

5. L'observation clinique

5.1. Définition de l'observation en contexte clinique

L'observation occupe une place centrale dans la pratique psychologique et constitue le socle de la méthode clinique. Le terme « observation » provient du latin ob-servare, signifiant « regarder attentivement », « se conformer à », ou encore « conserver ». En psychologie clinique, observer implique bien plus qu'un simple acte perceptif : c'est une démarche d'attention, d'intelligence et d'intention dirigée vers un objet humain singulier. L'observateur concentre son activité psychique sur des phénomènes précis afin d'en recueillir des informations pertinentes, tout en tenant compte du contexte et de la subjectivité du sujet observé (Pedinielli & Fernandez, 2020).

Dans cette perspective, l'observation clinique dépasse la simple constatation des faits. Elle vise à comprendre les manifestations comportementales, verbales et affectives dans leur rapport à la vie psychique du sujet. Elle s'inscrit dans une dynamique d'écoute et de regard, où le clinicien cherche à déceler les processus sous-jacents à travers les expressions visibles. Comme le rappellent Chahraoui et Bénony (2003, cités dans Pedinielli & Fernandez, 2020), l'observation clinique consiste à relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs, afin d'en dégager un sens dans la dynamique de l'histoire du sujet et du Cadre intersubjective de l'observation.

Ainsi, l'observation Clinique n'est jamais neutre : elle implique une posture éthique, une écoute flottante et une vigilance aux effets de la subjectivité du clinicien dans la relation. Le regard clinique, loin d'être réifiant, cherche à saisir la singularité du sujet, à travers l'expression de sa vie psychique, dans un rapport de co-construction du sens.

« Madame X, 55 ans, entre « en traînant les pieds » et s'assoit, immobile. Son regard fuit, son ton est « monotone », son débit « ralenti ». Elle se plaint de « tout ce qui lui paraît insurmontable », de fatigue persistante, d'insomnie, de perte d'appétit, de gémissantes répétées et de négligence corporelle. L'observation clinique ici ne se contente pas de noter des signes (ralentissement moteur, apathie) : elle restitue la souffrance subjective, la perte de l'élan vital et la déstructuration du Moi dans la dépression ».

5.2. Les types d'observation

Plusieurs types d'observation se distinguent selon la place du clinicien, la visée méthodologique et le degré d'implication. Pedinielli et Fernandez (2020) distinguent notamment l'observation structurée et l'observation relationnelle, reprenant la typologie de Kohn et Nègre (2003).

L'observation clinique structurée repose sur un dispositif systématisé (grilles, enregistrements, tests) et vise la neutralité du clinicien. Elle s'apparente au modèle médical : le clinicien se tient à distance, recueille des faits objectivables et cherche à établir des corrélations entre comportements observés et variables psychologiques. Cette approche s'inscrit dans une logique explicative. L'observation clinique relationnelle, en revanche, valorise la dimension subjective et intersubjective de la situation clinique. Le clinicien y adopte une position d'implication, une

attention flottante, et une posture compréhensive. Elle vise à faire émerger le sens des phénomènes à partir de la rencontre entre le sujet et l'observateur.

D'autres distinctions classiques s'ajoutent à cette typologie : observation participante (le clinicien interagit activement dans la situation, comme dans le jeu avec un enfant ou l'accompagnement thérapeutique), observation non participante (le clinicien reste en retrait, par exemple derrière une glace sans tain), observation directe et indirecte. Enfin, l'auto-observation représente une forme spécifique où le sujet s'observe lui-même, souvent avec l'aide de dispositifs d'enregistrement. Cette méthode est également utilisée en psychothérapie ou en formation, pour favoriser la prise de conscience de soi et l'analyse du contre-transfert (Devereux, 1980).

« Damien, 16 ans, consulte pour une dépendance au cannabis. Il arrive « euphorique », annonce avoir « fumé plusieurs joints avant le RDV », a « un bras dans le plâtre », « ne tient pas en place », entend « son cœur battre », grossit et se plaint de troubles de l'attention. L'observation sémiologique identifie les critères diagnostiques de l'intoxication au cannabis (euphorie, désinhibition, agitation, incoordination...), mais ne dit rien du sujet. L'observation clinique, au contraire, chercherait à comprendre la fonction de cette consommation, les angoisses sous-jacentes et le rapport à l'altérité ».

5.3. Les conditions de l'observation clinique

L'observation clinique repose sur des conditions précises, à la fois méthodologiques, éthiques et relationnelles. Elle implique d'abord la mise en place d'un dispositif d'observation adapté au cadre (milieu naturel, milieu aménagé, cabinet de consultation, institution). Ce dispositif comprend la définition du lieu, du temps, des outils utilisés, et le degré de visibilité de l'observateur (Fernandez & Catteeuw, 2001, cités par Pedinielli & Fernandez, 2020). Une autre condition essentielle concerne la posture du clinicien. Celui-ci doit conjuguer rigueur et disponibilité psychique. La neutralité bienveillante n'exclut pas l'implication : elle suppose au contraire une capacité d'auto-observation constante, notamment à travers la reconnaissance de ses éprouvés contre-transférientiels (Ciccone, 2019). Le clinicien doit être attentif à ses propres réactions émotionnelles et à leurs effets sur la relation.

La qualité de l'écoute et du regard constitue également une condition fondamentale. L'attention dite « flottante » (Freud, cité par Pedinielli & Fernandez, 2020) permet d'accueillir les associations libres du patient sans les filtrer prématurément par une grille théorique. Elle s'accompagne d'une écoute du verbal et du non-verbal : ton de la voix, mimiques, postures, silences, gestes. Enfin, l'observation clinique requiert une éthique du regard : observer sans juger, sans réduire le sujet à ses symptômes (Lagache, 1949).

« Hugo, 6 ans, découvre le matériel du scéno-test. Il s'exclame : « super », puis ajoute : « comme ça, tu pourras travailler dans ton coin pendant que je joue ». Le ton « n'est pas triste mais celui d'un enfant habitué à s'occuper seul ». 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 ». L'observation clinique, ici relationnelle, permet de corriger une distance relationnelle et d'instaurer une aire transitionnelle ».

5.4. L'importance de l'observation clinique

L'observation clinique constitue un outil fondamental de la psychologie clinique, car elle permet de saisir la complexité du fonctionnement psychique au-delà des mesures objectives. Elle est la première étape du processus de compréhension et d'élaboration du sens, que ce soit dans le cadre d'un entretien, d'un test, ou d'une psychothérapie.

Selon Pedinielli et Fernandez (2020), observer, c'est d'abord apprendre à regarder et écouter c'est-à-dire se rendre disponible à la rencontre avec l'autre dans sa singularité. L'observation favorise l'accès au vécu subjectif du patient, en révélant les modalités de son rapport à soi, à l'autre et au monde. Elle joue également un rôle de médiation entre le visible et l'invisible, entre le comportement observable et la vie psychique sous-jacente (Foucault, 1972). Sur le plan pratique, l'observation clinique est indispensable dans le diagnostic, l'évaluation et la psychothérapie.

Ainsi, loin d'être une simple technique, l'observation clinique est une attitude fondamentale du clinicien, un mode d'accès au sujet dans sa complexité, et un instrument de connaissance autant que de transformation psychique.

« L'observation du dessin chez l'enfant est « très utile pour accéder à son espace psychique ». Le dessin devient « un mode d'expression de l'inconscient, équivalent des associations libres de la parole », et une « mise en acte de l'expérience perceptive et sensori-motrice ». Observer un enfant dessiner, c'est entrer dans sa dynamique interne, ses angoisses et ses conflits actuels »

Références

- Anzieu, D., & Barbey, C. (2012). Le dessin et la symbolisation chez l'enfant. Paris : Dunod.
- Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). Observation et relation clinique. Paris : Armand Colin.
- Ciccone, A. (2019). L'observation clinique et le contre-transfert. Paris : Dunod.
- Devereux, G. (1980). De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris : Flammarion.
- Foucault, M. (1972). Naissance de la clinique. Paris : PUF.
- Kohn, R., & Nègre, P. (2003). Observation clinique et méthodologie. Paris : Armand Colin.
- Lagache, D. (1949). La méthode clinique en psychologie. Paris : PUF.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2020). L'observation clinique et l'étude de cas (4^e éd.). Paris : Armand Colin.