



HAL
open science

Interdisciplinarité de la recherche : subjectivité du chercheur et confusion des langues

C. Patinet, K.-L. Schwering, É. Ricadat

► To cite this version:

C. Patinet, K.-L. Schwering, É. Ricadat. Interdisciplinarité de la recherche : subjectivité du chercheur et confusion des langues. In *Analysis*, 2020, 4, pp.221 - 225. 10.1016/j.inan.2020.06.011 . hal-03491127

HAL Id: hal-03491127

<https://hal.science/hal-03491127>

Submitted on 14 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Interdisciplinarité de la recherche : subjectivité du chercheur et confusion des langues

Interdisciplinary collaboration in research: researcher subjectivity and « confusion of tongues »

Cassandra Patinet, Doctorante en Psychologie Clinique - Université Sorbonne Paris Nord, U.F.R. LLSH - laboratoire U.T.R.P.P., U.R. 4403

Karl-Léo Schwering, Professeur de Psychologie Clinique - Université Sorbonne Paris Nord, U.F.R. LLSH - laboratoire U.T.R.P.P., U.R. 4403

Membre de l'Institut la Personne en médecine (ILPEM, Université de Paris)

Élise Ricadat, M.C.U. en Psychologie clinique, membre du CRPMS E.A 3522 – Université Paris 7 Diderot

Interdisciplinarité de la recherche : subjectivité du chercheur et confusion des langues

Interdisciplinary collaboration in research: researcher subjectivity and « confusion of tongues »

Résumé

Contexte : La recherche en psychologie clinique sur, pour ou avec des médecins engage le doctorant en psychologie sur le terrain de l'interdisciplinarité. A l'image de cet écart entre terrain « rêvé », « fantasmé » de la recherche et confrontation au « réel du terrain », « faire de l'interdisciplinarité » ne consiste pas simplement à réunir des chercheurs issus de disciplines différentes autour d'une table ; cela implique pour le chercheur un traitement psychique complexe du dialogue qui s'élabore entre les différents sujets de la recherche et ce, aux différentes étapes de construction de la recherche.

Objectif : Ce travail vise à éclairer certains des enjeux qui entourent ou entravent ce dialogue interdisciplinaire à l'occasion du montage et de l'élaboration d'un projet de recherche en psychologie clinique et ce, dans le cadre d'une collaboration assumée et institutionnalisée entre médecins, psychologues chercheurs et psychanalystes à l'hôpital.

Méthode : En prenant appui sur mon expérience singulière à l'occasion de cette première année de recherche doctorale, j'interrogerai la manière dont ces différents espaces de communication interdisciplinaire se sont progressivement imposés à moi comme une seconde exigence de travail cette année, venant mettre à mal par moments ma capacité à me réinvestir subjectivement dans ma recherche.

Ainsi et au-delà des enjeux essentiels de communication pluri/inter/transdisciplinaires qui agitent la recherche en sciences humaines, je porterai mon attention sur le travail d'articulation et de traitement psychique de ce dialogue interdisciplinaire qui s'impose au/à la doctorant(e) en psychologie engagé(e) dans une recherche qualitative avec les médecins.

Conclusion : « Faire de l'interdisciplinarité » ne consiste pas seulement dans la recherche de points de contacts entre les disciplines ; c'est aussi maintenir des écarts nécessaires afin

de continuer à exister en tant que sujets de nos recherches, dans un dialogue vivant avec nos collègues psychologues et médecins.

Mots-clés : recherche en psychologie, médecins, interdisciplinarité, confusion des langues, théorisation ancrée

Abstract

Context: Clinical research on, for, or with physicians engages the doctoral student in Psychology on the question of interdisciplinarity. Just like the gap between the “dreamed” or “fantasized” field and the “reality of the field” with which the researched is confronted, “doing interdisciplinarity” does not simply consist in gathering various researchers around the same table; it implies, for the researcher, a complex psychological treatment of the dialogue in construction between the different subjects of research, at different steps of research process.

Aims: The present work aims to consider communicational issues between the different “subjects of research ” while setting up a project in clinical psychology, as part of a collaboration between physicians, researchers in psychology, and psychoanalysts working in a hospital.

Method: From my own experience during this first year as a doctoral student, I would like to share my impressions and questions about how these different “interdisciplinary spaces of communication” have gradually become another aspect of my work this year, in some ways significantly impacting my ability to invest in my research. Thus, beyond the crucial pluri/inter/transdisciplinary communicational concerns that are inevitable in research in human and social sciences, I will focus on both the “translation” work and on the psychological treatment this interdisciplinary dialogue requires of a doctoral student in Psychology committed to qualitative research with physicians.

Conclusion: “Doing interdisciplinarity” does not only involve looking for points of contact between disciplines, but also involves maintaining spaces for disparity in order to exist as subjects in our research, involved in a spirited dialogue with our psychologist and physician colleagues.

Keywords : research in psychology, physicians, interdisciplinarity, confusion of tongues, grounded theory

I. Introduction

À l'occasion de ce travail sur le thème de « *la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins* », j'ai choisi d'axer mon propos sur mon expérience de travail en tant que psychologue chercheuse, insérée dans une équipe de recherche clinique pluridisciplinaire (composée de médecins, psychologues cliniciens/chercheurs, psychanalystes) dans le cadre d'une recherche de doctorat menée à l'hôpital, dans un service d'oncohématologie Adolescents/Jeunes Adultes (A.J.A.). Si j'insiste sur le mot « travail », c'est que – outre les tâtonnements nécessaires et les errances ordinaires du chercheur engagé dans la rencontre avec son terrain de recherche – je voudrais essayer de rendre compte de cette autre exigence de travail psychique qu'a été pour moi l'insertion dans cette équipe de recherche clinique. Cette dernière s'est constituée à l'occasion d'une recherche qui m'a précédée dans ce même service, et qui a conduit à la pérennisation et à l'institutionnalisation de cette collaboration interdisciplinaire entre médecins et psychologues au sein de ce service (nous y avons par exemple un bureau dédié).

Ainsi, après avoir présenté brièvement cette équipe et le contexte de ma recherche, j'essaierai de montrer en quoi le dialogue interdisciplinaire tout au long de la construction de mon projet de recherche a pu entraver à plusieurs reprises le dialogue subjectif que j'entretiens avec ma propre question de recherche, et mettre à mal mes ressources créatives et mon plaisir à penser. En ce sens, et dans la perspective de rendre mon propos un peu plus concret, je m'appuierai sur quelques étapes-clé de la construction de mon projet et des échanges dont il a fait l'objet, notamment dans le cadre des réunions de l'équipe de recherche clinique (avec les médecins). En effet, c'est de cette multiplication et de cette diversité des espaces d'échanges et de réflexivité dont je souhaite rendre compte car ils constituent, à mon sens, les premiers indicateurs de la complexité que cette interdisciplinarité de la recherche revêt au quotidien, et de la difficulté que nous rencontrons – en tant que chercheurs en psychologie – à mener à bien ces différents dialogues, tantôt sur la scène extérieure/intersubjective, tantôt sur notre propre scène interne/intrasubjective.

II. Contexte général de la recherche

Comme je le mentionnais plus haut, l'unité d'oncohématologie « Adolescents - Jeunes Adultes » (A.J.A, Hôpital Saint-Louis, Paris) a fait l'objet d'une première recherche exploratoire bénéficiant du soutien financier de l'INCa (Institut National du Cancer) entre 2012 et 2014 qui a donné lieu à la soutenance d'une thèse en 2016 par Élise Ricadat. Cette recherche comportait un double volet patient/soignant et s'inscrivait dans un cadre de recherche plus large qui visait à *étudier « l'ajustement psychosocial et la construction identitaire chez les adolescents et jeunes adultes atteints de leucémie »* (Ricatad, 2016). Je ne reviendrai brièvement que sur l'enquête soignant car c'est celle-ci qui m'intéresse.

Ce volet de recherche exploratoire visait à mettre en perspective les données recueillies auprès des patients et à interroger les soignants autour des spécificités de cette prise en charge « adolescents/jeunes adultes » : *que se représentent-ils des besoins des jeunes qu'ils soignent dans le service et de leur rôle auprès d'eux ?* Les chercheurs (deux psychologues – une à la fin) ont d'abord mené une série d'entretiens individuels avec les différents membres de l'équipe ; tous les corps de métiers étaient représentés (médecins, internes, IDE¹ jour/nuit, infirmière de coordination, cadre de santé, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute). Le recueil et l'analyse des données se sont faits de manière itérative, selon la méthode de la théorisation ancrée (Ricatad, 2020 ; Charmaz, 2008 ; Glaser, 2002 ; Chamberlain, 1999). Il s'agit d'une démarche inductive : pas d'hypothèse préalable, pas de grille d'entretien, mais une grille d'analyse qui se construit au fur et à mesure du recueil et de l'analyse conjointe des données, pour aboutir à la formation de catégories, sous-catégories, etc. Cette démarche tend à favoriser la transférabilité des données et l'appropriation des données de la recherche par les sujets-participants, puisque l'on est susceptible de revenir vers eux à différents moments de l'analyse (pour compléter, approfondir une réponse, une thématique). L'idée étant, bien entendu, de laisser toute la place à une démarche clinique de recherche, c'est-à-dire à la parole des sujets participants, favorisant du même coup un processus de co-construction de la recherche. Les entretiens ont fait l'objet d'une restitution individuelle puis collective, laquelle a donné lieu, à l'initiative conjointe des soignants et des chercheurs (et avec l'accord du chef de service) à la mise en

¹ Infirmier.ère diplômé.e d'État

place de focus-groupes thématiques (chaque fois une thématique soignant couplée avec une thématique du chercheur).

Cette recherche a suscité un enthousiasme certain parmi les membres de l'équipe soignante, de même qu'au sein de l'équipe de recherche, et a donné lieu à de nombreuses publications (Fradkin, S. & al., 2014 ; Ricadat, É. & al. 2017 ; Ricadat, É. & al. 2019), communications, restitutions, que ce soit dans le milieu médical ou universitaire. Cette collaboration inédite et innovante s'est pérennisée et a permis la constitution d'une équipe de recherche clinique, rattachée à l'Institut Universitaire de Saint-Louis, co-dirigée par le médecin chef de l'unité A.J.A. (N. Boissel, PU-PH, Saint-Louis), Karl-Léo Schwering (Psychologue et Psychanalyste, Professeur de Psychologie clinique, Université Paris 13) et Élise Ricadat (Psychologue clinicienne et Psychanalyste, M.C.U. Université Paris 7 Diderot, Psychologue chercheuse en charge de la première recherche). Elle se constitue des doctorantes encadrées par Karl-Léo Schwering², d'un médecin qui collabore sur un autre projet, de la psychologue clinicienne de l'A.J.A. et de deux autres psychologues/psychanalystes ayant travaillé ou mené une recherche à l'hôpital. Nous nous réunissons régulièrement pour discuter de l'actualité de nos recherches respectives et de certaines actualités plus administratives ou institutionnelles (autres projets de recherches, organisation de colloques, journées d'étude, etc.).

D'autres espaces d'échanges sont également mis à notre disposition : certains pluridisciplinaires (séminaires de recherche³), d'autres restreints à mes collègues doctorantes et aux enseignants qui nous encadrent, et enfin, les échanges/réunions plus informels, seule(s) ou en très petits groupes avec notre directeur de thèse. Cette déclinaison plurielle et « au pluriel » des espaces de travail et d'échanges me semble importante à entendre et à identifier car elle constitue, à mon sens, cet autre travail de terrain auquel se confronte le doctorant en psychologie d'orientation analytique engagé dans un dialogue interdisciplinaire avec des médecins. Un travail « de coulisse » d'abord, dans ce qu'il demande de mobilité et d'adaptabilité psychique au doctorant qui, pour se faire entendre des médecins, doit avant tout

^{2 2} L'une d'elles a repris l'axe de recherche « patients » de la précédente recherche, une autre travaille sur un projet différent mais est rattachée à l'A.J.A., et moi-même, qui reprends actuellement l'axe de recherche « soignants » de cette précédente recherche.

³ En particulier : « *La recherche clinique psychanalytique à l'Université...en particulier dans l'univers médical* ». Ce séminaire animé conjointement par les professeurs S. Missonnier (Université Paris Descartes), K-L. Schwering (Université Paris-13) et F. Villa (Université Paris Diderot) s'intéresse aux questions de méthodologie de la recherche dans le champ de la santé. Et le séminaire de recherche international : « *Epistémologie, méthodologie et éthique de la recherche interdisciplinaire* », porté par La personne en médecine et animé par S. Fainzang et K-L. Schwering.

se faire comprendre d'eux, et qui, pour les convaincre, doit s'efforcer de traduire son propos, son objet, dans une langue qui n'est pas la sienne.⁴ Et un travail « en coulisse » de cette scène intersubjective, pour continuer à penser, sur un terrain morcelé, fragmenté, à l'image de cette pluralité des espaces auxquels nous sommes invités à participer mais également à l'image du corps en médecine : les spécialités fonctionnent par spécificité d'organes, renvoyant une image du corps en pièces détachées... Un travail de pensée nécessaire pour tenir en tant que sujet de notre recherche, pour continuer à exister dans et à partir de notre singularité disciplinaire, dans ces écarts, dans ces efforts constants pour/à traduire. C'est de ce travail dont je voudrais essayer de rendre compte ici, dans ces mouvements incessants entre une discussion interdisciplinaire ouverte sur une scène intersubjective entre les différents interlocuteurs de la recherche et la manière dont ce dialogue se conflictualise sur la scène intrapsychique du sujet-doctorant.

III. Introduction dans le service et premiers questionnements

Comme je l'ai mentionné juste avant, je reprends dans le cadre de ma thèse, l'axe « soignant » de la recherche menée par ma collègue avant moi. J'étais en contact depuis quelques semaines avec cette équipe lorsqu'on m'a proposé de reprendre – et j'insiste sur ce terme – l'axe de recherche « soignant » laissé vacant dans le service depuis la fin de la précédente recherche⁵. Le montage des différents projets de recherche⁶ mériterait que je m'y arrête un peu longuement, ce que je n'aurais pas la place de faire ici. Je mentionne simplement que pour construire mon projet de recherche et énoncer une première problématisation, je ne me suis basée que sur du matériel déjà formalisé, à savoir la lecture de la thèse de ma collègue (Ricadat, 2016) et les publications qui ont suivi. Cette lecture m'a passionnée, je me suis beaucoup identifiée aux problématiques abordées, à une sensibilité clinique et théorique que je partageais et partage encore d'ailleurs ; j'ai beaucoup idéalisé ce travail sur lequel j'ai étayé ma pensée, ma créativité pour tenter de faire émerger un questionnement de recherche qui se situe à la fois dans la continuité de ce premier travail mais également dans la continuité des questions qui m'animent en tant que chercheuse et

⁴ Je pense en particulier ici aux montages des appels à projets de recherche ouverts aux sciences humaines dans le champ de la santé/médecine, dont les comités d'évaluation scientifique sont sur-représentés par les médecins et qui engagent par exemple les équipes de chercheurs en psychologie, adossés au référentiel psychanalytique, à traduire leurs propositions dans un vocabulaire codifié, emprunté au champ de la psychologie de la santé, afin de soutenir l'intérêt de leur propos. La problématique est similaire en ce qui concerne le choix de notre démarche méthodologique.

⁵ Ma collègue ayant soutenu sa thèse fin 2016.

⁶ Le premier pour l'INCa, le second pour l'Université Paris 13.

clinicienne. Ces quelques mois (de février à juin 2018) ont été vraiment stimulants, tant sur le plan de ma réflexion personnelle et du défi que représentait l'obtention d'un contrat doctoral, que sur le plan des échanges à l'intérieur des différents espaces mentionnés plus haut. Puis il y a eu les vacances, puis trois autres mois avant de pouvoir être introduite auprès de l'équipe de soin.

Or, lorsque j'ai commencé à investir certains espaces (le staff soignant de manière hebdomadaire, la « grande visite » du chef de service le mercredi matin), je me suis d'abord sentie perdue. J'avais ressenti beaucoup de frustration à la suite des nombreux « rendez-vous manqués » de mon introduction dans le service, j'étais impatiente de commencer, tout en ne sachant pas réellement comment, ni par quoi. J'avais énormément lu et réfléchi les mois précédents, du fait de la temporalité inhérente au montage des différents projets de recherche, qui nécessitent qu'on formalise un questionnement de recherche ainsi qu'une méthodologie pertinente en amont de notre rencontre avec le terrain, et ce faisant, un peu à rebours de la démarche clinique à laquelle nous sommes fondamentalement attachés dans le cadre de notre discipline. En effet, je me suis trouvée très déstabilisée en arrivant dans le service, car il m'a semblé assez rapidement que, bien qu'enthousiasmée par le travail de recherche qui m'avait précédé, il était le produit d'une expérience qui n'était pas la mienne, d'une rencontre entre une chercheuse et une équipe qui avait radicalement changé (en effet, l'équipe soignante s'est presque totalement renouvelée depuis la précédente recherche) et d'un autre moment de la collaboration entre cette équipe de chercheurs et l'équipe soignante, que j'ai senti devoir être remobilisée autour de ce nouveau projet de recherche, de « mon » projet de recherche.

Or, je crois que je m'étais tellement approprié la réflexion entamée dans le cadre de ce premier travail de recherche que j'avais l'impression de bien connaître le service, les soignants, comme si j'avais moi-même fait partie de cette précédente recherche ; comme si je retrouvais un terrain connu, et que de la même manière qu'il me semblait les connaître, ils allaient à leur tour me reconnaître. En fait, je crois que j'avais besoin, à ma manière, de m'approprier ce travail, de m'identifier à mon tour à cette histoire commune, d'autant plus qu'il s'agissait de poursuivre un travail à propos duquel je ne cessais d'entendre que « *tant d'éléments n'avaient pu être traités* » dans le cadre de la précédente recherche ou bien « *mériteraient d'être approfondis* ». Pourtant, je restais assez ambivalente face à ce discours car, n'ayant pas mené la précédente recherche et n'ayant pas eu par ailleurs accès aux données brutes de la recherche précédente jusque-là, je ne voyais pas comment concilier cette

demande de continuer quelque chose, et la nécessité par ailleurs pour moi de créer les conditions d'une rencontre singulière entre cette nouvelle équipe et moi-même. En fait, je n'arrivais pas à me situer dans cette *continuité*, prise dans des demandes qui me paraissaient un peu contradictoires : celle d'une part, de reprendre certaines thématiques qui avaient émergé lors de la recherche princeps et dont j'avais l'impression au départ qu'elles étaient seulement portées par le médecin-chef de service ; et puis, celle de m'immerger dans le service et de me saisir de ce que je pouvais observer sur le terrain, qui relevait là de ma démarche personnelle, soutenue par mon directeur de thèse ainsi que ma collègue psychologue.

Si je rapporte brièvement ces éléments, c'est qu'ils ne me semblent pas simplement relever de cet écart inhérent à tout travail de thèse entre un terrain rêvé, fantasmé et le « réel du terrain », tel qu'on le découvre et s'y confronte tout au long de notre recherche. En ce sens, mon ambivalence au sujet du discours qui m'est précocement amené au sujet des « *éléments de la recherche précédente qui n'ont pas pu être traités et qui mériteraient d'être approfondis* » (Ricadat, 2016), associée à cet oubli⁷ de la part de mes collègues qui ne me transmettent pas les données brutes de la précédente recherche, pourrait éventuellement s'entendre dans le sens d'une certaine résistance inconsciente des psychologues vis-à-vis d'un discours du médecin qui tendrait à évacuer la singularité du contexte dans lequel les données de la précédente recherche ont été observées, recueillies, analysées et in fine, produites dans/par le travail de thèse de ma collègue. Dans une continuité qui ne laisserait finalement pas la place à l'écart posé par l'arrivée d'une autre chercheuse, au risque d'une rupture, qu'on chercherait à évacuer dans une tentative d'interchangeabilité des chercheurs qui se succéderaient, au travail sur un même corpus de données à exploiter de manière exhaustive. En ce sens, ce « double discours » dans lequel je me suis sentie prise au début de ma recherche – dans cette invitation à revisiter de manière exhaustive le corpus de données issu de la recherche précédente, et celui de me saisir dans le même temps de mon expérience de terrain me semble pouvoir constituer une expression possible du dialogue interdisciplinaire qui s'engage entre psychologues et médecins autour de la méthodologie de la recherche – et mon ambivalence, ma difficulté à me situer sur ces deux terrains, une manifestation possible de la conflictualisation de ce dialogue sur ma propre scène intrapsychique.

⁷ Acte manqué ? En effet, cet élément a fait l'objet d'un gros « quiproquo » entre mon directeur de thèse, ma collègue psychologue et moi-même dans la mesure où ces derniers pensaient m'avoir communiqué ces données plusieurs mois auparavant...

IV. Confusion des langues⁸

C'est à l'occasion d'une réunion de l'équipe de recherche à la mi-novembre 2018 (soit deux-trois semaines après mon arrivée dans le service) que ce « brouillage » dans le message est apparu au grand jour. Alors que je présentais rapidement au médecin-chef de service mon projet de recherche (qui comportait encore à l'époque un double volet patient/soignant), il me pose la question de la méthodologie. Concrètement, comment vais-je procéder ? Étant donné que cette question n'avait pas été discutée avec mon directeur de thèse et ma collègue (co-encadrante de ma thèse), je suis restée très vague, en disant que je mènerai des entretiens individuels avec les soignants et les patients, sans pouvoir en dire davantage car je me sentais très loin de pouvoir réfléchir à une amorce d'entretien. En effet, j'avais l'impression que tout ce que j'avais pu écrire dans le cadre de ces deux projets de recherche ne tenait plus, ne tenait pas au regard de l'expérience qui était la mienne à ce moment-là : à savoir, d'une part, un accueil assez difficile parmi cette équipe, peu avenante, assez indifférente à ma présence ; et d'autre part, un moment d'errance personnelle quant à la façon dont j'allais pouvoir ou non engager cette nouvelle équipe autour d'un nouveau projet de recherche, qui leur parle et que je puisse relier à de la matière issue de ma propre expérience dans ce service (observations, échanges informels).

L'échange se poursuit avec mon directeur de thèse qui lui répond que « *de toute manière, je reprendrai sans doute la grille d'analyse de ma collègue* » pour les entretiens. Ce à quoi je réponds très spontanément que ce n'était pas mon intention, en tous les cas pas dans un premier temps. Malaise dans la communication. La réunion s'achève. S'ensuit un échange informel entre le chef de service et moi-même, qui me signifie qu'il entend ma frustration mais que plusieurs thématiques issues de la précédente recherche mériteraient d'être réinterrogées ou approfondies, ajoutant sur le ton de l'humour que « *nous les psys, on a tendance à toujours vouloir tout réinventer* ». Or, de fait, tout recommence à chaque fois, du fait de la rencontre toujours singulière entre un chercheur et son sujet de recherche. Je citerai à cet égard Sophie de Mijolla-Mellor (2004) lorsqu'elle écrit que : « *La leçon des Minutes est*

⁸ En référence au texte de Ferenczi, S. (1933). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Psychanalyse IV. Paris : Payot, Œuvres complètes.

celle de l'exigence constante que représente un public interdisciplinaire toujours prêt à confronter ce qu'il entend à ses propres modes de rationalité ou d'appréhension des phénomènes ». En effet, c'est bien là ce que la recherche à partir de la psychanalyse apporte à l'hôpital et au médecin : un savoir « *venant de la psychanalyse* » pour paraphraser cette-dernière. C'est le savoir d'abord, d'un manque à savoir, en lien avec cette formule qui m'est répétée à plusieurs reprises : « *il y a tant d'éléments qui n'ont pu être traités dans la précédente recherche, qui mériteraient d'être approfondis et développés* ». Et puis ensuite, c'est ce savoir de l'inconscient du sujet, y compris de celui du chercheur, qui engage son propre désir dans la recherche, qui a besoin de créer et de maintenir tout au long de sa recherche un lien intime avec son sujet, sa question. Je cite une nouvelle fois Sophie de Mijolla-Mellor à ce sujet lorsqu'elle écrit que « *le lien entre l'intime de la vie d'un homme et l'abstrait d'un homme se conçoit bien mieux depuis que les notions de psychanalyse se permettent de l'explicitier.* »

Ce qui me paraît finalement intéressant à pointer dans cet exemple, c'est que cette remarque au sujet de la grille d'analyse est formulée par mon directeur de thèse et non pas par le médecin. Une nouvelle fois, ceci me paraît intéressant dans la mesure où cela vient traduire cette difficulté par moments, à tenir ce dialogue avec les médecins, à tenir notre position de sujets tantôt face à eux, tantôt côte à eux, mais toujours dans un écart souhaitable afin de maintenir vivante la discussion, sans tomber dans un certain « *communisme des idées* », dans une discussion « *totalitarisante* » pour filer la métaphore développée encore une fois par S. de Mijolla-Mellor (*ibid.*).

Un autre exemple. J'avais prévu à la mi-décembre une présentation de mon projet de recherche à l'équipe soignante, afin d'essayer de les mobiliser davantage autour de ma présence à l'A.J.A., de susciter leur curiosité, de prendre le temps de mieux me présenter dans la mesure où j'étais présente chaque semaine en staff, certains mercredis, sans avoir reclarifié les raisons de ma présence, ni même ma démarche de recherche dans ce service. J'avais mobilisé les quelques membres de l'équipe qui avaient « survécu » à la première recherche (la psychologue du service, l'infirmière de coordination et la cadre qui avait beaucoup porté la précédente recherche dans le service, auprès de l'équipe) afin qu'elles puissent éventuellement enrichir mon propos et faire le lien avec cette précédente recherche (notamment dans ses apports bénéfiques pour l'équipe). Néanmoins, cette présentation n'a jamais eu lieu. En effet, lorsque j'ai demandé au chef de service si je pouvais « prendre

quelques minutes » à la fin du staff pour me représenter et réintroduire un peu mes problématiques – tout en lui signifiant par ailleurs que la question de la méthodologie dont nous avons discuté lors de la réunion précédente n'était toujours pas tranchée avec mon directeur de thèse et mes collègues psychologues – il m'a dit qu'il n'y avait dans ce cas pas d'urgence et que je pouvais revenir avec cette proposition lorsque ces points seraient clarifiés.

Ce nouveau « rendez-vous manqué » avec l'équipe a marqué une étape pour moi, dans cette première phase de ma recherche. Je me suis sentie à ce moment-là dans une impasse, dans une impossibilité à penser ces demandes qui m'apparaissaient toujours un peu contradictoires : d'une part, il n'y a pas d'urgence, mais pour être investie et investir les soignants dans ma recherche, il faut que j'ai une problématique à formuler, à présenter, à proposer ; et d'autre part, cette demande impossible de me réapproprier les données qui me précèdent tout en me saisissant dans le même temps de mon expérience présente, sans avoir eu jusque-là accès aux données brutes de la précédente recherche, et demeurant toujours très ambivalente au sujet de ces données. C'est en clarifiant la situation avec mon directeur de thèse, en portant ces différents éléments à discussion, que nous avons pu travailler à ramener une certaine cohérence dans notre discours et que nous avons pu travailler ensemble à l'élaboration d'une présentation collective, c'est-à-dire pensée à trois (mon directeur de thèse, ma collègue co-encadrante et moi) et soutenue par le chef de service qui a assisté aux deux réunions et a participé activement aux échanges. Cependant, ce travail s'est fait progressivement, à l'issue d'une série d'échanges qui venaient tout à fait mettre en tension le dialogue interdisciplinaire.

Une nouvelle fois, ce que me paraît illustrer cet exemple, c'est comment la manière d'aborder notre terrain de recherche, d'y être présent, de communiquer sur notre recherche auprès des sujets-participants à notre recherche – en somme, notre positionnement et la manière dont on va « problématiser » ce terrain – sont largement infiltrés, nourris, parfois empêchés par le dialogue interdisciplinaire qui se conflictualise et s'élabore en coulisse de notre terrain de recherche. De même, nous pouvons faire l'hypothèse que cette insistance du médecin autour d'une clarification de la méthodologie de la recherche relevait aussi d'une attente de sa part que nous puissions en tant que psychologues et en tant que partenaires de cette collaboration interdisciplinaire, formuler une proposition claire en termes de thématique de recherche et de méthodologie.

V. En ouverture...

Ces deux exemples sélectionnés parmi d'autres mettent bien en évidence, je crois, cette dynamique interdisciplinaire inhérente à la conduite de recherches en psychologie avec les médecins, dans cette « *volonté d'extra-territorialité* » dont parle Sophie de Mijolla (*ibid.*) et dans ces moments de régression ou de retours nécessaires à « *nos maisons respectives* » pour reprendre cette fois la formule de François Villa⁹. Ainsi, bien qu'animés par une volonté commune, celle d'entendre et de faire entendre la parole singulière des patients/soignants du service, il existe des moments où il faut pouvoir réaffirmer une cohérence à l'intérieur de sa propre maison afin de pouvoir soutenir une démarche qui nous semble pertinente, et ainsi maintenir un dialogue dynamique avec nos collègues médecins. Nous travaillons avec des médecins, nous travaillons à tenir un cadre commun via des lignes de force sur lesquelles nous pouvons nous retrouver (cf. par exemple, la théorisation ancrée) mais nous sommes psychologues, sujets aussi de nos recherches et les garants des conditions de recueil et d'analyse de la parole des sujets participants de notre recherche. Ce que j'espère avoir pu mettre en évidence dans cet article, c'est la proposition selon laquelle l'interdisciplinarité ne se pratique pas seulement dans la recherche de zones de contact, de lignes de forces communes, mais aussi dans le maintien de certains écarts nécessaires (Racin & De Luca, 2019) pour faire vivre un dialogue porté par des sujets. Car c'est à mon sens tant dans la recherche de contacts que dans le maintien de certains écarts que l'on peut continuer à exister en tant que sujets de nos recherches, dans un dialogue porteur avec nos collègues médecins ET psychologues.

Or, ce dialogue est porteur : ce travail en est l'illustration en acte. C'est d'ailleurs l'opportunité de participer à cette discussion interdisciplinaire qui m'a donné envie de m'engager dans cette recherche. Mais ce dialogue est tout à la fois source de bruit, souvent désorganisateur, nous précipitant dans des mouvements de liaison-déliaison qui, à mon sens, ne relèvent pas uniquement des aléas inhérents au travail de thèse. Ce travail d'interdisciplinarité nous confronte à de l'impossible dans la communication, à des quiproquos, des malentendus : sommes-nous donc condamnés à traduire ?

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

⁹ Je reprends ici une formule orale issue du séminaire mentionné plus haut dont il est l'un des animateurs.

Bibliographie

- Chamberlain, K. (1999). Using grounded theory in health psychology. In *Qualitative health psychology: Theories and methods*. London : SAGE, 183-201.
- Charmaz, K. (2008). Grounded theory as an emergent method. In Nagy Hesse-Biber, S. & Leavy, P. *Handbook of emergent methods*. London – New-York : Guilford Press, 155-172.
- Fradkin, S., Ricadat, É., Schwering, K. L., Boissel, N., & Aujoulat, I. (2014). Être soignant à l'hôpital auprès d'adolescents atteints d'une maladie potentiellement mortelle : une clinique de l'extrême ? *Champ psy*, 66(2), 57-70.
- Glaser, B. G. (2002). Conceptualization : On theory and theorizing using grounded theory. *International journal of qualitative methods*, 1(2), 23-38.
- Mijolla-Mellor, S. (2004). La recherche en psychanalyse à l'Université. *Recherches en psychanalyse*, 1(1), 27-47.
- Racin, C., & De Luca, M. (2020). Méthode de recherche hypothétique et processuelle. *In Analysis*, 4(1), 42-53.
- Ricadat, É. (2016). *Destins du sexuel et sexualité à l'épreuve du cancer : Etude qualitative d'une population d'adolescents et de jeunes adultes traités dans une unité d'hématologie dédiée* (Thèse de Doctorat). Université Sorbonne Paris Cité.
- Ricadat, É., Fradkin, S., Schwering, K. L., Aujoulat, I., & Boissel, N. (2017). Prise en compte du processus de subjectivation des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer dans la relation de soin : le point de vue des soignants. *Cliniques mediterraneennes*, 95(1), 179-192.
- Ricadat, É., Schwering, K. L., Fradkin, S., Boissel, N., & Aujoulat, I. (2019). Adolescents and young adults with cancer : How multidisciplinary health care teams adapt their practices to better meet their specific needs. *Psycho - oncology*, 28(7), 1576-1582.
- Ricadat, E. (2020). Recherche qualitative en psychanalyse : l'étude du cas de la théorisation ancrée. *In Analysis*, 4(1), 54-60.