

R ENCONTRE

Jacqueline BARUS-MICHEL
Professeur émérite Université PARIS 7

APPROCHE CLINIQUE EN SCIENCES SOCIALES, PSYCHOLOGIE SOCIALE ET SOCIOLOGIE CLINIQUES

Cette conférence a été présentée lors des journées d'étude de L'ARSI les 28 et 29 janvier 1999.

Mots clés : *clinique psychologie sociale -
sociologie - généralités définition philosophie.*

PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL

Si la psychologie sociale s'affirme comme une **psychologie**, elle ne peut guère se passer de faire référence à la psychanalyse, elle ne peut faire l'impasse de la seule véritable conceptualisation du psychisme considéré dans sa dynamique, sa structure et sa complexité. Psychologie, elle devra tenir compte de ce que la psychanalyse a découvert qui concerne essentiellement l'intrapsychique, soit l'incontournable inconscient, la division du sujet révélé comme un être de manque, désirant, en appétit de jouissance comme en proie à l'angoisse, parlant (demande), refoulant, recourant à des mécanismes de défense plus ou moins douloureux ou acceptables. Reste à savoir ce qu'introduit la dimension sociale et si une approche théorique qui concerne d'abord l'intrapsychique suffit à tout en dire.

Social, qualificatif ou substantif (le social) ne coïncide pas ici avec le sociologique compris comme ce qui relève des sociétés et de la vie en société à un niveau général et dans une perspective objectivante. Par social il faut entendre essentiellement les situations et phénomènes liés à, ou suscités par, des relations (échanges et pratiques) d'individus en nombre, dans l'espace (culturel) et dans le temps (historique), ce qui engage des représentations (imaginaires), des investissements (énergies), des dispositions (stratégies), leurs évolutions. Ces situations sont plus ou moins structurées, et les phénomènes plus ou moins subjectifs. Ces situations sont mises en tension par :

la pluralité (ce ne sont pas des relations duelles qui ne peuvent être dites sociales, et les relations se constituent en fonction de la diversité des réciprocitys et complémentarités possibles, on passe de la coalescence au combinatoire)

- l'unité, tension pour constituer un ensemble identitaire sur des modes rationnels, imaginaires, émotionnels, pulsionnels et pratiques. Selon que ce sont des groupes, des collectifs, des organisations, des sociétés, ou des « institutions », la part de l'un ou de l'autre de ces modes y est plus ou moins forte ou tolérée. On peut distinguer des unités de référence, d'appartenance, et des unités signifiantes, celles où le lien est plus tangible, où les membres y satisfont mieux leur demande de reconnaissance, de sens et de coopération (efficience).

Ceci permet alors de poser comme problématique spécifique du social la question sans cesse résurgente des positions réciproques et des places respectives qui se condense en celle du pouvoir : la gestion des prééminences (qui tient le discours?), leur légitimité, les modes d'attribution, la question des limites et de la durée, les formes, les figures d'autorité et de subordination. Il s'agit bien là du politique qui est sans doute une dimension du social qu'il faut prendre en compte dans une psychologie qui se dit sociale.

LA PSYCHOLOGIE SOCIALE

Une psychologie qui se dit sociale suppose donc et se donne pour objet de comprendre la spécificité introduite par le social - présence plurielle - dans la dynamique de l'expérience. Contrairement à ce que dit Freud (1921) psychologie collective et psychologie du moi ne sont pas rigoureusement assimilables, le nombre, la diversité des positions et les enjeux de la coopération et de la praxis, transforment problématique et dynamique psychiques, qui ne sont plus ou pas seulement sexuelles, lisibles et rapportées en termes sexuels (par exemple au nœud œdipien). La dimension politique ne se ramène définitivement ni ne se réduit à la dimension sexuelle.

L'interpsychique, s'il est infiltré dans ses moments régressifs (et en est-on jamais indemne?) par l'intrapsychique des motions inconscientes, œdipiennes et préœdipiennes, mettant aux prises fantasmatiquement avec les figures paternelles, maternelles, sinon avec les objets partiels, ne s'y réduit pas. La pulsion sociale (J. Barus-Michel, 1991) que l'on pourrait définir comme le transport énergétique et émotionnel (une sorte de corporéité affective) pousse vers les autres avec effet ou recherche de reconnaissance, coopération, solidarité, complémentarité (parce que les vivants sont confrontés à la réalité-obstacle, que le risque de solitude est synonyme d'incapacité mortelle). Bien entendu la pulsion a son verso : la peur, la rivalité qui entraînent exclusion, agression, destruction. C'est là qu'il faut voir le fondement du lien social et la cause de la déliaison concomitante.

À un pôle, la fusion régressive, à l'autre la violence destructrice. Entre les deux toutes les élaborations et les aménagements conflictuels, mouvants, instables, les luttes, les conflits c'est à dire les formes d'organisation des échanges et des pratiques plus ou moins stables, plus ou moins rigides, dont le pouvoir est à la fois la clef et l'issue dans ses enjeux et dans ses figures. Ceci pose aussi la question de la loi, clef de voûte du social (qu'est-ce qui vient réguler la violence et l'ambivalence pulsionnelle?) où l'exigence organique du groupe d'une unité cohésive vient remplacer le père, et où l'interdit anthropophagique (ne pas tuer son semblable) relaye l'interdit de l'inceste qui prévaut dans l'institution du sujet sexué, pour instituer le sujet social. Là encore la problématique de la psychologie sociale se pose en termes de semblables, débat des modes de réciprocité et non de dépendance filiale, entre membres-pairs et non de fils à pères, elle n'en est pas moins douloureuse.

LE SUJET SOCIAL

La psychologie sociale peut se définir comme l'étude et l'analyse des processus psychiques et sociaux, subjectifs et collectifs par lesquels le sujet en situation sociale donne sens à son expérience. Cette psychologie sociale tente d'analyser à partir du jeu de la pulsion sociale (dans son ambivalence) l'expérience du sujet social. Si le sujet, certes divisé, être de désir, être de langage, dans une tension continue pour s'énoncer (dire je), se construire significativement, est celui que nous a révélé la psychanalyse, on peut le penser aussi comme l'objet privilégié de la psychologie clinique. Et

l'objet de la psychologie sociale clinique est le sujet social. Le sujet social est individuel ou collectif (il prétend au « je » ou au « nous »), considéré isolément (individu) ou dans un lien solidaire (groupe, unité collective), énonciateur d'un projet parmi et avec les autres projet identitaire, (expression, réalisation, reconnaissance) et projet de transformation de la réalité (coopération, production, profit). Ce à quoi tend le sujet social : sens (soi), reconnaissance (les autres), efficacité (la chose), jouissance. Engagé dans les relations plurielles, tâchant d'y prendre parole, pouvoir et plaisir, il y achoppe aussi constamment, c'est pourquoi on peut parler là aussi de souffrance (souffrance au travail, souffrance sociale comme l'exclusion). Sujet en tension, en risque d'une autre forme d'aliénation que celle de la folie : l'asservissement, le sujet social est aussi en demande de sens. Ce qui nous introduit à la dimension clinique.

SOCIOLOGIE CLINIQUE

Auparavant, quelle distinction faire entre la sociologie clinique et la psychologie sociale clinique?

La sociologie clinique s'est distinguée des courants classiques de la sociologie (récemment, sous l'influence d'Eugène Enriquez, Vincent de Gaulejac, en France) en prétendant appréhender les dynamiques sociales (micro ou macro) à partir d'une sociologie compréhensive (Weber) retenant la complexité du fait social et surtout son épaisseur humaine, la participation active des sujets (à la fois produits et producteurs) qui pétrit le fait social selon, aussi, les processus inconscients pour lesquels la référence à la psychanalyse est indispensable.

S'il y a de la différence c'est dans la préoccupation centrale du sujet (à ce propos, qu'il parle n'est pas une malédiction, comme l'avait avancé Bourdieu, mais sa spécificité : il parle aux autres et il parle pour transformer, échanger, changer, et c'est à travers le langage que se dévoile le sens et le non sens de son expérience, celui dans lequel il est pris comme celui qu'il produit). Pour la sociologie clinique ce sont les mécanismes sociaux qui sont appréhendés à travers la traduction qui peut en être faite en termes subjectifs et en référence à la psychanalyse. La psychologie sociale vise à l'inverse le sujet et ses modes d'appréhension du social.

La définition du social donnée plus haut ne recoupe pas exactement celle de la sociologie. Le social est plus constitué des relations alors que le sociologique concerne les phénomènes plus globaux.

Les sociologues sont partis d'une insatisfaction des approches objectivantes des faits sociaux pour vouloir comprendre ceux-ci à partir de l'expérience des acteurs, ils ont alors recours eux aussi au recueil du discours et aux références psychanalytiques.

Autre différence : la psychologie sociale ne s'intéresse aux faits sociaux et à leurs mécanismes que selon les modes par lesquels ils sont appréhendés ou suscités par les sujets sociaux.

QUAND ON DIT CLINIQUE

Alors parler de clinique à propos des sciences sociales, psychologie sociale ou sociologie nous conduit à élargir la notion et à lui porter une nouvelle attention.

La clinique, au sens où on l'entend comme une méthodologie de la pratique, une posture méthodologique instaurant une réciprocité entre une connaissance scientifique (examen référencé à un corpus recevable et probable rendant compte d'une réalité de façon suffisamment probante pour être admise par la communauté des savants) et une conduite d'intervention (diagnostic, traitement en vue d'un changement-retour à la normale), elle ne peut pas se réduire à ce que définit son étymologie à savoir une lecture des signes (observation de manifestations) au pied du lit (*kliné* le lit, d'où *klinikos*, le médecin au pied du lit, *kliniké*, les soins du médecin au pied du lit). Déjà là sont induits la lecture de signes, c'est à dire l'observation, le déplacement du médecin, c'est à dire le *in situ* ou même le *in vivo*, et surtout le malade qui se trouve sur le lit (on peut se contenter des symptômes, les signes à lire). Notons d'ailleurs que le médecin lui-même est supposé, mais seulement supposé, être la figure type répondant le mieux à la situation, le pendant du malade, lui-même supposé dans le lit. L'épuration la plus rigoureuse de cette définition serait observation et traitement c'est à dire que la clinique se résumerait bien à ce qu'il en est toujours en médecine et à ce qu'elle fut en médecine mentale (et là nous touchons à travers la psychiatrie aux sciences humaines, psychologie, anthropologie, sociologie...) du moins jusqu'à Charcot : une pratique du regard. Diagnostic, pronostic, indication thérapeutique sont entièrement subordonnés à l'observation des symptômes, à la lecture des signes.

Freud est passé par là, il est venu assister aux leçons et aux spectaculaires présentations de malades de Charcot (les hystériques de La Salpêtrière), mais il en est revenu, sa réflexion et sa pratique l'ont conduit à quitter le regard (et par exemple la pratique de l'hypnose : le

regard est inducteur, partiel sinon partial) au profit de l'écoute. C'est là en fait une véritable révolution copernicienne. Désormais ce n'est plus le médecin qui est la figure centrale autour de laquelle s'ordonnent les signes que les malades soumettent à son regard savant autant qu'inquisiteur, c'est le (en l'occurrence la) malade qui apparaît tout d'un coup dans un statut de sujet : il parle, il a des choses à dire, qui plus est c'est lui qui détient le sens, même à son insu : le praticien écoute et doit se mettre en état d'entendre, permettre aux signes, paroles lacunaires, de s'ordonner jusqu'à ce que le sens latent apparaisse, réapproprié par le sujet. Les symptômes ne sont plus l'essentiel, signes immédiats d'une cause qu'ils révéleront à qui sait voir, mais seulement ce qui est venu à la place de paroles impossibles, étouffées et qu'il faudra bien laisser advenir pour que le sujet lui-même accède au sens, s'entende les dire (exemples aphonie, cancer de la gorge... Cf. *Mars* de F. Zorn).

C'est à partir de là que la clinique débordant son acception médicale somme toute restrictive, est devenue une méthode des sciences humaines, une approche spécifique en psychologie, psychologie sociale puis en sociologie.

La clinique se caractérise alors par cette place faite au sujet. Reprenons l'épuration de base et voyons tout ce qui en découle et il est étonnant qu'il ait fallu attendre la révolution psychanalytique pour s'en apercevoir. Un lit, dans le lit un malade, c'est à dire un sujet souffrant. Si le sujet est celui qui tente de faire sens, de donner du sens à ce qu'il est, à son expérience, la souffrance peut être entendue comme l'incompréhension devant le désordre organique, psychique ou relationnel. Disons ici que par extension, un groupe, un collectif peuvent être en perte de sens, traversés de conflits, en proie à l'incompréhension quant à une incohérence dans leur fonctionnement et à la non-efficacité qui s'en suit et qui peut s'exprimer aussi en termes de souffrance. La question que le « malade » adresse au praticien c'est « Qu'est-ce que j'ai? Qu'est ce que ça veut dire? », « Nous ne comprenons plus ce qui se passe » disent les porte-parole d'une unité sociale. Aux prises avec l'incohérence, ils font en fait une demande de sens. Les symptômes sont des signes épars, présentés dans le cadre de cette demande comme témoins du désordre.

La clinique s'instaure dans une relation, le « au pied du lit » implique au moins un être souffrant, demandeur, et celui qui est attendu dans cette demande, qui peut y répondre. On entend bien que un groupe, un collectif peut être demandeur, le lit devient ou reste ce qu'il a toujours été : métaphorique. Dès lors il y a un échange, le clinicien ne peut pas se contenter du regard et de l'observation qui de fait, réduirait le(s) sujet(s) à l'état d'objet, de chose, il reçoit la demande, il écoute, et sa propre

parole reprend la parole sollicitée et recueillie du demandeur, sujet individuel ou social, pour, avec son aide, restituer du sens, non pas plaquer des explications mais co-construire : du sens se reprend dans les ajustements entre les évocations-associations du/des sujet(s) et les propositions-interprétations du clinicien. A « Ce que je peux vous dire c'est que... » répond « Ça pourrait vouloir dire que... », « Est-ce que . . . ça vous parle?... ».

Néanmoins il faut porter attention à ce que la relation n'est pas symétrique, la demande, autant que la souffrance supposent une position de dépendance ou de subordination et le praticien est, quoiqu'il en ait (et il en a toujours) en position de pouvoir, il a le supposé savoir, il est investi imaginairement comme celui qui sait, qui a le pouvoir de remettre en ordre ou en mouvement ce qui s'est déréglé. Le « malade » lui-même ne demande parfois qu'à être réifié. Le praticien peut s'investir lui-même dans cette position gratifiante, se prendre pour la Science, préférer ses diagnostics (infaillibles), délivrer ses ordonnances (impératives), et ce, d'autant que l'organisation dans le cadre de laquelle il a pris fonction lui confère un statut. Or, il ne pourra garantir au sujet d'advenir, au demandeur de reprendre en main sa problématique, de retrouver du sens à ce qu'il est ou fait, qu'en préservant un espace relationnel qu'il n'obture pas de sa science et de sa puissance, vraies ou fantasmées. Cela veut dire qu'il doit être capable dans la proximité de l'écoute, de maintenir la distance suffisante pour l'autre, cet autre avec lequel la clinique implique qu'il y ait dialogue et cela passe par un suffisante lucidité (attention et retenue) quant à l'implication.

En effet la relation est autant symétrique que nous l'avons dite dissymétrique : face à face ce sont deux semblables, deux sujets, humains susceptibles des mêmes angoisses comme des mêmes désirs, des mêmes souffrances, les jeux possibles d'identifications et de projections, défensifs ou compréhensifs sont multiples et risquent de fausser la relation et la qualité de la pratique en laissant interférer la problématique du praticien dans la relation, celle-ci venant en quelque sorte faire écran. Par contre, cette implication, si elle est maîtrisée, peut être un instrument pour une écoute plus sensible. Il n'y a pas loin de cela à ce qu'on appelle en psychanalyse le contre-transfert, ces réponses émotionnelles et affectives, ces résonances à la charge et à l'intensité des investissements du ou des demandeurs (le transfert). Comme on le sait, le psychanalyste entend d'autant mieux son patient, qu'il est apte à utiliser ses propres résonances. La clinique exige cette attention à soi (analyse de l'implication) de la part du clinicien, par laquelle il se façonne comme son propre instrument.

Il faut dire encore ce qui n'avait été qu'évoqué : la démarche clinique, cette relation complexe, déjà

sociale puisque relation, se spécifie d'être en situation, jamais isolée dans l'étanchéité et l'artificialité du laboratoire, toujours traversée dans l'ordre de l'espace et du temps par les contraintes, les inductions, les tensions, qu'apportent les facteurs environnants et la dynamique même de la relation. La co-construction du sens (significations et directions, compréhension et changement) va se faire compte tenu de ces traverses et de ces contextes : événements bien entendu mais aussi milieu propre au(x) demandeur(s), cadre institutionnel qui, proprement, institue la relation clinique (hôpital, prison, entreprise, famille, école...).

La démarche clinique suppose une sensibilité particulière à l'autre, aux autres institués comme sujets c'est à dire êtres de désir et de langage, en mal de reconnaissance et de sens, mais cette démarche exige une attention méthodologique non moins rigoureuse, un travail du clinicien sur lui-même puisqu'il est à la fois le premier objet de sa recherche (il a choisi l'objet de sa pratique en fonction de sa propre demande) et l'instrument privilégié de celle-ci. L'analyse de l'implication a pour pendant l'effort de distanciation garanti par le dispositif structurant la situation, explicitation du contrat, des règles codifiant la relation, des principes déontologiques.

La recherche clinique se constitue dans une relation que l'on suppose en situation, d'aucuns diront sur le terrain, mais on peut concevoir qu'elle se suffise de la position épistémologique dans laquelle se tient le chercheur qui poursuit ses analyses en maintenant un ou des autres théoriques en position de sujet c'est à dire dans leur dimensions subjectives où le va et vient peut s'instaurer entre les références théoriques, la pratique accumulée, l'information recueillie sur les situations concrètes et l'écoute de l'autre en soi. C'est à dire qu'un travail d'analyse de l'implication ou du contre-transfert suffisamment profond peut permettre d'atteindre l'autre en soi alors qu'absent dans la réalité de la relation. C'est sans doute ce qui permet l'extrapolation de l'approche clinique entendue ici dans son acception la plus psychanalytique (analyse des processus inconscients) à des situations macro-sociales ou des événements à dimension sociale par rapport auxquels il ne peut y avoir de demande, ni de relation actuelles. Des ouvrages ou travaux cliniques peuvent alors être constitués par une élaboration interprétative suscitée par un matériau de seconde main mais où le déchiffrement de sens vise les contenus et processus subjectifs de l'expérience.

La démarche clinique inscrit le praticien ou le chercheur dans une relation avec son objet (implication-distanciation) qui ne lui permet de l'atteindre que dans cette relation contrôlée qu'il entretient avec lui, l'analyse d'une demande (sans doute réciproque), du dispo-

sitif et du cadre et des effets de changement occasionnés ou recherchés.

C'est dire que la psychologie sociale clinique ne se propose pas de dévoiler des faits ni d'atteindre une soi-disant objectivité mais de comprendre les processus par lesquels l'expérience sociale fait sens pour le sujet individuel ou collectif. Le chercheur (traversé par le sens) ou le praticien s'avertit de ce qu'il est inséré dans les significations émergentes et de sa part prise aux processus.

La multiréférentialité va de soi : l'expérience du sujet social est complexe ; les processus par lesquels elle prend sens ou pas, engendrent sentiment de cohérence ou souffrance, nécessitent de faire référence à la psychanalyse, comme d'ailleurs à la phénoménologie, à la dynamique des groupes, à l'analyse institutionnelle, à l'anthropologie. La psychanalyse en tant qu'elle est une théorisation issue d'une pratique qui place le sujet (divisé mais justement pour cela dans une tension pour construire du sens et se donner unité) au cœur de son questionnement, est une référence privilégiée, principe même de la clinique. Ces références plurielles ne se juxtaposent pas pour soutenir ce qui serait une articulation du psychologique et du social : il s'agit bien plus de recouvrements d'interférences et de réciprocitys. Des concepts comme ceux d'imaginaire, de symbolique et de réalité permettent d'appréhender les intrications dynamiques et d'éclairer la polyvalence des notions comme celles de représentation et de relation de pouvoir, d'idéalisation, de stratégies défensives...

L'expérience du sujet (je, nous) témoigne de ces intrications, l'approche clinique tache de les prendre en compte autant que d'en rendre compte.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AVRON O. « Engagement clinique et théorique dans la recherche » in *Bulletin de psychologie. Psychologie clinique* VIII, 377, 1986.
- BARUS-MICHEL J. « Le chercheur premier objet de la recherche » in *Bulletin de psychologie. Psychologie clinique* VIII, 377, 1986.
- BARUS-MICHEL J. *Le sujet social. Etude de psychologie sociale clinique*. Paris, Dunod, 1987.
- BARUS-MICHEL J. *Pouvoir : mythe et réalité*. Paris, Klincksieck, 1991.
- BARUS-MICHEL J., GIUST-DESPRAIRIES F., RIDEL L. *Crises. Approche psychosociale clinique*. Paris, Desclée de Brouwer, 1996.
- ENRIQUEZ E. *De la horde à l'Etat*. Paris, Gallimard, 1983.
- ENRIQUEZ E. *L'organisation en analyse*. Paris, P.U.F. 1992.
- REVAULT D'ALLONNES C. et al. *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris, Dunod, 1989.
- REVAULT D'ALLONNES C., BARUS-MICHEL J. « La psychologie sociale » in *Bulletin de psychologie* VII, 349, Paris, 1982.