

## **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).

### **- 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<sup>e</sup> siècle). Vient du latin « *casus* » qui signifiait « événement », mais aussi « situation définie par la loi pénale ». L'usage médical n'apparaît qu'au XVIII<sup>e</sup> 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 » 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 plutôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plutôt 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.

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* » .

### **Les Invariants De L'étude De Cas :**

Toutes les études de cas ont en commun des particularités qui les distinguent des autres modes de présentation des situations cliniques : la singularité, la totalité, l'histoire, la représentation, le transfert. Pour une part, ces invariants sont ceux de la méthode clinique telle que la conçoit Lagache. Il s'agit aussi de caractéristiques 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 peut-être pointilliste entre « cas unique », « cas exemplaire » et « cas singulier » permet de comprendre ce que recouvre ce critère.

*Un cas unique* ce définit par le fait qu'il 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 et momentanés le premier cas de déconnexion hémisphérique (*split-brain*) est un cas unique, mais depuis on en retrouvé quelques autres. En revanche, un seul cas peut résumer en lui toute 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'ont 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 de radicalement original.

*Un cas singulier* présent 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 le fait 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'on 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, évidemment, plus on a tendance à faire 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'à 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 (« journal de l'homme aux rats »). Si Freud a tenu à en faire l'exemple de la névrose obsessionnelle, le souci d'évoquer la singularité du cas est déterminant dans la présentation du cas : 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, 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 contra-phobique) et des représentation 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 bien en scène ses difficultés, mais il l'exprime souvent en relation avec une chronologie : celle du symptôme, celle de la place dans sa vie. Celle de son déroulement, celle de sa vie ... c'est à la fois une 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 références théoriques qui guident la pratique : le clinicien est sensible aux événements et à leurs effets sur le sujet.

**La notion de représentation** met l'accent sur le fait que nous n'avons pas accès aux faits, mais à la manière dont nous percevons et les exprimons. Dans une étude de cas 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 construire, 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'elle implique : l'adresse (à quelle place le sujet situe-t-il l'autre ?), les différents niveaux de la demande, 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* adapté à chaque sujet. La seconde étape est *l'élaboration de ces informations* sous forme d'une *construction* répondant à ces principes fondamentaux et visant à présenter les éléments saillants de l'histoire et de la subjectivité et les modes résolution des conflits. Pour simplifier on pourrait dire qu'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 dans la mesure où elle 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 le 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.