Les récits produits en psychothérapie : un défi pour la narratologie

Narratives Produced in Psychotherapy: A Challenge for Narratology

Françoise Revaz

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pratiques/5774>

DOI : 10.4000/pratiques.5774

ISSN : 2425-2042

Éditeur

Centre de recherche sur les médiations (CREM)

Référence électronique

Françoise Revaz, « Les récits produits en psychothérapie : un défi pour la narratologie », *Pratiques* [En ligne], 181-182 | 2019, mis en ligne le 30 juin 2019, consulté le 14 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pratiques/5774> ; DOI : 10.4000/pratiques.5774

Ce document a été généré automatiquement le 14 novembre 2019.

© Tous droits réservés

Les récits produits en psychothérapie : un défi pour la narratologie

Narratives Produced in Psychotherapy: A Challenge for Narratology

Françoise Revaz

Nous seuls percevons notre existence sur terre
comme une trajectoire dotée de sens
(signification et direction). Un arc. Une courbe
allant de la naissance à la mort. Une forme qui se
déploie dans le temps, avec un début, des
péripéties et une fin. En d'autres termes : *un récit*.
(Huston, 2008, p. 14)

- 1 Aussi loin que l'on remonte dans le temps, on constate que l'être humain est un *homo fabulator* qui ne cesse de se raconter et de raconter le monde. Les formes que prend la narrativité dans les différents discours qui traversent notre société sont ainsi innombrables. Outre la variété des formes sémiotiques de narrativisation (orales, écrites, en images fixes ou animées), on observe une infinie diversité de genres narratifs qui relèvent de champs socio-discursifs contrastés : économique, historique, juridique, littéraire, médiatique, médical, politique, etc.¹. La liste semble interminable et pourtant la théorisation du récit s'est souvent cantonnée à l'examen des formes littéraires écrites les plus élaborées. Dans le cadre de cet article, nous allons nous intéresser à une situation narrative originale et complexe : la production orale de récits personnels au cours de séances de psychothérapie familiale. Ces récits particuliers posent un défi à la narratologie dans la mesure où celle-ci s'est construite, au départ, en s'intéressant aux récits de la Fiction ou de l'Histoire plutôt qu'aux récits oraux ordinaires². Le contexte institutionnel et interactionnel particulier dans lequel se situent les échanges entre le thérapeute et ses patients conduit ainsi à s'interroger sur l'adéquation des méthodes de la narratologie classique pour aborder ce type de corpus. En effet, les outils narratologiques forgés principalement pour des récits écrits et

monologiques, considérés comme des produits finis, ne permettent pas de rendre compte de la dynamique d'une production narrative coconstruite dans l'interaction verbale. Pour analyser ces productions, il convient donc d'enrichir les approches classiques en explorant les nouvelles pistes théoriques proposées par la narratologie postclassique. Précisons d'entrée que cette dernière ne s'oppose pas à la narratologie classique mais qu'elle prolonge plutôt ses acquis en recourant à des concepts et des méthodes venus de diverses disciplines (les sciences cognitives, par exemple) et en élargissant son champ d'étude à d'autres genres et à d'autres formes³ :

La narratologie post-classique pose les questions que posait la narratologie classique : qu'est-ce qu'un récit (au contraire d'un non-récit) ? en quoi consiste la narrativité ? Et aussi qu'est-ce qui l'accroît ou la diminue, qu'est-ce qui en influence la nature et le degré ou même qu'est-ce qui fait qu'un récit soit racontable ? Mais elle pose également d'autres questions : sur le rapport entre structure narrative et forme sémiotique, sur leur interaction avec l'encyclopédie (la connaissance du monde), sur la fonction et non pas seulement le fonctionnement du récit, sur ce que tel ou tel récit signifie et non pas seulement sur la façon dont tout récit signifie, sur la dynamique de la narration, le récit comme processus ou production et non pas simplement comme produit, sur l'influence du contexte et des moyens d'expression, sur le rôle du récepteur, sur l'histoire du récit autant que son système, les récits dans leur diachronie autant que dans leur synchronie, et ainsi de suite. (Prince, 2006, p. 2.)

- 2 Les apports majeurs de la narratologie postclassique me semblent être les suivants⁴. Avant tout, c'est la prise de conscience que le récit (même monologique et écrit) est d'abord un acte de parole et que pour l'analyser il faut tenir compte du contexte institutionnel et culturel particulier dans lequel il est produit. Là où la narratologie classique s'attachait aux seules propriétés formelles du texte narratif, à sa structure et à son contenu, la narratologie postclassique prend en compte les divers paramètres de la situation de narration : le narrateur et le narrataire en tant que personnes « situées⁵ », les processus dynamiques de production et de réception ainsi que la fonction du récit. L'autre apport important est l'attention portée au rôle du lecteur et à son activité d'interprétation. Là où la narratologie classique commençait l'analyse une fois seulement que le récit avait été lu (ou entendu) jusqu'à son terme, considérant celui-là comme un produit fini et clos, les nouvelles approches redonnent de l'importance au cheminement interprétatif du lecteur (ou de l'interlocuteur) qui, au fur et à mesure du déroulement du récit, peut anticiper des scénarios possibles et émettre des hypothèses⁶. Dans le cadre de notre corpus, le défi sera en outre de prendre en compte le caractère polylogal des récits produits et de montrer comment les divers participants d'une séance de thérapie ajustent leurs propos sur ce qui a déjà été dit.

Les approches « narratives » en médecine

- 3 Si depuis Hippocrate la médecine se caractérise par l'écoute de l'histoire du patient, dès la fin des années 1960, aux États-Unis d'abord, puis en Europe, on voit l'essor d'une médecine dite « narrative » dont le but déclaré est de compenser les aspects de plus en plus techniques dans la relation médicale en redonnant une place centrale au récit du patient. Il s'agit dans cette approche non seulement d'humaniser les rapports médecin-patient, mais également de prendre en compte cet apriori théorique qu'il vaut mieux passer par un mode de pensée narratif plutôt que logicoscientifique pour comprendre l'humain, ses maladies et leurs symptômes⁷. Il faut ajouter ce postulat sous-jacent,

maintenant généralement admis, que notre identité est constituée d'un stock d'histoires :

- les histoires qu'on se raconte soi-même sur notre vie ;
- les histoires que notre entourage raconte à notre propos ;
- les histoires « modèles » (fictionnelles ou factuelles) qu'on nous a racontées dans notre enfance ou qu'on lit et entend quotidiennement⁸.

- 4 En contexte psychiatrique, si le recours au récit semble également incontournable, on observe actuellement un certain engouement pour la « thérapie narrative », méthode développée dans les années 1980 dans le cadre des thérapies familiales à partir des travaux du travailleur social M. White et du psychothérapeute D. Epston (2003). Dans ce type d'approche médicale, on considère que les récits d'un patient ne sont pas de simples comptes rendus rétrospectifs de ses expériences, mais qu'ils donnent forme à sa vie et à son identité et donc qu'ils ont le pouvoir d'influer sur son avenir et de créer un « autre lui-même » :

L'essentiel est que narrer sa vie c'est la créer. Les mots imparfaits que j'utilise pour parler de moi sont créateurs d'un « autre moi ». Nul ne sait totalement ce qu'il est. Lorsque l'homme se raconte, il découvre dans les interstices des mots cet autre lui-même qu'il ne connaît pas et qui surgit de l'imperfection des mots. En d'autres termes, on n'est pas d'abord, pour ensuite se raconter ; c'est plutôt en se racontant que l'on advient. [...]

Lorsque, en tant que soignant, on se met à l'écoute du soigné qui se raconte, ce n'est pas là un simple acte d'écoute, mais un acte catalyseur de création. Le soignant donne au soigné l'occasion d'une recréation de lui-même. D'ailleurs, la maladie elle-même crée souvent des chances de recréation de sa vie. Lorsque la narration s'ajoute, le potentiel créatif s'en trouve décuplé. (Quentin, 2014, p. 7-8.)

- 5 En somme, la façon dont un patient raconte sa vie va affecter la manière dont il va continuer de la vivre. Le thérapeute va donc inciter le patient à produire de nouveaux récits afin de modifier le cours de sa vie⁹. Ce que l'on peut retenir des diverses approches narratives en médecine et en psychiatrie c'est ce constat fondamental que, par le biais du récit de soi, on peut donner un nouveau sens à sa vie, c'est-à-dire une nouvelle signification et une nouvelle direction.
- 6 On peut aller encore plus loin et postuler que l'on vit sa vie déjà sur un mode narratif dans la mesure où chacun se constitue et se vit comme sujet d'une histoire en cours. C'est précisément l'idée-clé des approches phénoménologiques de la narrativité. Par exemple, les philosophes D. Carr, J. Greisch et W. Schapp¹⁰ se demandent s'il n'existe pas une narrativité constitutive de l'être humain (une narrativité ontologique) et si l'on n'utilise pas plutôt les modèles narratifs (les récits lus ou entendus depuis notre enfance) pour donner forme à notre expérience quotidienne. Ils défendent donc l'idée que les histoires « précèdent les états de choses » :

[Schapp propose] une « épistémologie » paradoxale, cherchant à renverser le rapport classique entre histoire et « état de choses ». Alors que toutes les théories philosophiques de *l'epistémè* partent de l'hypothèse que le monde existe indépendamment des histoires et que les histoires et les récits donnent lieu à des propositions fixant des états de choses qui à leur tour peuvent entrer dans des histoires sous certaines conditions, Schapp estime que même d'un point de vue « épistémologique », les histoires précèdent les états de choses ! [...] Il faut donc renoncer à la représentation commode qu'avant de « figurer » dans une histoire, les choses auraient déjà une signification indépendante, objective et autonome, sur laquelle viendrait simplement se greffer une signification subjective, du fait de leur lien avec une histoire. (Greisch, 2005, p. 2 et 5.)

- 7 Selon les approches phénoménologiques, les récits de notre culture constitueraient en quelque sorte les « gabarits » de notre expérience et la réalité sociale et individuelle serait déjà structurée narrativement.

Raconter en psychothérapie familiale : quel dispositif ?

- 8 À la différence du dispositif psychanalytique traditionnel (individuel, en face-à-face avec le thérapeute) les thérapies familiales dont il va être question ici requièrent la présence de plusieurs membres de la famille (parents, frères et sœurs, voire grands-parents)¹¹. Le choix des membres invités à participer dépend bien entendu du type d'organisation familiale : famille construite autour d'un couple parental, famille « décomposée » (avec des parents séparés) ou « recomposée » (avec de nouveaux partenaires pour les parents, voire une nouvelle fratrie pour les enfants). Le psychanalyste P. Benghozi (2013, p. 18) commente ce dispositif comme suit : « Choisir de recevoir l'enfant d'emblée en présence de ses parents et de sa fratrie présuppose que l'accueil, l'écoute et l'évaluation ne se fixent pas uniquement sur l'analyse individuelle des comportements et des symptômes, mais accueille l'économie psychique actuelle du groupe familial. »
- 9 Le postulat est que les troubles psychiques et comportementaux d'un membre donné d'une famille sont souvent le symptôme du dysfonctionnement de tout le groupe, ce qui implique une prise en charge collective. En ce sens, « accueillir l'économie psychique du groupe familial » consiste à ne pas se focaliser sur les seuls propos tenus par celui qui, dans la famille, présente un problème psychique, mais à écouter toutes les voix. L'objectif est qu'au fil des séances, via les bribes de récits proposées par les uns et par les autres, puisse émerger un nouveau « récit » familial. P. Benghozi parle à ce propos de « néonarrativité » groupale. C'est précisément cette néonarrativité émergente qui est supposée offrir à la famille une alternative de changement, c'est-à-dire un nouveau scénario de vie possible.
- 10 Lorsqu'il suit une famille en thérapie, le thérapeute considère chaque locuteur comme un « porte-voix » du récit familial ou, dans une belle métaphore orchestrale, comme « l'instrument d'une symphonie », symphonie à laquelle il va d'ailleurs aussi participer. Ce n'est donc pas un récit de vie typique qui va être produit, mais des bribes de récits des vies entremêlées du groupe familial. On touche là une première complexité des récits produits en thérapie familiale, une complexité d'autant plus grande que cette néonarrativité groupale ou familiale ne se traduit pas en un récit concret qui serait tout à coup raconté en fin de thérapie. Le terme renvoie plutôt à un nouveau projet de vie, à une identité narrative redéfinie, en somme à une néonarrativité vécue¹². Revenons pour l'instant aux récits effectifs racontés au fil des séances de thérapie et voyons en quoi ils consistent.

La narration en psychothérapie familiale : un mode de production particulier

Une narration fragmentaire

- 11 Repérer des « moments » narratifs précis dans les séances de thérapie n'est pas aisé. En effet, on constate rapidement que les patients produisent relativement peu de récits canoniques, complets et autonomes. Ils proposent plutôt des ébauches de récits, des bribes de narrativité, dont la caractéristique est de se trouver imbriqués dans l'échange verbal avec le thérapeute et d'être dès lors difficilement autonomisables. En outre, ces bribes peuvent être reprises en cours de séance, soit par le même membre de la famille, soit par un autre et font l'objet d'ajouts, de corrections ou de reformulations¹³. Il n'est pas rare en effet que l'un des participants estime nécessaire de revenir sur un événement narré pour ajouter une péripétie, voire apporter un autre dénouement, ou que le thérapeute relance la discussion en demandant à l'un des patients de compléter son récit. Pour aborder ces fragments de narrativité, il convient donc de tenir compte de leur insertion dynamique en cours d'entretien ainsi que de leur éventuelle modification dans le temps.

Une narration inchoative

- 12 Un deuxième constat est que ces récits et bribes narratives restent souvent en suspens. En ce sens, les concepts de « clôture » ou de « totalité », souvent convoqués pour définir le récit, sont peu opératoires. Si, par exemple, dans les théories sur le récit de vie, on affirme que la posture du narrateur est de jeter un regard distancié et rétrospectif sur un épisode clos de sa vie pour le raconter « après-coup », dans les entretiens thérapeutiques, c'est un fait rarement observable. On touche ici au caractère non définitif des récits produits en cours de psychanalyse, ce que P. Ricœur (1983, p. 114) a théorisé sous le terme de « narrativité inchoative » :

Le patient qui s'adresse au psychanalyste lui apporte des bribes d'histoires vécues, des rêves, des « scènes primitives », des épisodes conflictuels ; on peut dire à bon droit des séances d'analyse qu'elles ont pour but et pour effet que l'analysant tire de ces bribes d'histoire un récit qui serait à la fois plus insupportable et plus intelligible. [...] Cette interprétation narrative de la théorie psychanalytique implique que l'histoire d'une vie procède d'histoires non racontées et refoulées, en direction d'histoires effectives que le sujet pourrait prendre en charge et tenir pour constitutives de son identité personnelle.

- 13 En affirmant que « l'histoire d'une vie procède d'histoires non racontées et refoulées, en direction d'histoires effectives que le sujet pourrait prendre en charge et tenir pour constitutives de son identité personnelle », P. Ricœur, fidèle à la phénoménologie, montre que c'est par le biais de l'activité narrative que le vécu prend sens et donc que l'expérience personnelle possède déjà une structure « pré-narrative ». En ce sens, il existe bien une continuité entre la narrativité inchoative de la vie et la narrativité non définitive et ouverte des récits effectifs produits en thérapie. De fait, dans les thérapies familiales de P. Benghozi, on part des bribes d'histoires effectives pour aller vers ce que ce dernier considère comme un macro-récit familial potentiel, nouveau et différent : une néonarrativité groupale vécue et expérientielle qui serait plus confortable pour toute la famille et qui pourrait donner lieu à de nouveaux récits effectifs. Cette

« cascade » de narrativité est à mon sens un deuxième facteur de la complexité des récits produits en thérapie.

Une narration qui feuilletonne

- ¹⁴ Le troisième constat est que les récits (ou bribes narratives) produits s'inscrivent dans des unités plus grandes qui sont, d'une part, l'unité ponctuelle de la consultation, d'autre part, l'unité de la thérapie, c'est-à-dire la somme des interactions discursives qui ont lieu séance après séance. Le fait est que le récit familial dont parle P. Benghozi est un macro-récit expérientiel à venir, qui émerge progressivement à partir de tous les micro-récits et bribes de récits qui ont sédimenté au fil des séances. On constate ainsi des similitudes avec le processus de feuilletonisation dans lequel la fin de l'histoire est toujours reportée « au prochain numéro »¹⁴. Dans le cas précis des thérapies familiales, qui font l'objet d'un suivi continu, les récits ou bribes de narrativité produits en cours d'entretien ne constituent ainsi souvent qu'un épisode du macro-récit familial à (re)construire et à poursuivre.

Quelles questions ? Quel défi ?

- ¹⁵ Les récits produits dans un cadre thérapeutique sont d'ordinaire catalogués comme des récits « de soi » ou « de vie », dans tous les cas des récits autobiographiques. Dans son célèbre ouvrage de 1975 sur *Le Pacte autobiographique*, P. Lejeune en donne la définition suivante : « récit rétrospectif en prose qu'une personne réelle fait de sa propre existence lorsqu'elle met l'accent sur sa vie individuelle, en particulier sur l'histoire de sa personnalité » (1975, p. 14). Il faut ajouter, inhérente au pacte autobiographique, la garantie du narrateur que le récit est vrai. Outre ces critères de rétrospection et de vérité, le récit de vie (raconté oralement lors d'un entretien) est généralement considéré comme un récit « conversationnel », c'est-à-dire un récit monologal inséré dans le cadre d'un échange dialogué¹⁵. À partir du corpus d'une dizaine d'entretiens de thérapies familiales filmés et enregistrés nous allons maintenant questionner ces divers aprioris sur le récit de soi avec les trois questions suivantes comme fil conducteur :
- Les récits (ou bribes de récit) sont-ils toujours rétrospectifs ?
 - Les récits (ou bribes de récit) sont-ils toujours vrais ?
 - Les récits (ou bribes de récit) sont-ils toujours monologiques ?

Les récits sont-ils toujours rétrospectifs ?

- ¹⁶ Les fragments narratifs repérés dans les entretiens remettent en question le postulat de la seule visée rétrospective du narrateur qui jetterait un regard distancié et rétrospectif sur un épisode clos de sa vie pour le raconter après-coup. Le constat est que cette posture n'est pas la seule possible. Certes, les patients reviennent régulièrement sur des événements passés, mais ils proposent aussi des bribes narratives à propos d'événements à venir. À titre d'exemple, nous allons nous pencher sur un premier extrait.
- ¹⁷ Il s'agit d'un échange à deux : une femme enceinte (FE) dont l'accouchement est imminent et le thérapeute P. Benghozi (Thérap.). Cet échange prend place dans une thérapie qui réunit régulièrement cette femme enceinte, son fils de deux ans, qui

présente un léger retard mental, ainsi que son ex-mari, qui est aussi le père du jeune garçon. La situation est compliquée parce que la femme porte l'enfant d'un homme qui, très vite, s'est avéré être l'amant de sa mère. À l'époque de l'enregistrement, la femme s'est installée momentanément chez son ex-mari une partie de la semaine afin que celui-ci puisse s'occuper de leur jeune garçon quand elle devra se rendre à l'hôpital pour accoucher. Au début de l'enregistrement le thérapeute s'intéresse aux motivations de la femme à revivre chez son ex-mari.

Extrait 1. Un récit prospectif¹⁶

(1) Thérap. : d'accord donc vous: vous préférez être vigilante.. mais en même temps quand vous êtes ensemble. pour l'instant c'est plus un aménagement à cause

(2) FE : de

(3) Thérap. : pour

(4) FE : c'est surtout pour le petit

(5) Thérap. : pour

(6) FE : pour pas que je me retrouve admettons toute seule euh à

(7) Thérap. : pour pas que vous vous retrouviez à vous devoir aller en en urgence

(8) FE : en urgence parce que comme j'ai perdu le bouchon je peux je peux accoucher à tout moment <oui> et il suffit que j'arrive pas à joindre son père je vais pas l'emmener avec les

(9) Thérap. : vous êtes

(10) FE : pompiers aux

(11) Thérap. : vous êtes euh suivie euh par qui euh au niveau gynéco

- 18 Dans cet extrait, on constate que les diverses interventions de la femme enceinte mettent en scène des événements à venir qui risqueraient de se produire, si elle ne logeait pas provisoirement chez son ex-mari. À partir du constat amorcé par le thérapeute au tour de parole 1 (« quand vous êtes ensemble pour l'instant c'est plus un aménagement... »), elle projette un scénario possible, qu'elle ne veut pas vivre. Ces bribes narratives relèvent de ce que G.Prince (2010, p.15) considère comme de l'« alternarré », catégorie narrative qu'il décrit comme suit :

[Ce sont les] virtualités désignées par le texte de manière explicite, aux possibilités qui sont restées ou qui resteront, sans doute, irréalisées et dont le modèle convenu est « Ceci aurait pu arriver mais, en fin de compte, ne s'est jamais passé » ou bien « Ceci pourrait (ou ne pourrait pas) se produire au lieu de cela » ou bien encore « Si seulement x advenait plutôt que y ».

- 19 On peut ajouter, à la suite de G. Prince : « Ceci pourrait se produire, mais ne se produira probablement pas » afin de rendre compte du récit projeté de l'extrait ci-dessus.
- 20 Dans les tours de parole 4 et 6, la femme fournit une première raison pour expliquer le fait, qui peut sembler curieux, de retourner auprès de son ex-mari : « c'est surtout pour le petit » « pour pas que je me retrouve admettons toute seule ». Au tour de parole suivant (7), le thérapeute intervient dans la narration de sa patiente et anticipe ses propos : « pour pas que vous vous retrouviez à vous devoir aller en en urgence ». La suggestion est validée par la femme qui dit « en urgence » en même temps que le thérapeute. Cette projection dans un avenir hypothétique est soulignée, dans le tour de parole 6, par le verbe « admettons » qui fonctionne comme une marque de supposition. La femme continue d'évoquer son scénario possible en revenant, au tour de parole 8, sur l'hypothèse qu'elle ne puisse pas atteindre son ex-mari (« il suffit que j'arrive pas à joindre son père ») et qu'elle doive donc se rendre seule à l'hôpital avec son fils. Ici, c'est le syntagme verbal « il suffit que » qui fonctionne comme introducteur d'hypothèse. Aux tours de parole 8 et 10, c'est la conséquence inéluctable, mais non désirée, du scénario possible qui est exprimée : « je vais pas l'emmener avec les

pompiers aux » (sous-entendu : « aux urgences »). On notera que ce récit minimal trouve sa motivation au tour de parole 8 où la femme enceinte mentionne qu'elle a « perdu le bouchon » et qu'elle peut donc « accoucher à tout moment ». C'est effectivement l'imminence de l'accouchement qui l'a incitée à prendre la décision de vivre chez son ex-mari afin que le scénario catastrophe qu'elle raconte ne se produise pas. Ce récit d'événements possibles, qui ne seront pas actualisés, remet en question ce que déclare M. Aumüller (2007, p. 229) dans l'ouvrage collectif *Théorie du récit* : « Des textes traitant d'événements hypothétiques, d'événements quotidiens et répétés [présentent] une portée événementielle se situant à un niveau très faible ou nul et ne peuvent pas de ce fait être considérés comme des textes narratifs, même s'ils ont pour sujet de nombreux événements. »

- 21 Si l'on se basait sur cette affirmation de M. Aumüller, on devrait écarter de nombreux récits et bribes de narrativité qui, dans le cadre des entretiens psychothérapeutiques, jouent pourtant un rôle important. En effet, le récit d'événements quotidiens ou hypothétiques est fréquent dans les entretiens de thérapie familiale, comme on vient de le voir avec les propos narratifs de la femme enceinte qui ont trait à ses préoccupations quotidiennes et aux projections qu'elle fait à propos de son avenir. Ce constat pose de fait le problème de la racontabilité et interroge l'un des postulats majeurs de la narratologie, à savoir que le récit doit représenter un développement imprévisible ou inhabituel de l'action (un écart par rapport à la norme) et que le racontable est « ce qui fait événement dans la vie, c'est-à-dire ce qui se manifeste par une saillance » (Baroni, 2005, p. 2). Si cette affirmation est vraie dans certains genres narratifs, en contexte médical psychiatrique et dans le cadre d'une relation médecin-patient, il paraît évident que les récits produits peuvent tout à fait rendre compte du quotidien et de la routine¹⁷.
- 22 Pour revenir à la question posée en début de section sur la rétrospection, on constate qu'au niveau local d'une séance de thérapie, de nombreuses occurrences de bribes narratives prospectives peuvent apparaître, avec souvent une dimension hypothétique. Mais c'est encore au niveau global du macro-récit familial que la visée prospective est la plus importante dans la mesure où les récits ou les bribes de narrativité produits au cours d'une séance ne constituent souvent qu'un épisode d'un récit à poursuivre, dans un processus de feuilletonisation où la fin de l'histoire est toujours reportée « au prochain numéro ». À ce niveau macro, il y a le récit familial à venir, qui va se construire au fil des séances et, en ce sens, il y a effectivement une dimension prospective (du récit non encore raconté, virtuel et hypothétique), ce qui nous ramène à la notion de narrativité inchoative.

Les récits sont-ils toujours vrais ?

- 23 Le problème de la vérité du récit est complexe et ne cesse de faire débat. Dans les sciences sociales, en sociologie par exemple, le récit de vie a pour prétention de raconter une histoire vraie. Mais le fait que l'on ne puisse pas garantir la véracité des propos autobiographiques des narrateurs disqualifie souvent la démarche de recueil des récits de vie. À l'inverse, en contexte psychanalytique, ce qui semble déterminant est moins la véracité de ce qui est raconté que le fait que cela fasse sens pour l'analysant¹⁸. À propos du récit dans la relation de soin, J. Quentin (2014, p. 56) en arrive même à cette conclusion que « le récit vrai n'est pas celui qui communique des informations que nous pourrions corroborer, mais plutôt celui qui nous entraîne vers

l'énigme de l'existence ». Au-delà de ce débat qui oppose des chercheurs aux horizons d'attente très divers, dans la pratique, il subsiste généralement l'attente que le récit de soi soit véridique ou, du moins, qu'il permette d'accéder à une certaine vérité. Or, ce que l'on constate c'est que le récit de soi ne peut jamais être un simple compte rendu objectif et transparent des événements vécus (un « décalque » de la réalité). C'est toujours une reconstruction, dans laquelle le narrateur sélectionne les faits qu'il juge les plus pertinents ou les plus saillants, ce qui donne ce caractère éminemment partiel et partial du récit autobiographique. En outre, entre l'expérience vécue par un sujet et sa mise en récit, il y a des obstacles : l'oubli, une mémoire déformée, ou encore une émotion qui ressurgit et qui vient faire écran. À propos de la mémoire, par exemple, N. Huston (2008, p. 25) affirme ceci : « Notre mémoire est une fiction. Cela ne veut pas dire qu'elle est fausse, mais que, sans qu'on lui demande rien, elle passe son temps à ordonner, à associer, à articuler, à sélectionner, à exclure, à oublier, c'est-à-dire à construire, c'est-à-dire à fabriquer. »

- 24 Ces obstacles (mémoire défaillante, oubli, etc.) ont pour conséquence que le récit de soi est souvent considéré comme une « reconstruction subjective n'ayant à la limite plus aucun rapport avec l'histoire réellement vécue » (Bertaux, 1997, p. 36).
- 25 Dans l'anecdote suivante, le philosophe F. Kaplan (2001, p. 71-72) montre parfaitement à quel point le récit peut « déformer le réel en fonction des sentiments qu'il a provoqués » :

[...] en descendant à skis des Grands Montets, j'ai voulu au départ de cette descente prendre de traverse un mur ; j'ai raté le tournant qui était glacé, je suis tombé et je me suis retrouvé la tête en bas, retenu par mes skis qui étaient restés fixés à mes chaussures et qui s'étaient plantés verticalement dans la neige ; quand je me racontais cette aventure, je me précisais que le mur était particulièrement pentu. Je suis revenu au même endroit quelques années après et j'ai revu ce mur : sa pente était en réalité très faible, mais l'émotion produite par la hauteur du lieu où s'était produite la chute – le sommet des Grands Montets, à 3 300 mètres – le vent qui soufflait, la neige glacée, la chute elle-même, la position dans laquelle je me suis trouvé, la difficulté de me relever, la volonté de justifier ma chute en avaient exagéré la pente.

- 26 Dans cette citation, F. Kaplan montre comment la forte émotion qu'il a ressentie lors de sa chute a totalement déformé le souvenir, puis le récit qu'il s'en est fait. On peut supposer que dans le contexte des psychothérapies familiales les traumatismes et les émotions qu'ils génèrent pèsent significativement sur la nature plus ou moins véridique des récits produits. On notera à ce propos que le thérapeute P. Benghozi semble moins chercher à départager le vrai du faux qu'à comprendre ce qui se cache derrière les récits de ses patients. Ainsi, même face à des événements racontés manifestement faux, sa posture reste une écoute attentive et bienveillante, ce qui lui permet d'entrer dans le jeu de ses patients, quitte à feindre de croire aux mensonges proférés¹⁹.
- 27 Dans l'extrait qui suit, ce qui est raconté est objectivement faux, mais le thérapeute ne contredit pas sa patiente et va même jusqu'à lui demander des détails sur son affabulation. Le contexte de l'entretien est le suivant : le thérapeute (Thérap.) discute avec M*, une adolescente dont le comportement, tant à l'école qu'en famille, pose de gros problèmes à sa mère divorcée. Habituellement le jeune frère de l'adolescente (Ma*) est présent aux séances de thérapie, mais ce jour-là il est absent. Le thérapeute s'en inquiète.

Extrait 2. Un récit fabulé

- (1) Thérap. : là ce que je constate aujourd'hui c'est qu'il y a pas Ma*
 (2) M* : ouais il est mort
 (3) Thérap. : il est mort (rires) pauvre Ma*
 (4) M* : non parce que
 (5) Thérap. : qu'est-ce que tu en as fait
 (6) M* : c'est pas grave non il est mort il a trébuché il est mort. <ah bon> genre en fait il avait pas rangé sa chambre et il s'est pris le en fait il s'est empalé sur son château de playmobils. parce qu'il jouait avec et puis ben il est mort
 (7) Thérap. : (à voix basse) qu'est-ce que tu racontes
 (8) M* : ah mais si je vous jure c'est pour ça qu'il est pas là parce que XXX il devrait être là mais (bruit de bouche) comme il est mort il est pas là.. (soupir) .. eh oui
 (9) Thérap. : il a trébuché/
 (10) M* : il s'est empalé sur son bateau de playmobils et puis ben il est mort quoi parce que le le mât il lui a transpercé tous les organes vitaux et puis voilà.. mais bon on l'a caché sous le lit hein il faut pas le dire il est pas encore mort normalement aux yeux de tout le monde. on l'a caché sous le lit c'est pour ça que ça pue un peu (sourire)

- 28 Dans cet extrait, l'adolescente revient plusieurs fois sur la mort fabulée de son frère. Dans le tour de parole 2, elle mentionne simplement que son frère est mort en réponse au constat du thérapeute. Même si ce dernier sait pertinemment que ce n'est pas vrai (son rire en témoigne ainsi que sa remarque, plus loin : « qu'est-ce que tu racontes »), il entre dans le jeu de M* en lui demandant ce qu'elle en a fait. Au tour de parole 6, M* propose un premier enchaînement narratif minimal constitué d'une proposition évaluative (« c'est pas grave non ») et d'une succession de trois propositions dont la première reprend l'annonce de la mort et les deux suivantes fournissent l'enchaînement causal de l'évènement : « il a trébuché » (cause) DONC « il est mort » (conséquence). Après une brève pause, le thérapeute accuse réception par un « ah bon » sur lequel M* enchaine avec un deuxième récit minimal qui précise le déroulement des événements : « il avait pas rangé sa chambre » (situation initiale), « il s'est empalé sur son château de playmobils » (nœud), « et puis il est mort » (dénouement). Après le doute émis par le thérapeute et l'assurance de M* qu'elle dit la vérité, ce dernier revient sur le supposé évènement déclencheur de la mort en répétant « il a trébuché » avec un ton interrogatif. M* propose alors une autre version narrative composée de deux propositions : « il s'est empalé sur son bateau de playmobils » (nœud), « et puis il est mort » (dénouement). L'ajout de « parce que le mât lui a transpercé tous les organes vitaux » permet à M* de rendre plausible la mort de son frère²⁰.
- 29 Dans cet échange, le thérapeute a tout de suite compris que M*, dans sa façon désinvolte de raconter la supposée mort de son frère, exprime inconsciemment un problème avec la mort et le deuil et qu'elle se protège de quelque chose d'insupportable²¹. On apprendra d'ailleurs lors de cette séance que son père s'est suicidé dans des circonstances mystérieuses. Mais M* va refuser de parler de la mort de son père et va tourner en dérision tout ce qui concerne cet évènement tragique.

Les récits sont-ils toujours monologiques ?

- 30 Les chercheurs qui travaillent sur les récits dits « conversationnels », c'est-à-dire produits par un locuteur dans le cadre d'une conversation ou d'un entretien, les analysent généralement en les autonomisant. Ce type d'analyse n'est possible que parce qu'il s'agit le plus souvent de récits monologiques insérés dans un échange dialogal. Pour

les récits produits en thérapie familiale, c'est plus compliqué dans la mesure où ces derniers ont un caractère résolument « polylogal ». En effet, ils résultent d'une coconstruction des divers participants qui, ensemble, apportent des informations, interprètent ce que les autres disent et, dès lors, ajustent continuellement leurs propos dans la linéarité et la temporalité de la consultation. Ces mécanismes de coconstruction peuvent s'observer dans les échanges entre le thérapeute et un (ou des) patient(s), mais également dans les échanges entre les patients. De fait, une consultation consiste généralement en un mélange d'échanges entre le thérapeute et un interlocuteur donné et de conversations « groupales » où chaque membre de la famille vient ajouter des précisions à ce que disent les autres. Dans tous les cas, le discours se déploie librement dans un contexte où le thérapeute pose relativement peu de questions. Dans sa tentative d'entrer le plus possible dans ce qu'il appelle le « jeu narratif » des participants, le thérapeute va encourager chacun à poursuivre ce qu'il a commencé de raconter par diverses techniques de relance (reprises en écho et reformulations). Cette participation active du thérapeute au récit groupal et la dimension dès lors polylogale des récits conduit à enrichir l'approche conversationnelle du récit avec la prise en compte que les échanges verbaux ne se réduisent pas à une simple juxtaposition de prises de paroles successives, mais constituent un texte coconstruit, comme l'explique C. Kerbrat-Orecchioni (1986, p. 14) :

À la métaphore du télégraphe se substitue celle de l'orchestre (mais un orchestre où il n'y aurait ni chef, ni partition, chacun jouant en s'accordant sur l'autre) ; et au lieu de concevoir le dialogue comme un discours produit successivement et alternativement par L1 et L2, c'est le texte échangé dans sa totalité que l'on doit considérer comme construit en commun par les différents interactants, au terme d'une infinité de micro-« négociations », explicites ou implicites, et portant sur tous les constituants de l'interaction (sa forme, sa structuration, son contenu, les « identités » et les places, etc.).

- 31 P. Benghozi (2013, p. 22) recourt lui aussi à la métaphore de l'orchestre en soulignant que le thérapeute n'est pas uniquement dans la posture d'écouter les récits des divers membres de la famille, mais qu'il peut également participer à leur production :

La métaphore de l'écoute de la musique familiale par le thérapeute le positionne à la fois comme extérieur à la partition musicale mais, en même temps, d'emblée associé à la coconstruction de l'espace sonore. Il est à la fois chef d'orchestre [...] mais également instrumentiste comme créateur de ce qui émerge dans l'espace thérapeutique.

- 32 Examinons à ce propos deux extraits de thérapie dans lesquels on peut relever des mécanismes de coconstruction : dans le premier, entre deux patientes ; dans le second, entre le thérapeute, sa cothérapeute et deux patients.
- 33 Dans l'extrait 3, on retrouve l'adolescente de l'extrait précédent (M*) et sa mère (Mère). Elles racontent un incident (vrai, cette fois) qui leur est arrivé un an plus tôt, alors qu'elles se rendaient avec le jeune frère Ma* à la cérémonie mortuaire de leur père. Avant le passage cité, il y a un long échange entre le thérapeute (Thérap.) et la mère. Cette dernière raconte les circonstances du suicide de son ex-mari, puis les détails de l'organisation de la cérémonie mortuaire et enfin le long déplacement qu'elle a dû faire à travers la France pour se rendre à la cérémonie avec ses enfants, dans la voiture d'une amie.

Extrait 3. Un récit coconstruit par deux patientes

(1) Thérap. : vous étiez en train de dire: juste avant de: XXX

(2) Mère : non mais les enfants dans la voiture <(rires de M*)> étaient très énervés

(3) M* : en fait je vous explique (rires)

(4) Mère : mais on n'était pas encore euh enfin

(5) M* : bon je vous explique bon c'est pas XXX non plus hein je vous explique en fait ce qui s'est passé c'est que la copine de maman qui nous a amenés on n'avait pas de voiture vu qu'on était venus en avion elle avait une voiture oui une voiture hein et en fait le fond de sa voiture enfin genre un un un une p- un une partie de sa voiture en fait elle avait lâché. donc elle avait commencé à tomber et Ma* et moi on s'était fait un délire sur ça genre on avait perdu le fond de la voiture quoi (rires)

(6) Mère : ils avaient pensé que la voiture sortait du garage <(rires de M*)> et au garage ils ont mal remis euh deux boulons et tout d'un coup sur l'autoroute <(rires de M*)> pang voilà donc pour eux ça a été très drôle <(rires de M*)> euh il y avait une péripétie on va dire euh

- 34 Les récits de M*, puis de sa mère, peuvent sembler, au premier abord, simplement juxtaposés (à partir du même évènement vécu conjointement, la mère et la fille proposent chacune leur version en se focalisant sur des éléments saillants un peu différents). Or ces deux récits résultent bien d'une coconstruction dans la mesure où la mère va s'appuyer sur le récit de sa fille pour raconter à son tour. Dans le premier tour de parole, le thérapeute demande à la mère de poursuivre ce qu'elle a évoqué deux tours de parole auparavant en mentionnant qu'avant la cérémonie mortuaire ses enfants riaient. La mère commence son récit en décrivant l'ambiance qui régnait dans la voiture (« les enfants dans la voiture étaient très énervés »), mais elle est aussitôt interrompue par sa fille qui veut prendre le contrôle du récit (« en fait je vous explique »). Malgré une tentative de sa mère d'enchaîner, l'adolescente va imposer sa version des faits au tour de parole 5. C'est seulement après qu'elle a terminé que sa mère complète en racontant l'origine de l'incident sur l'autoroute. On peut ainsi relever la complémentarité des deux récits et, en même temps, leurs différences.
- 35 L'adolescente se focalise sur le fait qu'une partie du fond de la voiture avait lâché et institue cet incident comme le nœud de son récit. Elle clôt en décrivant sa réaction et celle de son frère (« Ma* et moi on s'était fait un délire sur ça »). M* propose ainsi un récit subjectif dont le but est manifestement d'attirer l'attention sur ce moment de complicité avec son frère. De son côté, la mère complète les propos de sa fille en proposant un récit qui se veut plus objectif et qui tente d'expliquer pourquoi un élément de la voiture s'était détaché. Elle se focalise ainsi sur le travail des garagistes et le nœud de son récit est l'erreur professionnelle (« ils ont mal remis deux boulons »). Elle enchaîne immédiatement avec la conséquence (« tout d'un coup sur l'autoroute pang »). On remarquera à ce propos que si la mère peut résumer l'incident sur l'autoroute sous la forme de la seule onomatopée « pang » c'est précisément parce que sa fille a déjà détaillé ce fait. Enfin, la mère conclut sur un commentaire évaluatif (« pour eux ça a été très drôle il y avait une péripétie on va dire ») qui lui permet de faire le lien avec ce qu'elle avait déjà mentionné antérieurement, à savoir que ses enfants riaient dans la voiture qui les menait à l'enterrement de leur père.
- 36 Dans l'extrait suivant, on peut repérer un récit coconstruit entre deux thérapeutes et les membres d'une famille. Sont présents à l'entretien une très jeune mère de famille (Mère), son fils de trois ans (Cl*), le thérapeute (Thérap.) et sa cothérapeute (Cothér.). Au moment de l'enregistrement, l'enfant, qui jusqu'alors dessinait à une table tandis que les adultes échangeaient, prend spontanément la parole pour raconter un accident de vélo qu'il a eu quelques jours auparavant.

Extrait 4. Un récit coconstruit par tous les participants

- (1) Cl* : j'étais tombé (il lève sa manche et montre son coude) regarde <Thérap. ah :>
 (2) Cothér. : sss : où c'est que tu es tombé
 (3) Cl* : ben de euh (grands gestes des bras) euh c'est euh tombé avec le vélo
 (4) Cothér. : tu t'es fait beaucoup mal hein
 (5) Thérap. : ah tu es tombé avec le vélo
 (6) Mère : et avec maman aussi tu as pas dit il y a pas que Cl*
 (7) Cl* : et oui c'était maman
 (8) Mère : pourquoi parce que Cl* il a pas... obéi
 (9) Cl* : obi et maintenant il faut faire attention
 (10) Thérap. : voilà
 (11) Cothér. : alors maman elle est tombée aussi
 (12) Thérap. : ah maman elle s'est fait bobo alors
 (13) Mère : ouais XX
 (14) Cl* : au doigt
 (15) Thérap. : elle s'est fait mal au doigt
 (16) Mère : XXX
 (17) Thérap. : mais parce vous êtes tombée de vélo c'est ça/
 (18) Mère : non en fait il a l'habitude d'aller en vacances avec mes parents à A* chez des amis <ouais> il y a des collines c'est la forêt <ouais>
 (19) Cl* : après tu XXX
 (20) Mère : mon papa il lui a sorti le vélo et moi j'étais euh
 (21) Cl* : tu vois s'était fait mal fait mal
 (22) Mère : j'étais un peu plus loin et je l'ai vu dégringoler donc j'ai couru <oui> j'ai voulu l'attraper mais dans la colline ben des tonneaux des tonneaux <ah ben> j'ai voulu le protéger du coup j'ai <ah ouais> je me suis ouvert le doigt et puis maintenant ça va aller juste un petit bout

- 37 Dans cet extrait, la narration progresse en quatre phases successives. Dans un premier temps, l'enfant relate qu'il est tombé et il montre son coude blessé au thérapeute qui acquiesce alors que sa cothérapeute pose une question (« où c'est que tu es tombé »). Cl* complète son premier énoncé (« j'étais tombé ») en mentionnant la circonstance au tour de parole 3 : « tombé avec le vélo ». Au tour de parole 4, la cothérapeute commente l'incident (« tu t'es fait beaucoup mal hein »). Le thérapeute, quant à lui, enchaîne en récapitulant les propos de l'enfant (« ah tu es tombé avec le vélo »). Dans un deuxième temps (tour de parole 6), la mère ajoute une information au récit de son fils (« et avec maman aussi ») en soulignant qu'il a oublié de le faire (« tu as pas dit »). On peut considérer ce tour de parole comme une coénonciation par « attachement »²² dans la mesure où l'ajout de la mère vient se greffer sur les propos de son fils grâce à la conjonction « et », le résultat étant : « avec le vélo » « ET avec maman aussi ». Cl* valide en reformulant « et oui c'était maman ». Au tour de parole 8, la mère enrichit encore le récit en expliquant pourquoi elle est également tombée (« parce que Cl* il a pas obéi ») en faisant une pause entre « pas » et « obéi ». Au tour de parole 9, l'enfant reprend en écho le mot « obéi » sur lequel sa mère a insisté, tout en le déformant un peu (« obi »), et ajoute une morale à l'histoire (« et maintenant il faut faire attention »), nouvelle coénonciation par attachement. Enfin, le thérapeute valide les propos de l'enfant et conclut cette partie du récit par un « voilà » conclusif. Dans une troisième phase, le récit est relancé avec la reprise de l'information donnée par la mère au tour de parole 6 laissant entendre qu'elle était aussi tombée. Il faut souligner ici que les deux thérapeutes reprennent cette information en se plaçant du point de vue de l'enfant puisqu'ils parlent de sa mère en disant « maman ». Cl* complète alors en précisant que sa mère s'est fait mal « au doigt », information qui est reprise par le thérapeute qui conclut cette phase au tour de parole 15 avec « elle s'est fait mal au doigt ». Dans la dernière phase, le récit de la mère est sollicité avec une demande de clarification du

psychothérapeute adressée à la mère de Cl* (« mais parce que vous êtes tombée de vélo c'est ça »). Une fois encore, le connecteur (ici : « mais ») permet au locuteur de se brancher sur du déjà dit pour poursuivre le récit. La mère prend donc le relais et tente de raconter la totalité de l'accident, interrompue deux fois par son fils qui veut montrer au thérapeute le pansement que sa mère porte au doigt suite à sa chute. Dès le tour de parole 18, le thérapeute n'intervient plus qu'en ponctuant le récit de la jeune mère avec une série de signaux *backchannel*²³ (« ouais », « ouais », « oui », « ah ben » et « ah ouais ») qui manifestent son écoute active, ces émissions verbales intervenant apparemment à des moments-clés du déroulement narratif.

38 On peut schématiser la structure de ce récit comme suit :

- cadre : il a l'habitude d'aller en vacances avec mes parents à A*chez des amis il y a des collines c'est la forêt (tour de parole 18)
- situation initiale : mon papa il lui a sorti le vélo et moi j'étais euh j'étais un peu plus loin (tours de parole 20 et 22)
- nœud : et je l'ai vu dégringoler (tour de parole 22)
- ré-action : donc j'ai couru j'ai voulu l'attraper (tour de parole 22)
- nœud (suite) : mais dans la colline ben des tonneaux des tonneaux (tour de parole 22)
- réaction (suite) : j'ai voulu le protéger (tour de parole 22)
- dénouement : du coup j'ai je me suis ouvert le doigt (tour de parole 22)
- chute/coda : et puis maintenant ça va aller juste un petit bout (tour de parole 22)

39 On remarquera ici les nombreux connecteurs et organisateurs qui viennent ponctuer les diverses parties du récit : « et », « donc », « mais », « du coup » et « et puis maintenant ». Dans ce long extrait, on peut constater à quel point, dans la succession des tours de parole, chaque participant se greffe sur ce qui s'est déjà dit, ce qui aboutit à la coconstruction du récit de l'accident par tous les participants présents.

Conclusion

40 Prendre comme objet d'étude des récits produits lors d'entretiens psychothérapeutiques a permis de constater à quel point le corpus de référence a une influence sur l'horizon théorique du chercheur et sur ses méthodes d'analyse²⁴. En effet, la nature particulière des récits et bribes narratives produits en thérapie familiale demande un changement de perspective radical par rapport à l'analyse traditionnelle de la structure, par exemple, d'un conte, d'une nouvelle ou d'un roman. Il s'agit, dans ce contexte particulier, de considérer la narrativité dans une dimension plus dynamique et de s'intéresser non seulement au produit fini mais également au processus du récit en train de se construire avec ses bribes, ses hésitations et ses inachèvements. On l'a constaté dans les diverses analyses proposées, les récits produits par les patients ont le plus souvent un caractère fragmentaire, ouvert et non définitif. Au fil des séances, les mêmes événements sont repris et reracontés : les divers membres de la famille viennent ajouter des précisions, rectifier une version précédente, voire la contredire. Cette caractéristique de la narrativité produite en thérapie nécessite une attention soutenue à tout ce qui se raconte, même s'il ne s'agit que d'une amorce ou d'une bribe de récit. Un autre élément à prendre en considération est la dimension foncièrement polylogale des récits produits. Très souvent, les expériences personnelles racontées par un membre de la famille sont coracontées par ses proches, chacun permettant au récit de progresser. Dans cette production à plusieurs voix vient

également s’immiscer la voix du thérapeute qui, par ses diverses interventions, incite les patients à poursuivre leur récit et à le compléter. En somme, pour rendre compte de la richesse et de la complexité du corpus, il paraît indispensable, d’une part de montrer comment les récits émergent pas à pas au fil des séances, d’autre part de rendre compte le plus exactement possible de la manière dont ces récits sont coconstruits par une pluralité de voix.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM, J.-M. (2011). *Genres de récits. Narrativité et généricité des textes*. Louvain-la-Neuve : L’Harmattan-Academia.
- AUMÜLLER, M. (2007). « Narratif, descriptif ». In : Pier, J. (éd.), *Théorie du récit. L’apport de la recherche allemande*. Villeneuve d’Ascq : Presses universitaires du Septentrion, p. 227-244.
- BARONI, R. (2005). « Récit de passion et passion du récit ». *Vox Poetica*. En ligne : <http://www.vox-poetica.org/t/pas/baronipsnr.html>.
- BARONI, R. & REVAZ, F. (éds) (2016). *Narrative Sequence in Contemporary Narratology*. Columbus : The Ohio State University Press.
- BENGHOZI, P. (2013). « Contenant malléable, cadre, dispositifs et nouvelles configurations du “faire famille” : la fonction accueil trampolino ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 60, p. 7-34. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2013-1-page-7.htm>.
- BERTAUX, D. (1997). *Les Récits de vie. Perspective ethnosociologique*. Paris : Nathan.
- BRUNER, J. (2002). *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ?* Trad. de l’anglais par Y. Bonin. Paris : Retz.
- GREISCH, J. (2005) [1990]. « Empêchement et intrigue. Une phénoménologie pure de la narrativité est-elle concevable ? ». *Vox Poetica*. En ligne : <http://www.vox-poetica.org/t/pas/greisch.html>.
- HUSTON, N. (2008). *L’Espèce fabulatrice*. Arles : Actes Sud.
- JEANNERET, T. (1999). *La Coénonciation en français. Approches discursive, conversationnelle et syntaxique*. Bern : Peter Lang.
- KAFALLENOS, E. (2006). *Narrative Causalities*. Columbus : The Ohio State University Press.
- KAPLAN, F. (2001). *Des singes et des hommes. La frontière du langage*. Paris : Fayard.
- KERBRAT-ORECCHIONI, C. (1986). « “Nouvelle communication” et “analyse conversationnelle” ». *Langue française* 70, p. 7-25. En ligne : https://www.persee.fr/doc/lfr_0023-8368_1986_num_70_1_6368.
- LAFOREST, M. (1996). « De la manière d’écouter les histoires : la part du narrataire ». In : Laforest, M. (dir.), *Autour de la narration. Les abords du récit conversationnel*. Québec : Éditions Nuit blanche, p. 73-95.

- LEJEUNE, P. (1975). *Le Pacte autobiographique*. Paris : Éditions du Seuil.
- NÜNNING, A. (2010). « Narratologie ou narratologies ? ». Trad. de I. Vultur. In : Pier, J. & Berthelot, F. (dirs), *Narratologies contemporaines. Approches nouvelles pour la théorie et l'analyse du récit*. Paris : Éditions des archives contemporaines, p. 15-44.
- PRINCE, G. (2006). « Narratologie classique et narratologie post-classique ». *Vox Poetica*. En ligne : <http://www.vox-poetica.org/t/articles/prince.html>.
- PRINCE, G. (2010). « Périchronismes et temporalité narrative ». *A Contrario* 13, p. 9-18. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-a-contrario-2010-1-page-9.htm>.
- QUENTIN, J. (dir.) (2014). *Vérité de soi et quête de sens. Le récit de vie dans la relation de soin*. Montréal : Liber.
- REVAZ, F. (2008). « Expliquer et comprendre. Deux modes d'intelligibilité du réel ». In : Hudelot, C. et al. (dirs), *L'Explication. Enjeux cognitifs et interactionnels*. Leuven/Paris/Dudley, MA : Peeters, p. 65-73.
- REVAZ, F. (2014). « Le récit suspendu, un genre narratif transmédiat ». In : Monte, M. & Philippe, G. (dirs), *Genres et textes*. Lyon : Presses universitaires de Lyon, p. 117-134.
- REVAZ, F. (2016). « La narrativité en sciences sociales : quelques pistes de réflexion ». *Degrés* 166-167, p. a1-a17.
- REVAZ, F. & BAPST, L. (2014). « Récits et bribes de narrativité dans les consultations médicales : une approche discursive ». *Semen* 37, p. 59-73. En ligne : <https://journals.openedition.org/semen/9878>.
- RICŒUR, P. (1983). *Temps et récit*. T. I. Paris : Éditions du Seuil.
- WHITE, M. & EPSTON, D. (2003) [1990]. *Les Moyens narratifs au service de la thérapie*. Trad. de l'anglais par J.-F. Bourse. Bruxelles : Satas.

ANNEXES

Conventions de transcription

- pause (chaque point équivaut à une seconde)
- : allongement syllabique
- amorce d'un mot
- / intonation montante significative
- \ intonation descendante significative
- souligné chevauchement de la parole
- <mhm> régulateur verbal énoncé par l'interlocuteur (*backchannel*)
- (rires) manifestation mimo-gestuelle du locuteur
- XXX segment ininterprétable
- M* nom propre anonymisé

NOTES

1. Sur les genres narratifs, lire Adam, 2011.
2. On parle ici de la narratologie dite « classique », issue du formalisme russe, qui s'est développée grâce aux acquis du structuralisme. Elle comprend l'analyse structurale et sa variante sémiotique, toutes deux produites par les narratologues français des années 1960-1970.
3. Sur les récents développements de la narratologie, lire Baroni & Revaz (2016).
4. On notera que la narratologie postclassique ne constitue en aucun cas une nouvelle méthode unifiée et qu'il est certainement plus prudent de parler de « narratologies » au pluriel dans la mesure où il existe actuellement une pluralité de modèles d'analyse dans lesquels puiser. Lire à ce propos Nünning (2010).
5. Par « situé » on désigne le fait que tout locuteur endosse un rôle spécifique, dans un contexte matériel, institutionnel et social donné, qui va déterminer la nature et la forme des propos émis.
6. Lire à ce propos Kafalenos (2006) qui propose une méthode d'analyse qui, tout en reposant sur une analyse attentive de la structure du récit, privilégie le parcours du lecteur avec ses doutes, ses hypothèses, ses erreurs et ses réaménagements.
7. Ce tournant narratif n'est pas propre à la médecine. Déjà à la fin du XIX^e siècle, les historiens ont mené un débat épistémologique important sur le rôle du récit dans l'exposition des faits historiques opposant les tenants d'une démarche « compréhensive » et les tenants d'une démarche « explicative ». Lire à ce propos Revaz (2008).
8. Jerome Bruner (2002, p. 78) dit à ce propos que « c'est dans notre culture que nous puisons les récits qui nous permettent de nous raconter à nous-mêmes, qui tissent et retissent sans cesse notre Moi ».
9. Si, comme on le verra plus loin, le postulat est intéressant, le défaut de ces thérapies est de proposer la plupart du temps un protocole d'intervention aux thérapeutes, ce qui induit, à mon sens, une démarche thérapeutique trop dirigiste.
10. Ce dernier a écrit, dans les années 1950, un ouvrage consacré à l'analyse phénoménologique du récit sous ce titre révélateur *In Geschichten verstrickt*, que l'on peut traduire par « Empêtré dans des histoires ».
11. Tous les exemples de cet article sont issus d'enregistrements vidéo de psychothérapies familiales que le pédo-psychiatre et psychanalyste français P. Benghozi a menées ces dernières années. Je le remercie chaleureusement d'avoir mis ces enregistrements à ma disposition.
12. Une question, encore en suspens à mon sens, est de savoir comment rendre compte de cette néonarrativité vécue. Par le biais de nouveaux récits produits par les membres de la famille ? Par le témoignage du psychiatre qui atteste que quelque chose a changé dans l'économie familiale ?
13. Sur les récits et bribes de narrativité dans les consultations médicales, lire Revaz & Bapst (2014).
14. Sur la feuilletonisation, lire Revaz (2014).

15. En sociologie, le récit de vie résulte d'un entretien au cours duquel un chercheur demande à une personne de lui raconter sa vie ou une partie de son expérience vécue. Lire à ce propos Bertaux (1997).
 16. Les conventions de transcription sont fournies en annexe.
 17. À propos de récits de routine dans un contexte médical, lire Revaz & Bapst (2014).
 18. En psychanalyse, le terme d'« analysant » désigne la personne qui, désirant trouver des réponses à ses difficultés, consulte un psychanalyste (l'« analyste »).
 19. Cette posture relève de la fameuse « alliance thérapeutique » que P. Benghozi commente comme suit : « Pendant l'ensemble de la séance, j'accompagne le déploiement de la rêverie narrative en m'associant au jeu de l'histoire qui se construit. Je ne fais pas d'interprétation sur ce qui se raconte. J'accueille avec une curiosité empathique pour soutenir l'émergence d'une nouvelle co-construction narrative. » (Propos recueillis lors d'une conversation en octobre 2017.)
 20. On notera qu'entre les deux versions narratives, l'objet sur lequel est censé s'être empalé Ma* a changé : du château au bateau !
 21. On relèvera qu'au tour de parole 5 le thérapeute demande à M*, à propos de son frère : « qu'est-ce que tu en as fait ? » plutôt que « que s'est-il passé ? », le but étant certainement de pousser M* à s'impliquer dans le récit de la mort fantasmée de Ma*.
 22. Selon T. Jeanneret (1999), la coénonciation est la production d'une unité discursive par au moins deux locuteurs. Cette production d'une unité de sens à plusieurs peut se présenter dans deux cas. Soit L1 interrompt son tour de parole sur un énoncé syntaxiquement incomplet, offrant à L2 l'opportunité de l'achever (coénonciation dite « en réparation »), soit L1 produit un énoncé qui peut être considéré comme complet syntaxiquement, mais que L2 va cependant poursuivre en apportant un élément nouveau (coénonciation par « attachement »).
 23. Les signaux dits « *backchannel* », qu'ils soient gestuels (sourires et hochements de tête) ou verbaux (« oui, oui », « mhmh », etc.), permettent à l'interlocuteur d'être renseigné sur la réception de son message. Lire à ce propos Laforest (1996).
 24. Pour plus de détails sur la narrativité en sciences sociales, lire Revaz, 2016.
-

RÉSUMÉS

Les récits produits lors d'entretiens psychothérapeutiques bousculent certaines idées-reçues véhiculées par les théories narratologiques classiques sur le récit de soi : la rétrospection, la véracité, la mise en ordre ou la clôture. De plus, les récits produits par les patients sont rarement monologiques ; ils sont plutôt coconstruits avec les autres membres de la famille ainsi qu'avec le thérapeute. En prenant appui sur un corpus enregistré d'entretiens psychothérapeutiques, on montrera dans cet article que l'émergence de narrativité au fil des entretiens nécessite des outils d'analyse qui puissent rendre compte non seulement du produit fini que peut être un récit, mais aussi du processus dynamique du récit en train de se construire avec ses bribes, ses inachèvements, ses hésitations et ses ouvertures sur l'avenir.

Stories produced during psychotherapeutic interviews shake up a number of received ideas coming from classical narratology with regard to theories of self-narrative: retrospection, veracity, ordering and closure. In addition, stories produced by patients are rarely monological; rather, they are co-built with other members of the family as well as with the therapist. Based on a recorded corpus of psychotherapeutic interviews, this paper will show that the emergence of narrative through interviews requires analytical tools that are able to account not only for the finished product that might emerge from a story but also the dynamic process of narrative being built up with its fragments, incompleteness, hesitations and open-endedness on the future.

INDEX

Mots-clés : narratologie classique, narratologie postclassique, psychothérapie, thérapie familiale, narration polylogale, coconstruction, coénonciation

Keywords : classical narratology, postclassical narratology, psychotherapy, family therapy, polylogal narrative, coconstruction, coenunciation

AUTEUR

FRANÇOISE REVAZ

Université de Fribourg, CH-1700 Fribourg, Suisse