

Introduction :

Avant d'avancer nous pourrions poser cette question qui nous paraît importante sur cette discipline ; La psychologie clinique existe-elle en tant que discipline, corps de connaissances, ensemble de buts de méthodes et pratiques. ?

La plupart des gens donnent deux réponses par leurs définitions à la psychologie clinique comme suite :

- La psychologie clinique, c'est ce qui est enseigné à l'université sous cet intitulé avec délivrance du diplôme final de même nom.
- La psychologie clinique, c'est ce que je fais (pratique et enseignement).

Ces deux définitions paraissent complémentaires, mais la plupart des psychologues cliniciens font en fait bien autre chose que ce qui leur avait été enseigné à l'université, parce que les enseignements de la psychologie clinique varient beaucoup d'un lieu de formation à l'autre, les enseignants exposent des visions bien différentes voire contradictoires vu leurs écart important entre les praticiens et les non praticiens.

Même dans les institutions de pratique de la psychologie clinique y en a un psychologue qui définit sa profession en tant que urgentiste (psychologue exercés auprès des mourants, bloc opératoires, soins palliatifs...etc.) et ce selon le contexte de son intervention, l'autre qui est entrain de convaincre les malades à subir un tel ou tel, ou annoncer un décès ou un diagnostic...etc. ou bien d'autres qui se mêlent plus dans la responsabilité de leurs patients en privé .

Le psychologue clinicien, comme il disait **Perron Roger** : « c'est celui qui peut apporter, du fait de sa formation et de sa personnalité, une réponse à certains besoins... ». (1994,P12), cela veut dire que la pratique de la psychologie clinique est liée intimement à la personnalité du clinicien ce qui va permettre non seulement la compréhension du patient mais aussi celle du psychologue/subjectif dans la pratique clinique.

A cet effet nous disons que la théorie ne suffise pas seule mais elle est souvent associée à la pratique du clinicien comme repère et témoin de la scientificité de ce qu'il exerce auprès des sujets .

Mais avant de tenter de définir la psychologie clinique d'abord il faut connaître son histoire si déjà longue : la clinique vient de mot grec qui signifie « lit » : la clinique, c'est l'observation du malade à son chevet. Alors du malade ou de la maladie ?, soit on s'inscrit dans le champs de la médecine c'est-à-dire centrer la réflexion et l'intervention sur la pathologie mentale (la maladie), dans ce cas là on risque de méconnaître la distance entre la maladie et le cas particulier qui est le malade, cet être de chair et de sang qui souffre d'angoisse,..., on sait bien que en médecine même nombreux sont ceux qui s'alarment de voir la maladie faire disparaître le malade aux yeux du médecin même a son chevet... le psychologue clinicien n'est pas immunisé par nature contre un tel danger.(voir *Witmer, Wundt, Janet, Piéron...etc*).

1- Psychologie clinique (Histoire et définitions) : La clinique trouve son origine dans le champ médical :

L'adjectif « clinique » vient du grec *klinikê*, repris en latin sous le terme *clinicus* se dit de ce qui se fait près du lit des malades. Clinique est un terme de médecine au sens où une leçon clinique est celle qui est donnée dans un hôpital près du lit des malades. La médecine clinique est celle qui s'occupe du traitement des maladies considérées individuellement. Le médecin clinique est celui qui visite les malades par opposition à celui qui donne des consultations.

On trouve ainsi le double rôle du médecin, tel qu'il est défini par Hippocrate de Cos (460 env.-380 env. av. J.-C.) dans l'antiquité grecque : « soigner et enseigner selon les modalités pratiques et les règles déontologiques de la profession » (*Encyclopaedia Universalis*, 2008, corpus15, p. 603). Le clinicien ne soigne pas la maladie, il soigne le malade. Se pose alors la question du diagnostic à mettre en place pour choisir un traitement pertinent : l'examen clinique s'attache aux symptômes que le médecin perçoit par l'observation des signes cliniques.

Nous allons voir par la suite comment le terme « clinique » s'est progressivement détaché du champ médical pour s'étendre aux champs de la psychologie de l'éducation et de la formation, et soulever des débats théoriques et méthodologiques : les frontières entre le normal et le pathologique, la différenciation entre méthode expérimentale et méthode clinique, les conditions du rapport au savoir et du désir d'apprendre, la posture clinique dans les pratiques d'orientation et d'accompagnement, le rôle des pratiques réflexives dans le développement personnel et professionnel.

- la question du normal et du pathologique

Au sens étroit, la clinique est une branche de la psychologie appliquée au domaine médical. La psychologie clinique étudie initialement des phénomènes psychologiques qui ne sont pas ordinaires. *Dès 1896*, le psychologue américain Witmer avait ouvert en Pennsylvanie une « Psychological Clinic » destinée aux enfants retardés et anormaux, et il avait forgé l'expression de « méthode clinique en psychologie ». À la fin du xix^e siècle, le mouvement international des tests mentaux fait émerger la figure de Binet, inventeur avec Simon, de la célèbre « Échelle métrique de l'intelligence » (1911) et de Kraepelin, introducteur de la « clinique psychiatrique » qui fit de l'aliéné, un objet d'étude anatomo-clinique. En s'intéressant à l'archéologie des savoirs, Foucault interroge la *Naissance de la clinique* (1963) et pose le problème de l'homme se construisant comme objet de savoir à partir des figures de sa perte (la folie, par exemple). C'est depuis une analyse de l'homme aliéné qu'on parvient à définir l'homme normal, tout comme à partir de l'étude de l'homme mort que la médecine fonde la clinique moderne.

La psychologie clinique n'est donc pas nécessairement une psychopathologie, mais plutôt une psychologie de l'être humain en situation, en interaction et en évolution, plutôt une psychologie de « l'homme ordinaire », au quotidien. Pour Revault d'Allonnes (1989) la démarche clinique est une « position méthodologique voire épistémologique » de construction de connaissances susceptible de concerner les sociologues, ethnologues, travailleurs sociaux, médecins et autres « dès lors qu'ils se posent la question du sujet (histoire personnelle, expérience vécue, création continue de soi...) ou plus exactement celle de la subjectivité, de sa place dans le champ social, de ses rapports complexes avec le fonctionnement social ». La démarche clinique est une position fragile qui souligne l'importance de la relation et prend en compte l'implication pour s'ajuster et connaître de l'intérieur. **(P.44)**

Dans un sens plus large, Lagache y voit « une science de la conduite humaine, fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie de cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle de groupes ». Dans un texte célèbre, Lagache (1949) plaide pour l'unité de la psychologie, considérant que le conflit entre psychologie expérimentale et psychologie clinique est un moment dépassé de l'histoire de la psychologie. Il considère que la psychologie clinique vise à envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une 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.

Ainsi, apparaissent certaines dimensions propres à l'investigation clinique : la contextualisation de l'activité de l'individu et le conflit psychique considéré comme inhérent à la conduite humaine.

Il est facile de définir la psychologie clinique par un certain type de cas (psychologue scolaire,...) ou par référence à un corpus théorique (**psychanalytique ou comportemental, ou certaines techniques TAT**) mais c'est très délicat de définir la psychologie clinique sans à quoi elle est réductible.

Historiquement le terme (clinique) vient de la médecine (examen réalisé au lit du malade) mais n'implique aucune subordination de la psychologie clinique à la médecine. Schmidt a proposé une définition très extensive de celle-ci : « *La psychologie clinique est l'application et le développement autonomes de théories, de méthodes et de techniques de la psychologie et de ses disciplines voisines, à des personnes ou groupes d'individus de tous âges qui souffrent de troubles ou de maladies (quelle qu'en soit la cause primaire) qui se manifestent au niveau psychique (comportement et expérience vécue) et/ou au niveau somatique, ou qui semblent menacés par des pareils troubles et maladies.*

Ce faisant on utilise dans la pratique des méthodes de prévention, de diagnostic, de conseil, de réhabilitation et de thérapie. Les activités pratiques de psychologie clinique s'exercent surtout dans des centres de consultation de toutes sortes, des homes, des institutions médicales hospitalières et ambulatoires, dans la « communauté » et la pratique privée. La recherche et l'enseignement doivent être explicitement considérés comme des parties essentielles de la psychologie clinique parce que sans elles une discipline peut rapidement dégénérer en praxéologie ». (Cité par Fernandez et Pedinielli, 2006.P42), donc La psychologie clinique trouve sa source à la fois dans la nécessité de donner une théorie à une pratique et dans le refus des excès de l'expérimentation qui finit par étudier des phénomènes atomisés qui n'ont plus rien de concret et paraissent artificiels. La recherche en psychologie clinique étant dépendante des conceptions de celle-ci il faut d'abord les présenter.

La psychologie clinique est une des branches de la psychologie qui a d'abord pour objet l'étude des troubles psychiques, des conflits, de la composante psychologique des troubles organiques et des situations difficiles (traumatismes, drames personnels...).

Cette position classique coexiste cependant avec une autre conception de la psychologie clinique qui pourrait être une problématique reposant sur une

méthode spécifique (l'analyse des cas individuels en intégrant l'étude de l'observateur dans l'observation) et concernant toutes les sous-disciplines de la psychologie (psychologie sociale clinique, psychologie clinique du développement...). Elle serait alors une nouvelle psychologie générale se fondant sur une démarche spécifique orientée sur la singularité, et produisant des connaissances originales. Ces deux conceptions de la psychologie clinique, parfois complémentaires, parfois opposées, vont se retrouver à tous les niveaux de la pratique et de la théorie.

Trois auteurs sont considérés comme ses fondateurs. *Witmer* (1867-1956) fonde en 1896 aux U.S.A. la première « Psychological Clinic » dans laquelle il soigne des enfants handicapés mentaux et physiques. *Janet* (1851-1947) a réalisé une œuvre qui constitue une succession de travaux de psychologie clinique : critique de l'excès de rationalité et de l'isolement des variables, intérêt soutenu pour le particulier et pour les faits impliquant le recours à l'observation fine, savoir constitué à partir de l'étude exhaustive de cas pris isolément. *Freud* (1856-1939) évoque le terme en 1899 : il s'agit d'une application des connaissances psychologiques aux données de l'expérience clinique. Mais ce sont ses préoccupations, sa méthode et sa démarche qui peuvent être qualifiées de « psychologie clinique ».

En France l'édification d'une théorie de la psychologie clinique a été l'œuvre de Daniel Lagache (1903-1972) : pour lui, le but de la psychologie clinique est de *conseiller*, de *guérir*, ou d'éduquer. Lagache perçoit que l'objet de la psychologie clinique réside dans sa méthode il dit : « *Ce qui spécifie la psychologie clinique c'est la méthode clinique* » (**Lagache, 1949a, P41**). donc Elle est fondée sur l'étude aussi détaillée que possible des cas individuels, c'est-à-dire des phénomènes singuliers. S'appuyant sur les conceptions psychanalytiques, il avance que les dysfonctionnements et les symptômes expriment quelque chose et sont dotés de signification, c'est-à-dire d'intelligibilité; la notion d'« *interprétation compréhensive* » est avancée pour définir la spécificité de l'approche clinique. La méthode clinique est le recueil de faits par observation, entretien et analyse des productions du sujet et vise pour Lagache à comprendre la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation.

La situation de la psychologie clinique française est originale et ne correspond pas à celle observée en Europe ou aux U.S.A. où la notion de psychologie clinique désigne avant tout un *domaine d'intervention* et

secondairement un ensemble de méthodes diversifiées permettant la production de connaissances. En France, jusqu'à ces dernières années, la psychologie clinique se définissait avant tout par une position ou une démarche (prise en compte de la singularité et de la totalité de la situation, référence à la relation entre l'observateur et l'observé), une méthode (étude de cas et observation non standardisée) et par un domaine d'application, mais sa relation étroite avec la psychanalyse et son refus de procédures d'objectivation et de validation admises en psychologie sont une constante. Il existe donc deux types de psychologie clinique, ou deux versants de la discipline; le premier réfère à la psychanalyse, à sa pratique et à ses concepts, en privilégiant la singularité et l'étude de la relation et en montrant quelque réticence à l'objectivation, le second est l'héritier de Janet, de Wallon, mais aussi des travaux anglo-saxons et insiste sur la rigueur méthodologique dans la démarche clinique, sur les techniques d'évaluation et d'objectivation sans pour autant abandonner la référence à l'individualité et à la relation.(Pedinielli,1999)

1-1- Les Objets Théoriques De La Psychologie Clinique.

Le champ théorique de la psychologie clinique est constitué du domaine de la psychopathologie clinique étendu aux manifestations psychologiques des différentes formes de souffrance, complété par les situations d'interaction et d'implication sans pathologie : psychologie de l'éducation, psychologie de l'enfant et de l'adolescent par exemple. La clinique trouve son origine dans la pathologie mentale (psychopathologie), mais se diversifie vers des situations concrètes éloignées du champ de la maladie ou des troubles graves du comportement. Elle n'est pas la seule à traiter de la pathologie mentale qui fait aussi l'objet d'une réflexion psychiatrique, psychanalytique, neurobiologique...

Elle offre une construction originale d'un objet théorique, en propose une représentation et une interprétation complémentaires ou concurrentes à d'autres disciplines.

a)- La pathologie mentale et les troubles du comportement.

Le noyau historique de la psychologie clinique est formé par les différentes formes de la souffrance psychique, que ce terme désigne l'origine ou bien le lieu où se manifeste cette souffrance qui peut être transitoire ou constante, entraîner de sévères limitations de l'existence et des rapports interpersonnels difficiles ou rester discrète.. . La psychologie clinique s'intéresse surtout aux mécanismes psychologiques qui sont impliqués dans les troubles présentés par la personne.

Tout en gardant fréquemment la terminologie psychiatrique, elle étudie principalement les structures, les processus et les mécanismes de défense, éléments qui rétablissent l'idée d'une dynamique des processus psychiques.

b)- *Nouveaux domaines.* L'évolution de la *pathologie*, de la demande sociale et des intérêts de la psychologie clinique a entraîné la naissance de nouveaux objets.

Ceux-ci peuvent être définis en fonction des thèmes (aide aux mourants, handicap, marginalité...) mais aussi des lieux d'intervention (crèche, hôpital général, prison...), voire des moments du développement (nourrisson, adolescent, sujet âgé...). Le domaine de la santé, (les malades, les familles et les soignants, la psychologie de la santé, la neuropsychologie) le développement, l'éducation, la rééducation, et le domaine de la société représentent des champs théoriques et pratiques très actuels. **(Fernandez et Pedinielli, 2006)**

1-2- Le travail concret du psychologue clinicien :

Selon les lieux de travail et les patients, les conceptions du psychologue et ses activités peuvent varier de manière notable. Toutefois, on peut regrouper celles-ci autour de quatre pôles : l'évaluation et le diagnostic, la pratique des thérapies ou des rééducations, le conseil et l'intervention institutionnelle. Il est rare qu'un même psychologue se consacre effectivement à chacun de ces quatre pôles; chacun peut se spécialiser dans l'un ou l'autre, mais ils représentent les points fondamentaux du travail des psychologues cliniciens.

a)- *L'évaluation et le diagnostic.* **Huber (1993)** considère que le diagnostic est le « *résultat final d'un processus complexe au cours duquel le psychologue clinicien cherche des informations sur une personne et les élabore en vue de cerner les problèmes de celle-ci et leurs causes, de décider s'il y a lieu d'intervenir et comment, et d'évaluer les interventions et leurs effets* » . Il préfère parler d'évaluation psychologique pour souligner que l'opération ne se limite pas à utiliser une classification en termes de pathologie et à y intégrer les troubles du sujet mais vise « *à décrire en plus toute la dynamique individuelle, le jeu des forces, faiblesses, déficits et fonctions adaptatives, qui déterminent ce comportement individuel et son évolution* ». **(P.66)**

La notion de « *niveaux de diagnostic* » montrerait que celui-ci, en tant qu'opération cognitive de reconnaissance et de nomination d'un phénomène suppose le recueil de différents types d'informations (ce que permet le « bilan psychologique » qui intégré, dans la perspective d'une étude de cas, plusieurs techniques) et leur traitement différentiel en fonction d'objectifs distincts comme, notamment : le diagnostic de la maladie, du type de personnalité, du

raisonnement, l'évaluation des processus psychopathologiques, des compétences de l'entourage, des capacités et des modes de communication... Si une étude de cas complète peut nécessiter l'ensemble de ces niveaux, il est plus probable que le clinicien se contente d'une partie de ces niveaux. Du diagnostic dépendent les indications thérapeutiques.

b)- *Les psychothérapies.*

Le terme regroupe l'ensemble des méthodes codifiées soutenues par une théorie scientifique, une validation des résultats, qui visent, par des moyens psychologiques, à permettre à un sujet de modifier certains de ses comportements ou de ses pensées dans un sens bénéfique pour lui. Parmi les psychothérapies, on inclut généralement la psychanalyse, les psychothérapies d'inspiration analytiques, les psychothérapies de soutien, les psychothérapies brèves, les psychothérapies de groupe, les thérapies systémiques, les thérapies cognitive-comportementales, les psychothérapies « humanistes »...

c)- *L'activité institutionnelle et le conseil psychologique.*

- Le counselling vise à faciliter l'existence des sujets en difficulté d'une manière qui respecte leurs valeurs, leurs ressources personnelles et leur capacité de décision.

La méthode utilisée est l'entretien dont le style peut varier en fonction des écoles théoriques. Ces entretiens permettent d'aider le patient à évoquer ses difficultés, à ramener son angoisse à des proportions plus contrôlables, à faire l'exploration de ses propres réactions et à prendre ses propres décisions.

- *Les interventions de crise* supposent la mise en place de méthodes permettant la limitation des actions dangereuses pour le sujet et pour les autres, le soutien du patient ou de l'entourage, la facilitation d'un autre mode d'expression que le passage à l'acte, l'analyse avec le sujet de ce qui a déclenché cet état, et la mise en place d'une procédure de suivi ultérieur. La fonction contenante du psychologue est particulièrement sollicitée ainsi que sa capacité d'intervention verbale et ses possibilités d'aider le patient à exprimer son drame actuel en comprenant qu'il n'est peut être pas sans rapport avec certains éléments de sa personnalité et de son histoire.

L'activité institutionnelle. L'observation des modes de fonctionnement de l'institution, de ses conséquences sur les patients et les soignants, des circuits parallèles de l'information représente une des activités du psychologue.

L'animation d'activités institutionnelles représente un autre de ses rôles classiques. Il peut s'agir de réunions avec les patients, ou entre soignants et patients, de groupes de paroles, d'ateliers à vocation thérapeutique, d'activités

avec les patients..., toutes ces activités ont en commun de promouvoir des modes de communication et de représentation qui permettent que l'institution n'évolue pas vers la chronicité. Si la conduite de réunions, la gestion de la parole en groupe, les techniques communautaires sont des outils nécessaires, le psychologue clinicien ne peut les employer que dans le cadre d'un projet institutionnel réfléchi et articulé à ses connaissances de la situation et à l'équilibre interne de l'établissement. **(Fua, 2000)**

Cependant le travail de chercheur clinicien dans La recherche clinique se caractérise par le souci de restituer l'objet de recherche dans son contexte et par un nécessaire va et vient entre la pratique et la théorie. Les hypothèses qui guident le travail ne sont donc plus des propositions explicatives, mais des constructions qui permettent au chercheur de formuler une représentation explicative, une interprétation heuristique, de ce qu'il observe. La recherche n'est pas rigoureusement planifiée mais dépend du contexte dans lequel elle s'insère, la compréhension intuitive du chercheur jouant un rôle important. L'objet de recherche bénéficie ainsi d'un processus de construction- déconstruction permanente permettant le recadrage du travail. Ce type d'approche pose des problèmes de validation dans la mesure où il ne vise pas à établir des faits reproductibles dans des dispositifs expérimentaux mais à décrire et rendre intelligibles des modes de fonctionnement et de dysfonctionnement et à dégager les significations qui leur sont afférentes. Ce qui laisse une plus grande place à un travail de type compréhensif et donc à la subjectivité du chercheur. **(Bourguignon, 1988)**

Les outils principaux de cette recherche naturaliste sont naturellement l'étude de cas, l'entretien, l'observation et les techniques projectives (Rorschach, T.A.T.) Ces techniques sont aussi utilisées dans d'autres types de recherche mais, ici, elles doivent répondre aux critères de la recherche clinique. On emploie principalement l'étude de cas dont le matériel est recueilli par entretien qui peut être complété par l'observation et par des techniques projectives. L'étude de cas vise, selon Claude Revault d'Allonnes (1989) « à dégager la *logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures sur 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* » **(P.55)**. Elle peut donc informer, illustrer, problématiser (dégager et étayer des hypothèses en rapport avec une

problématique et des référents explicites et implicites), étayer des résultats ou des conceptions théoriques. **(Borguignon et Bydlowski, 1995)**

1-3-La Méthode Clinique Et Ses Outils :

La méthode clinique place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas dé-subjectiver la situation. La « méthode clinique » vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale pour se rapprocher le plus possible des situations naturelles. Ses prétentions à l'objectivité, à la scientificité, à la reproductibilité des phénomènes et à la prédictivité en sont nécessairement réduites. La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien...) de recueil *in vivo* des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte du problème) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre un sujet. Ce second niveau peut être défini à partir de trois postulats: la dynamique, la genèse et la totalité. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. L'être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. Dans ce cadre, les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution de ces conflits. **(Pedielli, 2006)**. La méthode clinique suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite. Les techniques utilisées sont l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, le recueil des informations pouvant faire l'objet de différents types de traitement (analyse de contenu, analyse « psychopathologique », analyse de l'énonciation...) permettant de faire apparaître les éléments saillants concernant l'individu ou le phénomène en question. Les méthodes cliniques visent moins un résultat précis qu'un faisceau

d'éléments dont les interrelations doivent être analysées. Elles se distinguent en cela des méthodes qui impliquent un protocole précis et intangible subordonnant la validité du résultat au suivi rigoureux de ce protocole (méthode expérimentale par exemple).(Perron, 1994)

1-3-1- Pratiques Et Domaines De La Méthode Clinique :

La psychologie clinique comporte au moins trois types de tâches : scientifiques, techniques et pratiques. Les tâches scientifiques visent la constitution d'un corpus de savoir (théories, modèles), la formulation de lois et d'explications, les secondes ont trait à la production de méthodes spécifiques pertinentes (de recherche, de diagnostic, thérapeutiques.. .), les dernières consistent en l'application du savoir et des procédures d'intervention à une situation. Deux opérations sont donc essentielles à considérer : celle qui va de l'expérience clinique à la production d'un savoir et celle qui correspond à l'application pratique d'un savoir général. Le corpus théorique de la psychologie clinique est constitué par un ensemble de connaissances sur des objets particuliers (névrose, handicap, conflit...) et par des références à des modèles théoriques généraux (psychanalyse, cognitivisme, systémique.. .) qui permettent l'interprétation des phénomènes concrets et la formulation de représentations des objets particuliers.(Fernandez et Cateuw, 2001).

1-3-2-La Méthode Clinique En Psychopathologie :

Par méthode, on entend les conditions générales de la science, mais surtout les procédés qui règlent l'expérience de façon à la rendre adaptée l'objet. Les conditions générales exigées concernent la rigueur des propos, la précision des définitions, la logique des raisonnements. Elle permet tout simplement le partage du savoir et le contrôle des affirmations. La clarté d'exposition, la cohérence du système conceptuel, un rapport précis avec les faits, rendent possible la transmission, la vérification et la réfutation des aspects douteux. Nous laisserons de côté ces conditions générales, qui ne sont pas négligeables, mais n'ont rien de spécifique, afin de nous concentrer sur la méthode au sens restreint à savoir : la clinique.

1-3-2-1- La Mise En Œuvre :

- **L'expérience Clinique** : La clinique met en œuvre une expérience particulière, réglée par une méthode, qui aboutit à des descriptions de faits transmissibles. Elle permet d'appréhender des faits de diverses natures que l'on regroupe sous

des rubriques permettant de les associer de manière homogène (faits mentaux, faits discursifs, faits comportementaux, faits caractériels et somatiques). La description clinique est le reflet de l'expérience mise en œuvre et dépend donc de la qualité de celle-ci. Ces descriptions doivent conserver un fort degré d'empiricité mais aussi éviter l'atomisation en éléments disparates, car, en matière humaine, la parcellisation détruit la pertinence du fait. La méthode clinique se greffe sur l'expérience première et immédiate, celle de tous les jours. Mais, elle s'en sépare grâce à une distanciation et une modification, qui permet sa transformation en une expérience spécifique. La transformation de l'expérience première demande relativisation et réflexivité.

-Relativisation Et Réflexivité : La relativisation rapporte le fait à l'expérience qui le produit et s'oppose à l'idée selon laquelle le fait serait indépendant de l'observateur (objectivité concrète). Elle interroge l'expérience et montre que le fait est relatif à cette expérience. Elle débouche sur la réflexivité qui, en questionnant l'expérience de manière plus spécifique par rapport au domaine considéré, permet de se distancier des conceptions spontanées qui faussent la perception. Le praticien par sa personnalité, qui est de même nature que ce qui est à connaître, interfère avec la connaissance. Son expérience est spontanément déformée, si bien qu'une partie de la réalité lui échappe. Dans ce dessein, la psychanalyse intègre à sa méthode leur recherche et leur rectification. Il n'est pas envisageable de faire de la clinique psychanalytique sans tenir compte de son propre fonctionnement psychique. La réflexivité doit sans cesse être réactivée car elle a tendance à s'oublier. La réflexivité distingue l'approche psychanalytique de l'approche psychologique classique. Cette expérience particulière s'organise aussi grâce à l'acquisition de catégories (concepts spécifiques qui organisent la clinique) ce qui permet d'accéder aux aspects de la réalité propres à la clinique psychanalytique.

-L'apprentissage Clinique : La transformation progressive de l'expérience première s'effectue grâce à un apprentissage. C'est une expérience au sens traditionnel d'une transformation personnelle issue d'une confrontation qui instruit. C'est aussi une expérience au sens scientifique, car elle est guidée par des concepts et elle est façonnée par une méthode. L'apprentissage de la réflexivité nécessite un travail sur soi. Le clinicien étant son propre instrument de mesure, il doit progressivement l'améliorer et le rendre efficace, en apprenant à percevoir ce qui est habituellement inconscient et en corrigeant les déformations qu'il impose spontanément aux faits. Pour avoir accès à cette

réalité dont s'occupe la psychanalyse, il faut obligatoirement que certains effets défensifs soient balayés chez celui qui veut accéder à la connaissance. Contrairement aux autres sciences qui peuvent se bâtir sur le refoulement, la psychanalyse ne peut pas procéder ainsi. Il est impossible d'avoir accès à toute une partie de la clinique (en particulier la clinique avancée) sans une réflexivité qui mette en jeu ses propres déterminations psychiques. Mais celles-ci sont inconscientes ce qui n'est pas une mince difficulté. Pour surmonter cet obstacle, il faut appliquer à soi-même c'est-à-dire faire une psychanalyse.

1-3-2-2-Les Modalités Techniques

-L'observation : La première approche, porte sur ce qui est directement observable, et permet de décrire des faits comme des comportements ou des symptômes. C'est une approche plutôt objective et qui découle d'une observation visuelle d'une écoute, d'un questionnement et procède par reconnaissance. Elle décrit des faits comportementaux. Mais cette objectivité est partielle car tous les faits humains dépendent du contexte humain et ont un sens. Notons bien qu'elle porte aussi sur la mentalisation du patient bien (il serait absurde de nier l'existence d'une idée obsessionnelle, du rêve, etc.)

-L'entendement : plus qu'une écoute (patiente, attentive), il faut aussi entendre. Cet entendement doit avoir lieu au double sens de comprendre le sens (en être capable, ne pas y être sourd), puis utiliser des concepts pour le traiter (pensée abstraite) C'est ce qui donne accès aux faits de l'ordre du sens et de l'intentionnalité. On utilise **l'attention flottante** qui permet une écoute et un entendement larges, suscite des rapprochements inédits. Le mode relationnel intersubjectif, et ses fluctuations, peut ainsi être saisi et décrit. C'est une approche intersubjective, qui combine les aspects mentaux et les conduites, qui inclue le praticien dans l'observation et demande un certain degré d'interprétation.

-L'interprétation : L'interprétation permet d'aller au delà de ce qui est explicitement transmis. Soit qu'elle mette en évidence un sens caché dans de ce qui est énoncé soit qu'elle relie entre eux des aspects divers qui ainsi prennent sens soit qu'elle symbolise un vécu brut. Lorsqu'elle a un aspect herméneutique (d'interprétation du sens) ne prétend pas à la vérité, mais seulement à une validité partielle, qui tient à sa vraisemblance, à l'assentiment du sujet et aux effets produit : aspects d'évidence éclairante et effet thérapeutique : une

interprétation juste permet, si elle tombe au bon moment, une mobilisation de la dynamique psychique.

-La qualité des faits cliniques : Aucun des faits mis en évidence par la clinique psychopathologique ne peut être mesuré, mais il est possible de se mettre d'accord sur leur existence. Ils peuvent être caractérisés de diverses manières.

-La caractérisation des faits cliniques s'effectue par leur présence ou leur absence, leur potentialité (s'ils se manifestent ou pas) par leur intensité (force, fréquence), le mode de fonctionnement psychique qu'ils manifestent (archaïque/élaboré), leur extension (limité ou envahissant tous les domaines).

Le caractère probant des tableaux cliniques ne vient ni du cas par cas (trop menacé de contamination personnelle), ni d'une accumulation statistique (inutilisable), mais d'un intermédiaire entre les deux : un nombre de cas suffisants, corroborés par un nombre suffisant de praticiens, ce qui demande plusieurs générations de chercheurs et de nombreuses publications permettant la transmission et la confrontation. (**Widlocher, 1982**).

Donc Observer entendre et interpréter sont les trois modalités techniques de la clinique psychopathologique qui prend son caractère probant de l'expérience cumulée des praticiens.

2- L'étude De Cas Et Ses Outils :

Nous avons vu que 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.

Les débats avec les sociologues, les ethnologues, les historiens ne manquent pas. Notre quotidien de psychologues 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. Les deux dernières patientes que j'ai rencontrées étaient victimes de pressions et conflits dans leur travail comparables, elles étaient toutes deux du même âge, mariées, appartenaient au groupe des employés. Toutes deux racontaient des difficultés voisines avec un supérieur appliquant les consignes autoritaires de sa hiérarchie et toutes deux

semblaient illustrer la notion de « harcèlement moral ». Cette situation avait contribué à produire leur souffrance qui ne pouvait être expliquée par les seuls conflits psychologiques. Pour un spécialiste des phénomènes sociaux, ce sont leurs points communs qui importent et les rapports sociaux, les processus culturels qui les produisent. En revanche, pour le psychologue clinicien qui a en charge leur souffrance, ce sont leurs différences qui frappent : histoires dissemblables, discours opposés, mécanismes de défense distincts... Mais le psychologue serait dans l'erreur s'il pensait que la cause ultime de leurs difficultés est « psychologique » (déterminée seulement par l'histoire individuelle, les défenses, voire l'organisation psychique) et s'il produisait une théorie du harcèlement et/ou de ses effets uniquement fondée sur la dimension inconsciente au mépris de toute réalité sociale. Mais, dans les conceptions actuelles, cette opposition n'est plus reprise de manière aussi stricte : on admet un écart entre les déterminants sociaux, économiques, historiques, ethnologiques et les positions individuelles. 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 dans cette conception 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 parfaitement 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, il est évident que les cas servent de pivots à des généralisations, voire à des réductions, qui permettent de produire des connaissances et constructions argumentées, 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 intériorité, 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). **(Doron, 1998)**

2-1- Le Poids Des Termes

« Étude de cas » n'est pas une proposition 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 primates »), ou encore professionnelle (« une étude de notaire »).

a) **Étymologie** Les termes de l'expression soulignent le paradoxe : « cas » (XIII^e siècle). Vient du latin « *casus* » qui signifiait « événement », mais aussi « situation définie par la loi pénale ». L'usage médical n'apparaît qu'au XVIII^e 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 ». Bien qu'en psychologie clinique l'étude de cas fasse référence à la subjectivité, il ne faudrait pas en conclure que le « cas » est toujours synonyme de « sujet » **(Doron, 2001)** au sens philosophique, le mot « 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...). Pourtant, il est possible de s'approcher de ces exigences en se fixant comme objectif ce qui permet de restituer l'originalité d'un cas sans le réduire à n'être que le reflet d'une abstraction.

b) Synonymes

La littérature psychologique abonde en termes désignant des situations cliniques voisines : « histoire de malade », « histoire de patient », « observation clinique », « exposé de cas », « vignette clinique », « histoire de cas », « cas clinique »... la liste n'est pas complète. 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 de « cas », retrouvé chez Freud (« *Fall* » : éventualité, cas), désigne souvent de longues histoires de patients et/ou de passages de leur analyse, représentatives d'un problème théorique ou clinique.

c) antonymes

Il est peut-être plus facile de comprendre l'étude de cas par rapport à ce qu'elle n'est pas, à ses opposés. En tant que méthode, elle se différencie radicalement de la statistique : elle ne vise pas à mettre en lumière ce qui est commun à une population de sujet comparable ou à faire apparaître une moyenne puisqu'elle concerne avant tout l'individu. Là où le statisticien essaiera de voir ce que tous les schizophrènes ont en commun ou ce qui est majoritairement représenté chez eux, 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 donc 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. La question est alors de savoir passer de la singularité à la généralité lorsque l'étude de cas sert à édifier une théorie d'un phénomène (étude de cas d'hystérie par exemple). Mais, dans son projet, elle s'oppose aussi à ce qui est superficiel, apparent, de surface ; elle vise au contraire la profondeur, la complexité, le latent.

Toutefois, nous pourrions parler sur l'utilité de l'étude de cas par rapport à l'étude statistique dans ces points essentiels :

Le but de toute étude de cas, comme celui des monographies freudiennes, n'est pas de rapporter des faits exacts, mais de chercher à illustrer l'expression de telle ou telle construction théorique [et je rajouterai, méthodologique] préalablement élaborée.

Contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plus tôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective plus tôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plus tôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plus tôt que des échantillons représentatifs et par fois vise à responsabiliser le patient plus tôt que de simplement l'observer.

Les études de cas ont un rôle majeur dans le développement des pratiques psychologiques et dans la formation des praticiens. Car, en effet, elles agissent comme des puissants médiateurs entre la pratique de la psychologie clinique et les aspects théoriques de la discipline.

Et à travers la présentation d'une étude de cas, le praticien explique, comment, à sa manière personnelle, il/elle lie sur le terrain de ses interventions modèles conceptuels et modalités d'intervention. (Castro, 2009)

Donc nous pourrions dire que : « *Aller jusqu'au bout de l'exigence de singularité, c'est donner sa plus grande chance à la plus grande universalité tel est le paradoxe qu'il faut soutenir* » .

2-2- Autres Utilisations Du « Cas »

L'étude de cas et la méthode des cas ont naturellement des origines extra-scientifiques. Nul doute que 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 les courants du XIX^e 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 privilégié. 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 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 individuels 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 tous les auteurs du XIX^e et du XX^e siècle des cas dont les descriptions, les titres, et parfois les noms, sont restés célèbres : Ellen West, Suzan Urban, les seurs Papin... Déjà le fondateur de la psychiatrie française, P. Pinel, qui a proposé sa classification des maladies mentales dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, cite 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-elles 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 (pathobiographie), 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. **(Pedielli et Fernandez, 2006)**

- **Freud Et Les « Histoires De Malades »**

Avec Freud, l'étude de cas (l'histoire de malade) acquiert une dimension capitale. D'une part, Freud 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 d'ailleurs en adéquation avec son activité clinique : son travail est de suivre régulièrement des patients --- qui ne demandent qu'à parler--- et non la démarche diagnostic-pronostic-traitement qui fonde plutôt 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 principaux troubles mentaux (névrose, psychose, perversion) 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 de la notion de cas.

Si, chez Freud, la question de la nostalgie occupe une place importante, tant du point de vue descriptif (isolement de la névrose d'angoisse, de signes originaux 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 différentes. *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 des rêves et les problèmes d'erreurs-transférentielles. 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).

L'étude de cas n'est pas forcément celle d'une cure. Mais les textes présentant des cas du point de vue analytique ont des caractéristiques essentielles : 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 procédures de défense. Il est indéniable que la pratique psychanalytique de l'histoire de maladie a servi de modèle positif pour la psychologie clinique.