# 2-3-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, évidement, plus on a tendance à faire du cas un exemple, plus on risque de viser une génération 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 contraphobique) 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 su 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 sont 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.