

TEXTES 2a, 2b 56^{ème} Rencontre ADES (3 novembre 1993) A propos des colloque sur la sociologie clinique (Montréal, 1993)

L'objet de la **56ème rencontre** était ainsi défini : « Notre association a ouvert un débat interne sur la didactique socianalytique. Nous sommes désireux d'élargir ce débat et de le relier aux récentes communications du **Centre de Socianalyse** aux colloques annuels du **Comité de recherche de sociologie clinique** (Paris 1992, Montréal 1993). »

TEXTE 2a

La socianalyse dans le champ de la sociologie clinique

(Montréal, 30 septembre-2 octobre 1993, ISA-RC 46)

par **Martine Godard-Plasman**,
Centre de socianalyse

Le colloque qui vient de se tenir à Montréal avait pour titre : « **Limites et possibilités d'une approche clinique en sciences humaines** ».

L'objectif affiché par les organisateurs était : “mieux cerner les possibilités et les limites de l'approche clinique dans les sciences humaines, à partir de la présentation d'expériences d'intervention et de recherche sur le terrain”, avec une volonté explicite de discuter les points de polarisation ou de contradiction.

Une cinquantaine de communications étaient réparties en quatre ateliers :

- articulation du psychique et du social,
- analyse et interventions organisationnelles (atelier où a été présentée notre communication), processus d'intervention, pratiques professionnelles,
- langage et représentations dans l'approche clinique,
- implications cliniques de la recherche appliquée.

En vue d'éclairer la position de la socianalyse dans le champ actuel de la sociologie clinique, nous allons faire un examen rapide des communications au colloque de Montréal à partir de leurs abstracts.

Cet examen porte évidemment la marque de notre propre conception de la problématique de la sociologie clinique. Aussi commencerons-nous par rappeler en quelques mots cette conception et ce qui, avec le recul de Montréal, nous apparaît comme un point plus crucial encore, le fait que notre pratique clinique se soit forgée à partir d'une pratique de l'expérimentation [1]. Deux conséquences en ont été soulignés par nous, au colloque de Paris (juillet 92) : la première se traduit par un intérêt particulier pour les conditions techniques et de méthode permettant une reproduction simulée de phénomènes sociaux ; la seconde se manifeste par un souci de maintien dans le travail clinique d'une certaine rigueur dans le choix des variables et dans la formulation des hypothèses.

Notre perspective expérimentaliste d'origine nous a conduit à aborder les questions posées par la clinique à travers la construction d'un outil particulier par des ajustements successifs .

C'est en partant de ce point de vue que nous avons présenté à Montréal le cas de l'atelier d'imprimerie [17]. C'est en partant de ce point de vue que nous avons abordé l'étude de la cinquantaine de communications présentées au colloque.

Les abstracts des communications illustrent trois aspects de l'approche clinique : la multiplicité des terrains, la position du chercheur ou de l'intervenant et l'insertion institutionnelle.

ADES

1- La multiplicité des terrains comme critère de définition de l'approche clinique

L'approche clinique n'est pas synonyme d'intervention. La plupart des expériences évoquées sont présentées comme des recherches. Quand les acteurs de la recherche sont explicitement identifiés, ils se présentent comme chercheurs, le plus souvent en relation avec leur université ou leur laboratoire. Certains font référence à des organismes dont le statut public ou para-public n'est pas précisé (protection de l'enfance et de la jeunesse, "Center of working life").

Ces recherches sont menées sur les terrains suivants :

- * la famille ou la cellule familiale au sens restreint : les relations des enfants avec la famille, la violence intrafamiliale, la famille comme cellule économique, les stratégies de survie en situation de paupérisation, etc.
- * des groupes institutionnels ou para-institutionnels : foyer de jeunes travailleurs, centre d'accueil pour migrants (là , le problème traité sera celui des relations interculturelles), des écoles (enseignants/ administration)
- * des groupes plus ou moins proches de la marginalisation ou marginaux : sans domicile fixe, bandes de jeunes dans les rues, enfants des rues à Mexico
- * des groupes de professionnels utilisant eux-mêmes une approche clinique (équipe en hôpital de jour, services sociaux)
- * des situations de travail : des groupes de travailleurs à haut risque (risque actif : les monteurs de ligne, ou passif : amiante) ; la promotion d'une catégorie particulière (les femmes dans la banque) ; le rapport travail et insertion sociale ;
- * les questions touchant à la santé : les services d'urgence enfants ; les intervenants en transplantation d'organes ; l'annonce du handicap aux polytraumatisés ; les pratiques mises en place à l'occasion d'une maladie grave avec risque mortel
- * les questions de formation : étudiants ou intervenants en formation continue, formation initiale de certains groupes (infirmiers psychiatriques)

2- La position du chercheur ou de l'intervenant comme limite de l'approche clinique

"On examinera la situation des cliniciens, entre la recherche et le conseil, entre les demandes et les problèmes, entre le local et le global , entre les disciplines académiques et la clinique."

Les conditions de démarrage sont peu explicitées. Un appel d'offre est mentionné une seule fois. A l'opposé, on peut noter l'initiative d'un chercheur qui, par hasard témoin d'un fait, le juge significatif, utile à explorer et qui engage une recherche à partir de là (vente de cigarettes à l'unité).

De façon générale, on observe deux situations de départ : le chercheur qui a décidé une certaine recherche et trouve son terrain : la question du retour des résultats ne semble pas faire l'objet d'un débat ; ou bien il s'agit d'une commande et le chercheur semble s'y glisser comme il peut en essayant de faire coexister ses règles et les conditions de la commande.

La question de la méthode, ou pour parler dans nos termes, la question de l'outil est également rarement formulée. Le "récit de vie" ou le récit de "pratique" est souvent présenté comme un outil central de l'approche clinique, mais il n'est pas formalisé. La plupart des recherches continuent à utiliser les outils traditionnels : l'observation participante, l'enquête, l'interview, etc.

L'objet des interrogations porte principalement sur la position du chercheur dans ses rapports avec le commanditaire et avec le "sujet" :

1) Chercheur/commanditaire :

- limites entre le militant et l'intervenant : la recherche comme paravent de la militance,
- décalage entre les intérêts du chercheur et les commandes, ou, dit autrement, l'obligation éventuelle de "traiter un problème qu'on n'a pas choisi",

ADES

- “au nom de quoi écoutons-nous ?”, “à quelle aune allons-nous interpréter?”

2) Chercheur/“sujet” :

La volonté de donner la parole, de faire dire (dans une perspective de changement) peut rencontrer une volonté de ne pas dire et de ne pas entendre (la parole menaçante) : exemple du non contact possible avec les familles de sujets “psychiatriques”, exemple de l'Uruguay sur la question d'engager ou non des poursuites judiciaires à l'égard des tortionnaires.

3) Chercheur/commanditaires/“sujets” :

- le feedback des travaux effectués ; les analyses ou les conclusions sont le plus souvent non reçus, non suivis de mise en œuvre ; c'est souvent à ce moment que la question du véritable sujet ou du véritable destinataire apparaît : qui est le destinataire (les femmes dans les banques ou le niveau susceptible de décider ; le clinicien peut-il ou doit-il être un médiateur ?
- le clinicien doit-il soutenir les projets des sujets rencontrés ou le projet à l'origine de la demande ou de la commande ?
- la difficulté à faire voir l'écart entre la réalité du terrain et les politiques sociales affichées; comment créer des passerelles?

3- L'insertion institutionnelle comme contrainte de l'approche clinique

“ Les imaginaires scientifiques... se sont de nos jours chargés d'un tel poids économique et sociologique, d'une telle assurance institutionnelle que ce sont désormais les meubles et les hiérarchies professorales qui font office de théorie et d'imaginaire épistémologique.”

La division entre départements disciplinaires dans l'université oblige à une insertion institutionnelle éclatée des chercheurs cliniciens. Cet éclatement est souvent source de contradictions et de tensions, qui se traduisent en particulier sous les formes suivantes :

- la multiplicité des approches -> est-ce qu'on ne risque pas l'atomisation et l'anecdotique ; -> quel rapport y a-t-il entre la réalité et le niveau de découpage choisi ?
- l'accent mis sur la multidimensionnalité : quel est son statut ? C'est un constat/c'est une hypothèse : que dit-il du découpage ? (rapport avec l'image externe).
- le rapport clinique/expérimental ou quantitatif/qualitatif avec plusieurs tentatives de validation croisée : la “triangulation” des tentatives de mise en rapport de données cliniques avec des résultats d'analyse factorielle.
- la clinique se veut interprétation, elle formule des hypothèses qui seraient éventuellement soumises, renvoyées : il n'y a pas de validation immédiate.
- lorsqu'il est impliqué sur le terrain, le clinicien n'est que rarement associé à l'évaluation. Il n'a pas la parole dans les instances d'évaluation.
- le clinicien n'est jamais sûr de ce qu'il a fait : les effets sont souvent différés, il ne peut répéter à l'identique,
- cependant, s'il est universitaire, une pression est faite sur lui pour qu'il produise des résultats et pour qu'il les publie.
- le choix du sujet individuel (différent du sujet moyen ou statistique) ; la demande concrète individuelle d'un acteur,

*
* *

Les facettes de la sociologie clinique :

- * une “interrogation sociale placée au cœur de la clinique psychologique” :

ADES

- * une “thérapie pour gens normaux” : analyser les rapports entre les processus psychiques et les processus sociaux dans la constitution de l'identité ;
- * une “psychopathologie institutionnelle” : traiter les courts-circuits entre les aspects psychiques, inconscients, politiques, institutionnels dans une institution.

- * une “aide à la résolution des problèmes sociaux” (marginalisation, chômage, drogue, etc.) qui sont vus comme imposés de l'extérieur, affectant les communautés sociales qui les voit s'étendre et qui sont vécus de façon douloureuse par des sujets individuels ou des groupes.
- * un “traitement de la douleur sociale” en tant que douleur de la société, mais aussi douleur humaine par la société : repérer les éléments pathogènes pour l'individu au travail, diminuer la souffrance sociale des intervenants.

*
* *

Dans la communication proposée au colloque de Paris en juillet 92 [18], nous avons formulé de la manière suivante les conditions selon nous nécessaires à la mise en œuvre d'une approche clinique :

“ A nos yeux, la clinique requiert que soient réunis plusieurs éléments : un sujet à observer, le demandant ou consentant à l'être, un observateur défini et responsable ayant un objet et un outil d'observation, la présence concomitante du sujet individualisé et de l'observateur tenu à une obligation de moyens.

Chacun de ces termes soulève des interrogations : qui est le sujet à observer ? Qui est l'observateur ? Comment individualiser un sujet observable ? Qui demande ou consent ? Comment cette demande ou ce consentement sont-ils acquis ? Quel est l'objet de l'observation ? A quelles conditions techniques est-il ou devient-il accessible ? Quelle relation s'établit-il dans la présence concomitante ? Quel est le statut respectif des co-présents ? Comment et pourquoi la co-présence peut-elle être efficace, heuristique ? ”

Pour fonder cette problématique, nous nous étions appuyés sur un cas d'intervention en cours relatif à une approche pluricatégorielle de l'Etat et son action.

Les limitations imposées à l'exposé de ce cas par les procédures du colloque de Paris, n'avaient pas permis de rendre perceptibles les réponses que nous propositions aux questions énoncées ci-dessus.

A Montréal, les conditions d'exposé du cas ont été différentes. Nous avons choisi de nous appuyer sur une intervention achevée depuis longtemps, celle de l'atelier d'imprimerie. La transformation de l'outil socianalytique réalisée au cours de ce cas avait commencé à dégager un niveau d'analyse spécifique permettant de saisir les constituants et les processus de construction de l'action.

L'exploration de ce niveau d'analyse s'est poursuivie avec les nouvelles transformations de l'outil socianalytique. Au colloque de Montréal, dans l'atelier “Analyse et interventions organisationnelles”, nous avons souligné que ces transformations avaient toujours été la conséquence d'une impasse apparue au cours d'une socianalyse. La solution technique s'était imposée avant que nous soyons en mesure d'énoncer la question.

Ce constat nous conduit à réaffirmer que l'ensemble des questions posées en juillet 92 procède avant tout des solutions techniques mises à l'épreuve.

La coïncidence dans le temps entre la visée didactique exprimée dans la fondation de l'AFS et la conduite de la socianalyse de l'atelier d'imprimerie laisse penser que, dans l'histoire de la socianalyse, une anticipation de son développement technique et professionnel s'est formée précocement. Nous reconnaissons ex post le bien-fondé de cette anticipation. Néanmoins, et ce sera notre conclusion, malgré une activité

ADES

didactique continue pour les besoins propres de notre activité professionnelle, c'est seulement maintenant que les conditions nous semblent réunies pour ouvrir la didactique sur l'extérieur. Parmi ces conditions, la plus centrale concerne la théorie socianalytique, encore dispersée dans des textes non publiés, mais qui reste inséparable du contrôle permanent de l'ajustement pragmatique et de la validité des choix techniques.

*
* *