

**128**

Tout le savoir

**L'observation  
clinique  
et l'étude de cas**

**JEAN-LOUIS PEDINIELLI  
LYDIA FERNANDEZ**

**3<sup>e</sup> édition**

**ARMAND COLIN**

**Jean-Louis PEDINIELLI**

**Lydia FERNANDEZ**

# **L'observation clinique et l'étude de cas**

**3<sup>e</sup> édition**

**ARMAND COLIN**

Conception de couverture : Atelier Didier Thimonier

© Armand Colin, Paris, 2015 pour cette édition

Armand Colin est une marque de Dunod Éditeur, 5 rue  
Laromiguière, 75005 Paris

ISBN : 978-2-200-60397-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

**Sommaire**

**Couverture**

**Titre**

**Copyright**

**Sommaire**

# Introduction

## 1. L'observation clinique

1. L'observation en psychologie clinique
2. Les risques de l'observation
3. L'observation clinique : définitions
  - 3.1 *L'observation clinique et l'examen psychologique*
  - 3.2 Éthique de l'observation clinique

## 4. Position clinique et actions de l'observateur

*4.1 L'implication et la neutralité*

*4.2 L'auto-observation*

*4.3 « L'attention flottante »*

*4.4 L'observation « sémiologique »*

*4.5 Communications verbale et non verbale*

## 5. L'observation clinique : quelle clinique ?

*5.1 Clinique du regard*

## *5.2 Clinique de l'écoute*

*Écouter, pourquoi ?*

*Écouter quoi ?*

*Écouter, comment ?*

## *5.3 Clinique de la relation*

## *5.4 Clinique du discours*

# *6. Recueil et analyse des données cliniques*

# *7. Intérêts et limites*

## *7.1 Les intérêts*

## *7.2 Les limites*

## *8. Rédiger l'observation clinique*

### *8.1 Quelle forme ?*

### *8.2 La prise de notes*

### *8.3 Les différents types de notes*

### *8.4 Rendre compte de la méthode*

### *8.5 Rendre compte des données*

## *9. Exemples d'observation clinique*

*9.1 L'observation clinique directe et l'observation clinique discrète*

*9.2 L'observation clinique naturelle*

*a) L'observation naturelle ou libre*

*b) L'observation clinique systématique ou contrôlée*

## **2. L'étude de cas et ses paradoxes**

1. Le poids des termes

*a) Étymologie*

*b) Analyse des synonymes*

*c) Leçon des antonymes ?*

**2. Autres utilisations du « cas »**

*2.1 Le cas en psychiatrie*

*2.2 Freud et les « histoires de malades »*

*2.3 L'art : littérature et cinéma*

**3. Repères**

*3.1 Daniel Lagache (1949)*

*3.2 Claude Revault d'Allonnes (1989)*

*3.3 Didier Anzieu (1990)*

*3.4 Les invariants de l'étude de cas*

*3.5 L'étude de cas : récit du patient ou du psychologue ?*

*a) Du côté du patient*

*b) Du côté du psychologue...*

*c) L'étude de cas du côté de l'auditeur ou du lecteur*

### **3. Clinique de l'étude de cas : les faits**

#### **1. Lecture « sémiologique »**

##### *1.1 Signes et indices*

##### *1.2 Exemple clinique*

#### **2. La sémiologie**

##### *2.1 Sémiologie des « grandes fonctions »*

##### *2.2 Les manifestations émotionnelles, affectives et comportementales*

##### *2.3 L'anamnèse*

*2.4 La sémiologie de la personnalité*

*2.5 Les mécanismes de défense*

3. Sur quoi porte le diagnostic ?

## **4. Les processus psychiques**

1. Dynamique des processus psychiques

*1.1 L'approche*

*1.2 L'organisation psychopathologique*

*a) Le (les) symptôme(s)*

- b) Les conflits*
- c) Les relations d'objet*
- d) Le type d'angoisse*
- e) Les mécanismes de défense*

## *2. La subjectivité*

### *2.1 La subjectivité et l'intériorité*

### *2.2 La demande*

### *2.3 Les symptômes*

### *2.4 L'histoire*

*2.5 L'expérience vécue, l'expérience subjective*

*2.6 L'« intersubjectivité »*

*2.7 Transfert et contre-transfert*

## **5. L'écriture de l'étude de cas**

1. Le plan : éléments de la présentation
2. L'écriture

## **Conclusion**

# **Bibliographie**

# Introduction

Apprendre à regarder et à écouter est la tâche première de tout enseignement de psychologie clinique. Il faillit à sa tâche lorsqu'il se borne à faire apprendre des théories, des conceptions explicatives générales, ou à entraîner les étudiants à interpréter les phénomènes plus qu'à les observer. L'observation et l'étude de cas sont les deux méthodes essentielles de la clinique. Elles se recoupent souvent mais ne sont pas superposables : l'étude de cas est une méthode de recueil et de présentation large, l'observation est une méthode de recueil s'adressant à des aspects particuliers.

*L'observation* suscite des résistances de la part des scientifiques : limites de la perception, rôle de l'observateur, cadre de référence théorique, modification des situations par l'observation elle-même

et ses biais, sont évoqués. Pourtant l'observation reste la base de la clinique et la rigueur ne saurait faire rejeter la spontanéité. Les cliniciens se sont d'ailleurs interrogés sur l'observation (pourquoi observer ? quel savoir peut-on acquérir par l'observation ? quel lien entre les phénomènes observés et les faits scientifiques ? quelle est la spécificité de l'observation dans la recherche, dans les pratiques ? quels dispositifs construire pour observer ? quels sont les intérêts et les limites de l'observation ?).

*L'étude de cas*, qui occupe une place fondatrice dans la constitution des pratiques et des théories en psychopathologie, a fait l'objet des mêmes réserves. Elle est une méthode capitale pour apprendre à mettre en forme la complexité d'un individu confronté à des événements générateurs de souffrance, mais les cliniciens se posent de nombreuses questions : qu'est-ce qu'une étude de cas ? que peut-on attendre d'elle ? à quoi sert-elle ? comment la présenter ? que vise-t-on à travers sa présentation ? quelles

méthodes pour la réaliser (dispositif, technique de recueil et d'analyse) ? quels sont ses intérêts et ses limites ? La référence au cas est actuellement contestée au profit de la soumission aux chiffres (moyennes, épidémiologie...) et à l'objectivation, sans doute plus exacte mais moins vraie. Nous maintenons cependant que l'écoute patiente d'un sujet, le récit de son histoire, l'approche de la subjectivité, sont plus heuristiques, instructives et significatives que les abstractions quantitatives fondées sur des éléments de surface sans lien avec le sujet psychologique.

Le principal problème est bien celui de l'objet de la psychologie, de la psychopathologie et de la psychologie clinique (Pedinielli, 2012) : les faits objectivés, les discours, le sujet ou les comportements ? L'observation, l'étude de cas, posent cette question puisque observer s'appuie sur l'attention portée, de l'extérieur, à une situation, une personne, et que l'étude de cas aborde la singularité d'une personne pour apprendre (prendre ?)

quelque chose d'elle. Le terme « sujet » reviendra fréquemment dans ce livre. Or, la question du sujet est conflictuelle puisqu'existent plusieurs constructions théoriques du « sujet » : sujet rationnel issu de Descartes (« Je pense donc je suis »), sujet de l'énoncé (grammatical), sujet de la phénoménologie (celui qui construit son monde), sujet de la psychanalyse sous la double forme opposée de l'intersubjectivité et de la subjectivation lacanienne (le Sujet de l'Inconscient)... le terme ne désigne pas la même chose selon les théories. Traiter de l'observation en clinique et de l'étude de cas soumet au paradoxe que « observation » pourrait viser à considérer les choses de l'extérieur alors que le cas viserait la subjectivité. Or la référence à la méthode clinique souligne bien que, fondamentalement, ces deux méthodes concourent à restituer ce qu'il y a de plus radicalement singulier chez l'autre.

# 1. L'observation clinique

Le mot « observation » affirme l'idée d'extériorité ; il vient du latin « *ob* » (en face, à l'encontre) et « *servare* » (regarder, protéger, conserver) et possède plusieurs sens : se conformer à, respecter une loi, légère remontrance, remarquer, porter son attention, et procédé logique à l'aide duquel on constate toutes les particularités d'un phénomène, sans le troubler par l'expérimentation. L'observation est à la base de la connaissance du monde, des autres, et de l'activité scientifique. Elle suppose l'attention centrée sur un objet et la capacité de discriminer les différences entre les phénomènes. Elle repose sur une stricte opposition entre le sujet (observant) et l'objet (perçu), ce que le courant clinique remet partiellement en cause.

L'observation est l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue, donc coupe, de l'ensemble. Elle est un « processus incluant l'attention volontaire et l'intelligence, orienté vers un objectif terminal ou organisateur et dirigé vers un objet pour en recueillir des informations » (De Ketele, 1980). « L'observateur, indique Claude Bernard (1865), constate purement et simplement le phénomène qu'il a sous les yeux. Il ne doit avoir d'autre souci que de se prémunir contre les erreurs d'observation qui pourraient lui faire voir incomplètement ou mal définir un phénomène. À cet effet, il met en usage tous les instruments qui pourront l'aider à rendre une observation complète [...]. Il faut observer sans idée préconçue ; l'esprit de l'observateur doit être passif, *i.e.*, se taire, il écoute la nature et écrit sous sa dictée. » Belle conception naturaliste, mais peut-on encore y croire

en sciences humaines ?

Le processus d'observation requiert :

- *un acte d'attention* qui élargit ou focalise la perception sur certains objets ou aspects de ces objets. Le degré d'attention peut varier comme le montre la richesse de la langue française : apercevoir, percevoir, entrevoir, voir, regarder, considérer, examiner, découvrir, repérer, remarquer, surprendre, débusquer, dévisager, toiser, lorgner, épier, espionner, guetter, viser, suivre, surveiller ;
- *un acte « intelligent », « cognitif »* : dans le champ perceptif qui s'offre à lui, l'observateur sélectionne un petit nombre d'informations pertinentes. Ce mécanisme de sélection opère en référence à l'expérience antérieure ; il n'y a donc pas d'observation entièrement naïve.

Mais se pose d'emblée la question : l'objet observé est-il concret, réel, ou construit ? Le perçu est-il le réel ou une construction du réel ? La pratique de l'observation est différente selon qu'elle vise un objet réel concret ou un objet non observable en soi (comme le psychisme humain qui n'est observable qu'à partir des effets). Ces questions touchent celles de l'objectivité et de la subjectivité qui concernent particulièrement l'observation clinique.

# 1. L'observation en psychologie clinique

Le terme « observation » est ambigu puisqu'il désigne à la fois la méthode d'identification et l'écriture (recueil) des comportements (signes de souffrance diagnostiqués chez une personne).

## **Exemple d'observation, d'identification et de description des comportements (dépression)**

Madame X est âgée de 55 ans. Elle entre dans la pièce en traînant les pieds. Elle s'assied, immobile. Son regard ne quitte pas un point vague, non loin de ses pieds. Elle consulte car elle a perdu tout élan vital, elle doute sans cesse d'elle-même (« tout ce que je fais me paraît insurmontable »). Elle se plaint d'une grande fatigue qui ne cède pas au repos. Son ton est monotone, son timbre parfois éteint. Son débit verbal est ralenti. Les échanges sont laconiques. Les propos sont brefs et entrecoupés de pauses ou de soupirs. Le mutisme n'est pas rare. Le contact est difficile, elle répond le plus souvent par oui ou par non ou se borne à ébaucher quelques signes ou marmonner une idée sur un ton presque

inaudible. Elle comprend et entend les questions, fait un effort manifeste de concentration pour y répondre, sans toujours parvenir à exprimer des idées. Les mouvements et les gestes de Madame X sont rares et lents. Elle a beaucoup de mal à se mettre au travail et son attention se relâche facilement, ses performances s'en ressentent. Elle a la tête vide et a du mal à réfléchir. Elle manque souvent de volonté pour agir. Elle reconnaît aussi ne plus avoir aucun appétit, se réveiller fréquemment la nuit et avoir des céphalées plus fréquentes qu'auparavant. Elle refuse de sortir et de participer à ses activités habituelles, n'a plus de plaisir à se rendre à des repas amicaux et familiaux. Elle a tendance à s'isoler. Mme X ne se lave plus, ne s'habille plus, se désintéresse de tout et geint en permanence.

Madame X présente de nombreux symptômes caractéristiques d'une dépression : humeur dépressive (diminution du plaisir ou de l'intérêt porté aux choses et aux activités), insomnies, ralentissement moteur (démarche, posture, mimiques), idéïque (pensée, flux associatif, monoidéisme, anidéisme), troubles conatifs (trouble de la volonté, rétrécissement conatif) et cognitifs (attention affaiblie, difficultés de concentration).

L'observation est guidée par des principes, répond à des objectifs et opère un choix dans les phénomènes lors du recueil des données.

Elle couvre des opérations d'enregistrement et de codage de l'ensemble des conduites et des environnements qui s'appliquent aux individus *in situ* (Gauthier, 1990). Quel que soit le contexte, elle est accompagnée d'une réflexion sur la manière :

- *De définir un dispositif d'observation* (les conditions : lieux, espaces, cadre, conditions matérielles : temps d'observation, nombre d'observateurs...). Un dispositif d'observation est plus ou moins systématisé et peut mettre en œuvre une technique de recueil plus ou moins structurée (attention et écoute, prise de notes, grilles, enregistrements vidéos). Il peut être visible ou tendre à la transparence (glace sans tain). Mais ce qui distingue le dispositif dans l'observation clinique, quelle que soit sa forme, c'est sa fonction. Elle consiste soit, à mettre à distance l'objet pour recueillir et organiser les données, soit à aménager un espace potentiel pour l'interprétation des faits cliniques.

- *De regrouper et enregistrer l'information* (niveau descriptif) à l'aide de techniques d'observation simples (faisant appel à une attention libre et flottante soumise aux phénomènes par exemple) ou sophistiquées (à partir d'enregistrements vidéos : définition des comportements et sélection des indices comportementaux, modalités d'enregistrement, grille d'observation...). En psychologie clinique, on n'observe que des indices (effets observables) de la subjectivité, du fonctionnement psychique, dans la relation observateur-observé. Le problème qui se pose alors, est relatif au lien éventuel entre tel indice et telle dimension subjective latente. Ceci est d'autant plus difficile qu'un même indice peut renvoyer à des processus différents, traduire l'existence de fonctions variables de la dimension subjective selon le contexte.
- *D'interpréter l'information pour en restituer le sens* (niveau explicatif et interprétatif). L'observation clinique suppose que le fait observé est significatif du sujet. Le sens est produit par le

sujet et il convient donc de le (re)trouver, soit de façon objectivante (construction de grille, saisie standardisée), soit de façon impliquée (analyse du contre-transfert). Mais on peut également considérer que le sens est construit dans l'interaction observateur-observé (analyse des effets de l'interaction et du dispositif d'observation) ou dans l'intersubjectivité (analyse du contre-transfert comme production de sens relatif à ce qui n'est pas symbolisable par le sujet). Ciccone (1998) souligne l'existence d'une position intermédiaire : l'observation clinique permet l'émergence d'un sens « potentiel », d'une actualisation dans « l'ici et le maintenant » de la relation avec le clinicien, d'un sens inscrit. Il ne s'agit pas de découvrir ce qui organise le réel mais d'en actualiser les possibles.

## 2. Les risques de l'observation

L'observation présente trois risques inhérents à la complexité de l'objet :

- la *réification* (réduire le sujet à ce que l'on observe : le réduire à l'objet) ;
- l'*objectivation* extrême (mesurer, évaluer, prédire) ;
- l'*absence de validité* des interprétations (disparition du sens) : quel sens donner à un comportement sans se référer au discours du sujet ?

Une personne ne peut pas être appréhendée d'emblée dans sa totalité. En recherche, la réduction est nécessaire (réduction des observables par les techniques qui les saisissent, opérationnalisation des concepts). Il est possible, en décrivant les procédures de recueil des données et en explicitant les critères d'observation, de revenir à

la globalité pour replacer les données dans leur contexte clinique, ce qui permet de saisir leur articulation et leur influence réciproque à travers la reconstruction de l'histoire du sujet, de sa culture, et du témoignage d'une souffrance psychique.

L'utilisation de méthodes de recueil de données permet de qualifier et de quantifier les observables. Ces méthodes sont une aide pour formaliser des critères et fournissent des résultats mais elles ne sont pas une fin en soi. Il est possible de tenir compte :

- *de la dimension objective* en formalisant des critères d'observation qui permettront de généraliser les faits ;
- *de la dimension subjective* en considérant et en intégrant dans la méthodologie de recueil de données l'espace de co-construction : construction issue de la rencontre entre un sujet, le sens qu'il attribue à cette co-construction et le clinicien (instigateur, facilitateur et co-constructeur de sens).

### **3. L'observation clinique : définitions**

L'observation clinique est celle « qui se fait au lit du malade » et tente de se dégager de tout présupposé théorique (Foucault, 1972) dans le moment de l'observation (la théorie c'est avant et après !). Pour Pedinielli (2012) et Chahraoui et Bénony (2003), l'observation clinique consiste à « relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs, afin de leur donner un sens en les résituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé ». Le champ de l'observation clinique concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions, dans leur référence à la subjectivité. L'accent est mis sur la singularité de la personne et l'analyse de l'influence de l'observateur sur l'observation. Les conduites sont des productions significatives d'un sujet, elles expriment sa vie psychique telle que l'observateur la voit et l'entend (clinique du regard et de l'écoute).

Toutefois, la référence à la subjectivité, à la relation entre observateur et observé remet en cause la stricte opposition entre sujet percevant et objet perçu.

### **3.1 L'observation clinique et l'examen psychologique**

L'observation clinique est une méthode utilisée, seule ou en complément, dans l'examen psychologique dont la pratique représente une part importante de l'activité des psychologues (cliniciens, scolaires, conseillers d'orientation). À l'origine de cet examen psychologique, une demande émane du champ de la santé, de la vie scolaire, de l'orientation, de la justice... mais aussi du sujet et/ou de son entourage familial ; un problème semble à résoudre. Souvent, la demande est formulée en termes « d'examen » ou de « bilan psychologique », termes à connotation médicale, utilisés à diverses fins : prévention, diagnostic, orientation scolaire et/ou

professionnelle, expertise, recherche... (Gardey *et al.*, 2003). L'examen se pratique selon des modalités diverses pour s'adapter à la demande, variables selon le lieu de pratique, l'âge, les motifs et les caractéristiques des patients (Emmanuelli *et al.*, 2004). La mission du psychologue est de garantir une meilleure compréhension du fonctionnement psychique du sujet par lui-même, et par les demandeurs de l'examen. Pour cela, il choisit les outils les mieux adaptés aux buts de l'examen qui consiste en une synthèse précise de la dynamique psychologique spécifique d'un cas en se fondant sur la description et l'explicitation des éléments psychiques internes à l'origine des conduites individuelles. Les évaluations doivent donc inclure des niveaux d'observations variés. En psychopathologie et en psychologie clinique, les moyens d'évaluation sont nombreux : observations, entretiens avec le patient et son entourage, anamnèse, épreuves intellectuelles, épreuves de personnalité (tests projectifs par exemple).

Dans l'examen psychologique, l'observation des conduites s'avère importante avec des sujets en difficulté avec l'exercice de la parole. Elle utilise une sémiologie infraverbale : aspect physique corporel, présentation, maintien, gestuelle, regard... constituant un style personnel, un mode d'être au monde dont certains éléments peuvent être habituels ou réactionnels à l'examen. Elle côtoie d'autres méthodes cliniques, notamment, avec l'enfant (Petot, 2003) :

- *les entretiens cliniques libres* (« clinique à mains nues ») ou standardisés (le Mini-Kid 2, 2001 ; le Kiddie-SADS : Kaufman *et al.*, 2000 ; le Child and Adolescent Psychiatric Assessment : Angold, Costello, 2000) ;
- *les tests de niveau* : de développement (NEMI, Nouvelle Échelle Métrique de l'intelligence) et d'efficience intellectuelle (par exemple : WISC-III, 1996 et bientôt WISC IV, 2005 – Weschler Intelligence Scale for Children) ;

- *les épreuves instrumentales* : comme l'épreuve d'organisation grapho-perceptive issue du test moteur de structuration visuelle de Bender ;
- *les tests scolaires* : en lecture, orthographe et mathématiques... ;
- *les méthodes projectives* : de dessin (test de l'arbre : Fernandez, 2008, Finkelstein-Rossi et Fernandez, 2011) ; test du bonhomme : Baldy, 2002 ; le dessin de la famille : Jourdan-Ionescu, Lachance, 2000) ; structurales (Rorschach...) ; thématiques (CAT – Children Apperception Test, Boeckholt, 1998, par exemple).

Les éditeurs de tests en France proposent des fiches techniques des instruments présentés en ligne pour des informations plus précises dont l'acquisition est réservée aux psychologues diplômés d'un Master Professionnel :

ECPA : [www.ecpa.fr](http://www.ecpa.fr)

EAP : <http://www.editionseap.fr> Progicom : [www.progicom.com](http://www.progicom.com)

## 3.2 Éthique de l'observation clinique

Pour les cliniciens, l'examen psychologique privilégie l'observation, l'écoute, la parole et l'utilisation des tests. Ce choix n'est pas technique ou méthodologique, mais éthique ; il concerne la position du psychologue clinicien et la nature de son acte. Les décisions pratiques découlent de ce choix.

Lagache (1949), fondateur de la psychologie clinique en France, opposait la méthode clinique et la méthode des tests.

- *La méthode clinique* : elle envisage « la conduite dans sa perspective propre, relève aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Lagache,

1949). Elle répond aux exigences de référence à la *singularité* des sujets (en conflit avec le monde extérieur, les autres, lui-même) et la *totalité* des situations concrètes (l'observateur est partie intégrante de l'observation). Elle utilise l'entretien, les tests et les échelles d'évaluation, le dessin et le jeu, l'observation, l'étude de cas.

- *La méthode des tests* : elle fait partie de la *méthode psychométrique* (procédés aboutissant à une description quantitative). La « mesure » repose sur une échelle réalisée par l'analyse des résultats d'un groupe d'individus de référence. Le résultat permet de repérer la position de la personne examinée et de l'évaluer par rapport aux individus du groupe d'étalonnage. Ce procédé permet de la classer, soit quantitativement, soit typologiquement.

Mais la particularité de l'approche clinique est de « situer ce qui est produit par le test dans une compréhension plus globale de l'individu, de son fonctionnement et de ses possibilités » (Pedinielli

2012). Elle ne vise pas à situer le sujet par rapport à une hypothétique norme. Le clinicien s'inscrit dans une relation individualisée et s'attache à l'ensemble des données cliniques issues de l'observation du sujet en tant qu'être singulier. Le psychométricien s'intéresse à la capacité de l'individu à répondre et aux résultats numériques.

Cette opposition clinicien-psychométricien est une fausse opposition pour Lagache, car le test est élaboré par des cliniciens, à partir de la clinique, et les mesures ne servent qu'à fonder rigoureusement les tests. La méthode clinique a beaucoup apporté à la pratique de l'examen psychologique, mais le débat autour des tests est constant en psychologie clinique. Il est né de la rencontre entre les préoccupations des psychologues qui sentaient que ce qu'il y a de spécifiquement humain leur échappait quand ils ne s'attachaient qu'aux mesures objectivantes et des psychiatres qui manquaient d'outils leur permettant une approche des patients qui

ne soit pas exclusivement intuitive (Arbisio, 2013). La relation sujet-clinicien reste au centre de l'examen psychologique (implication, enjeux transférentiels et contre-transférentiels). La personne est prise en compte dans sa globalité sans diminuer l'importance des résultats aux tests qui apportent un éclairage complémentaire à condition de les résituer dans l'histoire du sujet.

L'éthique suppose une prise de position personnelle du psychologue dans la situation de test. Tout examen psychologique commence par une demande, par le recueil d'une histoire, se poursuit par un ou des entretien(s) clinique(s) puis par la passation de tests avec croisements des données cliniques. La question de l'éthique est étroitement liée à la démarche clinique qui vise à construire une structure intelligible des observations sur un sujet. Le code de déontologie des psychologues précise le rapport du psychologue avec ses techniques dans le chapitre 3 « modalités techniques de l'exercice professionnel ». L'article 23 stipule que

« La pratique du psychologue ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques employées. Elle est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique de ces techniques. ». Et l'article 24 indique que ces techniques « doivent avoir été scientifiquement validées ». D'autre part, l'article 25 énonce : « Le psychologue est averti du caractère relatif de ses évaluations et interprétations. Il prend en compte les processus évolutifs de la personne. Il ne tire pas de conclusions réductrices ou définitives concernant les ressources psychologiques et psychosociales des individus ou des groupes »

On mesure combien les tests peuvent créer une situation à haut risque : élaborés selon des critères scientifiques, imaginés comme des examens complémentaires sur le modèle médical, ils sont supposés recéler une vérité absolue, extérieure au sujet, et la déontologie vient poser un garde-fou (Arbisio, 2013).

## **4. Position clinique et actions de l'observateur**

Le clinicien n'observe que ce qu'il est capable d'observer compte tenu de ses propriétés intrinsèques, psychologiques (implication émotionnelle), sociales (groupe d'appartenance, idéologies). Mais si l'observation clinique n'est pas l'étude d'une personne objectivée, réduite à une addition de traits, ou réifiée, elle doit prendre en compte la relation entre la subjectivité du clinicien et ce qu'il observe : les questions de l'implication, de l'auto-observation, du rôle du transfert se posent.

### **4.1 L'implication et la neutralité**

La place de l'observateur dans le champ de l'observation clinique conduit à reconnaître son implication dans le rapport à

l'objet étudié (relation observateur/observé, cf. tableau 2). On distingue l'observation non participante, où l'observateur se tient en extériorité (distance maximale avec l'objet, glace sans tain, vidéo), l'observation participante où il s'immerge dans le milieu qu'il étudie en occupant une position passive (Jaccoud, 1997) et l'observation participante active (recherche-action) où il est impliqué dans la dynamique étudiée (Michiels-Phillipe, 1984 ; Massonnat, 1987 ; Van Campenhoudt et Quivy, 2011).

En psychologie clinique, ces distinctions sont radicalisées par Kohn & Nègre (1991) (cf. tableau 1). L'observation clinique *structurée* (neutre) s'apparente au modèle médical avec approche diagnostic, pronostic et évaluation du trouble, et vise l'objectivation des phénomènes par la mise en œuvre d'un dispositif systématisé de recueil des données (grilles, tests, vidéos). Elle s'oppose à l'observation clinique *relationnelle* visant la restitution du sens des observables en référence à la singularité du sujet et à l'implication

de l'observateur. L'observation clinique correspond à une attitude relationnelle au sein de laquelle émergent progressivement les mouvements psychiques propres au sujet observé (désirs, fantaisies, conflits, impasses) et les mouvements intersubjectifs suscités dans ce cadre (interrelations) [Chahraoui, Bénony, 2003].

**Tableau 1 : Caractéristiques différentielles de l'observation clinique structurée et relationnelle selon Kohn & Nègre (1991)**

	<b>Observation clinique relationnelle</b>	<b>Observation clinique structurée</b>
<b>Position et activité de l'observateur</b>	Implication Attention flottante Association	Extériorité Focalisation Discrimination

<b>Fonction du dispositif</b>	Espace d'actualisation des phénomènes cliniques	Recueil standardisé de faits objectifs
<b>Production du sens</b>	Sémiotisé	Sémantisé
<b>Type de connaissance</b>	Expériencié	Expérimenté
<b>Visées Principales</b>	Compréhensive	Explicative

## 4.2 L'auto-observation

L'auto-observation était une méthode pratiquée à la fin du XIX et au début du xxsiècle. Cette méthode subjective, proche d'une auto-analyse en raison de la situation d'observation (observation clinique relationnelle en milieu aménagé), est devenue de plus en plus

objective (observation clinique structurée) avec l’élargissement des situations d’observation en milieu naturel ou en laboratoire et l’utilisation du matériel vidéo (cf. tableau 2). Au XIX siècle pour Jouffroy et Janet, « la méthode de la psychologie est l’observation intérieure ». Puis au début du XX, se développe la technique d’introspection dirigée. Elle consistait à demander aux sujets de décrire ce qui se passe en eux dans des circonstances expérimentales précises, contrôlées par l’expérimentateur (en revenant sur des consignes, en faisant un effort de mémoire dans l’étude expérimentale de la pensée). En 1905, A. Binet utilisait la même méthode associant introspection et expérimentation, ce qui permettait « de jeter des coups de sonde dans l’intérieur d’un esprit qui travaille » (Binet, 1922).

Cette technique est aujourd’hui abandonnée car elle est jugée trop incertaine alors que de nombreuses techniques dites « objectives » font appel à l’introspection : tests d’intérêts,

questionnaires, inventaires d'auto-évaluation avec ou sans liste d'adjectifs, méthodes d'auto-description, échelles d'estime de soi, inventaires de personnalité, échelles d'attitudes... (Mucchielli, 1995).

Les techniques d'auto-observation actuelles sont à replacer dans la perspective de la connaissance de soi (image de soi, confrontation avec soi-même ou observation de soi). La connaissance intérieure que nous croyons avoir de nous-mêmes est lacunaire et déformée. Tout ce qui touche autrui (expressions faciales, postures, comportements non verbaux, ton de la voix et autres langages) nous échappe presque totalement. Il n'est pas possible par exemple d'observer son propre comportement non verbal sans l'aide d'un tiers ou d'une caméra. Pour accroître la connaissance de soi, il faut confronter son image avec l'image qu'autrui a de moi.

Dans le T-group [méthode de formation existentielle dont les buts sont la modification des attitudes individuelles et la perception des phénomènes de

groupe], l'évolution personnelle des participants sous l'effet de l'image de soi que leur renvoient les autres est un des buts premiers. Se représenter comment nous voient les autres et confronter cette image avec notre auto-perception est un levier de prise de conscience et de connaissance plus vraie de soi.

Cette méthode est contestée par certains car, dans la confrontation de soi avec l'image que se fait autrui, c'est autrui qui donne son opinion sur nous. Non seulement l'opinion que nous avons d'autrui intervient comme obstacle à la prise de conscience de soi, mais encore des mécanismes de défense peuvent s'installer et rompent l'équilibre du moi. Le risque d'aliénation au regard d'autrui alterne avec le sentiment d'intrusion et de perte d'identité. Sartre, Foucault, Lacan... entre autres ont écrit de très belles pages sur ces phénomènes en relation avec le regard d'autrui (cf. Canonge et Pedinielli 2014).

Les moyens filmiques (magnétoscopes, systèmes vidéo,...) font partie des méthodes de l'auto-observation. L'individu est filmé et il s'observe lui-même lorsqu'on lui fait voir et revoir le film. La méthode la plus commune est le passage immédiatement après l'enregistrement et l'on demande à l'auto-observateur de commenter librement. Il existe des variantes : par exemple, le sujet se voit en permanence sur l'écran pendant la séance d'entretien en feed-back

instantané, jusqu'au montage de moments significatifs par le psychologue et visionné dans des sessions spéciales, en passant par le contrôle du son et de l'image pour entendre la voix et le paralangage vocal.

Les applications pratiques de l'auto-observation concernent :

- 1) *la prise de conscience de soi dans les situations* (de travail, de relation, de méditation, d'émotion, d'imprévu, etc.) ;
- 2) *la formation à un métier* (rééducateurs, animateurs de groupe,... politiques et communicants), *à un rôle, à une activité spécialisée*. Elle est largement mise à contribution dans l'enseignement des langues. Des entraîneurs l'utilisent pour corriger les fautes de sportifs ou pour accroître l'efficacité du jeu en équipe, elle fait aussi partie des techniques de coaching ;
- 3) *la psychothérapie* : les applications thérapeutiques (alcoolisme, anorexie, troubles de l'image du corps et du contrôle

musculaire, troubles névrotiques...) montrent la validité de la méthode. La psychothérapie constraint l'individu à passer de la connaissance de soi comme *sujet*, à la connaissance de soi comme *objet*. Cette expérience (se voir en situation sur le film enregistré) amène à se percevoir soudain comme les autres le font : la prise de conscience est brutale.

Dans l'auto-observation, le recours aux techniques d'enregistrement (magnétophone, télévision, caméra, magnétoscope) est imposé à la fois pour limiter les phénomènes d'interférence et pour compenser la pauvreté de la perception humaine. Ces techniques permettent de voir et de revoir, d'entendre et de réentendre, d'arrêter sur une image, de discuter entre observateurs, de faire attention à des phénomènes fugitifs ou situés sur des plans différents.

---

**Tableau 2 : Paramètres du dispositif et caractéristiques de l'observation clinique (Fernandez, Catteeuw, 2001)**

---

<b>Paramètres du dispositif</b>	<b>Caractéristiques de l'observation</b>
La situation d'observation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En milieu naturel (jeu d'enfants à l'école)</li> <li>• En milieu aménagé (examen clinique)</li> </ul>
Le champ de l'observation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Globale (attention flottante, sélection non régulière, sensibilité à l'inattendu)</li> <li>• Focalisée (attention fixée, sélection régulière)</li> </ul>
La séquence de l'observation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Narrative (chronologie des observables)</li> <li>• Attributive (présence/absence des observables)</li> </ul>
La nature des observables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte inférence (phénomènes transférentiels)</li> <li>• Faible inférence (comportements)</li> </ul>

La relation observateur/observé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication (observation participante)</li> <li>• Extériorité (observation structurée)</li> </ul>
La visibilité du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visible (prises de notes)</li> <li>• Invisible (glace sans tain)</li> </ul>
Visées de l'observation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicative (observation transversale, analyse de l'association entre variables)</li> <li>• Fonctionnelle (observation longitudinale, analyse de la dynamique)</li> </ul>

Mais l'auto-observation peut aller plus loin que ces techniques puisqu'elle pose la question de l'observateur portant un regard sur lui-même en tant que sujet. La référence au modèle psychanalytique

suppose l'analyse de son contre-transfert selon trois dimensions (Devereux, 1980) :

- ce qui appartient à l'identité singulière de l'observateur (histoire et caractéristiques personnelles) ;
- ce qui appartient à l'identité collective de l'observateur (appartenances sociales et culturelles) ;
- ce qui appartient à la théorie et à l'idéologie de l'observateur.

Ciccone (1998) parle d'*observation du contre-transfert*. Le contre-transfert du clinicien est une entrave à la capacité d'écoute et doit être reconnu, analysé pour ne pas faire obstacle au travail clinique. Le clinicien doit être capable de reconnaître ses éprouvés contre-transférentiels (affects, émotions, identification à l'autre, à ses souffrances, à ses désirs...) et de les analyser. L'observation clinique contiendra l'observation du contre-transfert qui suppose une auto-observation permanente : observer ses éprouvés mais aussi

ce que l'observateur transmet dans la situation clinique pour en observer les effets.

### **4.3 « L'attention flottante »**

La position de clinicien est celle de l'écoute, d'une attention portée aux associations libres, à la manière dont les énoncés, pensées et paroles, silences s'agencent. L'écoute d'un discours peu cohérent suppose une attention flottante (non centrée sur la rationalité du discours) pour éviter d'être absorbé par les thèmes, les images, pour rester réceptif à la signification des changements, les enchaînements, les lacunes dans les associations. L'« attention flottante » (position inventée par Freud, permet aussi de laisser percevoir le contenu latent du discours, les allusions aux séances antérieures, aux situations infantiles... L'attention du clinicien se porte sur la nature et l'agencement des énoncés et sur le contenu

associatif des pensées attachées à un élément, à une représentation, à un objet particulier pour donner du sens (visée compréhensive). L'observation clinique des associations retenues par le clinicien renseigne sur les pensées et les processus latents influençant la manifestation ou l'énoncé de ces éléments (pensées, processus, énoncés). L'observation porte sur la façon dont ces éléments sont liés les uns aux autres (Ciccone, 1998). L'attention flottante est le dispositif qui permet de saisir ce qui se produit dans le transfert et la répétition des situations antérieures ; objets partiels (clinicien considéré comme une « bonne mère » nourricière, par exemple) ; objets totaux (clinicien considéré comme un objet total cf. névrose) ; sur des déplacements (quelle image parentale est transférée sur le thérapeute ? quel objet interne représente-t-il ? quelles angoisses, quels conflits, quels affects, est-il chargé de recevoir et d'héberger, de quel savoir est-il supposé ?).

## 4.4 L'observation « sémiologique »

Il ne faut pas confondre clinique médicale et clinique psychologique. L'observation sémiologique est bien « clinique » mais elle ne vise ni le sujet ni le sens car elle inclut l'observation des symptômes et la recherche des signes cliniques et a pour but l'établissement d'un diagnostic. Le regard du clinicien s'arrête et insiste sur les troubles et non sur le sujet. Le symptôme devient signe et la maladie se repère dans des signes objectivables (Foucault, 1972).

### Dépendance au cannabis

Damien, 16 ans, est reçu en consultation pour des problèmes de dépendance au cannabis qui le gênent dans ses études. Ses résultats scolaires ne cessent de chuter et il pense que c'est parce qu'il fume régulièrement depuis l'âge de 11 ans. Il arrive dans le bureau plutôt euphorique. Il annonce spontanément et en riant qu'il a fumé plusieurs joints avant de se rendre au RDV. Il a un bras

dans le plâtre. Il indique qu'il a fait une chute en scooter « tout seul » après une soirée chez des copains où il avait beaucoup fumé. Il s'assoit mais a beaucoup de mal à tenir en place et se lève plusieurs fois. Ses gestes ne sont pas toujours bien coordonnés. Il dit que depuis quelque temps, il se sent anxieux et entend son cœur battre dans sa poitrine. Il a grossi car il a toujours faim après avoir fumé et comme il a souvent la bouche sèche après avoir consommé du cannabis, il lui arrive aussi de boire. Il se plaint de troubles de l'attention et de la concentration et a l'impression d'être ralenti dans les moments où il n'est pas euphorique. En revanche, quand il est euphorique, ses idées défilent rapidement. On retrouve dans cette observation les critères diagnostiques de l'intoxication au cannabis répertoriés par le DSM-IV-R et la CIM-10 : usage récent de cannabis, euphorie et désinhibition, anxiété ou agitation, trouble de l'attention, sensation de ralentissement du temps ou des idées, incoordination motrice, tachycardie, sécheresse de la bouche, augmentation de l'appétit. Le trouble est diagnostiqué mais on ne sait rien du sujet !

En revanche, l'observation clinique, qui vise la singularité et la totalité, permet au clinicien d'avoir une représentation concrète de la façon dont ce sujet fait face aux problèmes auxquels il est confronté (nature de ses angoisses, effets des mécanismes de

défense, modalités de relation aux autres). Le « regard clinique » a surtout pour but la recherche du sens des symptômes (travail de symbolisation, de parole à partir du symptôme).

## 4.5 Communications verbale et non verbale

Le langage est privilégié par le clinicien car il véhicule le sens :

- *sens manifeste* : les énoncés sont porteurs de sens conscient. Le mot ou l'expression témoignent simplement d'un contenu conscient, rationnel, communicable, mais le langage est plus complexe qu'un simple code ; 1
- *sens latent* : c'est le sens inconscient repérable par les lapsus, les mots d'esprit, les dénégations, les associations, les ruptures dans le discours... Un mot ou une expression revenant fréquemment

et attaché à plusieurs situations peut révéler des processus particuliers (processus d'identification par exemple).

Le langage vise aussi à produire un effet en sensibilisant le clinicien au dire et à la manière de dire (narrations, récits de rêves, par exemple). Mais le langage est aussi non verbal : manières d'être, attitudes, comportements qui nous renseignent sur la vie émotionnelle et affective. Il existe, par exemple, des grilles d'observation clinique détaillées de la position assise (Turchet, 2000) permettant de renseigner sur des affects inconscients :

### **Extrait de la grille : « position assise »**

- Bras croisés, jambes croisées
- Mains croisées posées sur les cuisses, jambes étirées, pieds croisés
- Assis au milieu de la chaise, talons relevés, avant-bras posés sur la table, mains ouvertes
- Croisement des jambes (à droite, à gauche), selon l'amplitude, des cuisses (croisement simple au-dessus du genou) – croisement aux/de chevilles

- Position féminine jambes serrées (sur le côté, mains croisées sur une cuisse)
- Croisement masculin dit à l'américaine (position assise, croisement des jambes à droite ou à gauche, une main posée sur le genou, une main à plat sur le mollet, torse assez droit, en avant)
- Jambes décroisées en position assise, pieds stables bien à plat sur la terre
- Épaules voûtées, pieds pas tout à fait posés sur le sol
- Mouvements du corps excessifs, saccadés, rapides - mouvements peu nombreux et lents - mouvements brefs et agitation continue au niveau des jambes
- Tremblements, spasmes
- Position droite, voûtée, affaissée, tronc en arrière, penché en avant, posture changeante

Dans le cadre de productions autres que langagières, on peut aussi évoquer les dessins et les jeux chez l'enfant.

Dans la situation de la psychothérapie analytique, le dessin devient un mode d'expression de l'inconscient, équivalent des associations libres de la parole. Il doit être considéré comme une mise en acte de l'expérience perceptive et sensori-motrice de l'enfant au même titre que le discours. Le clinicien même

s'il est sensible à la teneur esthétique du dessin, cherche avant tout à en comprendre le sens dans le rapport transférentiel et à percevoir ce que l'enfant peut émettre de lui par le graphisme et le symbolisme du dessin, en rapport avec ses angoisses, ses états conflictuels actuels et passés et ses émotions. Il devra évaluer au plus près quel écho transférentiel pourra déclencher un commentaire de sa part sur le dessin. Le clinicien va laisser se développer cette communication graphique jusqu'au moment où l'enfant pourra la verbaliser pour alléger son angoisse et faire part des représentations intimes qui y sont associées. Cette situation peut provoquer un contre-transfert et des interprétations dont la charge affective doit être pesée avant de les énoncer surtout si elles risquent de pousser l'enfant hors de ses retranchements défensifs (Anzieu *et al.*, 2002).

Une observation clinique de la réalité psychique et de la subjectivité, tenant compte de l'observation des symptômes, des associations, des messages verbaux et non verbaux, du transfert et du contre-transfert, conduit à une interprétation qui donne un sens aux événements et aux phénomènes cliniques observés.

# **5. L'observation clinique : quelle clinique ?**

## **5.1 Clinique du regard**

Observer, c'est d'abord regarder et considérer avec soin un ensemble de phénomènes sans volonté de les modifier (vision globale, neutre, sans a priori mais intensive). Cette manière de regarder est intuitive, naïve. Le clinicien regarde d'abord spontanément sans penser, sans réfléchir, pour, ensuite, passer du « regarder » à un « voir ». Ce n'est qu'après avoir longuement regardé (observation), que l'on peut dire que l'on voit (interprétation) (Royer, 1995).

Pour de nombreux cliniciens non psychanalystes, l'observation et le regard occupent une place essentielle dans le processus thérapeutique. Réintroduire le regard en psychothérapie, c'est

rendre une place au corps tout en prenant le risque que le sujet se sente observé et agressé par ce regard. Le regard du clinicien peut se porter, sans qu'il s'agisse de scruter les attitudes comme en médecine, sur la façon dont le sujet utilise son corps et sa parole pour entrer ou ne pas entrer en relation, sur ce qu'il dit par sa posture ou sa gestuelle.

Le regard posé par le clinicien sur le sujet n'est ni scrutateur, ni embarrassant ou réifiant, il peut permettre à celui-ci de se constituer une identité, de se sentir soutenu, considéré, par ce regard. L'observation permet ainsi à la personne observée de découvrir l'intérêt qu'il peut y avoir à se regarder soi-même. L'observation, l'échange des regards, ouvrent à la dimension de l'altérité. Être regardé, observé, c'est acquérir la capacité de se regarder, en même temps que le clinicien qui se sait lui-même observé et regardé. Le regard et l'observation ouvrent ainsi à l'altérité et permettent de mieux rendre compte des phénomènes de prises de conscience

puisque l'autre est au cœur de la constitution du soi et du regard que l'on peut porter sur soi-même (Gauthier *et al.*, 2002).

### **Exemple : regarder l'enfant qui dessine**

Il s'est assis devant la table, il a observé tous les feutres posés devant lui avant d'en choisir un. Il a fait un essai pour voir s'ils écrivaient en faisant un trait derrière la feuille qu'il vient de retourner. Il la pose sur la table du côté vierge. Il entreprend son dessin. Il trace le premier trait d'une main ferme sans hésitation. Plusieurs lignes sont assemblées sans que le clinicien puisse deviner ce qu'elles représentent. L'enfant applique sur le papier un schéma graphique et livre un système de signes que le clinicien identifie progressivement : une maison, un arbre, une voiture. Il regarde l'enfant dessiner, faire. Il écoute l'enfant quand celui-ci parle de son dessin en dessinant. Il admire le résultat avant de le faire parler sur son œuvre.

## **5.2 Clinique de l'écoute**

Écouter vient du latin « *auscultare* » : être tout ouïe. L'observateur écoute ce que le sujet dit ? Comment il le dit ? Où et quand il le dit ? Avant quoi ? Après quoi ? En faisant quoi ? Écouter pour l'observateur, c'est répondre à plusieurs questions (Simonet *et al.*, 2004 ; Artaud, 1991).

## *Écouter, pourquoi ?*

- a) écouter pour découvrir ou rencontrer (pour faire connaissance avec l'autre, avec son histoire) ;
- b) écouter pour mémoriser (pour prendre des notes par exemple) et pour pouvoir formuler des questions ;
- c) écouter pour pouvoir entendre les demandes et attentes du sujet.

## *Écouter quoi ?*

- a) écouter les mots (écouter le sens des mots [expression, dimension subjective, par exemple], écouter les idées préconçues [représentations, clichés, univers de référence], écouter la transmission en chaîne d'une représentation [associations libres], écouter l'explicite [repérage d'indicateurs linguistiques simples par exemple, pronoms, adjectifs, répétitions, incises, adverbes, emploi des temps, temps des verbes (présent, passé, futur),... ] et questionner l'implicite [cf. la dimension interprétative de l'analyse du langage] );
- b) écouter le corps (respiration, ton de la voix...) et l'imaginaire (fantaisies imaginées, rêveries éveillées, fantasmes...) ;
- c) écouter les modes d'expression (style, grammaire, syntaxe, logique du discours) qui expriment les différents thèmes, conflits, et problématiques ;

d) écouter les faits décrits dans leur simple réalité, les sentiments et les émotions, les valeurs (morales, culturelles, juridiques, professionnelles, politiques, religieuses, éducatives,...) heurtées ou confirmées, les besoins éprouvés (d'identité, de survie, de confort, d'activité, de travail, de justice, d'équité, d'excuse, de vengeance, de réhabilitation, de pouvoir, de changement, de repos, de distraction d'aventure, de prise de distance, d'estime de soi, d'estime des autres, d'amour, de reconnaissance,...).

## *Écouter, comment ?*

- a) en développant des attitudes (empathie, authenticité, disponibilité, non-directivité, compréhension, considération positive inconditionnelle, congruence...) ;
- b) en mettant en œuvre des techniques d'écoute (écoute flottante, relance, reformulation, questionnement...).

L'écoute n'est donc pas une activité neutre puisqu'elle sélectionne, réduit, construit les données en fonction des objectifs et du modèle théorique de référence. La communication procède d'une interaction verbale où le discours du sujet écouté n'est pas donné d'emblée, mais est le résultat d'une « co-construction ». Le clinicien dont le modèle théorique fait référence à la psychanalyse entend également dans le discours la dialectique conscient-inconscient dans une perspective synchronique et diachronique. Écouter une personne raconter son histoire ou parler d'une expérience qui la touche suppose qu'elle tienne compte des principes d'intelligibilité de soi et d'évitement du déplaisir. Mais parler peut amener un recours à des mécanismes de défense (fuite, rationalisation, la projection, identification au désir de l'autre, scotomisation, déni, intellectualisation...) pour gérer l'angoisse suscitée par la parole. Les effets de l'intersubjectivité apparaissent également lorsque la demande se déplace du côté du sujet écouté. Le clinicien est alors

identifié comme celui qui peut entendre la plainte, écouter ce qui ne l'avait jamais encore été dit, rassurer, voire aider.

### **5.3 Clinique de la relation**

La dimension relationnelle joue un rôle important dans toutes les situations cliniques (observation, entretien, tests). Les notions théoriques utilisées pour en rendre compte sont principalement issues de la psychanalyse (transfert, contre-transfert...) et des écrits de Carl Rogers (authenticité, empathie...).

Le clinicien est attentif (Séchaud *et al.*, 1999) : 1) à la personnalité du sujet à travers l'observation de ses symptômes ; 2) à la spécificité de son histoire à travers l'observation du langage, du discours verbal (récits de rêves, associations) ; 3) à ses interactions comportementales (non verbales), autres que langagières (dessin,

jeu), affectives et fantasmatiques ; 4) à ce que ces observations éveillent de particulier en lui (aspirations, motifs de son implication, limites de sa bienveillance...) pour pouvoir développer dans la relation clinique, la capacité d'analyse de ses réactions affectives, de ses associations et de celles du sujet observé.

### **Exemple : l'observation de la relation enfant-clinicien dans une épreuve de jeu : le scéno-test**

Hugo, 6 ans et 3 mois, découvre le matériel du scéno-test : 16 marionnettes flexibles – 8 adultes et 8 enfants – différenciées par la taille et par le vêtement ; des éléments de construction en bois rouges, bleus, jaunes et verts de formes géométriques et de tailles variées ; des pièces figuratives (jouets) en bois peint dont le support induit une utilisation verticale, des pièces planes ; des ustensiles domestiques et de locomotion ; un signe aux membres articulés autour d'un axe. Les jouets se répartissent en : arbres, parterres fleuris, plateau, récipients en bois (seau à traire, lessiveuse), voiture de course et de tourisme métalliques, animaux, nain, bonhomme de neige présentés de face, ange présenté de profil ; Dans l'espace restant, une boîte fermée contient d'autres accessoires : [objets

usuels (vaisselle, biberon, pot de chambre) ; fruits (2 pommes, 2 poires, 1 banane), des fleurs (teintes et formes variées) et une escarboucle à facettes brillantes ; des animaux (vache, crocodile, chien en peluche) ; du mobilier [chaises (droite et longue pliante), siège-wc à couvercle rabattable, un tapis ou une couverture de fourrure) ; des accessoires (batte, bêche, tableau ardoise sur trépied, une colonne Morris ; un train en bois (locomotive et 3 wagons, roues)]. Il s'exclame : « super » et ajoute après un court arrêt « comme ça, tu pourras travailler dans ton coin pendant que je joue ». Le ton n'est pas triste mais est celui d'un enfant habitué à s'occuper seul pour ne pas déranger. Cette résurgence d'un vécu d'abandon amène le clinicien à se situer en disant « mon travail est d'être avec toi pendant que tu joues ». Il offre par son regard, par son écoute et par sa présence le miroir dans lequel se réfléchit la capacité de l'enfant à jouer seul et à se montrer créatif. L'aire transitionnelle du jeu se construit dans ce regard qui définit la relation de proximité tout en installant la distance (être avec l'enfant, auprès de lui, ni trop loin, ni trop prêt, « à la bonne distance ») au sein d'un espace partagé entre l'enfant et le clinicien). Dans l'exemple de Hugo, le vécu est un vécu de distance (loin de, hors de) faute de jouer avec le clinicien. Observer le mode de relation au scéno-test revient à s'interroger sur la réciprocité du fonctionnement dans une aire transitionnelle et à en apprécier les éventuels écarts.

La relation créée par le scéno-test engage de la part du clinicien un ensemble d'attitudes conscientes et inconscientes vis-à-vis d'un enfant, exigeant une analyse approfondie pour ne pas sortir du cadre de l'investigation diagnostique. Le clinicien peut être amené à intervenir et à devenir physiquement acteur de la situation (observation participante et forte implication) pour canaliser, contenir, les excitations de l'enfant le plus souvent agréables jugées inutilement coûteuses, pour réguler l'activité (fonction maternante). Il peut être également amené à autoriser (favoriser le jeu libre dont les règles sont préétablies au moyen d'éléments imposés et d'un temps de passation relativement limité ; accepter les transgressions à condition qu'elles ne mettent pas l'enfant en danger) ou à interdire (le rapproché œdipien par le rappel à la règle et par sa neutralité) (Boeckholt, 1998).

## 5.4 Clinique du discours

Observer, c'est s'appuyer sur l'extériorisation par le sujet de ses difficultés, de ses préoccupations, de ses soucis ou de ses désirs via la parole. Toutes les informations verbales produites par le sujet

durant l'observation sont susceptibles d'éclairer le fonctionnement de sa personnalité et sa genèse et de renseigner sur la nature de sa souffrance psychique. Ainsi, il est possible de détecter des signes d'anxiété ou de tension interne au ton de la voix, à sa fluidité par exemple. L'observation clinique porte aussi sur le langage, le discours verbal et sur les contenus des messages verbaux observés.

Il faut souligner la place particulière des récits dans le test projectif du CAT chez l'enfant ou du TAT chez l'adulte en situation duelle.

## **Le CAT : de l'image au langage**

Il s'agit pour l'enfant qui raconte une histoire à partir des 10 planches (sur lesquelles sont dessinées en noir et blanc plus ou moins estompés des animaux familiers et sauvages dont l'espèce varie d'une planche à l'autre) de jouer avec les animaux anthropomorphes en créant une scène adaptée aux supports perceptifs et latents. Raconter une histoire à partir d'un dessin suppose une

double démarche de symbolisation : liée à l'accès au système des signes de la langue maternelle (entendre et transmettre les messages) ; basée sur le passage du volume de la chose réelle à sa figuration graphique sur une surface, puis à sa représentation mentale indépendante de l'expérience perceptive. Cela suppose aussi un double jeu : avec les personnages des planches ; avec le clinicien et le substitut parental qu'il est susceptible d'incarner par la médiation du transfert. L'analyse du matériel planche par planche comporte : *le contenu manifeste*, un rappel des formulations chaque fois que celles-ci introduisent des nuances *et le contenu latent*, avec la discussion sur les registres de conflictualisation réactivés eu égard : aux fondements de l'identité, à l'élaboration de la position dépressive, à la mise en place de l'axe oedipien.

Chaque planche peut réactiver successivement ou simultanément plusieurs registres de conflictualisation chez le même enfant.

### *Par exemple : planche 1*

*Contenu manifeste* : « Trois poussins assis autour d'une table sur laquelle il y a un grand bol plein. Sur le côté, un grand poulet estompé » (CC). - Bol de nourriture (MB).

*Contenu latent* : « Renvoie à une relation à l'image maternelle de l'ordre de l'oralité » (CC). Les réponses concernent l'oralité *versus* gratification ou frustration, autour de laquelle se centre la rivalité fraternelle (MB).

Par-delà l'évidente évocation de la nourriture, l'activité orale renvoie à l'ensemble des représentations inconscientes de gratification ou de frustration liées à la relation à l'image maternelle.

- a) La planche renvoie à la capacité d'intérioriser un « bon » objet garant de la cohérence identitaire. Faute de celle-ci, en raison d'une expérience fantasmatique orale où prédominent des composantes destructrices, la relation à l'image maternelle est régie par l'envie.
- b) La présence-absence de l'image parentale, suggérée par le caractère estompé du grand poulet, interroge sa capacité contenante et étayante liée aux premières relations objectales. Sa défaillance peut éveiller l'angoisse dépressive, voire un vécu d'abandon. Le vécu parental peut être symbolisé par la perception des bols vides.
- c) L'ambiguïté du matériel favorise l'expression du doute identificatoire : « poule-coq », et l'inversion des rôles parentaux : père nourricier. Il est vrai que les garçons en période oedipienne voient plus volontiers un « coq » dans un contexte d'évitement de la confrontation à l'image maternelle jugée trop redoutable. L'expression d'une rivalité dans la fratrie revient à éliminer un rival pour atteindre l'objet aimé. Cette situation clairement triangulaire fait intervenir la jalousie fondée sur le lien libidinal à l'objet. L'ombre du poulet qui plane et qui surveille peut aussi être comprise comme une instance surmoïque.

Pour l'enfant, raconter une histoire s'inscrit dans un processus de symbolisation par lequel le langage s'affranchit du concret, du réel, pour former un produit de l'activité psychique composé de signes linguistiques (signifiants et signifiés) qui construisent une réalité particulière soumise aux lois du langage et marquée par les capacités créatrices, relationnelles et les investissements de l'enfant. La situation CAT mobilise des ressources psychiques qui s'expriment par le discours (Boeckholt, 1998) qui fait ensuite l'objet d'analyse à travers :

- *les procédés d'élaboration du discours* mis en œuvre pour rendre compte de la mobilité du psychisme de l'enfant : procédés traduisant le recours à la sphère motrice et corporelle ; à la relation avec le clinicien ; à la réalité externe ; à l'affect ; à l'imaginaire et au fantasme ; à l'objectivité et au contrôle ;
- *et les problématiques* abordées en référence aux contenus ou sollicitations latentes : cela revient à se demander si l'enfant

peut aborder les sollicitations orales, anales, phalliques ; à apprécier le degré de résonance fantasmatique de l'enfant aux sollicitations latentes ; à mettre en évidence les problématiques (œdipienne, identitaire, dépressive) suggérées par le matériel.

## **Marina, 6 ans, 3 mois**

### *Planche 1*

« Là, y'a des animaux qui mangent avec un bol, une cuillère, ils sont assis sur un tabouret. Là, y'a ... ça se voit pas trop ça... là y'a un coq. »

? « Le coq, il regarde. »

? « Moi, je serais celui du milieu parce qu'il est le plus beau. »

La lisibilité (construction de l'histoire) est correcte. L'entrée dans le discours se fait par une description de la scène avec attachement aux détails (OC1). Les personnages sont anonymes (EI2). Ces procédés évoquent un évitement et une tentative de contrôle des sollicitations de la planche. L'élaboration de la relation à l'image maternelle dans un contexte d'oralité semble donc difficile. On note une hésitation sur l'image parentale évoquant un doute identificatoire poule-coq. Cette figure parentale est vécue comme une instance surmoïque. À la

question : « Qui serais-tu ? » Marina répond qu'elle serait « celui du milieu et le plus beau » (RC4). Cette réponse renvoie à une problématique de rivalité fraternelle.

L'observation clinique du discours du CAT conduit à une interprétation du discours après coup. Le sens d'un événement n'est dégagé qu'après analyse et reconstruction. L'interprétation rend compte de la temporalité dans le fonctionnement psychique et dans l'inscription du sens d'un événement.

## **6. Recueil et analyse des données cliniques**

La technique utilisée pour le recueil des données d'observation clinique, qui fait également partie du dispositif d'observation, peut être plus ou moins structurée. Les notes et les comptes rendus, utilisés pour consigner les faits d'observation clinique et les impressions, sont des techniques non systématisées, à visée narrative, permettant de saisir l'aspect dynamique des phénomènes cliniques. Des observations cliniques plus structurées peuvent être menées de façon quasi systématique, soit par prise de notes, soit par enregistrement intégral. Enfin, des techniques très structurées d'observation peuvent être élaborées pour une description systématique des conduites, en référence à un cadre théorique. L'élaboration d'une grille d'observation est une opération délicate puisqu'elle aboutit à la saisie de l'objet sous une certaine forme (réduction, filtrage, codage). Elle implique l'examen de l'ensemble des problèmes méthodologiques et techniques liés à sa construction.

Les grilles d'observation offrent des possibilités de quantification, de comparaison et facilitent l'examen de la fidélité et validité de l'observation. Elles ont, par exemple, conduit à l'élaboration d'outils d'évaluation et de diagnostic de l'autisme infantile : l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS, Schopler, 1980) et l'échelle d'évaluation des comportements autistiques (ECA, Barthélémy, Lelord, 1991).

L'analyse des données d'observation clinique dépend des conceptions théoriques et épistémologiques du clinicien :

- *analyse objectivante pour la description des comportements* : avec le recours à certains instruments (magnétophone, vidéo), les résultats des observations cliniques sont souvent traduits sous une forme numérique. Elle permet le repérage des régularités dans les observations cliniques et permet de catégoriser les comportements observés (Reuchlin, 1983) ;

– *analyse subjectivante pour leur compréhension* : une observation clinique qualitative consiste, par exemple, à décrire la culture de la population étudiée ou les composantes objectives d'une situation sociale ou clinique (lieux, structures, objets, instruments, personnes, groupes, actes, événements, pathologies...). L'analyse des données de l'observation clinique doit être explicitée quand le clinicien est l'instrument de mesure, d'examen et de décryptage de la réalité clinique ou sociale. La préparation de l'analyse passe par une première lecture des notes recueillies pour séparer les données descriptives des essais d'analyse, pour repérer les contradictions qui surgissent entre interprétation partielle et éléments descriptifs. On compare les données cliniques entre elles en relisant les notes, en les confrontant avec celles issues d'autres observations cliniques.

Jaccoud et Mayer (1997) font état de trois méthodes d'analyse des données cliniques plus ou moins formalisées. La première est l'analyse qualitative, qui procède par allers et retours entre les

hypothèses et les observables. La seconde consiste en l'analyse quantitative, séquentielle qui vise l'évaluation de la fréquence et de la distribution du phénomène (sur la base des indices). La troisième (Denzin et Lincoln, 1998) est l'analyse narrative du discours du sujet.

## 7. Intérêts et limites

### 7.1 Les intérêts

Pour Ciccone (1998) et pour Gauthier *et al.* (2002), l'intérêt de l'observation clinique réside avant tout « dans sa capacité à améliorer une situation clinique et à faire poursuivre le travail clinique [...]. Lorsqu'une situation clinique est incompréhensible, traumatique, aliénante [...], prendre une position d'observation, prendre le temps d'observer, d'être attentif aux différents éléments qui composent la complexité de la situation améliorent la situation, même si rien d'autre n'est fait *in situ* (la situation observée peut éventuellement être traitée dans un dispositif d'élaboration). La situation s'améliore [...] parce qu'elle est pensée. L'attention et l'observation clinique représentent l'essentiel du travail de pensée

du travail consistant à penser la clinique. » Ils privilégient une observation qui aurait pour cadre le processus thérapeutique.

L'utilisation de l'observation clinique comme méthode de recueil des données est souvent nécessaire. Il existe des situations dans lesquelles le recours à l'entretien est impossible. Par exemple, il arrive que des enfants ne parviennent pas à s'exprimer oralement soit parce que leurs capacités linguistiques sont insuffisantes, soit par inhibition, soit parce qu'ils présentent des pathologies du langage ou de la communication. L'observation clinique est alors recommandée. L'observation du dessin l'enfant, par exemple, est très utile pour accéder à son espace psychique. Le dessin est le lieu de la mise en œuvre et de l'affinement des processus de symbolisation. Il est aussi un moyen de communication très investi par l'enfant, support du transfert. Il correspond à la technique de l'association libre chez les adultes (Anzieu *et al.*, 2002).

Mais, souvent, le recours à l'observation est nécessaire comme complément d'autres informations et lorsqu'on veut confronter différents registres de la communication : les attitudes, les comportements lors de la rencontre (observation clinique descriptive et comportementale), fournissent d'autres éléments révélateurs ou posent de nouvelles questions (Fernandez, 2001).

## 7.2 Les limites

- Une première limite à l'observation clinique tient au fait que toute observation est une *construction*. Un fait observé, un sens dégagé est toujours une construction. L'énoncé d'une observation est déjà une interprétation. Une observation détaillée rigoureuse suppose de décrire des unités de comportements qui informent sur la situation exacte (observation structurée, systématisée, cf. observation 1). La

description est précise, mais le sens est perdu (cf. observateur 1). Dans ce cas, les limites renvoient au risque de réification (réduire l'objet à ce qui est observable) et d'atomisation des conduites.

Observation naturelle d'une personne au réveil :

– *Observation 1* : 7 h, le réveil sonne. 7 h 15, elle sort du lit en prenant appui sur ses deux pieds et enfile ses pantoufles. 7 h 20, elle fait des exercices physiques (étirements, mouvements,...). À 7 h 45, elle se dirige vers la fenêtre de la chambre, soulève le rideau et regarde le ciel par la fenêtre.

L'observateur 1 résume son observation dans le tableau suivant :

Lieu	Position	Trajectoire du corps	Orientation, mouvement
Lit	couché	verticale	À droite dans le lit

Lit	assis	Se baisse, se redresse	bas, haut
Chambre	debout, assis, allongé	rectiligne	Mouvements gauche, droite, haut, bas
Chambre	debout	immobile	Lit-fenêtre

– *Observation 2* : Après la sonnerie du réveil à 7 h, une jeune femme s'étire dans son lit mais ne se lève pas tout de suite. Elle garde les yeux ouverts. Elle a des cernes sous les yeux indiquant qu'elle a mal dormi et semble fatiguée. À 7 h 15, elle se lève et met ses pantoufles très lentement. Elle ne se presse pas. Elle fait quelques allers-retours hésitants dans la chambre avant de se livrer péniblement à des exercices physiques (mouvements de

gymnastique, étirements...). À 7 h 45, elle se déplace d'un pas non assuré vers la fenêtre de sa chambre. Elle scrute le ciel avec une moue dubitative, presque triste. L'observation est centrée sur le sens et elle est interprétative.

L'observateur 1 procède à un repérage corporel et temporel des actions. Il centre son observation sur les positions, les trajectoires et les mouvements du corps (constituant ainsi une grille d'observation comportementale). La volonté de refléter le réel est très perceptible chez lui. L'observateur 2 focalise son observation sur la description des déplacements de l'observé et rajoute plusieurs interprétations possibles à ses comportements (ressentis, émotions).

- Une deuxième limite concerne la *sélection des informations*.

L'observation clinique sélectionne certains éléments de la réalité (sous l'effet du contre-transfert et pour des motifs échappant à la conscience du clinicien et au moment de la prise de notes) au

détriment d'autres éléments. Sélection qui conditionne, préstructure en partie le matériel observé de par son organisation et surtout de par ses présupposés théoriques. Sélection qui va conduire à un mode particulier de saisie des phénomènes cliniques.

- Une troisième limite est due aux *effets du dispositif sur la situation observée* (effet sur le choix d'un objet de recherche, sur la problématisation d'une question, sur la contextualisation d'une observation et sur la méthode).
- Une quatrième limite concerne le *langage*. L'observation clinique est limitée par les effets de langage qui sont inopérants à rendre compte de toute la richesse et de la complexité de l'observation clinique.

# **8. Rédiger l'observation clinique**

## **8.1 Quelle forme ?**

Pour être analysables, les données d'observation clinique doivent avoir été notées, enregistrées ou mises en forme par la description détaillée de ce que le clinicien a vu ou entendu, regardé ou écouté. Il faut : 1) décrire les éléments de la situation, les vêtements des personnes, les objets manipulés, le décor de la rencontre et les interactions ; 2) décrire les enchaînements d'actions qui font la situation observée, le détail des gestes, l'ordre des prises de parole, les compétences, les arguments sollicités ; 3) s'entraîner à prendre en note une conversation enregistrée est un bon exercice préparatoire.

Exemple :

- retenir un ton général et des expressions spécifiques ;
- faire des comptages (gestes professionnels, nombre d'appels téléphoniques reçus dans une journée dans un service d'urgence psychiatrique) ;
- rédiger des chroniques d'activité (ex. celle du psychologue en consultation) ;
- mettre en évidence un usage différencié de l'espace en dessinant des cartes de déambulation (exemple : les patients hospitalisés en psychiatrie qui adoptent une déambulation spécifique ou se situent dans un espace toujours identique) ;
- constituer des fiches biographiques ou anamnestiques (sexe, âge, statut, présentation de soi, choix vestimentaires, pratiques langagières,...) sans pour autant conduire d'entretiens biographiques ;
- constituer un lexique des expressions originales du sujet, des images, des formulations, métaphores... 1

## 8.2 La prise de notes

Elle doit être discrète pour ne pas gêner les personnes. Les notes sont importantes par la précision qu'elles apportent à des détails parfois cruciaux de l'histoire du sujet et de sa problématique. Les notes écrites peuvent être complétées par des enregistrements audio et vidéo (après accord des personnes observées), ainsi que par des entretiens cliniques. Le rapport entre le volume des notes et la durée des observations dépend des faits perçus, des personnes impliquées, de la complexité des situations et des actions. Pendant que le clinicien observe, lorsqu'il examine ses notes ou travaille sur les vidéos des sujets, des idées sur les processus en œuvre dans le champ observé lui viennent, des questions surgissent, des hypothèses ou des intuitions lui apparaissent. Il consigne tout cela par écrit (informations concrètes sur des individus, des lieux, des inter-actions, des stratégies mises en œuvre durant l'observation).

Le temps de la prise de notes s'étend bien au-delà du temps effectif de l'observation clinique. À l'issue de chaque phase continue d'observation, il est nécessaire de consacrer du temps à la rédaction d'un compte rendu de ce qui a été observé, à partir de ses souvenirs et des bribes notées au cours de l'observation. On arrête la prise de notes quand les souvenirs s'épuisent. On commence à analyser, à rapprocher tel et tel événement, en relisant ses notes.

### 8.3 Les différents types de notes

- *Les notes repères* se présentent sous la forme de listes, d'associations de mots. Elles ne deviennent explicites que lorsqu'elles s'étoffent, à l'issue de plusieurs observations cliniques, en un récit détaillé des événements auxquels elles renvoient rédigé après-coup par le clinicien.

- *Les notes descriptives* sont des descriptions des sujets, des récits d'événements, d'interactions rapportées, jouées, au cours de l'observation.
- *Les réflexions personnelles* rendent compte des impressions du clinicien. Elles permettent de garder la trace du déroulement précis l'observation et des rapports entre clinicien et sujet observé.
- *Les notes prospectives* sont un compte rendu d'une observation clinique suscitant par exemple des idées sur la façon de se comporter le lendemain, sur les choses à observer ou à vérifier. Elles sont rassemblées entre chaque phase d'observation pour les avoir bien en tête avant de retourner observer.
- *Les notes d'analyse* sont fondées sur l'exploitation des notes recueillies.

## 8.4 Rendre compte de la méthode

Il s'agit de :

- faire une description fine des observations pour traduire la situation ;
- rapporter un certain nombre d'informations élémentaires concernant la contextualisation sociale, spatiale, historique des observations ;
- d'avoir une réflexion sur la relation clinicien-sujet ;
- évoquer le choix de la position du clinicien pour définir ce qui a été observé.

Les étapes du processus de d'observation clinique doivent être rappelées (implication prolongée du clinicien, méthodes employées...). Il existe trois manières d'articuler données cliniques et analyses :

- *la description ordonnée de la situation clinique* qui doit être débarrassée de tout jugement de valeur ;
- *le raisonnement illustré par des exemples* : les exemples de situations d’observation clinique choisis doivent être rapportés pour mettre au jour ce qu’on cherche à expliciter en préservant l’intelligibilité de la situation retenue afin de rendre compte d’un processus dans sa complexité ;
- *la proposition de longues situations d’observation commentées* : le récit de chacune suppose des éléments de contextualisation. Ceux-ci sont établis sous forme de synthèse d’observations éparses qui n’ont pas lieu d’être détaillées. Leur lecture est soutenue par la perspective de leur mobilisation à la compréhension du récit qui va suivre. Vient ensuite un récit minutieux de la situation où les caractéristiques biographiques du sujet s’actualisent, où le cadre de la situation révèle son caractère contraignant, où la part de contingence des interactions trouve toute sa place. Les analyses prennent la forme de clefs de

lecture pour sortir le clinicien du premier sentiment d'étrangeté face à la situation. Elles font ressortir sa cohérence inattendue.

Ces trois manières d'articuler données cliniques et analyses ne sont pas exclusives mais utilisables à différents moments du raisonnement. Dans tous les cas, un certain nombre de règles peuvent être suivies, notamment en ce qui concerne la manière de rapporter les données cliniques.

## 8.5 Rendre compte des données

L'observation clinique n'exclut pas la mesure et permet d'appuyer l'argumentation sur des résultats chiffrés. Ces comptages s'énoncent en des phrases du type : « Dans la matinée, le patient a pleuré quatre fois. Il a répété dix fois aux infirmières qu'il était triste et malheureux et qu'il souffrait ». En dehors de ce type d'énoncé, il

faut se garder d'une tendance consistant à présenter des faits observés à la manière de résultats quantifiés sans que soit donnée la preuve que l'on dispose d'indicateurs précis, comparatistes. Des formules comme « il est fréquent que », « davantage de » ou encore « la plupart » sont des quantificateurs vagues. Soit les phénomènes ont fait l'objet d'un réel comptage et il est important d'en donner les résultats ; soit ces énoncés sont émis sur la foi d'impressions et ils ont une moindre valeur et l'on est en droit de se demander pourquoi le clinicien n'a pas cherché à les vérifier.

Des propos tenus par un sujet observé en situation sont également mobilisés dans l'argumentation. Ces propos sont rapportés entre guillemets, en style direct, s'ils ont été enregistrés. Qu'il s'agisse de scènes observées ou de propos dits en situation, la meilleure façon d'en rendre compte ne consiste-t-elle pas à recopier le passage de l'observation correspondante ? Oui. Cependant, c'est oublier que les relevés d'observations sont rédigés en strates

successives et que reconstituer une scène suppose de faire référence à des passages qui doivent être réécrits avant d'être donnés à lire à un étranger à la situation : 1) pour apporter les éléments du contexte nécessaires à la compréhension de la scène ou des propos ; 2) pour expliciter certaines expressions que la familiarité avec le lieu de l'observation acquise par le clinicien lui permet d'employer dans sa retranscription de l'observation. Des notes de bas de page suffisent à rendre intelligibles les termes techniques et éléments de jargon propres au sujet observé, tandis que certaines catégories reprises par la personne observée sont employées avec des guillemets et font l'objet d'un commentaire ultérieur.

Le mode de restitution des résultats de l'observation clinique pose la question du droit de regard sur le compte rendu (question d'éthique). Pour que s'exerce ce droit de regard sans difficultés, il faut préserver l'anonymat du lieu ou des personnes concernées par l'observation. Il s'agit de proposer des identifiants en homologie

avec ceux qu'on doit protéger. L'exigence de l'anonymat permet dans la description du lieu de l'observation d'éviter la surabondance de détails non pertinents pour l'analyse ; 1) solliciter l'accord des personnes sur le texte final de l'observation ; 2) restituer oralement les résultats de l'observation.

## 9. Exemples d'observation clinique

### 9.1 L'observation clinique directe et l'observation clinique discrète

La position et l'activité du clinicien conduisent aussi à des choix d'observation qui relèvent du dispositif de l'observation clinique.

- Avec l'*observation clinique directe passive* (caractérisée par la neutralité et la discréetion), le clinicien se familiarise avec le milieu et les membres de ce milieu, qui lui-même se familiarise avec sa présence (ce qui permet de diminuer l'anxiété, la méfiance, l'hostilité des futurs observés). En psychologie clinique, les observations directes concernent, par exemple, l'observation éthologique, l'observation systémique, l'observation des interactions mère-bébé, l'observation

psychanalytique du nourrisson qui est une observation directe des comportements, des interactions verbales et non verbales (comportementales – visuels, tactiles, gestuels, – affectives, fantasmatiques – par exemple, comment une mère développant un fantasme, du fait de son histoire infantile, révèle ce fantasme dans ses interactions et va indiquer au bébé la place qu'il doit y prendre : bébé persécuteur par exemple, Ciccone, 1998).

- L'*observation clinique directe « incognito »* consiste à observer sans avoir de relation avec les sujets observés, de façon à supprimer les problèmes d'interférence, la modification des conduites observées par le clinicien. Celui-ci est dissimulé, caché.

*Le miroir sans tain* : il s'agit d'un faux miroir qui, vrai miroir du côté de l'observé, est un simple verre transparent pour celui qui est derrière. Le clinicien regarde sans troubler le sujet observé. Ce type d'observation a été utilisé en de nombreuses circonstances : observation de sujets en examens psychotechniques (comparaison

des comportements en présence et en l'absence de l'observateur), observation de groupes ou de classes pédagogiques, de jurys en délibération, formation des psychologues, thérapie systémique...

À Minneapolis, le département de psychologie sociale dirigé par Festinger en 1954 possédait une installation assez extraordinaire : un petit amphithéâtre en quart de cercle, d'environ 50 places, faisait face à un immense miroir uni-tain, surplombant une grande salle lumineuse où se passaient des expériences de psychologie sociale. Festinger, dans un petit bureau au bord du miroir du côté de l'amphithéâtre, disposait d'un tableau de boutons permettant au groupe en formation dans l'amphi d'entendre tout ce qui se disait dans la salle, de faire entendre confidentiellement ses propres remarques (pour attirer l'attention des étudiants sur certains aspects de l'expérience d'observation), et commandant aussi des signaux dans la salle, signaux faisant partie de l'expérience d'observation (Festinger, Katz, 1963).

*Le clinicien non vu à distance des sujets* : il s'agit d'observer à distance sans connaître le contenu des échanges. Cette technique est appliquée à l'étude clinique ou sociométrique des groupes (ex : caméra invisible).

## 9.2 L'observation clinique naturelle

On distingue généralement l'observation clinique naturelle, libre ou en extériorité de l'observation clinique systématique (Bernaud, 1998).

### *a) L'observation naturelle ou libre*

La situation choisie est celle d'un milieu authentique : cours de récréation, self réservé aux malades de psychiatrie, groupe de travail en entreprise, milieu familial, etc. Elle permet d'apprécier le comportement naturel tel qu'il se manifeste dans le milieu habituel du sujet.

La préparation de l'observation clinique permet par exemple, l'identification de personnages clés et du champ qu'ils contrôlent,

des meilleurs moyens de les aborder pour rechercher leur accord. En recherche, le clinicien doit ensuite se présenter et présenter son projet d'observation à différents interlocuteurs pour obtenir leur accord dans un premier temps, pour s'assurer de leur collaboration dans un deuxième temps. Cela suppose d'expliciter les objectifs de l'observation clinique et la forme d'investigation, de fournir des garanties sur l'anonymat des personnes, de donner des gages de sa neutralité, de témoigner de sa vigilance quant au respect des personnes observées. Pour se maintenir en tant que clinicien, il doit garder la confiance de ces personnes, respecter les engagements pris, tout en ménageant de nouvelles possibilités. Il s'agit de témoigner des gages de sérieux (prise de notes) et d'intérêt (temps de présence) aux acteurs de la situation. Il faut rendre sa présence agréable pour compenser la surcharge objective, l'embarras que l'observation clinique peut susciter.

On peut citer les observations d'enfants en crèche réalisées par H. Montagner (1978, 1988). L'observateur, derrière une caméra vidéo ou un miroir sans tain, observe le comportement et la vie sociale d'un groupe d'enfants.

### *b) L'observation clinique systématique ou contrôlée*

Elle répond à un souci de maîtrise de la situation : un décor artificiel est planté, des tâches sont prescrites et les sujets sont observés pendant un temps limité. Elle existe aussi en situation naturelle. Elle permet d'enregistrer le comportement tel qu'il se présente. Elle porte sur un grand nombre d'individus. Plus le nombre d'observations est important, plus il permet d'avoir des données normatives. Pour être systématisée, l'observation doit être standardisée, ce qui est possible grâce à l'utilisation d'échelles cliniques, de questionnaires, d'entretiens enregistrés ou de la vidéo.

Ce type d'approche permet d'intégrer une démarche quantitative avec l'utilisation de statistiques descriptives. L'observation systématique peut être de différents types (Cottraux, 1996) :

- *observation continue* : le clinicien cherche à enregistrer l'ensemble du répertoire comportemental d'un sujet. Il est difficile de réaliser ce type d'observation même s'il permet de sélectionner des hypothèses de travail ;
- *observation événementielle* : il s'agit d'enregistrer la fréquence des comportements (tics, stéréotypies, bégaiement par exemple) ;
- *observation par intervalle* : on enregistre la fréquence du comportement sur une durée donnée et on définit le temps pendant lequel le comportement est présent. Pour observer pendant 24 heures une stéréotypie chez un enfant autiste, on divise la période totale d'observation en 96 séquences de 15 mn

et on note pour chaque intervalle la présence ou l'absence de la stéréotypie ;

- *observation par échantillonnage de temps* : on enregistre l'observation (présence ou absence d'un comportement) à la fin d'un intervalle de temps.

L'observation clinique systématisée peut être utilisée de façon exploratoire afin de susciter des hypothèses ou conjointe à d'autres méthodes afin d'intégrer des données supplémentaires.

L'inconvénient de cette méthode est de ne pas permettre d'établir des relations causales. En revanche, elle a l'avantage de décrire précisément un phénomène et de permettre d'élaborer des hypothèses pertinentes dans le cas d'une démarche exploratoire. Le caractère systématique d'une observation tient à la régularité avec laquelle le clinicien applique la procédure de recueil des données. Différents paramètres sont à prendre en considération pour construire un dispositif d'observation (cf. tableau 2). La façon de

fixer ces paramètres dépend de la démarche, du type d'objet et des buts. La combinaison des différents paramètres entraîne une grande variété des dispositifs d'observation.

À titre d'exemple, dans le domaine des interactions précoces (Chahraoui, Bénony, 2003), différents travaux (cf. Chatoor *et al.*, 1998) ont montré les liens entre perturbations sociales émotionnelles et dysfonctionnements interactifs parents-enfants. Ces constatations ont amené les chercheurs à centrer leurs efforts sur la prévention. Or, Keren et Feldman (2002) montrent que certains secteurs de l'interaction sont négligés et que l'évaluation de l'alimentation n'est réalisée que lorsque l'enfant est spécifiquement adressé pour ce trouble.

Leur étude est une observation systématique des interactions durant le jeu et durant l'alimentation à partir d'une échelle de codage du comportement interactif en 42 items (échelle de type Likert en 5 points) composée de 6 dimensions (présence maternelle aidante ; pose des limites par la mère ;

intrusivité maternelle ; affects conjoints positifs mère-enfant ; retrait de l'enfant ; états dyadiques conjoints négatifs) et qui s'adressent à divers aspects de la relation mère-enfant. Les résultats montrent que : 1- les mères consultantes donnent moins d'aide dans l'interaction ; 2- les mères consultantes ont plus de mal à poser des limites ; 3- l'atmosphère dyadique est caractérisée par des niveaux plus bas d'affects positifs conjoints et par des niveaux plus élevés d'états dyadiques négatifs.

## **2. L'étude de cas et ses paradoxes**

Dès ses débuts, la psychologie clinique s'est posée comme l'étude systématique des cas individuels (Lagache), que ce soit dans sa pratique ou dans ses principes épistémologiques. Or, ni la théorie psychologique, ni la référence à l'individu ne sont incontestables, irrécusables, au regard des autres disciplines des sciences humaines. On a pu en effet reprocher à cette psychologie d'être une simple théorie spéculative des cas rencontrés dans sa pratique. Pour d'autres, une étude de cas apporte plus que des preuves statistiques.

Les débats avec les sociologues, les ethnologues, les historiens ne manquent pas. Notre quotidien de cliniciens est fait de rencontres avec des personnes en souffrance qui expriment la singularité, l'individualité de cette souffrance. Chaque cas est, à ce niveau,

différent de celui qui précède. Pour un spécialiste du social, ce sont les points communs qui importent et les rapports sociaux, les processus culturels, qui les produisent. En revanche, pour le psychologue clinicien ce sont les différences individuelles qui frappent : histoires dissemblables, discours opposés, mécanismes de défense distincts... Le discours du sujet est une construction individuelle lui donnant une place dans son monde, même si ses positions psychiques, ses comportements, ont aussi d'autres déterminations que psychologiques et subjectives.

Il existe d'autres interrogations intrinsèques à la psychologie clinique et à la pratique de l'étude de cas. Celle-ci vise, en effet, à placer au centre la singularité des personnes (nul n'est à l'autre pareil) et la manière dont elles construisent ce qu'elles sont ; il y a là une référence à « l'irréductible du sujet psychologique » (incomparable, perçu dans une relation, porteur/produit d'une histoire propre...) qui, pour attirante qu'elle soit, n'en comporte pas

moins des limites. Si l'on comprend que le psychologue qui évalue, aide, écoute, doit impérativement percevoir l'autre comme unique, peut-on, lorsque l'on prétend édifier une théorie, une interprétation, refuser toutes relations à des processus généraux et toutes références à un savoir qui dépasse l'individu. *De quoi le cas est-il donc le référent ?* Or, les cas servent souvent de pivots à des généralisations, voire à des réductions, qui permettent de produire des connaissances, des descriptions, des interprétations et des explications. Plus avant encore, en tant que méthode de recherche – c'est-à-dire de production et de validation contrôlée de connaissances –, l'étude de cas peut-elle permettre une généralisation ?

Sous le terme « étude de cas » apparaissent deux activités distinctes. L'une est un mode de travail clinique permettant le *recueil* (voire l'accueil) de données concernant un sujet ; ces données doivent être riches (critère du maximum d'informations), diversifiées (critère de la multiplicité des sources), subjectives (critère de la représentation du problème par le sujet), étendues (critère de la

totalité et de l'histoire). L'autre activité est la *production* par le clinicien d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité (ne pas isoler les symptômes, considérer le sujet comme une totalité) et de singularité (c'est la personne qui importe avec ses spécificités, son originalité, son intérriorité, ses représentations, son histoire).

L'étude de cas (avec ses deux volets) est par ailleurs utilisée à plusieurs niveaux de la psychologie : l'activité clinique professionnelle d'abord, l'activité de communication entre praticiens (exposer un cas, échanger autour d'un cas), l'activité de connaissance (le cas dans la production et la validation de théories).

# 1. Le poids des termes

« Étude de cas » n'est pas une expression simple : elle implique un objet (le « cas ») sur lequel est opérée une activité particulière (« étude ») qui rappelle tant la dimension scolaire qu'artistique (« Étude en rouge » de Conan Doyle ou « étude » en peinture), ou scientifique (« une étude sur les primates »), ou encore professionnelle (« une étude de notaire »).

## a) *Étymologie*

Les termes de l'expression soulignent le paradoxe : « cas » (XIII siècle), vient du latin « *casus* » qui signifiait « événement », mais aussi « situation définie par la loi pénale ». L'usage médical n'apparaît qu'au XVIII pour désigner une situation pathologique

représentée par un individu qui n'a d'importance qu'en tant que porteur, révélateur, du phénomène en cause (« un cas de fièvre »). Mais, dans les emplois courants, la formule « X est un cas » désigne à la fois son caractère exceptionnel et sa différence, qui, souvent, n'est pas positivement perçue. Le paradoxe de cette notion réside en ce qu'elle se réfère à la singularité mais aussi à l'appartenance à une catégorie (« un cas de... psychose, névrose... »), à la différence, à l'originalité, mais aussi à l'illustration d'une généralité dès lors qu'on lui ajoute « de ».

« Étude » désigne « l'effort intellectuel orienté vers l'observation et la compréhension ». Parler d'« étude de cas » implique donc que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles-mêmes, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode, pour les faire apparaître : étudier un cas c'est bien le découper parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse (et non pas le laisser se présenter tel qu'il

est : étudier n'est ni photographier ni raconter). On mesure alors les points de convergences avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyser, transformer, faire apparaître...).

### *b) Analyse des synonymes*

La littérature psychologique abonde en termes désignant des situations cliniques voisines : « histoire de malade », « observation clinique », « exposé de cas », « vignette clinique », « histoire de cas », « cas clinique »... On perçoit aisément quelques différences : illustration d'un fait ou d'une théorie (« iconographie » par référence au terme médical) alors que la notion d'« histoire » renvoie à une continuité, à l'évolution, et à une unité, mais aussi aux événements marquants placés soit selon un axe chronologique, soit selon un axe de causalité. Le terme « cas », retrouvé chez Freud

(« *Fall* » : éventualité, cas), désigne de longues histoires de patients et/ou des passages de leur analyse, représentatives d'un problème théorique ou clinique : l'histoire des sujets, leurs discours, leur évolution servent à produire des constructions théoriques, à les exposer, et/ou à les vérifier. L'étude de cas est donc un récit qui raconte de manière approfondie la vie de quelqu'un ou son parcours avec le clinicien. Le maître-mot est bien celui d'« histoire », entendue comme une aventure mais aussi comme une succession. Les éditeurs de la *Nouvelle Revue de Psychanalyse* (1990) l'avaient perçu lorsqu'ils disaient « Telle pourrait être une définition de ce qu'est un cas : ce qui déjouant nos connaissances et déplaçant nos raisons ou rationalités psychanalytiques, nous fait, comme l'écrivait Sartre, “penser d'un coup : quelque chose est arrivé”, par l'analyse, dans le destin du sujet. Il peut s'agir d'un patient, mais aussi d'un personnage de roman (Norbert Hanold), d'un ancien héros de la pathologie (le président Schreber) ou de la mystique (Christopher Hitzmann), ou encore d'un grand homme comme Léonard de

Vinci : ce qui affecte leur devenir affecte aussi notre pensée, et cela les définit comme cas » (p. 6). Et ils précisent : une histoire de cas c'est le récit d'un cas qui établit le récit dans la réalité, sépare la temporalité du récit de celle de l'histoire, tend un fil entre les premières représentations et celles qui suivent.

### *c) Leçon des antonymes ?*

Il est plus facile de saisir l'étude de cas par rapport à ce qu'elle n'est pas, à ses opposés. Elle se différencie radicalement de la statistique : elle ne vise pas à mettre en lumière ce qui est commun à une population de sujets comparables ou à faire apparaître une moyenne puisqu'elle concerne l'individu. Là où le statisticien essaiera de voir ce qui est présent chez tous les schizophrènes, l'étude de cas s'attachera à un schizophrène et à ses particularités (symptomatologie, histoire, pensées, construction du monde...). Le

projet de l'étude de cas n'est pas la généralité ou la communauté. Elle vise au contraire à faire ressortir ce qui est individuel, particulier, voire spécifique, à une situation, à un individu. Elle s'oppose aussi à ce qui est superficiel, apparent, de surface ; elle vise au contraire la profondeur, la complexité, le latent.

Une question se pose, toutefois : le rapport psychologique, le compte rendu (Castro, 2000 ; Sultan, 2004 ; Dumet & Maréchal, 2012) sont-ils des études de cas ? Il y a certes une proximité, mais l'étude de cas est le récit d'une rencontre qui peut utiliser le compte rendu d'un examen psychologique et doit le dépasser : tout rapport n'est pas une étude de cas (exhaustive), toute étude de cas ne fonde pas obligatoirement sur un examen psychologique systématique.

## 2. Autres utilisations du « cas »

L'étude de cas et la méthode des cas ont naturellement des origines extra-scientifiques. L'introduction lente des catégories de l'individu, puis de la subjectivité, dans la pensée occidentale a constitué un socle historique à la notion de cas. De même, la littérature, et notamment les biographes et le XIX siècle (Balzac, Flaubert, Zola...), ont contribué à façonner l'idée d'un individu à décrire et à comprendre dans sa complexité, mais aussi dans sa valeur d'illustration ou d'exemple. Dans notre domaine, la médecine, la psychanalyse, le « *case work* » des travailleurs sociaux, ont été des précurseurs qui ont à la fois inspiré la psychologie clinique et constitué des modèles à dépasser. Le courant actuel de l'étude des « histoires de vie » (Pineau, de Gaulejac...) en sociologie représente une autre approche de l'étude de cas

## 2.1 Le cas en psychiatrie

La psychiatrie, spécialité médicale, s'est développée selon plusieurs axes : l'étude (description) des maladies et de leur répartition (épidémiologie), la recherche de leurs causes, l'invention et l'évaluation des thérapeutiques, mais aussi la psychopathologie... La présentation de cas vient illustrer une maladie ou une théorie, voire le cours d'une thérapeutique : la psychiatrie n'est pas très différente de la médecine sur ce plan, bien que les éléments retenus concernent plus le comportement, le discours, la pensée, le passé des individus. On retrouve chez les auteurs du XIX et du XX siècle des cas dont les descriptions, les titres, et parfois les noms, sont restés célèbres : Ellen West, Suzan Urban, les sœurs Papin... Déjà le fondateur de la psychiatrie, P. Pinel, qui a proposé sa classification des maladies mentales dans son *Traité médico-philosophique sur*

*l'aliénation mentale*, citait plusieurs cas pour illustrer les entités qu'il décrit.

Ses successeurs n'ont pas dérogé à cette loi et, d'Esquirol à Minkowski, ont accumulé un ensemble impressionnant d'histoires de malades. De même, les revues de psychiatrie ont régulièrement présenté des articles écrits à partir d'un ou plusieurs cas. Mais, même si la psychiatrie comporte une réflexion psychopathologique, la plupart des cas sont des descriptions des individus, de leurs symptômes, de leurs antécédents et de l'évolution du trouble. Il y a parfois une référence au passé (rapide anamnèse), aux rapports entre la maladie et la vie du patient (patho-biographie), à ses représentations, mais la subjectivité, à l'exception des travaux phénoménologiques, psychanalytiques ou humanistes, n'apparaît pas, encore moins celle de l'observateur. Il est d'ailleurs logique que, la psychiatrie visant d'abord à la constitution de maladies, ce soient les attributs qui sont présentés, mais beaucoup de ces

observations sont écrites d'un point de vue extérieur comme si le patient se confondait avec ses troubles, sans prise en compte du contexte de l'observation. La psychologie clinique, héritière de ces positions de découverte et d'illustration des troubles, a voulu se démarquer nettement de cette pratique pour donner au cas une dimension à la fois humaine et concrète et rester au plus près de la souffrance du sujet.

## **2.2 Freud et les « histoires de malades »**

Avec Freud, l'étude de cas (l'histoire de malade) acquiert une dimension capitale. D'une part, il est sensibilisé à la méthode des cas : il dit lui-même attendre que le cas individuel apporte toute la lumière sur les problèmes théoriques. Cette position est en adéquation avec sa clinique : il suit régulièrement des patients – qui souhaitent parler – et n'applique pas la démarche diagnostic-

pronostic-traitement qui fonde souvent la première rencontre entre médecin et patient. D'autre part, le discours freudien réussit à intégrer à la fois des réflexions théoriques sur l'appareil psychique, des constructions sur les troubles mentaux (névroses, psychoses, perversions) et une casuistique qui fait référence à la notion d'histoire et de singularité. Enfin, l'originalité de la notion de contre-transfert, la référence au sujet (même si le terme n'est pas fréquent chez Freud), entraînent le rôle déterminant du cas.

Si, chez Freud, la question de la nosographie occupe une place importante, tant du point de vue descriptif (isolement de la névrose d'angoisse, de signes de l'hystérie de conversion, de l'hystérie d'angoisse, de la névrose obsessionnelle) que du point de vue explicatif (mécanismes spécifiques des troubles), ce n'est pas seulement par souci taxonomique. Il a aussi une volonté de cohérence entre le découpage nosographique, la clinique, et le modèle théorique explicatif.

Les études de cas de Freud sont très contrastées. Les *cinq psychanalyses* sont des études cliniques détaillées mais souvent partielles et, pour deux d'entre elles, ambiguës : il a rencontré Hans deux fois et n'a fait que lire les *Mémoires* de Schreber. Le cas Dora repose sur l'analyse de rêves et les erreurs contre-transférrentielles, l'Homme aux Rats a guéri trop vite. En même temps, ces cas sont apparus comme typiques d'une classe de trouble, de la psychopathologie, mais aussi de problèmes plus techniques. Les titres sont très instructifs : « Fragment d'une analyse d'hystérie : Dora » (1905) ; « Analyse d'une phobie d'un petit garçon de cinq ans : le petit Hans » (1909) ; « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle : L'homme aux rats » (1909) ; « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoïde) ; Le président Schreber » (1911), « Extrait de l'histoire d'une névrose infantile : L'homme aux loups » (1918). Les études sont partielles, psychanalytiques et référées à un diagnostic. Il y a aussi, dans l'œuvre de Freud, de nombreuses

autres études de cas : les « études sur l'hystérie », les observations rapides mentionnées comme exemple et qui ne peuvent prétendre à l'envergure de l'étude d'un cas. Elles sont pourtant d'un grand intérêt pour comprendre le statut du cas dans la clinique et la théorie psychanalytiques.

Freud montre que l'analyse des cas correspond à des buts différents. Dans l'*Homme aux Loups*, il avance d'une part l'aspect *novateur* (fonction pédagogique et heuristique), et d'autre part, l'aspect polémique (convaincre les opposants). La fonction *heuristique* (découverte) et *pédagogique* (apprendre au lecteur) repose sur la possibilité d'enrichir les connaissances des praticiens. La dimension polémique semble s'adresser aux détracteurs (Jung, Adler) en fournissant une « estimation objective du matériel analytique ». Le lecteur « neutre » (ni analyste, ni hostile) est à convaincre (fonction première de la rhétorique) dans le débat livré à ses ennemis. Le titre d'une autre étude est édifiant :

« Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique ». Le cas vient à l'appui d'une remise en cause de la théorie et le contenu montre que ce cas n'est nullement en contradiction avec cette théorie.

Chez Freud, la présentation du cas a des caractéristiques et des fonctions. Les caractéristiques portent sur l'histoire du sujet, la sensibilité aux phénomènes inconscients, à l'imaginaire (fantasmes, rêves), le recours à la parole (et seulement à elle), la présentation métapsychologique (topique, économique, dynamique), la référence à la demande, au désir, aux conflits, à l'angoisse, aux mécanismes de défense, l'analyse du transfert et du contre-transfert. Les fonctions sont tout aussi intéressantes : illustrer une théorie, montrer et démontrer, produire une connaissance, la vérifier, la contester.

Les successeurs de Freud ont suivi la tradition. On connaît des textes longs, détaillés, de cures : Melanie Klein (Richard, Erna, Ilse,

Gunther, Frantz, Felix), le cas Dominique de Dolto, les cas de Serge Leclaire, la Petite Piggle de Winnicott... Doit-on ajouter le cas Aimé de Lacan ? Cette partie de sa thèse est une remarquable étude de cas mais est-elle psychanalytique ou bien une œuvre charnière témoignant de la référence du psychiatre Lacan à la psychanalyse et non un travail d'analyste ? La même question peut d'ailleurs être posée pour certains textes : si l'auteur est bien analyste, l'étude de cas n'est pas celle d'une cure. Mais les textes présentant des cas du point de vue analytique, ont des caractéristiques : 1) référence à l'histoire – notamment infantile – du patient, telle qu'il la raconte, 2) référence au transfert et au contre-transfert, 3) référence aux mots employés plus qu'aux faits eux-mêmes, 4) référence à la demande, au désir, au conflit, à l'angoisse, aux défenses. La pratique psychanalytique de l'histoire de malade a servi de modèle positif à la psychologie clinique.

## 2.3 L'art : littérature et cinéma

Les autobiographies (appliquées à l'auteur ou bien œuvres de fiction) sont des représentations « de l'intérieur » du monde ou de l'histoire d'un individu. Elles s'apparentent à l'étude de cas car elles se centrent sur la personne, restent au plus près de son intimité et restituent la dimension dramatique d'une histoire. Mais, curieusement, alors que l'étude de cas clinique veut restituer, comme de l'intérieur, l'histoire d'un sujet, il leur manque la dimension d'*altérité* : le narrateur se décrit lui-même, adopte parfois à son propre égard un point de vue extérieur, mais il reste prisonnier de lui-même. S'il reconnaît l'autre, dans sa vie et comme lecteur, il n'y a pas cette dualité, cette scission, entre un « cas » et « un descripteur » différent de lui qui tente à la fois d'annuler la différence et de la maintenir pour s'interroger sur la relation.

Curieux paradoxe que cette différence entre un auteur qui prend un point de vue extérieur pour parler de lui et le clinicien qui tente de restituer l'intime, à partir d'une relation qui ne saurait être annulée. Le clinicien est toujours présent dans l'étude de cas, mais la littérature et la psychologie clinique ne sont pas superposables. L'écrivain n'est pas contraint par les mêmes règles que le psychologue. Il peut inventer, formuler pour produire un effet sur le lecteur, déformer volontairement les faits. En revanche, le psychologue se soumet à des règles différentes qui tiennent compte de l'implication du sujet et de lui-même (le psychologue). Parmi ces règles, la plupart se distinguent de la littérature : il ne s'agit pas de raconter mais de rapporter, le souci de vérité et d'exactitude est essentiel, les interactions sont majeures et le rédacteur de l'étude de cas doit s'effacer en tant qu'auteur. Si les histoires de malades de Freud se lisent comme des romans, ce n'est pas Freud qui écrit le roman : tout au plus est-il celui qui sélectionne les faits et les met en relation. Freud n'invente pas la vie des patients. Lorsqu'un patient

est auteur, il ne lit pas un livre, mais parle de son rapport à ce livre, à son imagination, à sa difficulté à dire ou même à écrire.

### 3. Repères

Le lecteur des auteurs qui écrivent sur la psychologie clinique ne manquera pas d'être étonné par un apparent paradoxe : la clinique est fondée sur l'étude de cas, mais la plupart des auteurs, s'ils dédient bien un chapitre à chacune des techniques qui la rendent possible (entretien, tests, jeu...), fournissent peu de conseils sur la manière de faire une étude de cas et ne lui consacrent pas de chapitre. Tout se passe comme si l'étude de cas était une évidence et l'on doit chercher dans d'autres rubriques ce qui peut la concerner. Il n'y a pas de différences majeures dans les définitions de l'étude de cas, même si chaque auteur insiste plus particulièrement sur certains aspects. Pour tous, la multiplicité des matériaux recueillis et la référence à l'individualité (par opposition à la statistique) sont déterminantes. Mais, on assiste, au cours de l'histoire, à deux types de transformations : celles liées à l'influence de la psychanalyse et celles liées à l'utilisation de techniques d'objectivation. L'ambiguïté

actuelle pourrait provenir de ce que, dans certains courants de la psychologie, des observations rapides et partielles, fondées sur un symptôme (apprécié simplement de l'extérieur), et sur quelques éléments anamnestiques sont fréquemment citées comme illustrations, mais ces courants ne revendiquent pas la notion d'étude de cas. Fondées sur un modèle médical parfois mal compris (puisque la médecine dispose de nombreux examens paracliniques), ces pratiques de la « vignette clinique » visent surtout à montrer les régularités et les différences. La régularité désigne l'adéquation entre un patient et un tableau clinique prédéfini (TOC par exemple), la différence vise au contraire à montrer le décalage entre les informations émanant d'une personne et la catégorie de trouble qui lui est appliquée. Toutes les études de cas qui reposent sur d'autres paradigmes que la psychanalyse ne sont pas des descriptions de surface : il est possible de faire une analyse des processus cognitifs, de la relation avec le psychologue, des attentes, positions du sujet, dans un travail de nature cognitive.

### **3.1 Daniel Lagache (1949)**

Les travaux de Lagache fondent la psychologie clinique sur l'étude des cas. Lorsqu'il définit cette psychologie clinique, il parle implicitement de l'étude de cas (« l'aboutissement d'une investigation clinique, c'est l'histoire d'un cas » 1949a, p. 166). Il est toutefois suffisamment précis pour que l'on puisse dégager chez lui un modèle de l'étude de cas qui reste paradigmique, au sens où il est au fondement historique de la spécificité de cette méthode et où il inspire toutes les conceptions qui, parfois, la précisent mais n'en rejettent pas l'essence. Pour Lagache, elle est une « observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation » (1949a, p. 160).

La « conduite » est au centre de l'étude de cas. Elle est définie comme « l'ensemble des opérations, matérielles ou symboliques,

par lesquelles un organisme en situation tend à réaliser ses possibilités et à réduire les tensions qui menacent son unité et le motivent » (*La psychologie : conduite, personnalité, groupe*, 1951, p. 311). Bien que les termes utilisés par Lagache ne le soient plus guère actuellement, on reconnaît la problématique de l'affrontement de l'individu à son milieu, le principe de réduction de tension, la référence aux actes concrets et au langage. Cette conduite fournit des données de quatre types : 1) la conduite extérieure (qui comprend la parole) accessible à l'observateur, 2) l'expérience vécue, racontée par le sujet, 3) les modifications somatiques objectives, 4) les produits de l'activité du sujet (y compris des tests).

La multiplicité des sources est nécessaire : « L'étude clinique d'un cas doit en règle générale reposer sur plusieurs ordres de données. En aucun cas, on ne peut se passer de l'anamnèse et de l'observation du sujet au cours d'une « rencontre » personnelle avec le clinicien » (1949b, p. 297). Les données sont recueillies par des

moyens différents : 1) techniques historiques composées de la technique testimoniale (témoignages du sujet et de son entourage) et de la technique documentaire (produits de la personne : travaux scolaires, artistiques, journaux et carnets intimes...) ; 2) techniques d'observation reposant sur l'examen clinique (récit du patient, comportement et réaction à l'examen, réactions émotionnelles du clinicien) et l'observation continue (dans une institution par exemple) ; 3) emploi des tests, psychométriques ou plus centrés sur la personnalité (« tests cliniques ») ; 4) techniques auxiliaires comme la morphopsychologie et la graphologie ; 5) techniques psychanalytiques.

Bien que certaines dimensions soient actuellement laissées de côté (morphologie, graphologie), les rubriques proposées gardent leur pertinence. L'étude de cas, définie ici dans sa généralité et son exhaustivité, comporte toujours un recours au discours du sujet et à son histoire. Elle peut s'enrichir d'autres méthodes (tests,

productions, observation... ) qui fournissent des éléments d'une autre nature, mais la pluralité des informations, leur amplitude, est un critère essentiel. Notons que Lagache fait référence au ressenti du psychologue, par analogie au contre-transfert en analyse, mais qu'il ne confond pas la situation d'étude de cas avec la psychanalyse. Si l'on lit son œuvre de près, force est de constater qu'il y a des études de cas de psychologie clinique et d'autres, plus psychanalytiques, qui se fondent sur le transfert en laissant de côté les informations extérieures ou plus objectivantes.

L'étude de cas, Lagache le répète, permet d'établir un diagnostic, un pronostic, fournit une base rationnelle pour conseiller, traiter, éduquer, et répond à des critères. 1) Le critère d'*information* suppose que les conclusions reposent sur des données nombreuses et variées. Il précise que « les examens psychologiques divers, les tests en particulier, ne peuvent être interprétés qu'en liaison avec l'ensemble du tableau clinique » (1951, p. 324). 2) Le critère de

*cohérence interne* des interprétations vise à dégager une signification permettant de rattacher des données à un facteur commun. 3) Le critère d'*économie* repose sur l'idée que l'interprétation la plus probable rend compte du maximum de faits grâce au minimum d'hypothèses. Ces principes sont ceux auxquels se réfèrent les cliniciens actuels : peu cités, ils sont des évidences dans la pratique.

Lagache a l'avantage d'être systématique et de distinguer la psychologie clinique, et donc son type particulier d'étude de cas, la psychanalyse et la psychiatrie (et la philosophie). Mais il a occupé ces quatre fonctions, ce qui fait de son œuvre une synthèse harmonieuse et très personnelle. Sa systématisation a été critiquée tant par les analystes que par ses successeurs. Pour l'étude de cas, on a pu discuter sa référence « médicalisante » au diagnostic. Favez-Boutonnier préfère l'étude d'une personnalité singulière dans la totalité de sa situation et de son évolution et pourrait être considérée

comme visant plus une évaluation générale, y compris de « problèmes » éloignés de ceux de la maladie. Mais il s'agit plus d'un débat autour du contexte du terme « diagnostic » que d'une réfutation des opérations qu'il désigne. En demeurant réservés quant au diagnostic comme but de l'étude de cas, les critiques ont permis de faire apparaître l'idée que l'étude de cas pouvait être l'analyse des particularités d'une expérience, d'une trajectoire, d'une subjectivité individuelle.

### **3.2 Claude Revault d'Allonnes (1989)**

Pour elle, « l'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage

des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique » (1989, p. 69). Elle est dans la continuité des références originaires de la psychologie clinique (sensibilité à l'histoire, à la singularité, à la complexité), mais on mesure la prise de distance avec Lagache. L'étude de cas est présentée comme une *construction* opérée par le psychologue à partir d'informations provenant de la rencontre.

Dans cette construction, il importe de ne pas fournir le matériel comme un donné brut, objectif, mais de tenir compte du cadre institutionnel, des phénomènes relationnels, contextuels. L'implication doit être rendue compréhensible et les liens entre les niveaux explicités. Il faut élaborer les processus complexes, les lire de plusieurs manières. La construction de l'étude de cas, notamment lorsqu'elle sert dans l'activité de recherche, pose néanmoins plusieurs problèmes : la limitation, la sélection, la réduction des informations, la restitution de la continuité.

Outre son rôle évident dans la clinique concrète, l'étude de cas, sous sa forme de « construction », possède plusieurs fonctions dans le discours théorique. 1) Elle permet de problématiser la théorie (elle « sert à dégager et étayer des hypothèses en rapport avec une problématique et des référents explicites et implicites » (*ibid.*, p. 71). La théorie n'est pas absente de la construction de l'étude de cas, même si, dans la pratique, le « silence des théories » est de rigueur du fait du risque de réduire le sujet à une illustration ou à un « modèle » qui n'est pas lui. Pour Revault d'Allonnes, le référent théorique est inhérent à l'étude de cas, « qu'il soit unique ou multiple, explicite ou non dit ; qu'il prenne la forme de l'application directe ou indirecte du savoir théorique au matériel clinique, avec le risque inévitable de plaquage et d'aplatissement qu'une telle utilisation entraîne » (*ibid.*). 2) Elle sert à informer ou à former, à illustrer (« tranche de vie », histoire). 3) Elle est utilisée pour étayer, prouver, convaincre bien que la notion de « preuve » soit sujette à caution à propos de l'étude de cas.

### 3.3 Didier Anzieu (1990)

Anzieu a écrit tant en psychologue qu'en analyste et, lui aussi, était philosophe. Ses positions sont proches de celles de Lagache, mais lorsqu'il s'est intéressé, en tant qu'analyste, au récit du cas, il a mis l'accent sur la question de l'*histoire* en la traitant de manière originale en opposant l'*histoire* et le récit, l'*événement* et le récit, montrant ainsi les enjeux.

Pour lui, se fondant sur des conceptions de la « nouvelle histoire » (Duby, Braudel), l'*histoire* est un ensemble d'*événements* qui se produisent dans un espace et une durée délimités, *événements* qui sont en relation entre eux. Le système de ces relations forme une trame synchronique qui est celle de l'*histoire* : « l'*histoire* est le produit d'une trame, que ses tensions internes mettent en mouvement et que les conflits avec d'autres trames compliquent » (Anzieu, p. 27). Le développement de l'*histoire* est donc plus

logique que chronologique : la discipline que l'on appelle « histoire » procède à l'étude des simultanéités, des interactions, des équilibres, des crises, des ruptures, organisateurs, à une période, de l'espace social. Bien sûr, il existe dans cette discipline (« l'histoire ») un secteur qui s'intéresse aux événements et à la chronologie (« histoire événementielle »), mais pour Anzieu ce secteur se confond avec le *récit* qu'il oppose à l'histoire.

Le récit relate des événements dans une perspective diachronique (de succession) et s'adresse à des individus sur lesquels il tente de produire un effet de sens. Le récit relie des événements (qui résultent d'une nécessité interne à la trame de l'histoire). Il procède « par opposition, symétrie, complémentarité. Il est mis en mouvement par un ou plusieurs fantasmes, qui contribuent à donner un sens au récit » (*ibid.*, p. 25). Dans la situation analytique (raconter une séance ou une analyse) le récit est particulier puisque l'événement est déjà un récit : « Rapporter une séance, c'est faire le

récit d'un récit. Rapporter une cure, c'est faire le récit de son histoire » (*ibid.*, p. 27). Même si l'étude de cas du psychologue ne procède pas des mêmes éléments que la psychanalyse, il existe au moins une similarité : l'étude de cas est le récit d'un récit.

Les « histoires de cas », c'est-à-dire les récits faits par les psychanalystes, posent elles aussi la question des rapports entre singularité et généralité. Elles oscillent entre deux opposés : mise en évidence de la singularité du cas, de sa spécificité et « faire rentrer l'histoire de la cure dans le cadre général de la pensée et de la technique psychanalytiques » (*ibid.*, p. 40). Avec une rare pertinence, Anzieu souligne bien un des paradoxes des récits psychanalytiques en opposant l'identique et le même. Il montre que ces histoires – qui ne sont jamais identiques – sont bien les mêmes. Les récits offrent des variantes, des différences, mais ils mettent en évidence les « mêmes processus, les mêmes fantasmes, les mêmes exploits, les mêmes désunions, les mêmes errances du Moi face aux

pulsions » (*ibid.*, p. 40). L'étude de cas est caractérisée par ce qui, sur des processus communs, fait apparaître l'originalité événementielle, processuelle d'un sujet et son irréductibilité à un autre.

En utilisant ce paradoxe (l'histoire est synchronique et le récit diachronique), on peut dire que l'étude de cas permet de restituer les systèmes de relations, les processus, qui dégagent une trame, mais qu'elle est avant tout un récit mettant en relation ces éléments et leur donnant sens. Les rationalités, les opérations intellectuelles qui soutiennent l'analyse de l'histoire et son récit ne sont pas identiques mais se complètent dans la construction de l'étude de cas. Mais, si toute étude de cas met en scène, dans l'analyse de l'histoire, des processus « communs » (au sens où ils se retrouvent chez chacun), elle se doit de développer la singularité et la spécificité qui n'appartiennent qu'au sujet. La psychanalyse connaît ainsi, dans la présentation des histoires de cas, la même difficulté que la

psychologie clinique : comment dépasser l'aporie entre la singularité du cas et sa relation avec un cadre général ?

### **3.4 Les invariants de l'étude de cas**

Toutes les études de cas ont en commun des particularités qui les distinguent des autres présentations des situations cliniques : la singularité, la totalité, l'histoire, la représentation, le transfert. Ces invariants sont ceux de la méthode clinique décrite par Lagache. Il s'agit aussi de conditions idéales puisque la plupart des textes rédigés sous le terme « étude de cas », ne sont pas à la mesure de toutes ces exigences : tendances plus que stricts critères ?

Le respect de la singularité ne vise pas tant à ce que le cas soit original (novateur, en rupture, inhabituel, inédit...) pour la question qu'il illustre, mais qu'on le traite comme un phénomène inédit et

qu'on ne le réduise pas à ce dont il est l'exemple. Une distinction entre « cas unique », « cas exemplaire » et « cas singulier » permet de saisir ce que recouvre ce critère.

*Un cas unique* est rare et présente une situation exceptionnelle : en médecine on connaît des faits inhabituels qui sont décrits comme des cas uniques mais ils sont peu fréquents. Le premier cas de déconnexion hémisphérique (split-brain) est un cas unique, mais depuis on en a retrouvé quelques autres. En revanche, un seul cas peut résumer toutes les particularités d'une maladie, ce cas unique est le paradigme de tous les autres cas qui ne feront que répéter la même chose : l'unicité ne porte alors plus sur le cas mais sur la méthode de constitution du savoir (méthode dite du « cas unique »). Par extension, lorsque l'on prête attention à la particularité, à l'originalité des cas, comme le veut la psychologie clinique, tout cas est unique : c'est en fait la démarche qui fait d'un cas « banal » (aux

yeux des autres), un cas unique dans la mesure où le clinicien insiste sur ce que ce cas a de radicalement original.

*Un cas singulier* présente aussi quelque chose d'inhabituel, voire d'étonnant. Singulier désigne à la fois l'individuel, le particulier, ce qui distingue un individu des autres, la rareté. Parler de cas singulier n'implique pas qu'il soit unique (par rapport à un diagnostic par exemple) mais qu'il apporte quelque chose d'original, d'inédit, dans une situation qui peut être banale. Considérer une histoire de patient comme un « cas singulier » c'est prêter attention à ce qui ne se confond ni avec l'évidence, l'habitude, le normal (au sens de ce qui ne pose pas de question). C'est donc le regard, l'écoute du clinicien qui font que le cas devient singulier puisqu'il va faire émerger ce qui échappe au « commun », au « banal », au « conforme ».

*Un cas exemplaire* (parfois aussi appelé *paradigmatique*) est une histoire qui devient le représentant typique d'un problème, d'une

entité, d'une problématique, sorte de caractère de La Bruyère ou de mythe. Sa spécificité est toujours présente, mais l'accent est mis sur ce qu'il montre comme modèle, comme « type pur ». Une fois encore, c'est le narrateur qui fait du cas un « exemple » en choisissant d'en faire une situation qui condense, de manière particulièrement révélatrice, les éléments principaux d'un problème. Mais, plus on fait du cas un exemple, plus on risque de viser une généralisation au détriment de sa dimension individuelle. Dans un cas exemplaire de schizophrénie, on insiste sur les traits marquants de la schizophrénie (discordance, émoussement des affects, délire paranoïde...) et on considère comme secondaire la manière spécifique qu'a ce sujet d'être schizophrène.

Le même cas peut donc être « unique », « singulier » ou « exemplaire » selon la manière dont le narrateur pondère les éléments généraux et les particularités individuelles. Ainsi, l'Homme aux Rats est-il un cas exemplaire de névrose

obsessionnelle montrant le rôle du conflit œdipien, du refoulement et de la fixation anale, un cas singulier à cause de la troublante répétition de l'histoire paternelle (avoir une dette alors qu'on est militaire), un cas unique puisque c'est le seul pour lequel nous disposons des notes quotidiennes de Freud. S'il a tenu à en faire l'exemple de la névrose obsessionnelle, son souci d'évoquer la singularité du cas est déterminant : l'histoire individuelle est racontée et non réduite à des principes généraux, les fantasmes, les rêves, sont repris avec précision sans être obscurcis par des réductions théoriques.

Le respect de la *totalité* est une référence à la phénoménologie et à la théorie de la forme. Elle ne vise pas l'exhaustivité (tout dire) mais le fait que le sujet psychologique est une unité indivisible en interaction avec le monde extérieur. Les éléments étudiés (conflits, angoisses, représentations) sont toujours à replacer dans le contexte de l'individu et de son monde et non pas de simples attributs

« réduits » à ce qui en est mesurable et comparable avec d'autres. Un symptôme, une phobie par exemple, n'est interprétable, analysable, compréhensible qu'en relation avec le sujet, voire avec son environnement, pris comme un tout : la phobie est à comprendre à la lumière de l'histoire du sujet, de la fonction qu'elle remplit dans son existence (déplacement et localisation de l'angoisse), à ses conséquences (repli sur soi, objet contraphobique) et des représentations qu'elle suscite. L'exhaustivité ne peut pas être une exigence puisqu'elle serait une tâche impossible et resterait dans une linéarité sans relief. Bien sûr, Freud l'a évoquée une seule fois, à propos de l'Homme aux Loups, mais il n'a jamais été en mesure de le faire.

La référence à l'*histoire* est inspirée par la réalité de la pratique et par les principes philosophiques qui soutiennent la psychologie clinique. Le discours des sujets met en scène leurs difficultés, mais il l'exprime souvent en relation avec une chronologie : celle du

symptôme, celle de sa place dans sa vie, celle de son déroulement, celle de son existence... C'est à la fois une histoire et son histoire que nous livre le sujet. La consultation, la rencontre se déroulent dans le temps et le relevé du clinicien est d'abord une succession. Mais la référence à l'histoire vient aussi des positions théoriques qui guident la pratique : le clinicien est sensible aux événements et à leurs effets sur le sujet.

La notion de *représentation* révèle que nous n'avons pas accès aux faits mais à la manière dont nous les percevons et les exprimons. Dans une étude de cas nous admettons que le sujet nous dit comment il construit le monde, ce qu'il voit et non ce qui est : il opère un choix dans le réel et nous offre une mise en sens. Aussi doit-on considérer que, lorsqu'il nous raconte un événement, il lui donne une coloration personnelle, le revit, l'accompagne d'affects mais que, pour autant, ce qu'il raconte n'est pas la photographie de la réalité. Représenter c'est reconstruire, mais aussi donner sa

position par rapport à ce que l'on crée, l'accompagner d'émotions, d'investissements, et réaliser un acte de parole. La question se pose alors : ce que dit le sujet est-il le reflet de la réalité ou bien le reflet de son imaginaire, agence-t-il l'exact ou le vrai ?

La référence au *transfert*, concept psychanalytique, invite le psychologue à s'interroger sur le lien qui unit le sujet à lui et sur son rôle dans la production du discours et des autres expressions. Ce qu'il dit, ce qu'il donne à voir, correspond à un déplacement et à une actualisation de ses processus internes sur la personne du clinicien qui, lui-même, perçoit dans son contre-transfert certains aspects de la position du sujet. Si une étude de cas peut être rédigée et interprétée sans que toutes les informations soient uniquement lues à travers le couple transfert/contre-transfert, on ne saurait, dans la pratique, méconnaître ce qu'elles impliquent : l'adresse (à quelle place le sujet situe-t-il l'autre ?), les différents niveaux de la

demande, les reviviscences, déplacements et condensations sont compréhensibles à partir de ce couple.

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques. La première étape est celle du travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adaptée à chaque sujet. La seconde étape est l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction visant à présenter les éléments saillants de l'histoire et de la subjectivité et les modes de résolution des conflits. Pour simplifier : il y a d'abord un temps analytique (recueil de données dans les différentes composantes) auquel succède un temps de synthèse (production d'une représentation cohérente du cas). Il faut cependant pondérer cette opposition qui ferait de la synthèse une activité définitive et ultime. Dans la pratique, la construction de l'étude de cas est souvent réalisée à l'issue des différents examens ou du suivi du patient. Mais il y a aussi des situations dans

lesquelles existent soit des étapes intermédiaires de l'étude de cas, soit des reprises régulières de celle-ci, notamment dans les cas de psychothérapie : le « cas » peut être régulièrement l'objet d'une réflexion dans laquelle les conclusions antérieures sont remises en cause, retravaillées, reconstruites à la lumière des informations nouvelles.

Anne vient consulter en psychiatrie dans un CHU. Elle se plaint de « crises d'angoisse » et de « boulimie », termes qu'elle emploie lors de sa rencontre avec le psychiatre. Celui-ci diagnostique bien un état dépressif majeur avec une alternance de comportements anorexiques et boulimiques. Mais il repère, dans le discours d'Anne, d'autres difficultés évoquant une problématique névrotique telle que la conçoit la théorie psychanalytique (conflit entre désir et interdit, conflits identificatoires...) et, surtout, il entend sa demande de parler. Il lui propose alors de rencontrer la psychologue « pour faire le point ». Le psychiatre a ainsi réalisé une première étude de cas, fondée sur ses outils méthodologiques et conceptuels : il rédige ainsi pour lui le « cas » d'Anne à partir de ce qu'il a perçu dans le premier entretien et dans celui qui a suivi la mise en place d'un traitement antidépresseur. Cette étude de cas est sémiologique, diagnostique (type de trouble, forme), relationnelle (impression produite dans l'entretien,

réactions aux relances), et thérapeutique (analyse de la première demande, réaction au traitement). Bien sûr, ce psychiatre étant formé à la psychopathologie, il a noté les éléments de l'histoire, les répétitions, les imprécisions et les processus psychiques à l'œuvre.

La psychologue rencontre Anne à plusieurs reprises, l'écoute, parle avec elle de ses attentes, de son histoire, réalise des tests projectifs (TAT et Rorschach) et réfléchit avec elle à ce qu'elle attend de ses rencontres avec les membres du service. Elle recueille notamment le discours spontané de la patiente, le récit de son existence et de ses difficultés actuelles, ses représentations de l'origine de ces difficultés, la manière dont elle gère les conflits... Les tests projectifs permettent d'avoir une représentation dynamique de ses angoisses et de ses mécanismes de défense. Ces rencontres aboutissent à une première synthèse des informations qui constitue l'étude du cas d'Anne. La psychologue construit ainsi, à partir des éléments recueillis, un document dans lequel elle repère :

- 1) la demande préalable et ses différents niveaux, la logique et les modalités du symptôme, le type de relation avec le psychologue,
- 2) l'histoire de la patiente (événements, constructions des liens par la patiente, lacunes...),
- 3) l'organisation des processus psychiques (angoisses, conflits, relations objectales, identifications, mécanismes de défense, investissements,

- 4) des hypothèses cliniques sur la genèse des troubles, des défenses, sur les processus (deuils non faits, événements fonctionnement comme des traumatismes, déplacements...>,
- 5) des hypothèses sur la structure d'Anne (hystérique ? limite ?) construites à partir des répétitions de l'histoire, de la demande, de la place à laquelle elle met l'interlocuteur,
- 6) des hypothèses sur la prise en charge psychothérapeutique.

D'autres éléments pourraient être retenus mais la psychologue ne dispose pas d'éléments : mode de pensée, nature et fonction de l'imaginaire, gestion des émotions, histoire infantile, communications et histoire familiales...

Cette première étude de cas se suffit à elle-même. Quelques semaines plus tard, Anne reprend contact « pour faire une psychothérapie ». Le travail se poursuit pendant plusieurs mois et, ses symptômes s'étant améliorés, sa compréhension d'elle-même étant meilleure, elle décide, avec l'accord de la psychologue, de mettre un terme à la psychothérapie. La psychologue dispose alors d'autres informations, certaines d'ailleurs démentant les premières hypothèses, qui l'invitent à modifier sa construction du cas en se fondant sur ce que lui ont appris les séances, l'évolution de la patiente et l'issue de la thérapie.

### **3.5 L'étude de cas : récit du patient ou du psychologue ?**

Rien de plus simple en apparence que l'étude de cas, sorte de pendant scientifique de la biographie ou du roman... Pourtant, plus on creuse, plus on lit, plus on pratique, plus elle pose des problèmes passionnants. Il faut en effet distinguer ce qui a trait à la manière dont le sujet se raconte, ce qui concerne la construction de l'étude de cas par le psychologue et la manière dont les acteurs, les auditeurs, reçoivent cette « étude de cas » (que pense-t-on de Dora, qu'éprouve-t-on pour elle ?). Il y a donc plusieurs histoires de cas : le récit qui nous est fait, celui que nous en faisons, et celui qu'entend ou lit le tiers.

L'étude de cas est bien une construction du clinicien reposant sur une façon de solliciter, puis de considérer, des informations émanant du patient : le sujet ne « fait pas son étude de cas » ! Mais

c'est lui qui parle de lui, en se posant comme objet de son discours. Elle commence donc par la manière dont le sujet parle de lui. Son discours n'est pas un témoignage dans la solitude : il parle à quelqu'un qui l'écoute, lui fait écho, voire le sollicite. L'étude de cas n'est pas un journal intime, mais l'effet de la rencontre entre un sujet qui présente un problème, en parle, et un psychologue qui produira l'étude de cas.

### *a) Du côté du patient*

Il est rare que le sujet se définisse lui-même comme un « cas ». Cet usage est celui des expressions populaires (« être un cas »), mais, parfois, on perçoit nettement que le sujet ne parle pas authentiquement de lui mais, au contraire, s'identifie à ce qu'il croit que l'interlocuteur attend.

Mais, en dehors de ces situations caricaturales d'aliénation, une histoire de cas n'existe qu'à la condition que le sujet ait parlé et ait fourni les éléments, spontanément ou sollicité, qui concernent sa subjectivité, sa manière d'être. Il n'a pas simplement répondu à des questions ou à des tests, mais il a produit son propre discours, suivant sa logique et, ce, d'autant plus qu'on le laisse parler en l'accompagnant dans cette démarche sans interférer.

### *b) Du côté du psychologue...*

Le psychologue procède à deux activités complémentaires, l'une est le recueil des données, l'autre leur construction/élaboration, soit sous une forme réservée au clinicien, soit sous une forme destinée à la communication avec d'autres praticiens ou à la production de théories, sous réserve, naturellement, du secret qu'impose le Code de Déontologie. Même dans la logique la plus stricte du diagnostic,

le clinicien n'est pas insensible à l'effet de ce qui représente bien un travail avec la personne, c'est-à-dire aux conséquences positives de la parole liées à l'abréaction, à la reconnaissance d'une partie de soi-même, à la décentration voire à l'élaboration d'un pan de son histoire ou de sa réalité actuelle. Autrement dit, en offrant un lieu permettant à un sujet de parler, celui-ci nous fournit des éléments sur lui, éléments qu'il organise selon sa perception, et il procède aussi à un début de travail sur lui-même.

Le rôle du psychologue dans la réalisation de l'étude de cas est donc 1) de rendre possible la parole du sujet, 2) de se donner les moyens non intrusifs de solliciter des informations pertinentes, individuelles, efficaces, 3) de favoriser cette révélation du sujet par lui-même et pour lui-même. Certains auteurs insistent sur les relances, le niveau des discours sollicités, la participation du clinicien qui met en place toutes les possibilités d'accueil de la parole du sujet sans le réduire à ce que ses méthodes lui fournissent

et sans le considérer comme un « cas » représentant une entité ou une généralité. L'étude de cas est bien un dispositif de recueil, d'accueil de la parole du sujet.

Dans la seconde phase (reconstruction/élaboration), le psychologue produit un rapport et un récit. L'étude de cas, dans sa forme écrite, est à la fois œuvre de narrateur de la situation et d'observateur d'un échange. Cette reconstruction tente de restituer au-delà des contradictions, un sens, assurant la continuité du sujet. L'élaboration du cas montre ainsi la subjectivité du patient telle qu'elle se laisse saisir, mais aussi les processus psychiques à l'œuvre. Elle reflète à la fois la singularité et les dimensions permettant de situer le sujet au regard de processus généraux comme l'Œdipe, la résolution du conflit, l'économie de l'angoisse. Cette reconstruction rend perceptible, à partir de ce qu'offre le sujet, à partir de l'analyse des processus, tant la spécificité du sujet que sa position dans les processus généraux inhérents à l'être.

### *c) L'étude de cas du côté de l'auditeur ou du lecteur*

À qui est destinée une étude de cas ? Le psychologue ne rédige pas souvent une « étude de cas » pour lui-même. Elle est généralement une pièce essentielle de sa réflexion sur la personne rencontrée, qu'il s'agisse d'une rencontre sans lendemain ou d'un suivi. Mais, comme telle, elle demeure inédite et, souvent non rédigée avec style et argumentation. Toutefois, lorsque le clinicien écrit une étude, d'une part il existe un rapport avec des lecteurs potentiels et, d'autre part, la rédaction s'inscrit dans une démarche visant à montrer, démontrer, argumenter, expliciter, dévoiler...

Une étude de cas existe aussi par le sort que lui réserve celui à qui elle est destinée. Le lecteur ne connaît pas le sujet mais, par l'écrit, sa subjectivité, sa vie, ses processus, ses paroles sont dévoilés et reconstruits. L'étude de cas est attirante pour le lecteur qui, comme dans la littérature, peut s'identifier au personnage,

projeter sur lui, l'idéaliser... Le transfert et le contre-transfert des lecteurs/auditeurs sont sollicités et contribuent à produire un « mythe » autour du cas : que serait devenu le « cas Dora » sans les transferts, commentaires, relectures, citations des auteurs que nous sommes ? Une chose est sûre, la Dora « réelle » est plus celle de Freud que la personne elle-même. Lire, écouter une étude de cas, c'est imaginer, vivre une situation, suivre quelqu'un, créer une atmosphère. Même si l'activité des lecteurs et des auditeurs ne pèse pas sur la réalisation de l'étude de cas, elle lui confère une existence qui n'appartient plus à ses créateurs.

### 3. Clinique de l'étude de cas : les faits

Une étude de cas se compose de deux temps : le recueil des informations et leur mise en forme (construction). À chacun de ces temps correspond une logique différente, à moins que le second ne soit que la lecture du premier.

1) Au cours du temps de *recueil* des informations, l'étude de cas peut être située entre deux pôles « imaginaires ». Le premier correspond à une recherche de *faits exacts* par des moyens standardisés permettant peu ou prou la comparaison du sujet à une norme (par exemple recherche sémiologique par questionnaire et échelle). Le second pôle est représenté par l'écoute silencieuse d'un sujet qui parle à son rythme sans être interrompu. L'écoute du discours se fait à plusieurs niveaux. Elle porte sur le contenu

manifeste mais elle est aussi attentive aux erreurs, oublis, contradictions, ruptures, incertitudes, répétitions, incapacité de lier des faits, des sentiments, utilisation des formules de rhétorique (métaphore, métonymie, périphrase...), aux rapports entre l'énoncé et l'énonciation, aux mécanismes de défense faciles à cerner dans le discours (dénégation, déni, isolation, déplacement, condensation...).

2) Au cours du temps de *reconstruction*, l'étude de cas se situe le long d'un axe allant du *rapport* le plus exact et le plus objectif possible des différents symptômes, états, traits, modes de défense... à une *interprétation* du sens du discours du sujet. L'analyse, l'interprétation, la construction et l'écriture sont des moments essentiels, répondant à des lois. L'écriture de l'étude de cas (récit et/ou analyse, concret et/ou théorie ?) représente un exercice particulier.

Toute étude de cas est soutenue par une théorie psychologique. Comme il existe plusieurs types d'approches ou de paradigmes (allant de la psychanalyse aux conceptions comportementales), il y a plusieurs types d'étude de cas qui se répartissent selon les axes que nous venons de citer. Par exemple, une étude de cas se référant à la psychanalyse repose généralement sur l'écoute silencieuse d'un sujet avec une interprétation du sens inconscient et des répétitions, une soumission à la vérité du sujet, alors qu'une étude se fondant sur le comportementalisme procède par enquête précise sur les comportements et les faits, et produit un rapport exhaustif sur ces éléments, soucieux avant tout d'exactitude. Ces théories de référence permettent au clinicien de donner du sens, de faire apparaître des éléments qui resteraient inaperçus ou confondus avec une « théorie naïve » (dont chacun dispose) des troubles. Il n'y a en effet pas de clinique, même la plus descriptive, sans présupposés. La recherche de signes suppose que l'on ait considéré qu'ils représentaient un phénomène pathologique (à la suite d'une

théorie). La recherche d'éléments psychopathologiques (conflits, défenses, répétitions...) est soumise à une théorie du psychisme à laquelle adhère le clinicien : là où un cognitiviste élève de Beck verra, chez le déprimé, un sentiment d'impuissance, un analyste parlera de « toute-puissance du déprimé », tous deux respectant leur logique.

Le recueil est dépendant des motifs de la rencontre. Opposons une fois encore deux extrêmes : la demande de thérapie et l'expertise. Le sujet qui demande de l'aide, pour peu qu'il ait déjà réfléchi à ses difficultés ou qu'il soit sous le coup d'une situation dramatique dont il souhaite parler, n'est pas en attente des questions du psychologue : il peut parler et ne s'en prive pas avec un effet cathartique (libération par la parole). Il serait maladroit de l'interrompre en le soumettant aux questions intempestives d'un inventaire systématique. On reproche souvent à la consultation médicale une surdité au discours du patient pour que ceux dont la

fonction est d'écouter (les psychologues) et non de diagnostiquer des maladies (les médecins) singent cette attitude. À l'opposé, l'évaluation ou l'expertise vise à recueillir des faits pour établir un diagnostic en termes précis : type de trouble par exemple. Dans ce cas, l'interrogation prime sur l'écoute, le sujet répondant aux questions, parfois très directes, d'un protocole standardisé (identique pour tous). Rien n'empêche le clinicien d'écouter le sujet et de le laisser parler, mais ce n'est pas son objectif premier.

## **Début de consultation avec demande de psychothérapie**

« Je suis venu vous voir à cause de ma femme. Elle trouve que je ne suis pas assez expressif. Elle me reproche de ne pas dire ce que je ressens. Elle a raison mais moi je me sens mal quand je dis ce que j'éprouve... je sais pas... je suis gêné, c'est ça gêné, *comme si* quelqu'un pouvait se moquer de moi. Je suis fragile à ce moment-là. C'est *comme si* je dévoilais quelque chose d'intime qui me met sous le pouvoir de celui à qui je parle. C'est *comme si* à la fois j'en étais honteux et en même temps *comme si* je donnais un pouvoir à celui à qui je

parle. Toujours, ça a été comme ça. Dans ma famille on ne se disait pas les choses, avoir des émotions c'était une sorte de faiblesse. Pourtant, on riait, on pleurait ensemble, mais le dire avec des mots...c'aurait été incongru... enfin c'est l'impression que j'ai, elle n'est peut-être pas bonne parce que ma mère était très expressive avec moi, même ça me faisait un peu peur... » Silence très court.

Psy : « Peur ? »

Patient : « Oui, peur pour moi mais aussi pour elle, qu'elle se laisse aller comme ça. Pour moi parce que ça me mettait en situation d'infériorité, elle pouvait me dire qu'elle m'*aimait* et moi je n'y arrivais pas. Je crois que j'aurais *aimé* mais je n'y arrivais pas... »

(en italique des formules intéressantes – parmi d'autres...)

## Début de consultation à vocation d'évaluation

Psy : « Que se passe-t-il ? »

Patient : « Je suis toujours anxieux, on m'a donné des médicaments mais ça n'a pas marché alors le psychiatre m'a dit d'aller vous voir pour faire le point sur la *nature* de mon anxiété. » Silence et attente.

Psy : « Pouvez-vous me *décrire* votre anxiété ? »

Patient : « Je sais pas, j'ai peur, je me sens mal, des vertiges quoi... » *Silence et attente.*

Psy : « Ça vient comme ça brusquement ? »

Patient : « Des fois oui, d'autres fois non »

Psy : « À quoi pensez-vous à ce moment-là »

Patient : « *Je sais pas*, j'ai peur »

Psy : « Quelles sensations physiques avez-vous ? »...

Cette opposition entre deux extrêmes qui recoupe d'ailleurs celle entre non-directivité et directivité (Rogers), est limitée dans la mesure où la plupart des études de cas empruntent aux deux, tirant parti des discours spontanés et, aussi, provoquant certaines réponses. De même, la confrontation à un sujet qui n'arrive pas à parler implique nécessairement la mise en place de stratégies de relance parfois très actives (Pedinielli, 2012).

Le temps du recueil consiste à suivre le discours du sujet et/ou à mettre en place des stratégies discursives permettant de l'aider à s'exprimer ou à produire des réponses. Le principal souci dans ce

temps est de maximiser les informations, que ce soit en facilitant l'expression ou en recourant à des méthodes plus systématiques. Toute étude de cas tente de résoudre l'apparente contradiction entre soumission au discours du sujet et exhaustivité des informations permettant de décrire, analyser, nommer le(s) trouble(s) et mécanismes pathogènes ou protecteurs en jeu. Son principal outil est donc le langage verbal ; parole libre du sujet ou réponse à des questions. À cet outil s'ajouteront des techniques dont la plupart utilisent la parole mais recherchent des réponses précises (tests, échelles, questionnaires), ou les productions du sujet (dessin, modelage, jeu, créations artistiques, documents), ou encore un ensemble de phénomènes comportementaux et discursifs (l'observation, cf. *infra*). Plus l'étude de cas est soumise à l'exigence de décrire et nommer un trouble, des attributs, des mécanismes ou des phénomènes cognitifs, plus elle utilise des méthodes qui permettent d'acquérir des informations. Moins le sujet peut s'exprimer (en raison de l'âge ou de la pathologie et ou de la

situation), plus on se sert de vecteurs autres que le langage et plus, dans le cadre de l'entretien, on emploie des relances pour lui permettre de s'exprimer et, parmi celles-ci, des questions directes. Pour résumer le recueil d'informations et leur construction on fait appel aux éléments suivants. 3

## Recueil-construction des informations pour l'étude de cas

Type	Se définit à partir de	Recueillis dans/par	Au moyen de
Maladie, troubles, syndromes	Indices Signes regroupés en syndromes, classés et	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motif de consultation,</li> <li>• Antécédents (personnels et familiaux),</li> <li>• Anamnèse,</li> <li>• Histoire de la maladie,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observation (naturelle et planifiée),</li> <li>• Renseignements (spontanés ou suscités) émanant d'autres personnes,</li> </ul>

	<p>permettant un diagnostic (du trouble et de sa forme clinique).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen du comportement, de l'activité de pensée, de l'affectivité et des traits de personnalité,</li> <li>• Éléments médicaux,</li> <li>• Évolution.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen psychométrique (tests, questionnaires, échelles),</li> <li>• Entretien (dont une partie peut être directive).</li> </ul>
Subjectivité et dynamique des processus (structure ou organisation psychique)	<p>Demande,</p> <p>Mécanismes de défense,</p> <p>Types d'angoisse,</p> <p>Relation d'objet,</p> <p>Histoire,</p> <p>Répétitions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Écoute du discours spontané du sujet et donner un sens</li> <li>• Occasionnellement discours de l'entourage,</li> <li>• Transfert et Contre-transfert</li> <li>• Analyse des processus et des représentations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien,</li> <li>• Techniques projectives,</li> <li>• Jeu, dessin, modelage (chez l'enfant),</li> <li>• Productions artistiques.</li> </ul>

---

Les premières rencontres avec le patient abordent un champ vaste qui donne à l'étude de cas son aspect particulier. En demeurant sur l'opposition entre les renseignements objectifs et les positions subjectives on considère que le recueil peut aborder deux grands niveaux : 1) l'ensemble des *signes* (sémiologie) et des indices, 2) la *subjectivité* du patient et son *organisation psychologique* (parfois aussi appelée « analyse psychopathologique » lorsqu'il s'agit de cas de sujets en souffrance). Dans la plupart des travaux sur l'étude de cas on retrouve, sous des formes diverses, cette opposition. 3

Plusieurs modèles du bilan, du compte rendu, du rapport de l'étude de cas nous ont précédés et ont abordé, sous une autre appellation, les problèmes de l'exhaustivité, de la nature, de l'intégration des informations en situant les différents niveaux *contradictoires* qui peuvent composer la rencontre avec un sujet ;

« *contradictoires* » car ils ne répondent pas à la même logique (regard *vs* écoute, signes *vs* processus, manifeste *vs* latent, singularité *vs* généralité...), « *peuvent* » car tous ces niveaux ne constituent pas une obligation. Castro (2000) rappelle que deux axes peuvent être suivis : 1) l'approche des cinq domaines fondamentaux du fonctionnement psychique (aspects cognitifs, affectifs, relationnels, motivationnels image de soi), 2) les caractéristiques propres et uniques de la personne. Elle estime que le compte rendu doit comporter les rubriques : une présentation de la demande (motivant l'examen psychologique, une brève histoire de vie, une description comportementale (reflet de l'observation), une présentation des sources d'information, une discussion des résultats, des conclusions et des recommandations. Sultan (2004) cite, pour le compte rendu : la question posée (ou demande d'examen), l'anamnèse (ou histoire personnelle ou de la maladie, contexte d'examen), procédures utilisées, comportement pendant l'examen, point de vue du patient, résultats, conclusion, recommandations

(suggestions, projet de soins, planification du traitement). Dumet (2012) distingue : le diagnostic de la pathologie manifeste (approche sémiologique), et quatre autres niveaux qui correspondent à notre approche de la subjectivité et des processus psychiques : « l'organisation psychique sous-jacente », « l'analyse métapsychologique », la « dynamique transféro-contre-transférielle », « des hypothèses thérapeutiques assorties d'une hypothèse pronostic ».

On retrouve ainsi des points communs chez ces différents auteurs et, parmi ceux-ci, la contradiction entre perception des signes et compréhension des processus, objectivation et référence à la subjectivité. L'importance, l'intitulé, et la distribution des différents niveaux peuvent varier, mais on les rencontre à chaque fois. Pour simplifier, nous opposerons ici le niveau de la *sémiologie* et celui de la *subjectivité et des processus psychiques*.

# 1. Lecture « sémiologique »

## 1.1 Signes et indices

Nous ne confondrons pas ces deux notions, et considérerons que l'indice est un phénomène qui atteste la probabilité de quelque chose et le signe est un élément qui permet le diagnostic : on relève des signes (comme, par exemple, l'anxiété) à la suite d'indices (comme, par exemple, la plainte « j'ai peur », « je ressens une boule dans la gorge »). L'indice *suscite* la question d'un probable, possible, phénomène pathologique, le signe est la *reconnaissance* avec certitude d'un élément permettant de nommer une caractéristique qui a un sens aux yeux du clinicien dans la description ou la définition d'un élément pathologique. La recherche d'indices et la recherche de signes se situent donc à des

niveaux différents : le sujet parle – spontanément ou en répondant à une question – le clinicien recueille des indices (qui rendent probable l'existence de quelque chose de significatif) et les transforme en signes dont l'association permet de dégager une configuration qui sera comparée aux configurations existantes (« tableaux cliniques » des maladies définis par des classifications).

La recherche d'indices ou de signes nécessite la parole du patient, mais impose sa *réduction* à des éléments que le clinicien sait reconnaître. Cette démarche est, pour une part, *directive* puisque le discours du sujet, même lorsqu'il est un bon observateur de lui-même, n'est ni précis ni exhaustif. En outre, le sujet n'aborde pas toujours tous les aspects de son passé et le clinicien peut être amené à lui poser des questions pour recueillir des faits.

Ces indices et ces signes peuvent concerner de nombreux domaines qui ne seront pas tous abordés avec chaque patient : c'est

la nature du problème posé par le patient et la mission du psychologue (diagnostic, évaluation, expertise... ) qui le guident dans sa recherche. Pour être systématique, citons les niveaux (eux-mêmes subdivisés) que peut balayer la recherche des indices et des signes :

- maladie ou trouble (recherche des signes de schizophrénie par exemple) ;
- états pathologiques (états dépressifs ou états anxieux par exemple) ;
- personnalité pathologique (personnalité borderline ou dépendante par ex.) ;
- traits de phénomènes pathologiques (par exemple traits d'anhédonie (perte de capacité de plaisir) ;
- mécanismes de défense (au sens descriptif) ;

- anamnèse (passé et développement : l'enfant a parlé à tel âge, été propre à tel autre). L'anamnèse porte aussi sur les antécédents personnels et familiaux ;
- événements de vie ;
- difficultés d'adaptation ;
- processus cognitifs (acquisition et traitement des connaissances) d'autant plus importants lorsque l'on a affaire à des troubles neuropsychologiques comme les amnésies ou les agnosies ou bien lorsque l'on se fonde sur une théorie cognitive dans laquelle les troubles (anxiété, dépression...) sont en relation avec des distorsions des pensées.

## 1.2 Exemple clinique

## **Exemple clinique tiré du DSM-IV – Cas cliniques**

Mlle R. a 34 ans et est célibataire. Elle vient consulter parce qu'elle a du mal à faire face depuis le décès de sa mère il y a 3 mois. Elle a toujours habité chez ses parents et elle avait été particulièrement proche de sa mère depuis que celle-ci était devenue veuve à la suite de la mort de son mari il y a 20 ans. Mlle R. a toujours été très timide et a perpétuellement redouté d'être jugée avec sévérité, ridiculisée ou embarrassée dans les relations sociales. Elle dépendait pour cette raison de sa mère qui prenait en main ses affaires et organisait pour elle sa vie sociale. Sa mère s'est toujours occupée de la gestion de la maison et des relations avec les artisans, elle aidait Mlle R. à choisir ses vêtements et organisait ses vacances. Mlle R. ne sort pas avec des amis et est habituellement trop timide pour aller à des fêtes ou pour sortir avec des personnes que les relations de sa mère voudrait lui présenter. Elle n'a jamais connu aucune relation amoureuse. Mlle R. a une amie proche qu'elle fréquente depuis l'école primaire et qu'elle décrit comme une personne qui lui ressemble beaucoup. Elles passent le week-end à acheter des livres d'occasion et à aller au cinéma ensemble. Hormis cette amie, la vie sociale de Mlle R. était centrée, jusqu'à ce qu'elle se retrouve orpheline il y a 3 mois, sur les amies de sa mère qui venaient régulièrement jouer aux cartes.

Mlle R. a fait ses études à l'université locale et s'est spécialisée comme bibliothécaire documentaliste. Après la remise de son diplôme, elle obtint un emploi dans la bibliothèque municipale par l'entremise de relations de sa mère. Elle dit qu'elle n'est pas du tout contente de son travail actuel mais qu'elle est incapable d'affronter les entretiens d'embauche pour chercher autre chose.

Diagnostic DSM-IV

Axe I : Phobie sociale, type généralisé

Deuil

Axe II : Personnalité évitante

Personnalité dépendante

Axe III : Gastrite, récurrente

Axe IV : Décès récent de la mère

Axe V : EGF = 60 (actuel) ; 70 (niveau le plus élevé de l'année écoulée)

On notera le style descriptif de la présentation, sans qu'une seule fois son discours ou ses positions subjectives ne soient cités. S'est-on contenté de l'écouter pour faire ce résumé des principaux signes cadrant avec les diagnostics cités, ou bien a-t-on été amené à lui poser des questions précises ? (Le DSM 5 en usage depuis 2014, a abandonné la classification multi-axiale. Mais la recherche des signes reste la même)

## 2. La sémiologie

L'approche sémiologique (parfois écrite « séméiologique ») consiste en la recherche de signes – c'est-à-dire d'éléments ayant un sens pour le spécialiste – qui permettent d'inférer et de discuter l'existence de troubles, de traits, d'états, d'événements. Les signes ne se repèrent pas n'importe où et n'apparaissent pas seuls. L'« examen », en particulier celui des psychiatres que nous prendrons ici comme exemple, consiste à rechercher ces signes dans des domaines précis. La sémiologie psychiatrique – et psychologique, lorsque le psychologue recherche des signes – se recueille principalement dans les domaines qui vont suivre. Nous donnons ici les termes employés en psychiatrie, sans préjuger de leur pertinence. L'utilisation de notions comme « intelligence », « conduite instinctuelle » montre déjà que la psychiatrie se fonde parfois sur des concepts psychologiques « simples », « spontanés », dont la définition est loin d'être claire pour tous. Ces notions n'ont

en fait qu'une valeur opératoire et permettent un repérage, mais ils ne constituent pas, tels qu'ils sont formulés, des « objets scientifiques » pertinents. La psychiatrie est une pratique et, comme telle, emploie des outils généraux qui peuvent paraître contestables aux spécialistes d'autres disciplines. Sa pratique n'est pas de produire une théorie de l'intelligence mais de désigner de manière compréhensible le niveau des « opérations mentales » comme distinct d'autres niveaux afin de cerner les difficultés du patient. D'autre part, l'influence des classifications internationales (CIM, DSM) a modifié la terminologie. Les éléments que nous donnons revêtent un caractère historique, mais les approches actuelles les reprennent sous des termes différents.

Certains de ces domaines nécessitent obligatoirement l'utilisation de tests ou d'échelles, l'analyse du discours spontané ne fournissant que l'indice du trouble. Bien que notre présentation couvre la sémiologie utilisée en psychiatrie, il ne fait aucun doute que le

psychologue doit la connaître, être en mesure de la repérer et la préciser grâce à ses propres concepts et outils et qu'il doit la compléter par une sémiologie psychologique s'il y a lieu (dans le domaine de la personnalité par exemple). Précisons que s'il y a une longue liste de signes précis, tout phénomène peut être traité comme signe dès lors qu'il est intégré dans une classification (cf. discussion sur le diagnostic, *supra*). En outre :

- 1) Le domaine des signes est vaste, mais considérés isolément ils ne sont pas pathognomoniques (spécifiques d'une affection et d'une seule). Seuls les regroupements de signes ont une signification.
- 2) Un grand nombre de signes se retrouvent chez des sujets ne présentant pas de troubles. Si l'on observe (presque) toujours un ralentissement chez les déprimés, tous les sujets ralentis ne sont pas déprimés. La présence d'un signe n'est donc qu'un appel à la recherche d'autres signes.

- 3) Les mêmes signes existent dans plusieurs maladies. Seule leur association avec d'autres signes a un sens. La sémiologie est un travail d'interprétation.
- 4) Pour repérer un signe, il faut être « entraîné » : l'étude de la sémiologie n'est pas retenir « par cœur » des tableaux cliniques. Son apprentissage se fait principalement à partir de situations cliniques concrètes (entretien avec des patients, études d'observations écrites ou filmées, lectures de textes présentant un cas avec une analyse sémiologique).
- 5) Beaucoup des signes correspondent à la manifestation d'un trouble organique (par exemple neurologique). En psychiatrie, les connaissances médicales jouent un rôle essentiel. Mais, l'existence d'une étiologie organique ne signifie nullement l'exclusion de toute réflexion psychologique.
- 6) Le « regard de surface » que suppose l'activité sémiologique permet simplement de décrire et de reconnaître la maladie. L'interrogation et le travail ne s'arrêtent pas là. Ils portent aussi

sur la formulation d'hypothèses concernant les opérations psychiques internes qui entraînent l'apparition des signes. La sémiologie n'est qu'un des aspects du travail d'analyse. L'activité clinique est précisément de passer du général (diagnostic, tableau clinique) au particulier, pour saisir les opérations et les mécanismes propres à un malade.

7) La psychopathologie (en tant que discipline), la psychologie clinique (en tant que discipline et pratique) travaillent en partie sur le domaine psychiatrique avec leurs conceptions, leurs méthodes, et leurs problématiques spécifiques. Il paraîtrait parfaitement irréaliste – voire dangereux – de méconnaître la « culture psychiatrique » pour construire ex nihilo une conception psychologique ignorant radicalement les enseignements de la psychiatrie. Il appartient au contraire aux psychologues de connaître parfaitement le schéma psychiatrique pour définir la spécificité de leur approche. Mais, la plupart du temps, les psychologues n'ont pas à accomplir ce travail et,

lorsqu'ils le font, ils se fondent sur les éléments les plus psychologiques de cette sémiologie. En tout état de cause, ils se défient de la position descriptive, distante, objectiviste que la sémiologie – activité nécessaire – développe et la complètent par une approche plus à l'écoute du sujet. Nous reprendrons plus loin, à propos du diagnostic, la question de l'intérêt de ce niveau pour les psychologues.

## 2.1 Sémiologie des « grandes fonctions »

La notion de « fonction » est une référence à la philosophie et à la psychologie qui opposait souvent intellectuel, affectif, action et communication.

a) *Les troubles du langage* : forme, expression, syntaxe, sémantique...

- b) *Les troubles de la mémoire* : leur mise en évidence nécessite souvent l'usage de tests ou d'échelles.
- c) *Les fonctions cognitives* : absence de développement (handicap mental), la détérioration (démences), les troubles cognitifs et certains phénomènes neuropsychologiques comme les agnosies et les apraxies.
- d) *La pensée* : le terme désigne l'activité psychique consciente qui traite les informations apportées par les connaissances, la mémoire, la perception, l'imagination, en organisant les idées (raisonnements, jugements). La recherche des signes opère sur le cours de la pensée (son déroulement), les contenus de la pensée et l'attitude du sujet à son égard.
- e) *Conscience et perception*, parmi lesquels les troubles de la vigilance, de l'attention, du schéma corporel et de l'image du corps, la dépersonnalisation (impression de modification corporelle et de transformation de la personnalité), les états spécifiques de la conscience comme la déréalisation

(l'environnement a perdu son caractère familier, l'ambiance et les choses sont bizarres, irréelles), les fausses perceptions comme les illusions (déformation de la perception d'un objet réel) et les hallucinations (perception sans objet - à percevoir).

f) *Les grandes fonctions physiologiques* comme les troubles du sommeil, les troubles alimentaires, les troubles sexuels : impuissance, éjaculation précoce, absence d'éjaculation, frigidité, dyspareunie, vaginisme, perversions sexuelles, les troubles des conduites sociales : délits, violences.

## **2.2 Les manifestations émotionnelles, affectives et comportementales**

L'émotion désigne l'ensemble des sentiments éprouvés par un sujet à un moment donné. Les signes appartiennent à l'expression des émotions (exemples : l'hyperémotivité, l'absence d'expression

émotionnelle..., les troubles de l'humeur – humeur dépressive, tristesse, pessimisme, douleur morale, l'humeur expansive, euphorie, indifférence affective...–, les réactions émotionnelles comme la peur, l'angoisse, la colère) (cf. Pasquier, 2012).

Les phénomènes affectifs s'infèrent des émotions mais aussi de la sphère relationnelle (relation entre le psychologue et le patient) et dans les différents aspects de son existence. Exemples : relation autistique (repli sur soi, le sujet vit dans son monde sans tenir compte des autres), relation ludique, demandes excessives et insatiables, relation « contrôlée » avec maîtrise de tous les mouvements affectifs, dissimulation. La réticence pathologique va du silence obstiné à la réserve, voire à des tentatives de dissimulation.

## 2.3 L'anamnèse

L'anamnèse parfois appelée « méthodique » pour l'opposer à l'« anamnèse associative » plus psychopathologique, permet le recueil des informations sur l'existence antérieure du patient. Elle suppose une enquête objective sur la biographie du patient, une « mise à plat de l'histoire ». Elle recueille généralement des informations dans les domaines suivants :

- les événements de la vie de la personne (séparations, drames, traumatismes, deuils, placements...) ;
- les éléments de développement (passage des différentes étapes et acquisitions) ;
- les antécédents pathologiques personnels et familiaux ;
- l'histoire personnelle du sujet : première enfance, seconde enfance et adolescence, l'âge adulte ;
- l'histoire de la famille, l'organisation des liens de parenté ;
- les données somatiques (maladies, thérapeutiques);

- la genèse des troubles actuels, en étant attentif aux relations temporelles entre ces troubles et les événements.

## **2.4 La sémiologie de la personnalité**

Il est un usage descriptif du terme personnalité qui est compatible avec la perspective sémiologique. Le recueil de signes (grâce à l'entretien et/ou à des échelles de personnalité) permet de savoir si la personne qui consulte présente une des formes de personnalité pathologique décrites dans la nosographie traditionnelle ou dans les classifications de type DSM ou CIM. Il s'agit d'une conception catégorielle de la personnalité (les catégories étant par exemple : personnalité schizoïde, personnalité paranoïaque, personnalité évitante...).

Une alternative existe : la perspective dimensionnelle qui postule que les troubles de la personnalité correspondent à des traits inadaptés qui sont reliés entre eux et que l'on retrouve sur un continuum allant du normal au pathologique (par exemple le modèle classique à cinq dimensions décrit : extraversion-introversion, ouverture à l'expérience-fermeture, névrosisme, agréabilité-attitude antagoniste, dimension conscientieuse). Ces conceptions dimensionnelles reposent sur des échelles d'évaluation dont certaines sont disponibles en français. Il n'y a que peu de rapports entre ces conceptions de la personnalité (catégorielles ou dimensionnelles) et les théories psychodynamiques (cf. Bergeret) qui ne raisonnent pas en termes de « traits » mais de processus et d'interprétations : les méthodes projectives par exemple permettent de se représenter la personnalité, d'une manière différente des conceptions catégorielles ou dimensionnelles. Dans ces dernières, la personnalité est un ensemble de traits qui « désignent des modalités durables d'entrer en relation avec, de percevoir et de penser son

environnement et soi-même qui se manifestent dans un large éventail de situations sociales et professionnelles » (DSM-IV-TR, p. 790). Ces traits deviennent pathologiques lorsqu'ils sont rigides et inadaptés et causent une souffrance ou une altération du « mode de fonctionnement ». Pour le DSM-5, par exemple, les « critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité » sont de quatre ordres :

- 1) la cognition (perception de soi-même, d'autrui et des événements) ;
- 2) l'affectivité (diversité, intensité, libilité et adéquation de la réponse émotionnelle) ;
- 3) le fonctionnement relationnel ;
- 4) le contrôle des impulsions.

Ces modalités durables sont rigides, envahissent des situations personnelles et sociales diverses et entraînent une souffrance

cliniquement significative.

## 2.5 Les mécanismes de défense

La notion de « mécanisme de défense » (Ionescu *et al.*), d'abord développée par la psychanalyse dans un sens dynamique, a été reprise par la psychiatrie et la psychologie descriptives dans le sens de « processus psychologique automatique qui protège de l'anxiété et des facteurs de stress ou des dangers internes ou externes. Les mécanismes de défense médiatisent la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et aux facteurs de stress externes » (DSM-IV-TR, p. 944). Certains (comme la projection, le clivage, le passage à l'acte) sont souvent inadaptés, pour d'autres, l'inadaptation dépend de leur intensité, de leur inflexibilité et du contexte. Parmi les mécanismes, on retrouve l'agression passive, l'altruisme, l'anticipation, le clivage, le déni, la dépréciation, la dissociation,

l'humour, l'idéalisation, l'identification projective, le passage à l'acte, le refoulement, la répression, la rêverie autistique, la sublimation, l'isolation, la projection, la rationalisation, l'omnipotence, la plainte associant demande d'aide et rejet de cette aide, l'intellectualisation, la formation réactionnelle, la dépréciation, la capacité de recours à autrui, l'auto-observation, l'auto-affirmation, l'annulation, l'affirmation de soi. Les commissions scientifiques de révision du DSM ont beaucoup débattu de nouvelles conceptions de la personnalité (modèle « hybride »), mais ont gardé les formulations du DSM-IV qui sont reprises dans le DSM-5.

Certains de ces termes sont identiques à ceux employés par les analystes. Mais les deux listes ne correspondent que partiellement (il existe des termes spécifiques à chaque paradigme) : la dénégation et la forclusion ne sont pas présentes et l'humour n'est pas, pour les analystes, un mécanisme de défense). Et surtout les définitions

peuvent être différentes : le déni évoqué par Freud (*Verleugnung*) n'a rien à voir avec le déni (*denial*). On doit donc se garder de passer de cette conception descriptive à une conception des processus.

Auparavant, une « échelle de fonctionnement défensif » (« Axe demandant des études complémentaires ») dans le DSM-IV-TR) permettait d'établir la liste des sept mécanismes de défense spécifiques puis d'indiquer le niveau défensif prédominant. Les mécanismes étaient rangés par ordre de « niveau adaptatif » le plus élevé étant composé de l'anticipation, de la capacité de recours à autrui, de l'auto-observation, de l'humour, de l'affirmation de soi, de la répression, de la sublimation, alors que le niveau de « dysrégulation défensive » comprend la projection délirante, le déni psychotique, la distorsion psychotique.

Les mécanismes de défense ne sont pas en eux-mêmes des signes, même si la présentation des classifications peut le laisser penser. Ils sont inférés à partir de situations concrètes et comportent une courte sémiologie qui ne fait que rarement l'objet de description dans les ouvrages. Quant à la conception qui fait du mécanisme de défense une adaptation au stress, elle est insuffisante.

### **3. Sur quoi porte le diagnostic ?**

Le diagnostic vise à reconnaître un trouble, une maladie, à partir de signes repérés dans le discours ou le comportement du malade. Il permet une représentation standardisée et communicable des troubles, mais il n'est qu'un des éléments permettant au clinicien de situer les difficultés du patient. Si un clinicien définissait le sujet uniquement à partir du diagnostic en inférant chez lui les autres éléments du tableau (ex : c'est un déprimé, donc il a une personnalité « limite »), il s'agirait d'une erreur injustifiable. Le savoir clinique est fondé sur la typologie des maladies et, même chez les auteurs les plus critiques à l'égard de la notion de diagnostic, on retrouve des attitudes qui sont une autre forme de diagnostic (affirmation que le sujet appartient à telle ou telle catégorie). Ainsi, curieusement, en psychopathologie psychodynamique, il arrive que des processus inférés (par exemple : le refoulement, l'angoisse de morcellement, la relation d'objet

anaclitique, l'Œdipe...) soient ensuite traités comme des signes et intégrés à une procédure classique de diagnostic. Les conceptions de Bergeret se prêtent bien à ce type de démarche, sans doute contestable si elle ne se rend pas compte que les éléments permettant le diagnostic sont l'effet d'interprétations complexes et non une simple reconnaissance « de surface », de signes visibles. Une étude de cas peut donc comprendre, pour la partie la plus descriptive, un diagnostic. Il n'est pas nécessaire, surtout dans sa forme la plus psychiatrique (diagnostic de « trouble » ou de « maladie »), dans toutes les études de cas psychologiques. En effet, le terme « diagnostic » ne désigne pas seulement les opérations cognitives portant sur les informations sémiologiques (de nature psychiatrique ou psychologique) et aboutissant à l'affirmation de la probabilité de tel trouble (psychique, de la personnalité, des fonctions cognitives, de l'affectivité...). Ainsi le diagnostic est présent sous diverses formes dans l'activité du clinicien : on n'échappe pas à la typologie – qu'elle porte sur la sémiologie ou sur

les processus –, même si elle ne représente qu'une partie de l'activité du clinicien et de l'étude de cas.

Le diagnostic est une procédure logique d'abduction, inférence qui consiste, en partant d'un fait singulier, à inférer l'hypothèse la plus plausible permettant de l'expliquer. Elle comporte deux processus : 1) formulation d'hypothèses à partir des connaissances, 2) recherche d'informations pour tester l'hypothèse. Si l'on conçoit ainsi le diagnostic, ce type de raisonnement existe en dehors de la sémiologie. En psychopathologie, on parle de diagnostic de la structure, de l'organisation psychique... Certes ces diagnostics ne portent pas sur les mêmes éléments (il ne s'agit plus de signes) mais la procédure intellectuelle est proche.

### **Schéma du diagnostic dans son sens médical (portant sur des signes)**

Difficultés présentées par le patient → recueil des signes → regroupement des signes en un tableau cohérent et ordonné (tenant compte des signes présents et de ceux qui sont absents) → hypothèses sur le trouble ou la maladie → discussion de ces hypothèses (recherche de la présence ou de l'absence d'autres signes) → diagnostic définitif (trouble et sa forme clinique). Exclusion des autres possibilités

Pour le « diagnostic psychologique » évoqué par Huber, Rapaport ou Sultan, les buts, les formulations, les arguments sont différents, mais la démarche intellectuelle est la même. Autrement dit, le diagnostic, entendu au sens médical (psychiatrique), n'est qu'un aspect de l'étude de cas, mais d'autres types de diagnostic peuvent intervenir. Le « diagnostic psychologique » repose sur la description précise du fonctionnement de la personne (plaintes, problèmes, manière de les résoudre, contexte), une explication (analyse du développement, des origines de la persistance), la localisation de l'éventuel trouble dans une classification, le pronostic et l'évaluation des interventions.

Sultan (2004) a développé une conception du « diagnostic psychologique » qui ne se réduit ni à l'approche médicale que nous venons d'évoquer ni à l'analyse psychopathologique. Il le distingue par le processus et par le contenu : le diagnostic médical vise à situer le cas concret dans un système de classification (syndromes ou maladies) alors que le psychologue « se préoccupe de ce qui singularise le sujet au sein de la catégorie » (p. 20). Le diagnostic psychologique est complémentaire du médical. Sultan propose, pour le diagnostic psychologique, le « processus central d'intégration » : intégration de données et de dimensions différentes (celles qui concernent le sujet et celles qui se réfèrent aux règles (normes) de fonctionnement et de développement).

Il fait dépendre cette intégration de la prise en compte de plusieurs niveaux : le fonctionnement émotionnel, le fonctionnement intra- et interpersonnel, le fonctionnement cognitif, les attitudes du patient, les considérations diagnostiques. Ces

niveaux, leur formulation, leur contenu, dépendent d'une conception théorique qui soutient l'activité du clinicien et sont relatifs à un type de pratique. On y retrouve les rubriques proposées par Castro (2000), Dumet (2012) ou Pedinielli (2012) ; simplement, elles ne sont pas à la même place et n'auront pas la même importance.

Il existe donc bien un « diagnostic psychologique » qui peut se situer à différents niveaux de l'étude de cas, et qui peut déboucher sur un diagnostic de troubles (anologue à celui des psychiatres), de fonctionnement psychique (à partir d'une conception intégrative du psychisme ou d'un des paradigmes de la psychologie : cognitif, systémique, humaniste, bio-psychosocial), d'organisation psychique (modèle structural psychodynamique) ou de structure (au sens structuraliste de combinatoire). Ce diagnostic ne saurait cependant constituer l'ensemble de l'étude de cas – récit, description, interprétation qui se fonde sur le sujet et non sur ses attributs.

## **4. Les processus psychiques**

### **1. Dynamique des processus psychiques**

#### **1.1 L'approche**

Au-delà de ce que le sujet « a », « présente » (telle maladie, tel trouble, tels signes...), une étude de cas a pour mission d'accueillir, de faciliter l'expression de la subjectivité de la personne et de dégager la dynamique de ses représentations et des processus psychiques. Dans la rencontre qui va devenir une étude de cas, il importe de reconnaître ce qui est propre au sujet et les phénomènes

généraux. La parole libre est le lieu où se repèrent les éléments de la subjectivité et du fonctionnement psychique, mais ce dernier peut être aussi approché grâce aux méthodes projectives et aux médiations à expression libre : dessin, jeu, modelage, écrits... L'observation du comportement de la personne, dans l'institution, dans des groupes, dans ses relations avec les autres, est, elle aussi, productrice d'informations fines, notamment chez les enfants ou les sujets en difficulté dans leur rapport au réel (autistes, psychotiques, déments...).

À ce niveau, la plupart des auteurs n'emploient plus pour la démarche « active » du clinicien les termes « examens » ou « enquête ». Tous admettent qu'il existe un niveau spontané : celui de l'expression du sujet qui livre ses attentes, ses souhaits, ses souvenirs... Le clinicien est alors silencieux ou se contente de quelques relances. Mais il existe aussi un niveau plus actif pour le clinicien qui cherche à mettre en évidence certains éléments. Les

termes « d'investigation clinique » ou « d'évaluation » sont utilisés pour décrire l'étude des représentations, le monde interne du sujet avec ses conflits, ses défenses, ses processus de symbolisation, ses modes identificatoires (Schmid-Kitsikis, 1999).

	<b>Manifestations</b>
Dynamique des processus psychiques	<p>Organisation psychique (types d'angoisse, de conflits, de relation d'objet, de mécanismes de défense)</p> <p>Processus de pensée, fantasmatisation, rapport à la réalité, rapport à l'Œdipe, rapport entre narcissisme et relation objectale...).</p>
Subjectivité	<p>Intériorité, point de vue personnel, spécificités individuelles, vécu des situations, position à l'égard des faits, vie fantasmatique, demande, passé, symptômes vécus et exprimés, expérience vécue.</p>

Nous avons distingué deux niveaux qui appartiennent pourtant à la même logique : l'analyse des processus (dynamique des processus psychiques) et l'analyse de la subjectivité. Bien que ces deux étapes soient complémentaires, elles procèdent de raisonnements très différents.

1) Parler de processus psychiques, c'est orienter vers une élaboration clinique et une interprétation, répondant à une logique particulière de confrontation des processus du sujet avec des caractéristiques fondamentales (l'objet, le conflit, l'angoisse, les mécanismes de défense...), voire produire un diagnostic structural étayé sur ces éléments. Paradoxalement, réfléchir à l'organisation psychique c'est aussi confronter le sujet à une généralité, moins rigide et extérieure que la sémiologie, mais qui réduit la part de singularité.

2) S'intéresser à la subjectivité implique, au contraire, de se centrer sur les spécificités de l'individu : c'est son monde, les sens qu'il lui donne, ses attentes... qui importent. Cette subjectivité peut être repérée dans sa demande, dans la manière dont il exprime et analyse son (ses) symptôme, son expérience des situations... Nous avons, pour des raisons pédagogiques, présenté séparément ces deux niveaux, mais une étude de cas « idéale » devrait non seulement comprendre les deux rubriques, mais encore les considérer comme un tout se distinguant nettement de l'approche descriptive sémiologique.

Les paradigmes psychopathologiques jouent un rôle indéniable dans la façon d'organiser les éléments de l'analyse. Parler de relations d'objet est plus cohérent en se référant à Bergeret qu'à Lacan ! Au-delà de différences parfois radicales entre les théories, il reste des points communs, des intuitions partagées. Travailler l'étude de cas consiste en une suite de questions que se pose le

clinicien, chacune se divisant en d'autres plus réduites : qui demande quoi à qui ? de quoi se plaint-il ? à qui s'adresse-t-il en me parlant ? ; qui parle (lui ou répète-t-il la parole d'un autre) ?... Sous des termes différents, tous les auteurs désignent un ensemble de processus psychiques non accessibles directement, mais déterminants, et faisant l'objet d'une interprétation du clinicien, et non d'une constatation objective et d'une comparaison avec des tableaux comme c'est le cas de la sémiologie : dans la sémiologie on observe, mais pour dégager une structure on interprète le discours. Les notions, leurs particularités, sont liées à une théorie du psychisme (Gillieron, 1994) et ne recouvrent pas toujours les mêmes éléments. Certains auteurs avancent la notion de « structure » sous des conceptualisations différentes (« structure » et « structurale » sont deux choses différentes). D'autres parlent « d'organisation » (psychique, libidinale, de la personnalité...) ou simplement de personnalité, de « fonctionnement psychique », de « fonctionnement mental », « d'ensemble des processus »... L'abord

métapsychologique suppose que les phénomènes psychiques sont sous la dépendance de mécanismes internes liés à l'histoire infantile et à la résolution des conflits psychiques structurants (séparation, accès au « non », constitution de l'image de soi, unification des pulsions sexuelles, Œdipe, travail d'adolescence, deuils...).

À partir des mêmes éléments, le clinicien peut décrire l'organisation psychique de chaque sujet et dégager ses spécificités singulières, individuelles. Cette conception est dynamique car elle évoque des jeux de forces, des contradictions, des ruptures ; il s'agit de processus car ce sont des phénomènes actifs et organisés dans le temps. Les théories psychopathologiques ont produit des modèles typiques de l'organisation psychique de chaque phénomène pathologique et servent de guide pour l'analyse : un des objectifs de la psychopathologie est de construire des théories des névroses, des psychoses, des addictions.

L'étude de ces niveaux de l'organisation psychique suppose une analyse, une interprétation des données par le clinicien : jamais (heureusement !) le sujet ne dira quelle est sa relation d'objet ou son système de défenses. Il appartient au clinicien de construire, à partir du discours du sujet ou de ses créations – dans l'entretien, les projectifs, le jeu, le dessin – ces processus et ces mécanismes et de se forger une représentation hypothétique de l'organisation psychique. Mais, une des principales sources est la nature de la relation établie par le sujet avec le clinicien, du fait, notamment, des différents types de projection et d'identification ; la dimension intersubjective est fondamentale. Il s'agit donc d'une analyse « en pyramide » : partant d'un matériel considérable, le clinicien interprète, infère des mécanismes, met à l'épreuve son hypothèse et, palier par palier, aboutit à sa construction des processus psychiques.

## **1.2 L'organisation psychopathologique**

Nous allons rapprocher des termes qui ne sont pas forcément synonymes pour ceux qui les emploient ; il convient donc de se référer au sens donné par les auteurs qui s'en servent et de savoir que certains courants se fondent sur la structure (ensemble d'éléments en interdépendance) et non pas sur la métapsychologie ou sur la personnalité. Mais, si nous voulons mettre en évidence les catégories fondamentales de l'étude de cas, cette réduction est nécessaire. Évidemment, *une* étude de cas ne suppose pas la prise en compte de *tous* ces niveaux. En revanche, « l'étude de cas », considérée comme un outil en impose la présence. Des auteurs comme Bergeret, Gilliéron ont souligné l'importance d'éléments pour reconstituer cette « organisation » dont l'équilibre est toujours précaire, qui est singulière, combinaison originale réalisée par le sujet, à laquelle le clinicien pose des questions comme.

- Quels symptômes (nature, origine, fonction...) ?
- Quels mécanismes de défense (type, effets ) ?

- Quels conflits (niveau, effets) ?
- Quelles relations d'objets (Œdipe, objet *vs* narcissisme) ?
- Quels types d'angoisse ?

### a) *Le (les) symptôme(s)*

Il y a autour de ce terme une ambiguïté puisque, pour certains, le symptôme est la part subjective du signe alors que d'autres l'emploient comme équivalent du signe (par exemple « les symptômes de la névrose »). Le terme symptomatique, quant à lui, est parfois utilisé pour désigner la manifestation d'autre chose : une « dépression symptomatique d'une affection organique » est une dépression masquant un trouble organique (tumeur cérébrale par exemple) qui en est la cause. Nous considérons ici, en référence à la psychanalyse, que le symptôme se situe du côté du sujet ; c'est ce

dont il se plaint (ex : « on m'en veut », « je ne dors plus ») et, par extension, ce qu'il ressent comme un trouble. Dans cette approche, il peut aussi être considéré comme ce qui constitue la demande du sujet. Mais ce dont il se plaint ne se situe pas entièrement dans le simple énoncé de la plainte : il faut aller plus loin. L'idée communément admise est que le symptôme n'est pas un simple dysfonctionnement mais un phénomène psychique complexe, reflet extérieur et douloureux de phénomènes internes (conflits, traumas...).

Le clinicien ne se contente pas de relever les plaintes du sujet et d'apprécier ce qui cause sa souffrance. Il tente d'en restituer la logique : comment ce symptôme est-il apparu, qu'exprime-t-il d'autre, quelles relations a-t-il avec des événements, quelles en sont les conséquences (positives et négatives), quelle attitude le sujet a-t-il à son égard, comment lutte-t-il contre lui, dans quels équilibres personnel et familial est-il pris ? Si tout symptôme est un

compromis (souvent entre le désir et l'interdit), renvoie à une dynamique psychique et exprime quelque chose, le clinicien doit tenter de restituer ces éléments.

Il ne faut cependant pas confondre ce que la psychanalyse dit du symptôme (formation de l'Inconscient) et l'usage commun. La psychanalyse se fonde sur le modèle du symptôme hystérique qui est doté de sens, lié au refoulement de la position oedipienne et sensible à la découverte, à la verbalisation, d'un sens qui peuvent le faire disparaître. Ce modèle s'étend aux autres névroses de transfert (névrose obsessionnelle, certaines phobies), mais Freud évoque aussi les « névroses actuelles » dans lesquelles le symptôme n'a ni origine infantile, ni sens symbolique, ni sensibilité à la parole ; il n'en possède pas moins une dimension psychique. C'est au clinicien qu'il appartient de se donner les éléments permettant de restituer la forme du symptôme, sa genèse et son organisation. Or s'il est aisé de nommer un signe, l'écoute, la reconnaissance d'un symptôme

supposent une interprétation, c'est-à-dire une opération mentale, portant sur ce que révèle le discours du sujet, travail de pensée du clinicien qui donne un sens aux éléments pour tenter de restituer la logique du symptôme.

### *b) Les conflits*

Ils sont de deux ordres : externes et internes. Les conflits externes ont un écho interne (intrapsychique) et les conflits internes peuvent être projetés à l'extérieur (par exemple, le conflit entre le moi et ses idéaux peut entraîner une agressivité qui se déplace sur les autres et est vécue, dans la réalité, comme une persécution). Il est plus facile à certains patients de verbaliser les conflits externes alors que d'autres expriment surtout leur dynamique interne.

Un conflit suppose une contradiction entre deux ou plusieurs éléments déclenchant un déplaisir (au moins de l'angoisse) que le sujet essaie de réduire (notamment par l'utilisation de mécanismes de défense) ; là où il y a défense, il y a conflit. La situation la plus commune est celle du sujet partagé entre désirs (inconscients) et interdits (intériorisés) qui souffre, est angoissé ou en proie à des symptômes dont il ne connaît pas l'origine et dont il ne peut se protéger. Mais une situation fréquente est celle du sujet confronté à des événements, (traumatismes, agressions extérieures...) qu'il lui faut d'abord repérer et nommer car ils ne sont pas identifiés. Ils suscitent des phénomènes internes (représentations, émotions) qu'il ne met pas toujours nettement en relation avec eux. Un patient évoque ainsi son abattement (burn-out) lié aux exigences professionnelles , mais n'établit pas de relation entre cet abattement, sa tristesse, et la fin d'une relation sexuelle devenue amicale.

Il existe une différence entre le contenu manifeste du conflit et son contenu latent. Pour les théories psychanalytiques, un conflit actuel réactive toujours un conflit passé, le clinicien doit se rendre compte que le problème est soutenu par ce passé oublié que le sujet redécouvrira dans la thérapie. Dans leur aspect concret, ces conflits appartiennent à la personne (singularité), mais ils concernent souvent les mêmes catégories générales : le désir, les interdits, entre relation d'objet et narcissisme, entre les instances psychiques (Cs, Pcs, Ics ou Moi, Ça, Surmoi, Idéal du Moi), entre pulsions, entre le sujet et la réalité... En outre, il existe, dans le développement, des conflits structurants qui fondent son organisation psychique : le conflit oedipien est le principal, mais il y a aussi les multiples conflits entre autonomie et dépendance qui engagent le narcissisme, l'identité, la subjectivation.

Le travail (idéal) du clinicien peut ainsi être double. D'une part, il tente de saisir les conflits dont le sujet est victime, leurs termes,

leurs effets, les modes de protection et résolution utilisés et il fait des hypothèses sur ce à quoi ces conflits peuvent renvoyer au niveau latent. D'autre part, il s'interroge sur la position du sujet par rapport aux grands conflits structurants : résolution de l'Œdipe ? résolution de l'antinomie entre relation d'objet et narcissisme ?...

Une partie de ces conflits n'étant qu'apparente pour le sujet au moment où il parle, le clinicien se fonde aussi (mais pas exclusivement) sur son contre-transfert pour tenter de se forger une représentation du problème et de formuler des hypothèses transitoires. Les conflits avancés par le sujet comme motif manifeste, conscient, permettent au clinicien de se représenter le rôle que celui-ci tente de lui faire jouer (juge, père, mère, complice, témoin...) et les sentiments qu'il espère (inconsciemment) susciter : tristesse, apitoiement, consolation, impuissance...

### *c) Les relations d'objet*

Bien que le concept soit issu de la psychanalyse et contesté par certaines écoles, il a l'intérêt de dégager une large catégorie de phénomènes. Dans son acception psychanalytique, il désigne le type de relation que le sujet entretient avec son monde et, plus particulièrement, les personnes. Les relations d'objet se construisent au cours du développement et, dans la pathologie, certaines d'entre elles réapparaissent alors qu'elles semblaient auparavant dépassées. Ce sont à la fois les représentations des relations concrètes avec les autres, l'abstraction que l'on peut faire des relations affectives et une catégorie fondamentale (telle qu'elle a été popularisée par Bergeret par exemple qui oppose des formes typiques : relations d'objet « fusionnelle », « par étayage », « génitale »).

Cette composante de l'organisation psychique est importante parce que, 1) elle permet de comprendre concrètement dans quel

monde vit le sujet, comment il perçoit les autres et quels types de liens affectifs il noue avec eux, leur place psychique et l'imaginaire qu'ils suscitent, 2) théoriquement, elle pose la question de l'opposition sujet-objet (et du narcissisme), et celle de la nature de l'objet, de sa perte et de son emprise. Elle est à l'intersection de la question du désir, de l'altérité, du deuil et des sentiments (amour, haine...).

Le clinicien décrit les relations concrètes avec les objets dont parle le sujet (ses proches, ceux qu'il aime, déteste, auxquels il voudrait ressembler, ceux qui ont disparu, ceux dont il attend la venue, mais aussi les personnages de fiction...). L'anamnèse associative, le récit des conflits sont un point de départ commode pour cette approche. Par un mouvement d'abstraction progressive, le clinicien passe au niveau plus complexe d'une représentation des relations pour aboutir à une hypothèse sur le type de relation d'objet (mais cette hypothèse suppose, pour être pertinente, une relation

longue). La pratique clinique montre que les relations concrètes peuvent être d'emprise, anaclitique, symbiotique, incestuelle, dyadique, préobjectale, narcissique, œdipienne, maternelle, paternelle, dépendante, « en nostalgie » (Freud), destinée à un objet « manquant », « aimé » « perdu », « menaçant »... Les relations concrètes sont multiples et n'impliquent pas tel ou tel type d'organisation psychique ou de pathologie.

Bien que les théories puissent diverger, trois indices sont déterminants pour comprendre les relations d'objet et la vie libidinale (affective) du sujet : 1) les investissements qu'il déploie, 2) l'équilibre entre narcissisme et investissement d'objet, 3) le rapport à l'Œdipe et ses conséquences (constitution du Surmoi, sublimation, triangulation, accès à la castration et à la dette symbolique).

1) Les investissements – et les désinvestissements (notamment dans le travail de deuil) – sont repérables dans ce que le sujet dit des autres, des activités, voire des choses (art, loisir, travail...), mais aussi des fonctions corporelles (investissement du regard – pulsion scopique –, de la maîtrise, de l'oralité...) et comportent deux aspects : a) la nature de l'investissement (amour, agressivité, sadisme, emprise, attente...) et b) les caractéristiques des objets (objets d'amour, hétérosexuel, homosexuel, objet de plaisir, de haine...). Cette analyse se réalise très simplement à partir de ce que le sujet évoque, raconte, de ses plaisirs, de ses craintes, de ses relations avec les autres ; elle dessine les reliefs de son monde et la manière dont il en qualifie les continents. La catégorie « d'investissements affectifs » désigne un ensemble de phénomènes variés dont la particularité de n'être pas indifférents au sujet : ce qui est plaisant, attirant, idéalisé, mais aussi ce qui est craint, détesté... sont des manifestations permettant de repérer ces investissements, qu'il s'agisse de personnes, d'animaux, de situations ou d'objets

matériels. Cependant, l'inexistence, dans le discours, de certaines choses (absence de paroles sur un traumatisme ou la mort d'un être cher par exemple) n'implique pas une absence d'investissement. Elle attire plutôt l'attention du clinicien : pourquoi n'en parle-t-on pas ? impossibilité de dire, refoulement, déni, scotomisation, investissement « gelé » ? incapacité d'écoute du clinicien ? douleurs muettes du sujet ? etc.

2) L'équilibre entre investissements narcissiques et objectaux est essentiel à repérer puisqu'il représente, avec le rapport à l'Œdipe, l'un des deux pôles de la constitution du sujet. Sur un plan concret, le narcissisme s'exprime à travers des faits repérables comme l'estime de soi, la dévalorisation, la surestimation, la dépendance à l'autre, les images de soi, du corps, mais aussi un certain type de relation à l'objet (objet idéalisé, double de soi-même par exemple).

3) La question de l'Œdipe (de sa structuration ou de son absence) peut être approchée à partir du rapport du sujet aux interdits, à la culpabilité, à la complétude, aux situations de triangulation, de ses capacités de renoncement, de ses rapports aux catégories parentales (liste, certes, non limitative !). Les investissements narcissiques (tournés vers soi) et les investissements œdipiens (triangulés et supposant un renoncement à soi) ne sont pas séparés : la constitution du narcissisme est antérieure à l'Œdipe mais reçoit, à partir de la structuration œdipienne, un « renfort » essentiel, la castration est un des éléments de l'Œdipe mais représente aussi une menace narcissique.

#### *d) Le type d'angoisse*

« Angoisse » est employé dans deux acceptations. Le mot possède un sens « clinique » (sentiment pénible d'attente, peur sans objet,

crainte ou anticipation d'un danger imprécis) qui le distingue d'autres phénomènes comme la dépression, le délire..., et que l'on retrouve dans la catégorie « troubles anxieux ». Mais il existe aussi un autre sens plus général, plus philosophique, désignant un état de la conscience de l'être humain affronté à son existence et que les philosophes (Kierkegaard ou Heidegger) ont étudié. Des analystes comme Bergeret en sont venus à considérer que certaines formes d'angoisses fondamentales étaient typiques de certains fonctionnements psychiques : l'angoisse de morcellement des psychotiques, l'angoisse de perte d'objet des états-limites, l'angoisse de castration des névrosés. Il ne s'agit toutefois pas du contenu de l'angoisse, mais du processus qui met en relation l'autre et la menace qu'il représente. Ces types ne sauraient toutefois être directement reconnaissables car Bergeret ne parle pas du contenu concret de l'angoisse mais de son essence : nous pouvons tous avoir des angoisses de perte d'objet, mais c'est la nature de cet objet (pré-œdipien ou œdipien), la relation avec lui (« étayage » ou « désir »),

qui permettent de différencier angoisse de perte d'objet et de castration. Toute équivalence simple entre le thème de l'angoisse et ces concepts est une erreur confondant processus et signe. Un concept organisateur ne peut être utilisé naïvement à partir d'une simple présence dans le discours : à l'extrême, « j'ai peur » ne signifie pas toujours « angoisse » et « de perdre mon amour » n'est pas automatiquement une « perte d'objet » ; il faut une analyse, une élaboration théorique, des éléments confirmatifs et une argumentation pour en arriver à faire une hypothèse structurale et à la mettre à l'épreuve. Dans la pratique clinique, les angoisses concrètes peuvent revêtir de multiples formes qu'il faut d'abord savoir écouter : angoisses d'abandon, d'infériorité, de mort, de perte de substance, d'éclatement, d'anéantissement, de désintégration de la pensée, de la personne, de l'être, d'intrusion, d'évidement, de la solitude, de perte de l'autonomie, de culpabilité, de défaillance, etc.

Parler d'angoisse de morcellement chez le psychotique signifie que sa lutte pour son identité le confronte, du fait d'une relation d'objet fusionnelle (au sens fort), au risque de se déchirer lui-même en se séparant de l'objet auquel il est aliéné et confondu. Cette angoisse apparaît tant dans la position d'équilibre (psychose asymptomatique) que dans les ruptures (déclenchement du délire ou de la déréalisation). Dans la position d'équilibre, elle est limitée par les défenses qui amputent une part de l'existence du sujet. Lorsque cette position est rompue, l'angoisse apparaît sous des formes diverses : persécution, destruction, négation, transformation corporelle, perte de l'autre, de l'identité... Des mécanismes, radicaux (projection, identification projective, déni...) sont alors utilisés.

Il en va de même de l'angoisse de perte d'objet de l'état-limite qui, cliniquement, ne prend pas toujours la forme d'une peur de perdre l'autre : on rencontre aussi des peurs de la néantisation, de la

destruction. L'important est que perdre l'objet confronte le patient au risque de perte de son identité, de disparition de soi.

Quant à l'angoisse de castration (du névrosé), elle est une métaphore de l'angoisse de perdre l'objet du désir, de devoir renoncer la complétude et à la certitude : cliniquement, les névrosés présentent des angoisses allant de l'échec à la mort en passant par la culpabilité, voire la perte d'objet ou la destruction physique. L'inscription du névrosé dans une logique œdipienne (désir vs interdit), ces angoisses seront considérées comme des angoisses de castration.

Il y a plusieurs manières d'aborder la question de l'angoisse. 1) Évoquer l'angoisse ou les angoisses du sujet implique de l'entendre lorsqu'il évoque ses manifestations anxieuses (peurs, effrois, « stress », craintes, phobies, attaques de panique,...), mais aussi les aspects pénibles, les anticipations négatives, le déplaisir, la

négativation de l'avenir... La symptomatologie de l'angoisse, pour peu que l'on laisse le sujet parler sans se hâter de renommer ce qu'il dit, représente une première approche, à condition de ne pas en rester là mais de tenter de restituer son vécu angoissé. 2) On peut aussi inférer l'angoisse à partir de situations de déplaisir sans que le patient la reconnaisse ou la désigne comme telle : par exemple, il se dit préoccupé, ressentant un malaise physique, en proie à un doute constant, sans capacité de projection dans l'avenir. 3) Il est possible de dégager des formes d'angoisse plus difficiles à percevoir : angoisses archaïques, primitives, paranoïdes, dépressives, de destruction, de vidage, de culpabilité, de mort, d'effraction, de perte de sens... Elles représentent la « clinique de l'angoisse » qui n'est pas directement nommable à partir du discours du sujet mais qui doit faire l'objet d'une élaboration interprétative par le clinicien. Il en va de même de l'angoisse reconstruite à partir des mécanismes de défense employés par le sujet. 4) À partir des angoisses concrètes ou inférées (faisant l'objet d'une interprétation du clinicien), on peut

dégager le type d'angoisse de la série proposée par Bergeret, ou d'autres (angoisse œdipienne, et pré-œdipienne, angoisse paranoïde et angoisse dépressive...). D'une interrogation banale « de quoi a-t-il peur ? », le clinicien passe à une question fondamentale (« autour de quoi s'organise la menace profonde pour lui ? »).

### *e) Les mécanismes de défense*

Ce sont des opérations utilisées par le Moi pour réduire ce qui risque de mettre en danger l'intégrité de l'individu : les conflits ou les facteurs générateurs d'angoisse. Leur reconnaissance est plus complexe que celle des signes, puisqu'ils supposent un processus très élaboré (la forclusion, le déni, l'identification projective par exemple) et requièrent, pour être définis, une étude précise des contenus de pensée. La plupart de ces mécanismes existent chez tous les sujets, mais ils sont systématiquement et rigidelement utilisés

dans la pathologie. Ils ont eux-mêmes des effets négatifs, car ils impliquent une grande dépense d'énergie et limitent une partie de l'activité psychique et/ou de la perception de la réalité. Le refoulement névrotique est un bon exemple : pour éviter l'angoisse liée à un désir sexuel, au lieu de l'affronter, le sujet rejette la représentation dans l'Inconscient où il la maintient pendant qu'elle tente de réapparaître. Il se prive ainsi d'une partie de sa force et conserve intacte la représentation puisque l'Inconscient est atemporel.

On estime, en psychopathologie, que certains mécanismes précis seraient à l'origine de certaines pathologies : le refoulement œdipien pour la névrose, le rejet, la forclusion, le déni de la réalité, pour les psychoses, le déni de la différence des sexes et le clivage du Moi pour les perversions. Cet usage, comme celui des types d'angoisse ou des relations d'objet, se situe à un niveau conceptuel. Leur reconnaissance est l'aboutissement d'une opération complexe : on

ne repère pas le rejet qui serait à l'origine de la psychose, on le construit à partir d'un raisonnement. Toutefois, dans la clinique du délire on peut reconnaître chez le patient psychotique les manifestations concrètes de ce rejet sous la forme de l'hallucination, du mauvais objet : on considère alors leur présence comme l'effet du rejet, surtout lorsque les mêmes représentations semblent ne jamais appartenir au sujet (par exemple ce qu'il décrit comme désir du persécuteur vient du dehors, ne lui appartient pas, pourtant c'est bien lui qui le produit, « l'invente »).

Dans la pratique, il arrive que l'on observe, non plus des mécanismes de défense (opérations psychiques, internes), mais des représentations, des comportements (addictions, agression, prise de risques... ) qui sont utilisés comme des moyens de se défendre contre l'angoisse. Ils ont bien la même fonction mais ne peuvent être considérés comme des mécanismes au sens strict. Le clinicien peut cependant les relever dans la construction de l'étude de cas.

Parmi les mécanismes de défense les plus fréquemment rencontrés dans la clinique psychologique, on retrouve par exemple :

- *La (dé)négation* : refus d'admettre un désir, un sentiment, qui apparaissent dans le discours mais qu'il affecte de la négation (grammaticale ou de contenu). Le refoulement est à moitié levé : l'idée rejetée existe mais le sujet ne l'admet pas comme sienne. Le « ce n'est pas que je sois inquiet, mais... » illustre l'aspect habituel des dénégations, mais le processus est parfois plus complexe. L'écoute des négations spontanées ou des contradictions du discours est un excellent moyen de repérer les dénégations (ex : de suite de négations « et elle n'avait pas été sûre tout à coup de ne pas l'avoir aimé d'un amour qu'elle n'avait pas vu parce qu'il s'était perdu dans l'histoire », Duras M., *L'amant*, Paris, Minuit, 1984, p. 138).

- *La projection* : expulser de soi et localiser dans l'autre ou lui attribuer des traits, des sentiments, des désirs, voire des « objets » que l'on méconnaît ou refuse en soi. Sous une forme radicale, elle est utilisée dans la paranoïa et d'autres délires chroniques. Pour inférer la projection, il faut que l'on puisse comprendre que le désir attribué à l'autre correspond bien à celui du sujet qu'il ne reconnaît pas. Le matériel est bien le langage, mais il faut un raisonnement, une interprétation du clinicien pour soutenir cette hypothèse.
- *Le refoulement* : repousser ou maintenir dans l'Inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. C'est un mécanisme général apparaissant chez tous les sujets, mais la pathologie dépend de sa force, de la nature du refoulé, et des tentatives de retour de ce refoulé. La particularité du refoulé (représentations refoulées) est de tendre à réapparaître, à se manifester à la conscience, sous une forme détournée. Ce retour du refoulé appelle, de la part du moi, l'utilisation d'autres

défenses pour se protéger contre des représentations frappées d'interdits et provoquant du déplaisir. Les oubliés, amnésies « psychogènes », ruptures entre des représentations et des affects, peuvent être le signe du refoulement, la dénégation, la survenue de pensées angoissantes ou torturantes, les symptômes névrotiques, sont la marque du retour du refoulé.

- *La régression* : retour en sens inverse à partir d'un état de développement déjà atteint jusqu'à un état antérieur. Elle est étroitement liée à la fixation qui est une de ses conditions. La fixation à des conflits infantiles, crée le point jusqu'où s'opérera la régression lorsque le sujet sera confronté à des difficultés et à des conflits entre pulsions et interdits.
- *L'identification* : assimiler un aspect, de l'objet et se transformer, en totalité ou en partie, sur son modèle. Freud en décrit trois formes principales : l'identification primaire (forme originale du lien affectif à l'objet et constitution du sujet sur le modèle de l'autre ; il s'agit d'une identification pré-oedipienne,

archaïque), l'identification régressive (dont Freud parle à propos de la mélancolie, on pourrait la formuler comme une régression de l'Avoir à l'Être : « je ne l'ai plus je le suis ») et l'identification hystérique (identification à l'autre sur la base d'un trait commun).

- *Le clivage* : coexistence de deux attitudes psychiques opposées sans qu'elles s'influencent. On a parlé de clivage du Moi (dans les perversions) et de clivage de l'objet (pour Mélanie Klein l'objet est scindé en un « bon » et un « mauvais » objet). Concrètement, le clivage peut aussi se manifester lorsque la personne se voit elle-même ou autrui comme étant « tout bon » ou « tout mauvais » échouant à intégrer défauts et qualités de chacun dans des images cohérentes ; il existe souvent une alternance d'idéalisation ou de dépréciation.
- *Le déni* : refus de reconnaître la réalité externe, certains de ses éléments ou certains phénomènes internes. Il peut porter sur des catégories différentes (dénie la réalité dans les psychoses, déni

de la différence des sexes dans les perversions...). Il est souvent associé au clivage. Il existe aussi dans la normalité (déni de la mort, déni du danger...). On l'infère à partir de l'apparition dans le réel d'actes ou de croyances, mais aussi à partir des formes de négation (grammaticale, logique, de contenu) dans le discours (au clinicien de faire la différence entre dénégation portant sur les représentations et déni portant sur la réalité).

- *La condensation* : fondre plusieurs représentations en une seule qui les représente (ex : dans le rêve, dans le symptôme, dans les néologismes...). Le terme a été comparé à la métaphore (substitution d'un mot à un autre) qui est à interroger dans toute clinique.
- *Le déplacement* : généraliser ou faire glisser un sentiment ou une représentation d'un objet vers un autre. Il a été comparé à la métonymie (mot remplacé par un autre avec lequel il est uni par un lien nécessaire : par exemple, la partie pour le tout, « le divan » pour « la psychanalyse »).

Certains mécanismes sont directement repérables dans les énoncés (dénégation), d'autres supposent une interprétation et une analyse du discours. Le clivage, par exemple, ne se manifeste pas dans la phrase mais dans l'existence d'oppositions entre thèmes et l'impossibilité de les atténuer. Dans les énoncés, certaines « formules de style » peuvent être évocatrices de mécanismes de défense : la métaphore et la condensation, la métonymie et le déplacement, la négation comme affirmation paradoxale... Ces figures sont essentielles à écouter comme révélant, en creux, un autre texte, un autre discours.

## 2. La subjectivité

De « sujet » : ce qui lui appartient en propre, ce qui se passe à l'intérieur de l'esprit. Elle n'est pas présente dans tous les paradigmes psychologiques et psychopathologiques, mais qu'est une psychopathologie sans esprit ? Pour le clinicien, elle peut s'inférer, entre autres, à partir des éléments suivants :

Demande	Manifeste et latente, formulée, déplacée
Singularité du symptôme	Dimension individuelle de la plainte : histoire, genèse, sens donnés par le sujet.
Expérience	Le vécu, l'éprouvé, l'identité et sa construction, les représentations intimes.

Histoire	Analyses synchronique et diachronique répétitions, position du sujet
Intersubjectivité	Relation à l'autre, au groupe, à la famille... transfert

## 2.1 La subjectivité et l'intériorité

Nous avons, en clinique, un usage « laxiste » des termes « sujet » et « subjectivité ». Nous confondons souvent sujet avec individu et subjectivité avec intimité, imaginaire, représentations propres aux sujets. Sans doute la pratique clinique utilise-t-elle comme des « clichés » des termes provenant d'autres théories (philosophiques, psychanalytiques, biologiques...). Le terme « sujet » désigne à l'origine à la fois celui qui est « soumis à » (« assujetti ») (référence au *subjectum* latin) et l'être pensant considéré comme le siège de la

connaissance (il est alors opposé à l'objet), notamment le sujet cartésien. Dans la pratique psychologique, « le sujet » ouvre sur une dimension incontournable : on ne peut, comme en médecine, concevoir l'individu comme porteur de troubles définissables par des variables isolées et objectivées. La subjectivité est ce qui appartient en propre au sujet et suppose un équilibre entre elle-même et les aliénations (les autres sont constitutifs de soi dont l'expérience ne se réduit à celle d'aucun autre).

Sous le terme de subjectivité, le clinicien note tous les éléments qui paraissent spécifiques de la personne rencontrée. Les événements sont certes importants, mais c'est leur *vécu* qui constitue la part subjective. La part subjective des symptômes, des comportements, des réalités, des autres, est ce que le sujet en dit avec ses mots, ses expressions propres. Il y a toujours deux niveaux dans le discours. D'une part, le sujet évoque des faits internes ou externes, passés ou présents. Mais, d'autre part, il nous informe sur

sa position à l'égard de ces faits, sur son rapport aux événements, sur son rapport à ce qu'il dit. Pour ce second niveau, le clinicien écoute plus l'énonciation (manière dont le sujet se met en scène dans son message), certains mots qui donnent de la force ou atténuent (adverbes par exemple), certaines tournures (forme réfléchie, négation...), les métaphores et autres figures de style... et les mots qui expriment les émotions.

Joël , 18 ans, souffrant de phobies, nous dit : « mes peurs c'est pas *très* gênant pour moi. J'ai qu'à pas faire les choses qui me provoquent de l'angoisse. Avant, je pensais que quand j'avais peur dans la foule, *une personne allait venir pour m'aider*. Je me disais que, si jamais, on me ramènerait chez moi. Mais c'est pour mes parents que c'est grave. Eux ils ont peur pour moi. Ils ne me culpabilisent pas, *mais moi je m'en fais, je me culpabilise et je m'angoisse* et ça devient encore plus difficile tous les jours pour sortir. Quand je suis dehors, c'est *comme si* le réel était pas réel, comment vous dire, *comme si je me déplaçais dans une photo*. Et puis à des moments, c'est le vertige... pas désagréable d'ailleurs... *comme si j'allais tomber doucement*, lentement, au ralenti, comme *quand j'ai fumé trop d'herbe*. ».

Sur un plan diagnostique, le reste de l'entretien montre qu'il souffre d'agoraphobie et d'autres troubles anxieux. Mais ce qui lui appartient en propre (cf. mots indicateurs en italique), ce sont les atténuations, les métaphores, les descriptions, les associations avec un souvenir, les pensées pour combattre l'angoisse, la difficulté à exprimer à l'autre, pour l'autre...

## 2.2 La demande

Cette notion a été développée par la pensée lacanienne qui lui a conféré un sens spécifique dans son rapport au besoin et au désir (le désir se fait parole en se déployant dans une demande) et au rôle de l'Autre. Si, pour le sens commun, la demande est la formulation à quelqu'un d'un souhait ou d'un désir, l'usage des cliniciens est plus large : il implique à la fois une question à un « sujet supposé savoir », le désir, la quête (être « en demande »), la requête... Toute demande suppose une asymétrie entre le demandeur (apparemment démunie) et celui auquel elle s'adresse (apparemment détenteur d'un

savoir et d'un pouvoir, parfaitement imaginaires d'ailleurs). Cette asymétrie est douloureuse pour certains qui ne peuvent pas se mettre en position de demande et essaient de pousser l'autre à leur donner sans qu'ils subissent ce qu'ils vivent comme une perte, un amoindrissement : la demande. Ils inversent les situations de la vie et tentent de répéter l'opération dans la rencontre avec le clinicien.

Dans la pratique clinique, on peut distinguer plusieurs termes proches correspondant à une partie de la demande : l'attente (de quelque chose), la démarche (venir voir un psychologue) l'adresse (à quelqu'un), la plainte (« se plaindre de », « se plaindre à ») supposent une douleur, mais aussi que l'autre n'ait pu combler le sujet. Il faut aussi repérer la demande explicite (manifeste), la demande déguisée, pour dégager la demande implicite (latente). Autrement dit, on doit décoder la demande pour savoir la reconstruire avec ses dimensions inconscientes, son ambivalence et ses répétitions de positions antérieures. La demande préalable n'est

pas toujours le fait du sujet (enfant, expertise, consultation demandée par un tiers – médecin, collègue... – dans un cadre institutionnel) et il peut n'avoir accompli aucune démarche puisque c'est le clinicien qui vient le voir (hospitalisation alitement, réanimation...). En conclure qu'il n'y a pas de demande serait une erreur : il y a toujours, chez tous, une demande, sous la forme d'un de ses éléments (attente, quête, plainte, recherche d'interlocuteur), mais elle ne s'adresse peut-être pas au clinicien, n'est pas une demande d'écoute ou d'intervention. L'avenir dira ce qu'elle était. Le clinicien entend cette demande (même sous la forme « mais je ne vous demande rien moi, que voulez-vous que je vous dise... ? »), l'aide à se formuler, la soutient, mais n'y répond pas. Il risquerait alors de la combler de manière illusoire et de refermer ce qui s'est ouvert. L'écoute, le soutien de la demande permettent un travail qui s'étend dans le temps.

La demande, formulée ou non, situe le clinicien à une place qui est fonction de la culture (représentations du psychologue dont dispose le sujet) et de ses relations d'objet. Le clinicien occupe différentes places issues de l'histoire du sujet. Son écoute lui permet de les reconnaître (mais à qui le sujet parle-t-il ?), ses relances les précisent, son absence de réponse évite de refermer la relation sur les modes de communication habituels du sujet. Dans le même mouvement, le clinicien commence à reconnaître, à côté de la souffrance et des symptômes, des éléments des relations d'objet, du style d'investissement du sujet. À ce niveau, apparaissent certains mécanismes de défense comme la projection « vous êtes dur... », les identifications, les incorporations, les déplacements, les condensations (le clinicien représente plusieurs personnes), les dénégations (« ce n'est pas que je ne crois pas à ce que vous pouvez m'apporter »)... et les premiers conflits structuraux entre la souffrance, la volonté de dire et le risque de dépendance à l'autre, entre la parole et la réalité (« parler ça change quoi ? »). Mais,

surtout, l'écoute puis l'analyse de la demande permettent de décoder les premières manifestations transférentielles et contre-transférentielles (ressenti du clinicien, images et analogies suscitées...).

## 2.3 Les symptômes

Parlons du symptôme perçu du côté du sujet. Dans la plainte, le sujet introduit sa propre conception de ce qui le fait souffrir, de ce que nous appelons son symptôme : ce qu'il est, d'où il vient, sa théorie du symptôme, les liens (« filiation narcissique ») qu'il entretient avec d'autres membres de la famille... Ici que réside la « causalité psychique ». Une obsession, par exemple, possède un contenu psychologique différent d'une personne à l'autre et n'est pas décrite de la même façon ni articulée à la même chose.

Si la psychopathologie (discipline théorique), lorsqu'elle parle du symptôme, a tendance à le réduire à un processus (qu'est-ce qui le produit, quelle est sa fonction, son sens ?) et à une catégorie (comme « obsession », « conversion », « phobie »...), l'approche clinique de la subjectivité vise ce que le symptôme a de particulier et d'original pour chaque patient. Pour le théoricien, les conversions de Dora, d'Anna O.... répondent à des mécanismes identiques, mais lorsque le clinicien s'y intéresse, il cherche à restituer les singularités et, alors, elles apparaissent différentes : l'histoire des patientes, la place du symptôme, la manière de l'exprimer, le rapport à l'autre, les souvenirs (y compris le refoulé), les mots employés, sont distincts. En outre, tout dysfonctionnement n'est pas un symptôme. Le sujet peut insister sur des phénomènes, pour lui essentiels, mais qui n'ont pas de statut psychopathologique précis : c'est pourtant l'objet de sa plainte, donc « son » symptôme. Ainsi un patient qui présentait des phobies (du sang, de la hauteur), des crises d'angoisse, des idées dépressives, se plaignait-il uniquement

de son incapacité à décider entre deux femmes, répétant ainsi l'attitude de son père.

Le discours du sujet, la plainte qui vise son symptôme, doivent donc être entendus dans leur spécificité, et le clinicien tente de dégager le contenu de ce symptôme, sa genèse (comment s'est-il constitué ?) le (les) sens que lui donne le sujet, la manière dont il est évoqué (mots, formules employées pour en parler), son intelligibilité pour le sujet, sa place dans l'histoire personnelle et familiale, sa fonction... Partant du symptôme qu'il relie à l'histoire individuelle (apparu à la suite de quoi ? suivi de quoi ?), le clinicien, conscient que tout symptôme est aussi un masque, tente de savoir ce qu'il représente et dissimule tout à la fois (que dit-il d'autre ce symptôme ? que cache-t-il ? ), mais aussi de comprendre les raisons de son maintien et les effets qu'il produit : un patient phobique n'était plus angoissé lorsqu'il n'était pas confronté à l'objet

phobogène, mais maintenait son emprise sur l'entourage car il devait être accompagné pour éviter cet objet.

## 2.4 L'histoire

On ne confond pas histoire et anamnèse : il faut prêter attention à la manière dont le sujet interprète les éléments d'une anamnèse systématique (quand elle est réalisée) et à d'autres aspects de son discours sur son passé et sa manière d'établir des liens entre des événements. Concrètement, cette analyse procède de plusieurs manières : relevé des faits saillants de la vie tels que le sujet les rapporte et la manière dont il les interprète (analyse *synchronique* puisque importe ce que dit le sujet au moment où il parle), liens que l'on peut établir de l'extérieur dans la linéarité de l'histoire (analyse *diachronique* permettant de faire des hypothèses sur les réactions

possibles du sujet, répétitions de l'histoire notées par le clinicien, manière dont le sujet reconstruit son histoire).

Le travail du clinicien consiste à aider le sujet à édifier cette histoire en lui permettant de faire des liens, de qualifier les événements, de situer sa position par rapport à eux, de relever les répétitions (notamment celles qui proviennent de lui), les périodes dont il ne parle pas, mais aussi les liens qu'il ne peut pas faire mais aussi d'exprimer les émotions que les éléments de cette histoire suscitent. La méthode d'anamnèse associative représente à cet égard un bon outil.

Julien, qui présente un état hypocondriaque, dit souffrir d'une maladie de l'intestin depuis deux ans ; il se plaint de torsions, de douleurs, de brûlures, mais les examens médicaux ne révèlent rien d'anormal. Il en a pourtant demandé et subi un certain nombre, passant de médecin en médecin... Il ne voit rien qui puisse expliquer sa maladie et, d'ailleurs, semble résister à toute question soulignant qu'il pourrait exister une « origine psychologique » à ces douleurs. Pendant l'anamnèse associative, on apprend que sa mère est décédée

depuis deux ans. Il aimait beaucoup sa mère, mais n'a pas eu de manifestations de travail de deuil ou d'état dépressif après son décès. En revanche, ses douleurs ont débuté quelques jours après la mort de sa mère.

Pour un clinicien, il est alors logique de se demander s'il n'existe pas un rapport entre la sensation de douleur physique et la douleur morale absente lors de la perte de sa mère. Le psychologue, procédant à une analyse psychopathologique clinique, pourra alors faire l'hypothèse (qui demande à être vérifiée), d'une relation entre douleur physique, absence de douleur morale et absence de « travail de deuil ». Pour faire cette hypothèse, il faut que le psychologue se fonde sur une conception théorique (celle du travail du deuil comme moment nécessaire). Mais si l'on s'intéresse à la subjectivité du patient, ce qui frappe c'est justement l'absence de relation entre ces deux événements : l'histoire de sa maladie et l'histoire de sa vie sont sur deux axes qui ne se rencontrent pas. Lorsque le clinicien fait une relance : « les douleurs sont apparues après la mort de votre mère », le patient n'associe pas (« oui... »), mais repart de plus belle sur la description des douleurs et leur succession : l'histoire de la maladie tient lieu d'histoire individuelle. « La maladie c'est moi » ou « moi c'est la maladie » est l'idée qui s'impose alors au clinicien.

## 2.5 L'expérience vécue, l'expérience subjective

Notre référence à « l'expérience » reste dans la ligne des travaux de Lagache pour désigner une catégorie de phénomènes subjectifs issus de la relation du sujet au monde. Traditionnellement le concept allemand de Jaspers (*Erlebnis*) était traduit par « expérience vécue » et avait une connotation phénoménologique : il désignait les états psychiques tels qu'ils étaient vécus par le malade. Mais l'usage a été élargi pour désigner tant l'appréhension de la réalité que la somme des événements et de leur vécu ou bien les « éprouvés ». Pour faciliter la compréhension, on peut considérer que le « vécu » de la personne est un bon révélateur de « l'expérience ». Le clinicien tente d'aider le sujet à exprimer et de saisir comment il structure son monde. Les mêmes situations sont représentées, exprimées, vécues, de manière différente par chacun. Notre vie a été traversée d'épreuves, de moments forts, d'immobilités apparentes,

mais nous avons intégré ces éléments dans une représentation globale de nous-mêmes et avons acquis un ensemble d'éprouvés qui constituent cette expérience. Ricoeur a montré que la « narration de soi » est une mise en récit de la réalité, un agencement d'événements permettant de leur donner une lisibilité et de fournir un sens aux actions. Dans l'étude de cas, nous sommes confrontés à ce récit dont la trame est représentée par « l'expérience subjective ».

Lorsqu'un sujet parle au clinicien, il avance, pêle-mêle, des propos qui concernent son image et son identité vues à partir de lui-même, des autres, de son passé, de ses répétitions, mais aussi de ce qu'il voudrait être. D'une certaine manière, il « s'invente » à chaque fois, il dessine le cours de sa vie, son existence et, à la fois, témoigne de ce qu'il est/voudrait être et exprime le travail complexe de création de lui-même, là, maintenant, avec le clinicien, travail qui n'est pas indépendant de la constitution progressive de ce qu'il est (son développement, son histoire).

L'« expérience subjective » ne touche pas seulement à la question de (des) l'identité. Elle concerne à la fois ce que le sujet éprouve et les représentations qu'il produit. Restituer l'expérience du sujet consiste donc à se fier aux mots qu'il emploie pour désigner ses états affectifs, ressentis psychiques et corporels, voire s'interroger sur leur présence à partir de contradictions du discours ou du non-verbal (issu de l'observation). La grande difficulté de cette démarche (utilisant le non-verbal et l'inférence) est que certaines expériences nous sont inaccessibles (quel est le vécu d'un psychotique ? d'un dément ?) et que l'on risque de confondre le patient avec nos propres éprouvés. Mais l'aporie demeure : ne pas s'interroger serait se désintéresser de la question, répondre serait prendre le risque d'aliéner le patient. L'écoute du discours reste, pour cette raison, un procédé légitime et prudent pour avoir accès à l'expérience affective et corporelle du sujet. Dans certaines situations, ce niveau peut représenter un point essentiel de l'étude de cas : maladie somatique, expérience dramatique, traumatismes,

univers psychotique, délirant, hallucinatoire. Comment restituer l'expérience d'Antonin Artaud – écrivain et psychotique – lorsqu'il dit « les choses n'ont plus d'odeur, plus de sexe. Mais leur ordre logique aussi quelquefois est rompu à cause justement de leur manque de relent affectif. Les mots pourrissent à l'appel inconscient du cerveau, tous les mots pour n'importe quelle opération mentale, et surtout celles qui touchent aux ressorts les plus habituels, les plus actifs de l'esprit » (*L'Ombilic des limbes*, Gallimard, p. 63) ?

Le travail du clinicien consiste donc à relever les éléments constitutifs de cette expérience subjective en s'interrogeant à plusieurs niveaux : dans quel monde vit-il, que veut-il m'en donner à voir ? quel sens en tire-t-il ? quelle identité s'est-il inventée, construite ? quelles contradictions évoque-t-il ? quelles en sont les logiques ? comment se reconnaît, s'estime-t-il et s'affirme-t-il ? comment rompt-il avec lui-même, qu'éprouve-t-il ? comment l'exprime-t-il ?

## 2.6 L'« intersubjectivité »

Le concept qui désigne la relation entre deux sujets actifs et autonomes a été utilisé en philosophie dans des conceptions différentes (Kant, Hegel, Husserl, Sartre, Merleau-Ponty, Levinas...). Sa définition varie en fonction des conceptions du « sujet », mais correspond à l'idée que le sujet actif et pourvu d'une conscience réflexive vit toujours dans une relation aux autres. En psychanalyse, Kaës a développé une conception qui fait de l'intersubjectivité le lieu et l'agent de production corrélative du sujet de l'inconscient et des conditions où le Je peut se penser sujet de l'inconscient. En revanche, l'Ecole lacanienne réfute ce terme.

Certains paradigmes théoriques (systémiciens, psychogénéalogie, psychanalyse du lien transgénérationnel, thérapies familiales psychanalytiques) ont montré que la pathologie du sujet pouvait aussi être comprise à partir des relations qu'il entretient

avec les autres. Ces paradigmes ne mettent pas l'accent sur les mêmes facteurs : communication, interactions pour les uns, secrets pour d'autres, fantasmes... Mais ils invitent tous à s'interroger sur les relations du sujet avec le contexte relationnel dans lequel il vit ou a vécu. Il existe d'ailleurs des lectures très intéressantes des relations entre le symptôme d'un sujet (par exemple ceux de Dora) et la situation sociale ou familiale (Dora transformée en objet d'échange par son père mais exprimant aussi son refus de la société dans laquelle elle – femme – vivait). Selon le cadre de référence choisi, on pourra ainsi penser que le trouble de tel enfant ou de tel sujet psychotique n'est compréhensible, abordable,... que dans le cadre d'une prise en compte de la famille (ou du groupe) ou bien que l'on travaille seulement avec ce que le sujet nous exprime dans la rencontre. Il est donc nécessaire de recueillir, noter, voire entendre lorsque ce n'est pas dit, les phénomènes familiaux, institutionnels, groupaux, culturels, intersubjectifs (cf. les travaux de Eiguer).

L'étude de cas peut reprendre ce qui concerne les relations que le sujet entretient avec les autres et, plus particulièrement, les processus de communication, d'interaction, voire de co-pensée, de co-construction avec le clinicien. Les relations qu'il entretient, en tant qu'acteur ou victime, avec sa famille, les groupes sociaux (travail, loisirs, amis, lieux de vie...), les institutions sociales et culturelles représentent un matériel précieux. Certaines souffrances sont directement en rapport avec ces situations collectives : harcèlements dans la famille, le travail, la société, victimes de terrorisme d'État ou des violences sociales, enfants étouffés par la famille... On a même pu s'interroger sur ce que certaines pathologies expriment du social : la paranoïa et son rapport trouble au pouvoir, l'obsessionnel s'aliénant dans le travail dont il se fait l'esclave, l'hystérique et le Maître, le pervers subvertissant l'ordre social mais répondant aux graves distorsions que produit la société postmoderne...

Plus simplement, il suffit d'écouter les sujets et de s'interroger sur les contradictions, lacunes, manques, de leurs discours qui laissent apparaître en creux des répétitions familiales (transgénérationnelles), des interdits, des secrets, tous marqués du sceau des non-dits. Des symptômes ne sont plus simplement ceux du sujet mais apparaissent aussi comme des identifications à des places familiales, à des disparus jamais évoqués (« enfant de remplacement » prenant la place d'un enfant mort dont on n'a jamais parlé), à des filiations narcissiques, à des « fantômes » errant dans l'imaginaire familial sans être nommés. Au-delà de ces aspects concrets, il y a des grandes questions auxquelles le clinicien est confronté : quand un sujet parle, qui parle à travers lui ? à quel mythe familial se soumet-il ? comment a-t-il édifié son identité (être soi et être comme) dans la famille, le groupe, quelles contradictions représentent pour lui la culture à laquelle il se réfère ? comment, dans les cas d'appartenance à plusieurs cultures, résout-il les contradictions ? à quoi renonce-t-il ? comment partage-t-il des

mythes, des fantasmes groupaux, familiaux culturels ? quelle place a-t-il (se donne-t-il, lui donne-t-on...) dans les interactions...

## 2.7 Transfert et contre-transfert

Classiquement, le transfert est un lien affectif intense entre patient et analyste correspondant à un déplacement et à une répétition de représentations, d'affects, de situations, d'une manière automatique et inconsciente.

Dans toute étude de cas, le clinicien doit repérer les prémisses, l'installation, les manifestations du transfert et s'interroge à deux niveaux : que me dit-il (elle) de lui (d'elle) ? que déplace-t-il sur le clinicien ? Toute relation repose sur l'attribution à l'autre d'éléments de ce que l'on est, de ce que l'on a été, de ce que l'on voudrait être (et ne pas être...), mais aussi d'attributs du sujet. Les

représentations, les affects sont susceptibles d'être interprétés comme effets de déplacements, de condensations, de projections, d'identifications... sur ce qu'incarne le clinicien (et non pas à ce qu'il est).

Il y a des manifestations simples du transfert que l'on peut repérer en début de rencontre : la manière dont le sujet dit avoir choisi cette personne, ce qu'il en attend, les représentations qu'il donne d'autres cliniciens déjà rencontrés, le type de relation qu'il dit vouloir établir (« est-ce que l'on peut vous téléphoner au moment où on a un problème ? »), les remarques (« je ne peux pas parler à quelqu'un qui ne me regarde pas dans les yeux » ou « je vous croyais plus vieux »...), ce qu'il dit attendre et ce qu'il nous prête comme savoir et pouvoir, les pensées qu'il nous attribue (« vous allez me dire que... »), les rêves, fantasmes, actes manqués, pensées préalables à la première rencontre ou lui succédant... Les indices du transfert installé sont multiples, qu'il s'agisse de

l'inhibition massive du sujet, de son apparente familiarité, de son abondante verbalisation, de ses silences, de sa difficulté à dire, de sa soumission ou contradiction aux paroles du clinicien. Il serait excessif de n'interpréter ces phénomènes que comme des manifestations transférentielles et ne pas les envisager aussi comme des continuités de ce qui anime constamment le sujet : l'agressivité se manifeste dans le transfert, il peut en être l'origine, mais elle existe aussi, hors transfert, dans sa vie.

Le contre-transfert est du côté du clinicien qui tente de soutenir une position de disponibilité, d'écoute, mais qui est aussi traversé par des idées, des affects, des sensations suscitées par lui. Lorsque le clinicien écoute le sujet, lorsqu'il repense à lui en ordonnant les données, il peut prêter attention à ces phénomènes subjectifs et noter, à côté de ce que le sujet lui dit et des interprétations qu'il en fait, ses propres réactions, pensées, sentiments, pour procéder à l'analyse de son contre-transfert. Ainsi, lorsque Jacques me parle de

son « incapacité intellectuelle » pour désigner sa difficulté à se comprendre, l'image d'un homme handicapé moteur me revient. Comme Jacques, il avait une pensée très vive mais disait, avec l'humour douloureux de la dérision, que « ce corps infirme fourni par ses parents » l'empêchait de penser ; ai-je fait une simple analogie ou bien ai-je perçu chez Jacques, que je jugeais très rapide dans la compréhension, un obstacle qui lui aurait été légué par d'autres, véritable handicap interne pour lui ? Seule la suite des rencontres permettra de le dire.

## **5. L'écriture de l'étude de cas**

Il y a deux temps dans l'étude de cas : un temps de recueil et un temps de construction, de synthèse, qui débouche sur une trace : dossier, récit, écrit pour recherche et/ou publication. Même si l'activité présentée au chapitre précédent constitue une forme de synthèse, on peut en distinguer l'écriture de la synthèse qui représente un exercice différent. À moins que l'étude de cas soit conçue comme la simple retranscription de la suite du discours du patient, elle nécessite une reconstruction. Du « dossier clinique » gardé par le praticien jusqu'à l'étude de cas publiée, on retrouve cette nécessité de mise en forme qui répond à plusieurs exigences : être compréhensible, restituer au mieux l'expérience du patient, faire apparaître les thèmes les plus importants, situer le sujet par rapport aux invariants habituels de l'étude cas (organisation

psychique), tenir compte de l'évolution, faire et discuter des hypothèses, respecter la vérité du sujet...

	<b>Utilisant</b>	<b>Aboutissant à des éléments pour</b>
<b>Recueil</b>	<p>Signes (par observation, entretien, échelles, tests, questions)</p> <p>Discours (écoute et relance)</p> <p>Positions subjectives du patient et du clinicien (écoute, analyse du contre-transfert)</p> <p>Histoire, plainte, anamnèse</p> <p>Analyse des processus psychiques (écoute, analyse du transfert, méthodes projectives, dessin, jeu...)</p>	<p>Analyse sémiologique</p> <p>Diagnostic des troubles</p> <p>Analyse des processus psychiques</p> <p>Analyse de la subjectivité</p>

<b>Synthèse</b>	<i>Construction, élaboration</i>	<p>Définition de l'organisation psychique (types d'angoisse, de conflits, de relation d'objet, de mécanismes de défense).</p> <p>Processus de pensée, fantasmatisation, rapport à la réalité, rapport à l'Œdipe, (rapport entre narcissisme et relation objectale...).</p> <p>Subjectivité : histoire, expérience vécue, demande, symptôme, intersubjectivité.</p> <p>Notations transféro-contre-transféro-therapeutiques.</p> <p>Propositions thérapeutiques</p>
<i>Écriture</i>		<p>Énoncés narratifs, informatifs, argumentatifs</p> <p>Distinctions entre sujet et clinicien</p> <p>Limite et implication des métaphores</p>

Logique de l'argumentation,  
Examen de l'implicite de l'écrit (autre moyen de reconnaître son contre-transfert).

Présenter une étude de cas dépend de son but. Elle peut être destinée au clinicien, aux échanges avec d'autres, à un exposé clinique (en supervision ou en discussion), à une production théorique, à une activité de recherche (méthode du cas unique), à une publication... Deux problèmes se posent : à quoi et à qui est destinée l'étude de cas ? Ils recoupent ceux déjà posés : une étude de cas pour elle-même ou pour construire/illustrer un problème général, quelle est la part de la singularité et celle de la généralité dans l'étude de cas, rôle du modèle théorique sous-jacent, étude de cas destiné à être parlée/entendue ou lue ?

# 1. Le plan : éléments de la présentation

Quelques principes en préalable. 1) Il faut toujours préciser les méthodes de recueil et les raisons qui ont présidé à leur choix (une étude de cas peut être le résultat d'un « bilan standard » mais elle peut être aussi le reflet de choix adaptés à cette personne). 2) Il faut toujours distinguer ce qui est observé, écouté, entendu, de ce qui est le résultat d'interprétations et de constructions de même qu'il faut distinguer ce qui appartient au sujet (propos, émotions) et au clinicien (contre-transfert, pensées, impressions...). 3) La présentation peut être divisée en deux lorsque l'étude de cas est utilisée pour construire/illustrer une théorie : l'étude de cas pour elle-même et ce qu'elle apporte sur le problème posé (réduire le cas à un symptôme serait un non-sens). 4) L'écriture de l'étude de cas ne vise pas à remplir des rubriques mais s'adapte au moment et au sujet : on n'écrit pas de la même façon un suivi de plusieurs mois et une rencontre ponctuelle.

## *1) Approche sémiologique :*

- motif de consultation,
- présentation rapide du patient (âge, situation...),
- antécédents personnels et familiaux,
- anamnèse (systématique),
- histoire des troubles (ou de la maladie incluant les événements récents),
- nature de l'épisode actuel (analyse sémiologique regroupée en syndromes),
- sémiologie de la personnalité,
- sémiologie des mécanismes de défense (au sens psychiatrique),
- éléments médicaux,
- évolution,

- résultats des tests et des échelles (on peut aussi les intégrer à l'intérieur),
- conclusion.

### *2) Hypothèses diagnostiques :*

- troubles éventuels (maladie, personnalité, dimensions),
- discussion des autres possibilités - analyse des formes cliniques.

### *3) Approche des processus psychiques :*

- Dimension concrète :
  - symptômes tels qu'ils sont exprimés par le patient,
  - nature des conflits,
  - contenus et formes des angoisses ressenties,
  - investissements des autres, de soi-même,

- positions discursives et narratives,
- contenus et processus de pensée,
- éléments de la vie imaginaire (rêves, fantasmes, scénarios répétitifs),
- description de la réalité du patient,
- images de soi, du corps...
- Hypothèses et discussion du diagnostic structural (représentation du fonctionnement psychique). Par exemple, analyse et discussion : 1) des types d'angoisse, de relation d'objet, de mécanismes de défense, 2) du mode d'investissements, 3) des rapports à l'Œdipe, à la séparation, à l'absence, à la castration, au renoncement, à la culpabilité..., 4) de l'élaboration de la prégénitalité.

4) *Subjectivité* :

- spécificités de la relation : nature des énoncés, des positions énonciatives...,
- demande manifeste, latente...,
- histoire reconstruite par le sujet,
- symptômes vécus par le sujet. Effets positifs paradoxaux (protège d'autre chose, « bénéfices secondaires », jouissance du symptôme, satisfaction, à travers le symptôme, d'un sentiment de culpabilité inconscient...),
- expérience vécue.

## 5) *Entourage.*

La souffrance prend place dans un contexte plus large, le symptôme est aussi inséré dans des relations familiales, groupales, voire institutionnelles (« patient-symptôme » du service).

Interactions : communicationnelles, fantasmatiques, transgénérationnelles dépendances, identifications, soumissions...

6) *Transfert et contre-transfert.*

7) *Discussion des possibilités et propositions thérapeutiques :*

- capacités de prise de conscience du patient,
- effets des relances ou interprétations sur son discours,
- capacités d’élaboration, souhait de comprendre ce qui lui arrive et d’agir.

8) *Conclusion synthétique.*

## 2. L'écriture

Comme le rappelle D. Castro (2000), le clinicien qui rédige peut employer plusieurs styles : *littéraire* (langage courant, créatif, parfois dynamique, riche dans les descriptions), *scientifique* (normativité, plus scolaire, plus théorique), *professionnel* (concret avec utilisation rigoureuse de la terminologie). Selon les moments, le style change et il existe dans certaines études de cas des passages « juridiques » (argumentation diagnostique par exemple), rhétoriques (chercher à convaincre avec des procédures classiques : recours à l'ethos, au pathos, notamment lorsque l'étude de cas est prononcée en public). Comme toute activité d'écriture, elle n'échappe pas à l'exercice d'une fonction (décrire, former, informer, apprendre, montrer, démontrer, émouvoir, dénoncer, créer, produire un savoir, faire réfléchir...), à la relation avec le sujet du cas (comment le clinicien se projette-t-il, s'identifie-t-il ?) et au rapport avec un public réel ou imaginaire (pour qui écrit le clinicien,

à qui s'identifie-t-il lorsqu'il écrit : à un écrivain et lequel, un chercheur, un théoricien... ?).

Une étude de cas n'est ni un « dossier », ni un « rapport », ni un « compte rendu » rangé dans un dossier. Le clinicien doit être capable de comprendre ce qu'il engage de lui-même dans le style d'écriture qu'il adopte, le regard qu'il porte sur le cas, l'argumentation qu'il produit, la rhétorique qu'il utilise et, surtout, ses identifications (écrire, parler comme...) et contre-identifications (surtout ne pas écrire, parler, comme...). En fait, le clinicien utilise, selon les moments, des énoncés et des procédés différents.

1) L'étude de cas utilise des énoncés « *narratifs* » (pour les événements passés), des énoncés *informatifs*, et des énoncés *argumentatifs* (suivre une logique pour produire une connaissance). Le clinicien doit savoir quand il raconte, quand il décrit et informe, quand il produit des systèmes de causalité, de conditions, pour

donner une représentation ordonnée et construire une « théorie » du cas. Il doit respecter l'utilisation du passé pour raconter (le narratif lorsqu'il fait le récit ce qui s'est passé avec le patient), la précision, l'objectivité lorsqu'il informe et la logique des propositions lorsqu'il argumente.

2) Tout discours utilise des *formules* (« figures » comme les métaphores et autres tropes) qui permettent de faire apparaître plusieurs sens. Le clinicien parle, par exemple, « d'héroïsme du dérisoire » pour qualifier un geste banal raconté comme s'il s'agissait d'un acte de courage surhumain. Ces figures sont riches, suggestives car révélant des sens inaperçus, mais elles peuvent aussi détourner le sens. Le clinicien doit donc les relire avec attention car elles risquent de lui en apprendre beaucoup sur son rapport au patient mais... parfois transformer le discours de ce dernier.

3) *L'argumentation*, lorsqu'elle est nécessaire (discussion du diagnostic, interprétations, reconstruction de l'organisation psychique, hypothèses, production d'un savoir...), doit être un raisonnement avec sa logique, la suite des propositions, des opérateurs logiques, des preuves, le dépassement des contradictions. Dire : « ce sujet a une angoisse de morcellement et se défend par un mécanisme de déni de la réalité, il est donc de structure psychotique » pose plusieurs problèmes : est-il légitime de nommer « angoisse de morcellement » ce que l'on a observé ? a-t-on bien repéré ce déni ? l'opérateur « donc » est-il bien employé pour inférer cette structure (est-ce la seule possibilité) ?

4) Tout écrit a un *envers*, des *implicites*, un « autre texte en creux ». L'étude de cas n'échappe pas à ce principe. Le clinicien, en se relisant, est à même de comprendre ce qui est dit « en plus », « en différent », de ce qu'il voulait ou croyait dire : il a oublié, utilisé un

mot, une métaphore ou une image... À la relecture des éléments de son contre-transfert lui apparaissent plus clairement.

L'écriture des rapports, des comptes rendus montre que nous pouvons commettre de multiples erreurs de formulation. On trouvera dans Castro (2000) et Sultan (2004) des exemples de ces abus de langage (organisés autour de trois catégories : concepts flous, formulations trop générales, expression écrite). Il est préférable d'utiliser des descriptions précises, des expressions spécifiques et ciblées, et une expression écrite correcte (syntaxe et sémantique). Pour tout rédacteur d'étude de cas, il est aussi nécessaire d'éviter :

- *L'utilisation de concepts* (œdipien, narcissique, dépression...) pour décrire des phénomènes comme les situations de rivalité, l'estime de soi ou la tristesse. La logique veut que l'on décrive le phénomène puis que, s'il y a lieu, on l'interprète avec des

concepts correctement appliqués. Ne pas respecter ce principe entraîne l'utilisation d'un jargon psychologique et une incapacité à utiliser la fonction heuristique (découverte) et explicative des concepts.

- *Les causalités fallacieuses* : expliquer un phénomène par ce qui se passe avant, sans discussion. Une interprétation n'est pas une affirmation ou un artifice de présentation mais un raisonnement. Exemple « il a eu une maladie somatique en 2003 et perdu sa mère en 2002 donc c'est un échec de travail de deuil ». Une telle idée doit être légitimée et discutée et l'on doit savoir s'il s'agit d'une causalité somatique ou bien d'un rapprochement « imaginaire ».
- *Les utilisations faciles de formules* (noms, adjectifs, adverbes, conjonctions, verbes...) impliquant des relations entre les faits : « pour », « fonction », « sens », « cause », « déterminer », « effet », « conséquence », « impliquer », « donc », « très »

(anxieux, déprimé...), « ce n'est pas un hasard si... », « témoigner de ... », « signifier ».

- *L'utilisation de formules lapidaires*, volontiers paradoxales, chères aux amateurs de rhétorique, comme des propositions théoriques irrécusables. Ces formules servent à faire réfléchir le clinicien, pas à fermer la question. Leur légitimité théorique, leur pouvoir évocateur n'en font pas des opérateurs de découverte ou de sens : « ne pas désirer c'est désirer ne pas... », « deux femmes c'est moins qu'une... », « leurs plaintes sont des plaintes portées contre... », « deuil ou mélancolie », « l'hystérique cherche un Maître »...

De manière générale, il faut donc éviter tout ce qui confond observation et interprétation, sujet et psychologue, discours entendu et interprétation théorique du clinicien, et tout ce qui fait appel à des opérations réductrices (parce que convenues, répondant à une habitude, à une évidence) ou à des fautes logiques et théoriques (la théorie comme discours de vérité, comme loi intangible donnant un

sens). Quant à l'expression écrite, elle se forge par la lecture de la littérature, son analyse et l'humilité de la phrase simple (sujet, verbe complément) avant d'en venir aux métaphores osées et à l'identification à de grands auteurs, parfois obscurs, qui ont mis des années à produire leur style – dont ils sont d'ailleurs prisonniers.

# Conclusion

La clinique psychologique repose sur des méthodes de recueil, parmi lesquelles, l'observation clinique, l'entretien, le dessin, etc., et de présentation : l'étude de cas. Ces méthodes ont en commun de respecter les principes de la clinique ( singularité de l'individu, totalité des situations, sensibilité à la relation, référence à l'histoire, respect de la subjectivité) et concourent à la réalisation de l'étude de cas qui intègre l'ensemble de ces données. Rien n'empêche toutefois d'intégrer à l'étude de cas des informations plus objectivantes, quantitatives (tests par exemple) qui ne visent ni la singularité, ni l'histoire du sujet, ni la subjectivité. C'est le projet qui importe, sa présentation, et non le détail des données de l'étude de cas. Il en va de même de l'observation clinique qui se soumet à ces principes mais qui peut recourir occasionnellement ou

systématiquement à des tentatives d'objectivation qui, reprises dans la perspective du sujet, n'ont rien de réducteur ou d'aliénant.

C'est donc plus le projet de l'observation, de l'étude de cas, qui atteste de leur adhésion à l'épistémé clinique que l'exhaustivité ou la forme des données recueillies. Doit être considérée comme « hors clinique psychologique » – mais appartenant peut-être à la clinique médicale ou paramédicale – la démarche qui ne voit dans l'individu que le reflet de moyennes, de catégories générales, le porteur de signes, l'objet d'un protocole... Mais, appartient au domaine clinique psychologique toute intégration de données (y compris la sémiologie la plus pointilliste et objectivante) à l'intérieur d'un projet qui vise le sujet considéré comme une totalité contradictoire et opaque, en proie à des conflits et produit par une histoire, dont une part lui reste à découvrir dans une relation toujours difficile aux autres représentés, dans l'observation et l'étude de cas, par le clinicien.



## Bibliographie

ANAUT, M. (2005). *Soigner la famille*. Paris : Armand Colin.

ANGOLD, A., COSTELLO, E.J. (2000). Child and Adolescent Psychiatric Assessment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (1), 39-48.

ANZIEU, D. (1990). Histoires de cas – Comment dire. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, 25-42.

ANZIEU, A., BARBEY, L., BERNARD-NEZ, J., DAYMAS, S. (2002). *Le travail de dessin en psychothérapie de l'enfant*. Paris : Dunod.

ARBORIO, A. M., FOURNIER, P. (2010). *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, 3<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin., coll. 128.

ARBISIO, C. (2013). *Le bilan psychologique avec l'enfant*, 2<sup>e</sup> éd. Paris : Dunod.

ARTAUD, J. (1991). *L'écoute. Attitudes et techniques*. Lyon : Éditions Chronique sociale.

ASSOUN, PL (2011). *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, 3<sup>e</sup> éd. Paris : Anthropos.

BALDY, R. (2002). *Dessine-moi un bonhomme. Dessins d'enfants et développement cognitif*. Paris : In Press.

BARTHÉLÉMY, C., LELORD, G. (1991). *Les échelles d'évaluation clinique en psychiatrie de l'enfant*. Paris : Elsevier.

BÉNONY, H., CHAHRAOUI, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.

BÉNONY, H. (2002). *L'examen psychologique et clinique de l'adolescent*. Paris : A. Colin.

BERNARD, C. (1865). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Flammarion, 1984.

BERNAUD, J.L. (1998). *Les méthodes d'évaluation de la personnalité*. Paris : Dunod.

BINET, A. (1922). *L'étude expérimentale de l'intelligence*. Paris : Éditions Costes.

BOECKHOLT, M. (1998). *Epreuves thématiques en clinique infantile. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

CANONGE, X., PEDINIELLI, J.-L. (2014). *Le regard de travers*. Paris : Armand Colin.

CASTRO, D. (2000). *Les écrits en psychologie ; rapports, expertises, bilans*. Paris : L'Esprit du Temps.

CHABERT, C. (1994). Les approches structurales. In Widlöcher, D. (éd.), *Traité de psychopathologie*. Paris : PUF.

CHAHRAOUI, K., BÉNONY, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.

CHATOOR, I., HIRSCH, R., GANIBAN, J., PERSINGER, M., HAMBURGER, E. (1998). Diagnosing Infantile Anorexia : The Observation of Mother-Enfant. Interactions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37, 959-967.

CICCONE, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris : Dunod.

COTTRAUX, J. (1996). Principes : méthodes et grilles d'analyses comportementale. In Cottraux, J., Bouvard, M., Légeron, P., *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Paris : EAP.

DE KETELE, J.M. (1980). *Observer pour éduquer*. Berne : Peter Lang.

DE MIJOLLA, A., DE MIJOLLA-MELLOR, S. (1996). *Psychanalyse*. Paris : PUF.

DEVEREUX, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode*. Paris : Flammarion.

DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. (1998). *Strategies of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks, CA : Sage publications.

DORON, J. (2001). *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*. Paris : Dunod.

DUMET, N., MÉNÉCHAL, J. (2012). *15 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*, 2<sup>e</sup> éd. Paris : Dunod.

EIGUER, A. (2013). *Le tiers. Psychanalyse de l'intersubjectivité*. Paris : Dunod.

EMMANUELLI, M. (2004). *L'examen psychologique en clinique*. Paris : Dunod, coll. Les outils du psychologue.

FERNANDEZ, L., CATTEEUW, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris : Armand Colin., coll. Fac.

FERNANDEZ, L. (2008). *Le test de l'arbre. Un dessin pour comprendre et interpréter*. Paris : In Press, coll. Psych-Pocket.

FERNANDEZ, L. (2010). *Psychopathologie des addictions : 12 cas cliniques*. Paris : In Press, coll. Concept psy.

FESTINGER, L., KATZ, D. (1963). *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales*. Paris : PUF.

FINKELSTEIN-ROSSI, J., FERNANDEZ, L. (2011). Techniques projectives : 12 cas cliniques. Paris : In Press, coll. Concept psy.

FOUCAULT, M. (1972). *Naissance de la clinique*. Paris : PUF.

FREUD, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF, 1980.

FREUD, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1971.

FREUD, S. (1907). *L'Homme aux Rats. Journal d'une analyse*. Paris : PUF, 1974.

FREUD, S. (1915). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1961.

GARDEY, A.M., BOUCHERAT-HUE V., JUMEL, B. (2003). *Pratiques cliniques de l'évaluation intellectuelle*. Paris : Dunod.

GAUTHIER, B. (1990). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses Universitaires de Québec.

GAUTHIER, J.-M. (2002). *L'observation en psychothérapie d'enfants*. Paris : Dunod.

GEORGIEFF, N. & SPERANZA, M. (2013). *Psychopathologie de l'intersubjectivité*. Paris : Masson.

GILLIÉRON, E. (1994). *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris : Dunod.

« Histoires de cas », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, 1990.

HUBER, W. (1993). *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*. Paris : PUF.

HUMERY, R. (1995). La problématique du cas singulier. In Bourguignon, O, Bydlowski, B., *La recherche clinique en psychopathologie, Perspectives critiques*. Paris : PUF., 69-91.

IONESCU, S., JACQUET, M.-M., LHOTE, C. (2012). *Les mécanismes de défense*, 2<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin., coll. Cursus.

JACCOUD, M., MAYER, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. In J. Poupart, L.H, Groulx, J.P., Deslauriers *et al.*, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Paris : Gaëtan Morin Éditeur.

JOURDAN-IONESCU, C., LACHANCE, J. (2000). *Le dessin de la famille*. Paris : Éditions et Applications Psychologiques.

KAUFMANN, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif*, 3<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin, coll. 128.

KAUFMAN, J., BIRMAHER, B., BRENT, D.A. (2000). K-SADS-PL. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 39 (10), 1208.

KEREN, M., FELDMAN, R. (2002). Le rôle de l'évaluation des interactions lors du repas dans l'évaluation psychopathologique usuelle du jeune enfant. *Devenir, revue européenne du développement de l'enfant*, 14, 1, 5-16.

KOHN, R.C., NÈGRE, P. (1991). *Les voies de l'observation. Repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines*. Paris, Nathan.

KOSMADAKIS, S.C., BRACONNIER, A., HANIN, B., LANCRENON, S., WIDLÖCHER, D. (2004). La pratique des entretiens préliminaires de

psychothérapie psychanalytique. *Annales Médico-Psychologiques*, 162, 271–278.

KRAEPELIN, E. (1905). *Introduction à la psychiatrie clinique*. Paris : Navarin, 1984.

LAGACHE, M. (1949). *L'unité de la psychologie*. Paris : PUF.

LAGACHE, D. (1949). Psychologie clinique et méthode clinique. In D. Lagache, *Œuvres complètes* (tome II). Paris : PUF, 1979.

LAGACHE, D. (1949). Sur la formation du psychologue clinicien. In D. Lagache, *Œuvres complètes* (tome II). Paris : PUF, 1979.

MARTY, F. (2009). *Psychopathologie de l'adulte : 10 cas cliniques*. Paris : In Press.

MARTY, F. (2010). *Psychopathologie de l'enfant : 10 cas cliniques*. Paris : In Press.

MASSONNAT, J. (1987). Observer. In A. Blanchet et al., *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris, Dunod. 17-37.

MICHELS-PHILLIPE, M.P. (1984). *Textes de base en psychologie : l'observation*. Paris : Delachaux et Niestlé.

MONTAGNER, H. (1978). *L'enfant et la communication*. Paris : Stock.

MONTAGNER, H. (1988). Aspects fonctionnels et ontogénétiques des interactions. *La psychiatrie de l'enfant*, 31, 1, 173-278.

MUCCHIELLI, R. (1995). *L'observation psychologique et psychosociologique*. Paris : E.S.F.

PASQUIER, A. (2012). *Psychopathologie des émotions*, Paris : Armand Colin., coll. 128.

PEDINIELLI, J.-L. (2012). *Introduction à la psychologie clinique*, 3<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin., coll. 128.

PEDINIELLI, J.-L., GIMENEZ, G. (2009). *Les psychoses de l'adulte*, 2<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin., coll. 128.

PERRON, R. (2006). *La pratique de la psychologie clinique*. Paris : Dunod.

PETOT, D. (2003). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris : Dunod.

PINEAU, G., LE GRAND, J.L. (2007). *Les histoires de vie*. Paris : PUF.

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N., BOIZOU, M.F. (1996). *Le Rorschach en clinique infantile*. Paris : Dunod.

REUCHLIN, M. (1983). L'observation. In *Les méthodes en psychologie*, Paris : PUF.

REVAULT D'ALLONNES, C. (1989). L'étude de cas : de l'illustration à la conviction. In Revault d'Allonnes, C., *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Bordas.

ROYER, J. (1995). *Que nous disent les dessins d'enfant ?* Paris : Éditions Hommes et Perspectives.

SCHAUDER, S. (2004). *Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui*. Paris : Dunod.

SÉCHAUD, E. et al. (1999). *Psychologie clinique. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

SIMONET, R., SALZER, J., SOUDÉE, R. (2004). *Former à l'écoute*. Paris : Éditions d'Organisation.

SCHMID-KITSIKIS, E. (1999). *Pour introduire la psychologie clinique*. Paris : Dunod.

TAMET, J.Y. (1991). Lire un roman, raconter un cas. *L'Information Psychiatrique*, 67(3), 227-232.

TURCHET, P. (2000). *La synergologie*. Québec : Les Éditions de l'Homme.

VAN CAMPENHOULDT, L., QUIVY, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*, 4<sup>e</sup> éd. Paris : Dunod.

WIDLÖCHER, D. (1990). Le cas au singulier. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, 285-302.

WIDLÖCHER, D. (1998). Les modèles de communication psychanalytique. In Cyssau, C. (éd.), *L'entretien clinique*. Paris : In Press.