'université et par l'université, devront relever. Si la praxéologie ne donne que des études pour l'amélioration du fonctionnement : des réponses à des problèmes, des contrôles de conformité et d'efficacité ou des évaluations au service de l'émancipation des acteurs, alors il nous faut inventer sous le terme d'opérationnalité une recherche non pas "praxéologique" mais bien "praxistique". Le terme de "pragmatique" peut recouvrir ce programme de recherche où s'exploreront les démarches et les méthodes de la praxéologie à la praxistique²³.

3. Le sens, la demande et la théorisation

Bien sûr (et là réside la difficulté conceptuelle et les glissements de sens), la recherche de terrain est une sorte d'intervention puisqu'on va dans le terrain et qu'on ne se fait pas croire qu'on le survole sans y rien toucher. Tout

²¹ Chercher est un verbe que beaucoup de gens n'arrivent pas à concevoir seul. Ils y entendent, sans aucune raison, l'obligation de trouver. Le fait de chercher peut pourtant bien être pris comme un processus en soi. Et le processus peut fort bien être conçu en dehors d'un but à atteindre : c'est la différence (Ardoino, 1993) entre *une trajectoire* (modèle fonctionnaliste, et notamment cybernétique) et *un trajet* (modèle pragmatique, naît dans le systémisme) où ce qui importe est de faire chemin et pas d'abord d'arriver à un endroit pré-déterminé.

²² Levy, 1997, p. 20.

²³ C'est le programme initié dans le Groupe de Recherche en Evaluation et en Apprentissage, dans le laboratoire CIRADE.

ce que Lévy exprime sur le changement et sur le sens est propre à la recherche de terrain et non pas d'abord à la méthode clinique :

"Le sens est ce qui fait sens pour des êtres concrets, en relation dynamique, comme peut le faire un lapsus, un acte manqué, un acte libre, un poème, me plaisir d'un instant ; il n'est pas dans l'histoire elle-même, où l'on a été pris, ni même dans son récit, mais dans sa reprise après coup, dans le mouvement de pensée où elle est représentée ; non dans le passé lui-même mais dans l'acte qui le réitère — comme dans une fugue de Bach où le même thème, repris dans ses différentes variantes, acquiert sa signification dynamique ; où la dimension du temps est donc primordiale, dans la mesure où elle fait exister concrètement l'écart irrépressible, et la tension qui en résulte, entre le passé définitivement perdu, dépassé, et ce qui peut en être pensé, et dit, au présent De ce hiatus, de cette contradiction et de cette tension entre l'éclairage porté sur un passé révolu, et le présent vivant et énigmatique, résulte l'effet de sens, qui est non une réponse mais une question, et qui crée les conditions d'un devenir possible." (Lévy, 1997, p. 24/25).

En effet, "la clinique n'a pas le monopole de la question du sens" (p.24), ni du changement : on peut vouloir côtoyer et rendre compte du changement avec la méthode historique ou différentielle. Et la clinique n'a pas l'apanage de l'intérêt au sens construit par les acteurs. Toutes les méthodes, dans la recherche de terrain peuvent aider à accueillir, recueillir et traiter du sens. Ce ne sera pas ni la même *qualité* du sens, ni la même qualité du changement²⁴. La prise en considération du sens et du changement sont les deux critères discriminants de la recherche de terrain, dans la praxistique.

La particularité de la clinique est dans cette conception d'un rapport au sens sous le sceau de la souffrance. Mais une souffrance qui doit au mieux s'assumer et non pas se résoudre. C'est là semble-t-il que Lévy ne fait pas la distinction et qu'il assimile *la crise* à sa résolution bien qu'il dise aussi, en même temps que "si la clinique peut se définir comme une clinique du sens, sa visée n'est cependant pas de le restaurer ou de le rétablir " (p.24). **Mais en même temps la "crise du sens" est assimilée par Levy à ce moment où "l'histoire s'interrompt : les rapports sociaux deviennent impossibles, insignifiants ou absurdes (Devos) ; les mots vides ne renvoient qu'au vide de la pensée et ne servent qu'à masquer, mal, l'angoisse et le désarroi générés par un doute qui s'insinue sur la réalité de l'existence elle-même" (p. 25), ce qui l'oriente,**

²⁴ La clinique s'intéresse à recueillir "la parole", c'est-à-dire non pas le discours mais l'expression de la vérité du sujet. (voir article supra).

sans qu'il le veuille, vers l'intervention thérapeutique et la praxéologie. Il ne fait d'ailleurs pas la différence entre le chercheur et le thérapeute : il appelle clinique sociale la suture entre les deux postures pourtant dissociables. Beillerot (1998), lui, distingue le conflit nécessaire au changement et la crise comme état "normal" de l'humain, que le chercheur en éducation n'a pas à "soigner". Rendre une souffrance vivable et productive n'est pas guérir, en éducation. Car l'éducateur n'est pas thérapeute et la clinique n'est pas indissociable de la thérapeutique.

Un autre argument est que la clinique répondrait à une demande des acteurs concernés. Sauf qu'il est important, justement, de relier la notion de demande à celle de commande. L'intervenant praxéologue répond à une commande d'abord. Il est appelé par les décideurs du terrain. Son travail va être de se positionner par rapport à cet appel qui est toujours un appel au secours. Accepter d'y répondre ne résout pas le problème. Le tout est de savoir avec quelle posture (Capello, 2000). L'expert va traiter la commande à partir de son référentiel externe à l'organisation et poser des problèmes dont il va préconiser les solutions, de son point de vue. Il apporte du sens, son sens. Le consultant qui n'a pas de référentiel d'analyse (de contrôle) à vendre, va faire travailler aux acteurs eux-mêmes la question que la commande pose. Il essaie de faire se lever du sens que les acteurs puisse reconnaître. Il va donc attribuer la commande au groupe lui-même et l'aider à se l'approprier, soit pour ainsi l'épuiser et déplacer la question, soit pour que les acteurs eux-mêmes inventent une façon plus sereine de poser la question, éventuellement d'y répondre. Passer de la commande à la demande qu'elle dissimule et exprime est important pour l'intervenant. Expert ou consultant sont là pour faire avec la commande. Ils n'ont pas la possibilité (en tant qu'intervenant dans cette organisation) de poser une question de recherche. Ils n'ont pas non plus, par souci éthique, à faire passer leur travail d'intervenant pour une recherche.

Leur intervention crée de l'intelligibilité *au service de* la commande. Et il est attendu que cet nouvelle intelligibilité soit un mieux. Pour cela, il est attendu qu'ils aient ce qu'on appelle une "méthodologie d'évaluation", c'est-à-

dire qu'ils emploient des outils et des techniques. On ne leur demande pas de faire une recherche.

Et s'ils décident de faire aussi une recherche, c'est une option supplémentaire qui ne regarde qu'eux et qui s'adresse d'abord à la communauté scientifique dans laquelle ils sont par ailleurs inscrits. Le destinataire premier d'une recherche n'est pas un décideur (et ne peut pas l'être²⁵) : c'est un autre chercheur. Et pour cela, il faut que les intervenants chargés de mission aient été formés à la recherche et non pas seulement à l'intervention en organisation, autrement dit qu'ils aient fait une thèse et pas seulement un DESS.

Alors ils vont avoir à construire le troisième dispositif, celui de la recherche. L'expert ira plus volontiers, mais pas exclusivement, vers la méthode expérimentale et la méthode différentielle, le consultant vers l'ethnos et la clinique. Mais rien n'empêche de former des experts en évaluation qui seraient aussi capables de faire une recherche clinique. C'est un cas extrême qui n'est pas impensable.

Enfin le dernier argument de Lévy est que la clinique est théorisation d'une expérience qu'il nomme alors expérience de recherche. La clinique comporterait donc trois moments :

- celui "de l'acte ou de la relation clinique" ;
- celui "de l'élaboration théorique" ;
- celui "de la communication des ces acquis, en général sous une forme écrite, donc transmissible à un ensemble plus large, non limitée aux sujets directement impliqués dans l'acte." (Lévy, 1997, p. 89).

Ce qui revient à dire que toute théorisation est une recherche. C'est, d'une part, esquiver la différenciation entre étude et recherche, alors que l'étude aussi théorise l'expérience menée. Et d'autre part, c'est nier que les praticiens "théorisent" leur pratique. C'est ne pas soupçonner tout le travail de conceptualisation pour agir, que le courant de l'action située est en train de mettre à jour.

²⁵ Ceci fait de toute réponse à un appel d'offre (et même s'il émane du Ministère de la recherche), une étude.

La théorisation ne suffit pas à faire une recherche. "Articuler aussi étroitement que possible la théorie et la pratique" (Lévy, 1997. P87) **n'est pas le souci premier dans une recherche. La méthode est l'occasion de se poser la question de cette articulation. Chaque méthode donne sa façon de la poser et un cadre de référence pour y répondre.**

Conclusion

On le voit, sans tomber dans les classifications abusives qui enfermerait le sujet dans une taxonomie réifiante, il semble bien nécessaire de se donner des catégories et de ne pas tout imputer à la méthode qu'on choisit. La clinique comme mode d'intervention dans les organisations, pour le consultant, comme ailleurs l'expérimental pour l'expert, chargé de mission par exemple dans une entreprise, n'est pas la clinique comme méthode de recherche. L'intervention donne une étude mais elle peut aussi supporter une recherche. Mais alors le chercheur communiquera un étage supplémentaire d'analyse de sa démarche.

Bibliographie

- Affergan, F., *La pluralité des mondes*, Paris : Albin Michel, 1997
- Ardoino, J. "Finalement, il n'est jamais de pédagogie sans projet", *Education permanente* n° 87, (2), 1986 (b) pp. 153/158
- Ardoino, J., "L'approche mutiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives", *Pratiques de formation*, avril 1993, pp. 16/34
- Beillerot, J. *L'éducation en débats : la fin des certitudes*, Paris, L'Harmattan, 1998
- Berthelot, J-M., *Les vertus de l'incertitude, le travail de l'analyse dans les sciences sociales*, Paris : PUF, 1996
- Bouchard, P. *La question du sujet en éducation et en formation*, L'Harmattan, Paris, 1996
- Capello, B. *Entre commande et demande, quelle postures d'évaluateur ?; Aix-en-Provence : En question, Cahier n°34, 2000*
- Duru-Bellat, M. & Mingat, A. "Vérification et falsification dans la recherche en éducation", *L'année de la recherche*, 1996, pp. 53/88
- Imbert, F. *L'impossible métier de pédagogue*, Paris, ESF, 2000
- Imbert, F., "A propos de la démarche clinique", *Cahiers pédagogiques* n° 334, 1995, pp. 23/24
- Imbert, F., "Action et fabrication dans le champ éducatif", *Les nouvelles formes de recherches en éducation, Colloque international francophone d'Alençon*, Paris, Paris : Matrice Andsha, 1990, pp. 105/111
-

- Imbert, F., "L'image ou la parole", Bouchard, P. *La question du sujet en éducation et en formation*, Paris : l'Harmattan, 1996, pp. 147/180**
- Imbert, F., *Médiations, institutions dans la classe*, Paris : ESF, 1994**
- Imbert, F., *Pour une praxis pédagogique*, Vigneux : Matrice, 1985**
- Imbert, F., *Vers une clinique du pédagogique, un itinéraire en Sciences de l'Education*, Vigneux : Matrice PI, 1992**
- Levy, A. *Sciences cliniques, organisations sociales*, Paris : PUF, 1997**
- Mialaret, G. "De la théorie de la relativité aux sciences humaines", *L'année de la recherche*, 1996, pp. 9/52**
- Stufflebeam, D., *L'évaluation en éducation et la prise de décision*, NHP, Ottawa, 1980**
- Vial, M. "Aller dans le terrain : quelles attitudes possibles pour le chercheur en Sciences de l'éducation et quelles conséquences méthodologiques ?", *L'année de la recherche*, Paris : PUF, 1999, pp. 61/87**
- Vial, M. *Se former pour évaluer*, Bruxelles : De Boeck, 2001**

OOOOooooooooooooOOOO

La parole comme objet d'étude de la recherche clinique en Sciences de l'éducation ?

Conversation entre Chantal Eymard et Michel Vial

C. Eymard :

Une des caractéristiques de notre groupe de travail est la confrontation. Nous ne souhaitons pas œuvrer pour un Savoir dogmatique, mais davantage pour un savoir qui se construit et se régule dans la pensée critique, dans l'écoute de point de vues différents, de dissensions, plutôt que dans la recherche de consensus. Ceci constitue pour nous un des critères de l'esprit scientifique, même si une science pour se construire à nécessité de temps de stabilisation d'un certain savoir, faute d'œuvrer pour un savoir certain. Il s'agit de questionner et de questionner encore des connaissances en construction ou des savoir établis et notamment ce qui nous apparaîtrait comme une certitude, une évidence ou un allant de soi. Et comme il est plus facile de parler ou d'écrire l'intérêt de l'hétérogénéité, de la dissension, que de la pratiquer, nous pourrions nous attaquer au problème que pose le statut de la parole en clinique.

M. Vial :

Tu as raison, il est bon de rappeler d'abord que ces cahiers sont le reflet d'une pensée en train de se faire et ne se donnent pas à lire comme une simple prise de position. Il semble que le fait que les sciences de l'éducation (SdE) soient plurielles et qu'il soit donc admis que toutes les méthodes des sciences "anthropo-sociales" connexes soient utilisables pour faire une recherche en éducation ne facilite en rien le travail du chercheur apprentis. Non pas parce qu'il est un débutant mais parce que l'utilisation d'une méthode de recherche importée en SdE oblige en quelque sorte à la démonter, à interroger les

évidences sur lesquelles les disciplines connexes se sont construites. La parole en clinique est une entrée. Repartant du sens commun dans lequel les méthodes nous parviennent (le sens commun ici, c'est cet ensemble d'évidences non interrogées, y compris par nos collègues des disciplines connexes), il nous faut, nous ne parlons pas ici en tant que spécialistes d'une méthode, faire preuve d'une grande prudence dans la compréhension des concepts de chaque méthode et faire un travail qui peut sembler superflu aux spécialistes.

C Eymard :

C'est pourquoi, il me semble important de réfléchir au sens du mot clinique lorsqu'il est utilisé en méthodologies de la recherche en sciences de l'éducation. C'est d'ailleurs ce que nous avons commencé à faire dans le cahier 23 : « la clinique Essai 1, de la thérapie à la recherche. » Revenons y pour mieux comprendre comment s'est construit le lien entre « la parole » et « la clinique ». Prenant sa source dans la médecine pratiquée au lit, à côté du malade, la clinique qualifie l'examen ou le signe qui s'établit d'après l'observation directe et non la théorie. Elle se caractérise par la primauté qu'elle accorde à la rencontre avec l'autre, à l'écoute de l'autre, au récit de l'autre pour tenter d'expliquer et/ ou de comprendre ce qui se passe de singulier chez lui. La clinique médicale relève de l'écoute et de l'observation de l'ensemble des signes que livre le sujet malade. La clinique psychanalytique, en tant qu'analyse de la psyché, s'est construite sur la reconnaissance de l'inconscient et l'intérêt de la parole du sujet dans le travail d'écoute de soi. **Toute la psychanalyse met l'accent sur le rapport signifiant/signifié.** "La méthode psychanalytique est née d'une série d'épurations successives dont l'ultime aboutissement est la réduction à l'échange verbal"²⁶ . **Il est vrai que Lacan à mis l'accent sur la parole. Le symptôme, écrit-il, "se résout tout entier dans une analyse de langage parce qu'il est lui même structuré comme un langage, qu'il est langage dont la parole doit être délivrée " (1966²⁷). Le passage du récit par les mots, les propres mots du sujet, est essentiel a son cheminement, au processus réflexif de soi,**

²⁶ Green A., *Le langage dans la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1984

²⁷ Lacan J. , *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966

au travail sur les associations signifiant/signifié. L'écoute de l'autre et sa reformulation favorise le déroulement du récit et l'écoute même du sujet qui se raconte. Mais écouter ne suffit pas en clinique, il s'agit aussi d'entendre, c'est à dire de relier ce qui se dit dans un travail d'interprétation qui se construit avec le sujet. Si la communication psychanalytique semble restreinte à la communication verbale, certains cliniciens ont su sortir d'un tel réductionnisme et s'intéressent aussi au langage non verbal.

M. Vial :

Il y a plusieurs choses dans ce que tu viens d'avancer qui vont me permettre de réagir. D'abord l'idée d'une "clinique médicale" ensuite le couple écouter/entendre et enfin la communication psychanalytique qui se réduirait au verbal.

Je ne suis pas partisan de parler d'une clinique médicale car il y a alors confusion avec la recherche médicale dite clinique, celle qui consiste à pratiquer une méthode expérimentale sur des patients avec leur accord, pour tester des médicaments par exemple. C'est pour moi une variante de la méthode expérimentale, mais in vivo. Je parlerai donc de la clinique non pas médicale mais thérapeutique pour désigner la pratique des psychologues, des psychothérapeutes qui sont à l'origine de la clinique (d'ailleurs comme pratique bien davantage que comme recherche).

Et thérapeutique est à entendre ici comme une pratique agissante sur le malade (avec son accord, c'est la notion de "demande") pour obtenir un mieux être. Et cette clinique est effectivement celle dont nous nous inspirons en SdE et que nous devons adapter parce que, en éducation, on n'a pas à chercher à obtenir un mieux être (même s'il advient). La relation éducative ne se réduit pas à la transformation orientée vers un mieux sinon les formateurs deviendraient les zéloteurs, les adeptes, militants d'un quelconque contenu qui serait celui à propos duquel (car je ne pense pas que la relation éducative soit seulement faite pour "transmettre" ce contenu) la relation éducative est mise en place. Ce serait réduire la formation (synonyme ici de relation éducative) à une transmission forcément bénéfique d'un contenu miraculeux (le mythe du progrès) qui ferait que l'éduqué serait mieux avant qu'après.

Mais mieux quoi ? Mieux signifierait sans doute (et c'est la version ordinaire de l'ingénierie de formation) plus efficace ! Et alors la relation éducative ne serait qu'un outil de transformation servant les objectifs, par exemple de l'entreprise qui la paie (la formation comme simple "investissement" pour gagner encore davantage —ce qui instrumentalise la formation et la met au service du payeur). Il se passe en formation autre chose qui relève justement de l'éducatif : le développement de la personne au travail, le processus de professionnalisation lequel ne se réduit pas à une fonction qui pourrait être décrétée à l'avance (une compétence rationnellement discernée) dans le schéma moyen-fin, dont la formation ne serait forcément que le moyen.

Et pourtant on éduque toujours l'autre "pour son bien", comme à chaque fois qu'on fait exprès de passer de la nature à la culture et pour (faire) accepter cette violence par laquelle se fonde l'humanisation. Mais c'est justement parce que la relation éducative est mise en place dans un projet axiologique qu'elle ne peut être l'instrument d'une quelconque idéologie, là se situe le nécessaire questionnement éthique de l'éducateur. On éduque toujours l'autre pour *son* bien et ce bien n'est jamais totalement en cohérence ni avec ce que veut le payeur, ni le formateur. Eduquer n'est donc pas installer une relation thérapeutique et si on veut s'intéresser à l'éduqué comme malade, pour le dire de façon abrupte : on va faire une recherche en psychologie, pas en SdE. La clinique en SdE s'intéresse à la situation éducative... j'allais dire "normale" et non pas aux dysfonctionnement plus ou moins pathologiques des personnes, et même si ces dysfonctionnement sont créés par une relation éducative. Cette dernière voie est couvertes par les psychologues de l'éducation (d'abord psychologues et ensuite intéressés par le thérapeutique créé par l'éducatif).

C. Eymard :

L'origine grecque du mot clinique est dérivé de Kliné « lit ». Les mots de la racine *klin* acceptent entre autres, un substantif masculin *Klinikos* « le médecin qui examine le malade au lit » et un substantif féminin *Kliniké* « la médecine exercée au chevet du patient ». Nous ne pouvons donc occulter cette origine, d'autant plus qu'elle est fortement présente dans les représentations sociales, mais il n'est pas question de s'y enfermer. Le champ

d'utilisation du mot clinique est vaste et comme tu le dis les sciences de l'éducation s'intéresse à la dimension, la situation, les faits éducatifs et par la même à la relation éducative et non à la relation thérapeutique. Même si toute relation peut être thérapeutique, sans que ce soit son intention, l'éducateur n'est pas le thérapeute ni du sujet s'éduquant ni de la société.

En ce qui concerne la recherche tu fais bien de rappeler la confusion entre recherche médicale dite clinique et méthode expérimentale. Je préfère pour ma part parler de méthodologie clinique plutôt que de recherche clinique. C'est la place de la parole dans cette méthodologie clinique qui me semble intéressant d'interroger. Ce qui caractérise la méthodologie clinique, c'est qu'elle part de la praxis du clinicien. La pratique clinique de l'éducateur est centrée sur la relation à l'autre et à l'écoute du sujet et c'est cette notion d'écoute qui est à interroger dans le champ des sciences de l'éducation. Qu'entendons nous par écouter le sujet dans une situation éducative ? S'agit il de prendre son avis sur le projet d'éducation que l'on a construit pour lui ? S'agit il de le faire participer à l'élaboration des objectifs à atteindre et/ ou des critères de son évaluation. L'écoute du sujet sert elle à la justification d'une difficulté d'apprentissage lorsque l'éducateur, l'enseignant, le formateur dit par exemple à l'enfant « Je t'écoute, que s'est il passé ?..... ». Qu'entend l'éducateur dans ce que le sujet veut bien ou peut lui livrer et qu'en fait il?

M. Vial :

Le coupe entendre / écouter dans la pratique clinique à visée thérapeutique est une façon de ne pas dire qu'on est là avant tout pour faire un diagnostic en vue de prendre des décisions de soins ou de traitement médical. Le terme de diagnostic révèle bien qu'on est dans le schéma moyen/fin propre à la pensée fonctionnaliste et que le modèle de l'action est la résolution de problèmes pour l'aide à la décision. Je ne vois là rien de spécifique à la clinique comme méthode : on est bien dans une variante de l'expérimental où ce qui prime est de voir, de dévoiler, d'expliquer le symptôme en le rapportant à une nosographie résolutive. On parle alors de "clinique" parce que ce diagnostic ne peut se faire sans l'auscultation du malade (au pied du lit) et

que, dans cette observation, entre aussi ce que dit le sujet dont on s'occupe et qu'on traduit au fur et à mesure dans la taxonomie des symptômes qui, elle, permet de classer, trier et localiser pour traiter. On traite la parole comme on traite n'importe quelle réaction physiologique : on la voit en fait, on ne l'écoute pas. En somme, la visée (thérapeutique) est devenue une finalité (trouver la maladie), ou même un objectif à atteindre (prendre une décision pour guérir). Objectif dont le clinicien est le maître au delà de ce que le malade veut et dit. Le dire du malade est devenu un ensemble de signaux dont le thérapeute a le code. On est dans une sémiotique instituée, on n'est pas dans la sémiologie ouverte, plurielle et forcément "opaque" d'une écoute de la parole de l'autre. On fait de l'analyse de discours. Employer le mot "écoute" ne dit pas ce qu'il signifie dans la situation.

C. Eymard :

Effectivement et ceci de la même manière pour le mot clinique et pour celui d'observation. Mais nous y reviendrons. Il en est de même aussi, quel que soit le champ disciplinaire et la pratique en question. La pratique du diagnostic est fort présente aujourd'hui à l'école. La prévention des difficultés scolaires devient une mission des enseignants (rapport J.C. Ringard, février 2000). Les troubles du langage sont détectés dès la maternelle. (Objectifs du rapport Ringard : « développer dès la maternelle des actions de prévention et de repérage des enfants à risques. Systématiser le dépistage précoce d'enfants potentiellement porteurs ou atteints d'un trouble du langage oral ou écrit ... » **Les termes troubles ou déficiences renvoient à la notion de pathos. Les enfants dits atteints de ces troubles relèvent d'une prise en charge thérapeutique. Le diagnostic d'enfant en difficultés ou en risque de difficultés, de dysphasie ou de dyslexie est posé et peut poursuivre toute la scolarité de l'enfant, avec le risque de « marquage » social, scolaire et médical de l'enfant. Les termes handicap et rééducation sont lancés et deviennent des préoccupations de l'éducation nationale. Effectivement on se trouve alors dans une clinique plus médicale qu'éducative. Si cette distinction est importante en sciences sanitaires, elle l'est aussi en sciences de l'éducation. Nous ne sommes pas exempt de l'invasion dans nos pratiques pédagogiques de la pratique clinique à visée thérapeutique même lorsque l'enfant ne relève pas d'un diagnostic de**

déficience, l'utilisation de la notion de remédiation va bon train pour régler les problèmes d'insuffisances scolaires. L'écoute de la parole de l'autre, l'évaluation, sont centrées sur la recherche de signes, de symptômes, de déficiences, d'insuffisances. L'écart est du domaine de l'erreur et à un certains stade l'erreur est pathologique. Le maître d'école est donc bien le maître du sens. La notion d'écoute prend alors un sens tout autre. Quelle place à la parole, de l'autre dans les pratiques éducatives, en dehors de celle de témoin d'un apprentissage conforme ? Et de la même manière quelle place à la parole du sujet dans les recherches qui se réclament de la méthodologie clinique ?

Lorsque Lacan tente de définir ce qu'est la parole (1966²⁸), il aborde la notion de vrai parole (constituant de " la reconnaissance par les sujets de leurs être en ce qu'ils y sont intéressés ") qu'il oppose au discours vrai (" constitué par la connaissance du réel, en tant qu'il est visé par le sujet dans les objets "). Cette parole " parle partout où elle peut se lire en son être, soit à tous les niveaux ou elle l'a formé ". Est ce à dire qu'il existe une parole du corps, le langage non verbal ou les entre deux verbaux plus ou moins implicites qui donneraient à écouter et entendre du sujet ?

M. Vial :

Si on parle de la pratique psychanalytique, il faudrait mettre là aussi du pluriel. Laquelle ? L'image du psychanalyste somnolant dans son fauteuil derrière le patient allongé et se contentant de relancer le discours et d'en noter quelques bribes, est un peu ridicule. Il me semble que certains enregistrent la totalité du discours pour pouvoir y travailler ensuite et que d'autres filment le "client" (l'analysant). Le divan est fait pour que l'analysant se concentre sur lui-même et ne s'adresse pas d'abord à quelqu'un dont il attendrait des réponses à ses problèmes (ce que le face à face ne manque pas de produire : c'est la différence entre une entrevue (qui relève de l'interrogatoire) et un entretien (qui relève du questionnement). La disposition des acteurs symbolise que celui qui fait le travail d'analyse est celui qui est venu et non pas le psychanalyste (l'analyste) ; en somme, il s'agit de bannir la passivité

²⁸ Lacan J. , *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966

que signifierait le terme d'analysé. Donc je ne pense pas que le psychanalyste ne s'intéresse qu'au discours émis, et qu'il puisse ne pas aussi recevoir l'attitude, l'expression de la voix ... il ne s'en tient pas au seul "contenu du message", il interprète au fur et à mesure l'évolution du travail que fait l'autre sur lui-même et il prend des indicateurs dans l'ensemble de ce que l'autre émet. La parole qu'on écoute dans cette situation n'est pas réductible à du verbal. Mais le verbal est nécessairement là, où s'"enroule", "se plie" la construction identitaire, l'édification de soi.

Je ne dirai pas qu'il y a une "parole du corps" ou bien le corps serait à entendre au sens phénoménologique : l'ensemble de l'être vivant présent, discours compris. Il n'y a pas d'un côté une parole du corps et une autre "verbale". La parole du sujet qu'on écoute est une expression de soi, elle n'est pas réductible au verbal, elle n'est pas contenue non plus dans "verbal plus non verbal". La parole du sujet est ce qu'il dit en tant que sujet, en tant que divisé par l'inconscient. Ce qu'il dit de son être au monde, de son impossible réconciliation à la simplicité d'un codage. L'expression de soi est toujours une sorte de débordement, de surplus, d'ailleurs qui revient et qui est véhiculé par l'anamnèse, le retour de son histoire vécue. La parole dont s'occupe la clinique est l'expression de la vérité du sujet : ce qu'il croit de lui, ce qu'il fait de son passé, ce qu'il livre de sa souffrance d'être là, vivant, ce n'est pas seulement ce qu'il donne à voir mais ce qu'il laisse à entendre, y compris sans le savoir, ni le vouloir. La parole est l'objet étudié, poursuivi, cerné, creusé, deviné par l'analysant de son côté et par l'analyste du sien. Sachant que c'est le travail de l'analysant qui "compte". Je vais faire une longue citation extraite de Schaetel, J-C., "De la phobie, en théorie et en pratique", Weil, D. *Figures du sujet dans la modernité*, Strasbourg : Arcanes, 1997, pp. 33/50 : "De quoi s'agit-il quand il est question en psychanalyse de la vérité de la parole ? Le fait est qu'il n'y a d'autre vérité que dans la parole est en accord avec la règle fondamentale du tout dire. Ce n'est pas tant l'adverbe de quantité qui est à privilégier —jamais je n'aurai le temps de dire le tout— mais ce tout en tant que n'importe quoi sera reçu comme un dire dans sa vérité. La vérité d'un sujet livrant un message "dont le messager ne sait pas est porteur, mais qui néanmoins se

signifie tout seul comme entre les lignes²⁹ ". On est en présence de deux valeurs de vérité dont l'une est à lire entre les lignes de l'autre, où la pensée doit correspondre à son objet en se référant à la réalité commune. Vérité de la proposition, celle-ci concerne un savoir référentiel, d'adéquation à un objet, à l'être, comme dans la recherche objectivante de la méthode scientifique. La vérité qui se lit entre les lignes, en revanche, est une vérité de parole qui ne cherche pas son référent en priorité dans un objet de la réalité commune. C'est une parole dans et par laquelle le sujet se pose un Autre qui l'entende et le reconnaisse en recevant le message comme un événement. [...] Ainsi l'Autre que pose la vérité du sujet n'est-il pas juge de ce qui est ou non recevable, vrai ou faux, normal ou pathologique. Ce serait l'affirmation d'une vérité suprême, un vrai sur le vrai révoquant en doute la vérité de la parole. Celle-ci n'est pas sans référent, ce n'est pas une parole folle, mais son référent ne se situe pas du côté de l'être, mais de son manque. Autrement dit, du côté de ce qui pour le psychanalyste est le propre de l'homme : son désir". (p. 40).

C. Eymard :

Mais quelle place pour l'observation clinique ? Pour B. Jacobi³⁰, dans la pratique psychanalytique il y a nécessité d'accorder une prépondérance à la parole afin de préserver « une sorte de respect accordé au sujet » et d'éviter « les risques de l'intrusion. Relancer ou interpréter à partir de ce qui n'a pas été verbalisé revient en partie à entendre ce qu'un sujet ne voulait pas dire ». La clinique psychanalytique œuvre pour le passage de cette expression corporelle au langage verbal par la mise en parole, en mots.

Pourquoi occulter ou restreindre le processus d'observation ? Pourquoi le réserver à l'expérimentalisme, celui de la prise, voire de l'emprise du chercheur sur le sujet expérimental ? L'accent est mis, alors, du côté du contrôle, de l'examen et nous renvoie à l'observation des animaux en cage pour étudier leurs comportements. Les stigmates de la recherche expérimentale en laboratoire, nous feraient ils confondre une notion avec ce que d'aucuns ont pu en faire ? Serait il plus aisé de l'écarter que de travailler sa posture d'observateur-observé altéré dans ce processus d'attention à l'autre, comme si la posture de l'entretien et de l'écoute clinique allait de soi?

²⁹ Safouan, M., "Ce qu'on ne sait pas, comment le dire ?", Qu'est-ce qu'on ne sait pas ?, Textes présentés par Ayyam Sureau, *Les rencontres philosophiques de l'Unesco*, Gallimard/Unesco, Paris, 1995, p.32

³⁰ 1995

M. Vial :

L'expression "observation clinique" renvoie au thérapeutique et non pas à la psychanalyse, pour moi. C'est d'ailleurs souvent une façon de dire "observation de terrain", grandeur nature, et non pas d'un modèle de laboratoire, non pas une simulation. J'essaie de dire que seule la psychanalyse apporte quelque chose de réellement neuf, d'inaudible, d'inouï par rapport aux autres méthodes existantes et qu'elle est le fondement d'une clinique pour les sciences de l'éducation. "Observation clinique" est pour moi, dans ce contexte de la quête d'une méthode clinique spécifique, un oxymore, une alliance de mots contraires. L'opposition claire entre le Voir et l'Ecoute me semble opératoire, en ce qu'elle correspond à deux paradigmes contradictoires —je ne fais là que reprendre les travaux d'Ardoïno : ce sont deux visées hétérogènes³¹. Les méthodes de recherche, au contraire des pratiques d'évaluation, me semblent cantonnées dans un paradigme, c'est ce qui leur assure de la consistance. Là réside l'origine de la fameuse "réduction scientifique" qui veut qu'aucune méthode ne donne la totalité de l'objet étudié : la méthode est un point de vue, un angle d'attaque, comme un référentiel. D'où l'idée que dans une thèse on puisse³² utiliser plusieurs méthodes, pour enrichir le propos et relativiser encore davantage les résultats. Car il ne s'agit pas de vouloir encore mieux maîtriser l'objet dans une multiréférentialité qu'on confondrait alors avec une multidimensionnalité³³. Employer plusieurs référents permet d'identifier mieux la situation dont on parle et ne donne pas plus de vérédiction aux résultats. C'est sans doute pourquoi, il est coûteux de se lancer dans cette pluralité des méthodes dans une même recherche : au bout du compte on serait encore plus humble. Or la parole scientifique est profondément orgueilleuse, fière de ses connaissances : comme dit Barthes (1984) la science est un "langage qui s'ignore", son imaginaire fonctionne sur "l'image théologique" : " la terreur paternelle répandue par la "vérité" abusive des

³¹ Ardoïno, J. & De Peretti, A. *Penser l'hétérogène*, Paris : Desclée de Brouwer, 1998

³² Cf. *Modèles, références, méthodes : l'articulation des contraires*, Synthèse en vue de l'habilitation à diriger des recherches en Sciences de l'éducation, Université de Provence, 1997

³³ Ardoïno, J., "L'approche mutiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives", *Pratiques de formation*, 1993, pp. 16 - 34.

contenus et des raisonnements". Etre chercheur, c'est assumer ce "modèle paternel d'une science sans langage"³⁴.

C. Eymard :

Pour ma part, je ne réduirai pas l'observation à la méthode expérimentale (cf : chapitre 4.2 *Le terrain et l'observateur/chercheur, recherche clinique , recherche de terrain*, C.Eymard, O. Thuilier , de ce même cahier, p 15). Le processus d'observation ne peut pas non plus se réduire à la vue et donc au voir. Il englobe et met en interaction l'ensemble des sens de l'observateur. On observe aussi par son ouïe en prêtant l'oreille à ce qui se passe, ce qui se dit, en étant à l'écoute de ce qui se passe.

Piaget après avoir privilégié, dans ses recherches, le recueil de données verbales s'est orienté vers l'observation et le questionnement critique³⁵. L'observation y est utilisée en tant que support de la communication verbale. L'enfant s'exprime verbalement sur l'action qu'il est en train de réaliser ; Et c'est cette approche là de l'observation que l'on retrouve de manière quasi exclusive dans les recherches qui utilisent ou se réclament de la méthode clinique.

M. Vial :

Là est notre "désaccord"; pour moi, l'observation comme tout le champ sémantique du Voir est dans la logique de contrôle et est une attitude du chercheur incompatible avec la méthode clinique. Je renverrai à Affergan³⁶ pour l'idée que le Voir participe de la construction du "leurre mythique de la triade : voir/ savoir / vérité" (p.81). L'observation suppose que le monde soit là devant alors que la clinique (comme la méthode de l'ethnos³⁷) me semble justement reposer sur l'idée que "Le monde ne se trouve jamais déjà-là, pré-construit par on ne sait

³⁴ Barthes, R., "De la science à la littérature", *Le bruissement de la langue, essais critiques IV*, Paris, Seuil, 1984, p. 11/19

³⁵ Vinh Bang , « *La méthode clinique et la recherche en psychologie de l'enfant* », *Psychologie et épistémologie génétique : thèmes piagétiens*, Paris, Dunod, 1966

³⁶ Affergan, F., *La pluralité des mondes*, Albin Michel, Paris, 1997

³⁷ Il faudrait d'ailleurs travailler à bien distinguer ces deux méthodes, alors que l'article de Eymard et Thuilier (infra) me semble les confondre sous le terme de "recherche de terrain".

quelle instance magique du réel, mais à travers le travail de forme —mise-en-aspect et arrangement rhétorique— il est recréé par l'imagination" (Affergan, p.96).

Ensuite, je ne suis pas certain que les travaux de Piaget soient un bon exemple de la méthode clinique, et je vais me risquer à le dire. D'abord de quel Piaget parle-t-on ? Du dernier, de celui qui s'ouvrait enfin à la pensée du système après avoir été structuraliste ? On touche là à une autre question méthodologique qui est l'investissement du chercheur dans un modèle ou un registre de pensée³⁸ parallèlement à son choix d'une méthode de recherche. Je dirais que chez Piaget le modèle de pensée prime sur la méthode de recherche. Ce n'est pas pour rien qu'aujourd'hui tous ceux qui revisitent la notion de situation se réfèrent aussi à Piaget pour la théorie de l'action située. Piaget est, pour moi, un créateur de situations de recherche, il n'est pas exemplaire pour ce qui concerne la méthode.

C. Eymard :

La recherche clinique en Sciences de l'éducation s'intéresse au sujet singulier élève, étudiant, être en éducation, en apprentissage et/ou en formation, enseignant, formateur, éducateur. Son objet d'étude est il alors la parole, uniquement la parole et quelle parole? Issu du latin *parabola*, ce terme est utilisé pour désigner l'expression orale et verbale. "la faculté d'exprimer sa pensée par le langage articulé."³⁹. Une des caractéristiques de la recherche clinique en sciences de l'éducation serait elle de porter son attention uniquement à cette parole, aux sujets ayant cette faculté et cette possibilité de s'exprimer par le langage verbal ?

M. Vial :

...Juste au passage : entendons-nous sur le sujet "singulier" car cela risque d'être ambigu. "Le sujet dans sa singularité" serait plus exact : on s'intéresse au sujet dans ce qu'il a d'unique : son histoire particulière. Cela ne veut pas dire que la recherche clinique n'aurait aucune portée "générale". Le sujet singulier est aussi un sujet exemplaire non pas au sens où on s'attendrait à en

³⁸ CF. *Se former pour évaluer, Se donner une problématique et élaborer des concepts*, De Boeck Université, 2001

retrouver des répliques mais au sens où ce que je comprends d'un sujet me permettra de mieux comprendre d'autres sujets. En somme, le sujet renvoie à des typologies de sujets, à des "structures psychiques" (et non pas à une universalité), laquelle, comme toutes les structures, ne se retrouve jamais à l'identique : elle est virtuelle et s'actualise différemment, sans cesser d'être la même structure. Autrement dit, le cas exemplaire que la recherche clinique finit pas construire n'est pas dans l'unique (la singularité) mais dans l'unicité, l'originalité *par rapport aux cas antérieurement connus*. Il permettra d'aborder plus facilement la parole d'autres sujets qui se rapprocheront de lui, qui appartiendront à la même catégorie, qui seront porteurs de la même structure. Le savoir en clinique n'est pas local...

Pour ce qui est de la recherche clinique en Sciences de l'éducation, l'aménagement que nous devons lui faire subir, je crois, est, outre le passage du thérapeutique à l'éducatif, le passage de la structure psychique *de la personne* au profil du personnage professionnel., en tant que *éduqué ou éduquant*. Il faut être psychanalyste pour travailler sur la structure psychique de la personne et un psychanalyste qui s'intéresserait aux personnes qui appartiennent aux professions où se jouent une relation éducative feraient de "la psychanalyse de l'éducation", comme on parle de "la sociologie de l'éducation" ou de "l'histoire de l'éducation". Ils peuvent être par ailleurs en poste en sciences de l'éducation. Mais ils ne sont pas les seuls à pouvoir faire une recherche clinique. Pour ceux qui sont *d'abord* en sciences de l'éducation et qui ne sont pas des psychanalystes, ce qui est tout de même la majorité (d'autant plus que les sciences de l'éducation forment des étudiants et des chercheurs aux sciences de l'éducation), je crois qu'il est nécessaire d'effectuer un déplacement de la méthode clinique et c'est l'objet principal de notre projet dans ce groupe de travail. J'ai déjà abordé ce thème dans le Cahier précédent. Je rappelle que cette spécification de la méthode de recherche clinique a des conséquences sur l'importance qu'à d'ordinaire la demande (nos partenaires ne sont pas des clients), sur la souffrance (qui sera celle d'être professionnel éduqué ou éduquant, bien avant d'être celle du sujet vivant), sur le contenu de la problématique théorique (la théorie est construite à partir de références

³⁹ A.Rey; 1992

empruntées ailleurs qu'en psychanalyse), sur la nosographie (qui sera ici des profils de professionnels attendus en fonction de la théorisation construite), sur les résultats de la recherche (qui intéresseront un corps professionnel situé dans le social, avec des pratiques professionnelles dont la spécificité sera déterminante et qui relèvent de l'éducatif).

C. Eymard :

Pour ma part, je préfère utiliser le terme de méthodologie clinique en tant qu'étude critique de la méthode clinique prévue et de la méthode clinique réalisée ou encore celui de méthode clinique décrivant les passages obligés, plutôt que celui de recherche clinique. En effet la "recherche clinique" en Sciences de l'éducation peut désigner l'ensemble des recherches qui sont menés auprès des élèves, qu'elles utilisent une méthode expérimentale, une méthode clinique, une méthode de l'ethnos ou tout autre méthode de recherche d'ailleurs. La méthode clinique se différencie de la méthode expérimentale dans son souci de rendre compte de la vérité du sujet et non d'une vérité en soi. Le chercheur va à la rencontre d'un terrain, d'un sujet dans un terrain. En relation directe avec ce sujet, dans ce terrain, il se dit impliqué dans cette situation. Il ne désire pas objectiver la situation et œuvrer sur le sujet en tant qu'objet d'expérimentation et ne se positionne pas en tant qu'observateur externe.

L'entretien y est privilégié. Sa valeur moderne, écrit A. Rey, est "l'échange de paroles et par métonymie, le sujet dont on s'entretient". Dans la méthode clinique, il n'est pas considéré comme un outil de recueil de données mais comme "une situation d'accueil de données" et caractérise un espace/temps délimité de rencontre avec l'autre, d'expression de l'autre et d'écoute de ce que l'autre veut bien nous livrer de lui même. Ecouter c'est d'abord "accueillir favorablement", c'est-à-dire sans jugement, sans réponse a priori, c'est "prêter l'oreille à quelque chose" et "prêter son attention à des paroles". Le mot, la phrase qui sort de moi, en tant que sujet, tente de traduire l'avancée de ma réflexion et de mes émotions. Il est porteur de sens singulier, et d'une histoire. Si je ne remets pas en cause l'intérêt de s'intéresser à la parole du sujet, je suis interpellée par le fait que la parole, en tant qu'expression orale, discours verbal, semble

prendre non seulement une place centrale, mais être souvent le seul objet d'étude de la méthode clinique. De la même manière, la notion d'observation semble bannit. En fait plutôt que de s'attacher à des mots: "entretien" "écoute" "parole" et d'en écarter d'autres, comme "observation", " expression corporelle ou comportement", pourquoi ne pas interpellier leur sens, le sens qu'ils peuvent avoir pour les uns et les autres? Un des jalons de la méthode clinique n'est il point de travailler son implication? La recherche clinique en Sciences de l'éducation ne se préoccuperait elle que des mots, de l'expression orale, du langage verbal ? Ne mobiliserait elle que ses oreilles pour être à l'écoute du sujet en éducation. Etre à l'écoute de l'autre n'est pas se centrer sur ce qu'il dit dans des mots, c'est accueillir l'expression de sa réalité — et c'est aussi par le dessin, la musique, l'attitude. sinon quelle place aurait le sujet privé de la parole ou ceux dont la faculté d'exprimer leur pensée par le langage articulé est déficiente? Quelle place pour les moments ou la mise en parole est si difficile, voire douloureuse, que les mots manquent pour décrire un événement, une situation, un moment de son histoire, de son vécu, une perception, un ressenti, une imbrication de sens? Comment écouter l'autre lorsqu'il lui est difficile, voire impossible pour un certain temps, de structurer sa pensée, de la traduire en phrase, alors même que la personne souhaite faire part à l'autre de ce qui l'anime ?

M. Vial :

Je ne suis pas partisan de faire un grand sac appelé "recherche clinique" dans lequel tout et n'importe quelle méthode de recherche se donnerait à voir ; c'est la confusion avec "recherche de terrain". Il me semble que l'entreprise de notre chantier est justement d'attacher aux mots quelques principes objectivés, distinctifs et que nous sommes en quête de ce qui spécifie la méthode clinique de recherche. Se réclamer de "La clinique" ou "Du clinique" ne coûte pas cher et permet surtout de ne pas se poser (ou de contourner) la question de la méthode de recherche utilisée.

Ensuite, dans le même ordre d'esprit, je crois qu'il est bon que le mot "observation" soit "banni" de la méthode de recherche clinique pour ne pas prêter à confusion avec les autres méthodes de recherche (comme celle de

l'ethnos où existe "l'observation participante"⁴⁰ qui n'est pas dans l'esprit de la clinique), ce qui ne veut pas dire qu'on devienne aveugle quand on est en entretien clinique. Cela veut dire qu'on ne se contente pas comme dans l'observation ailleurs, dans d'autres méthodes, de remplir une grille faite au préalable. La nosographie dans la méthode clinique sert davantage à éliminer les partenaires peu intéressants, dans le sens où quand quelqu'un entre dans la typologie prévu, il ne m'apprend pas grand chose sur la théorie qui a fondé ma typologie. L'originalité de la clinique est de prêter la plus grande attention à ce qui n'entre pas dans la grille : c'est "le" cas qui va permettre de bousculer ce que l'on croyait savoir. L'intérêt de l'entretien en clinique n'est pas de remplir la grille mais de la déborder par du neuf, de l'inattendu, de l'imprévu qu'on va ensuite chercher à comprendre. Et cela n'est pas de l'observation.

Ceci étant, le verbal n'est pas le seul "objet" qu'on entend. Dans la psychanalyse des enfants entre aussi l'utilisation du dessin, du jeu à la fois comme support au discours mais aussi comme provocation d'indicateurs d'un discours qui ne peut pas (pas encore) se dire et que l'analyste devra entendre (Voir les travaux de Melanie Klein et de Françoise Dolto). Le chercheur clinicien travaille avec des "signes", ce qui déborde très largement les "signaux", eux, codés propres à l'observation. L'entretien clinique relève bien d'une sémiologie et non pas d'une sémiotique⁴¹.

C. Eymard :

L'observation conçue en tant qu'outil de recueil de données, pré formatée en grille est un outil de la méthode expérimentale. La grille d'observation, en méthode expérimentale est utilisée en phase centrale de la recherche pour tester une hypothèse. Ses caractéristiques sont qu'elle

⁴⁰ L'observation est toujours dans une volonté d'externalité, si elle n'est pas suivie du terme "participante". Etre avec n'est pas observer, sauf dans la méthode de l'ethnos. C'est une caractéristique de la méthode de l'ethnos d'allier le dedans et le dehors. Il n'y a rien d'équivalent dans la méthode de recherche clinique.

⁴¹ C'est chez Roland Barthes qu'on trouvera la distinction entre une sémiotique comme déchiffrement de signaux et une sémiologie comme organisation (interprétation) de signes.

est focalisée, attributive, les indicateurs observables sont à faible inférence. En méthode clinique l'observation est globale et narrative, elle est attention portée à l'autre, écoute du langage ou du récit de l'autre, de ce que l'autre veut bien me livrer de lui même. Elle est accueil de messages que l'autre cherche à me faire entendre. La différence forte entre l'observation en méthode expérimentale et l'observation en méthode clinique relève du travail d'interprétation. En méthode expérimentale, le sens des signes recueillis est préétabli et défini par le chercheur. En méthode clinique, le sens est donné par le sujet. L'interprétation se construit dans l'échange, l'entretien entre le sujet et le chercheur.

Il reste que la valorisation du discours au détriment des messages corporels (attitudes, mimiques, mimes...), de l'expression non verbale dans la production de traces écrites (récit, dessin), la création d'objets (la sculpture, dessin, peinture, modelage..), est une forme d'exclusion de l'être privé ou en difficulté d'expression verbale. Le récit peut se construire dans le langage verbal à partir de matériaux divers, mais aussi dans le langage non verbal, dans le langage du corps. Pour se raconter, se décrire, se dépeindre, faire connaître, signifier quelque chose de soi, le sujet utilise autant le langage verbal, que le langage non verbal (expression corporelle, mimique, position du corps, graphisme, peinture, sculpture). L'écoute de la parole consiste donc autant en l'écoute des signes verbaux, que de signes non verbaux. L'accueil de données en méthode clinique relève du processus de communication entre le chercheur et le sujet.

OOOOooooooooooooOOOO