

Jean-Louis PEDINIELLI
Lydia FERNANDEZ

**L'OBSERVATION
CLINIQUE
ET L'ÉTUDE DE CAS**

4^e édition

ARMAND COLIN

Conception de couverture : Le Petit Atelier

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Armand Colin, 2020

Armand Colin est une marque de
Dunod Éditeur, 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

ISBN: 978-2-200-62685-3

www.armand-colin.fr

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° 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

Introduction	5
1. L'observation clinique	7
1. L'observation en psychologie clinique.....	8
2. Les risques de l'observation	11
3. L'observation clinique : définitions	11
4. Position clinique et actions de l'observateur.....	16
5. L'observation clinique : quelle clinique?.....	25
6. Recueil et analyse des données cliniques	32
7. Intérêts et limites.....	34
8. Rédiger l'observation clinique.....	37
9. Exemples d'observation clinique.....	41
2. L'étude de cas et ses paradoxes	46
1. Le poids des termes.....	47
2. Autres utilisations du « cas ».....	50
3. Repères	55
3. Clinique de l'étude de cas : les faits	69
1. Lecture « sémiologique ».....	75
2. La sémiologie.....	78
3. Sur quoi porte le diagnostic?.....	85

4. Les processus psychiques	88
1. Dynamique des processus psychiques	88
2. La subjectivité	103
5. L'écriture de l'étude de cas	114
1. Le plan : éléments de la présentation.....	116
2. L'écriture.....	118
Conclusion	122
Bibliographie	123

Introduction

Apprendre à regarder et à écouter est la tâche première de tout enseignement de psychologie clinique. Il failait 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 recourent 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. Un sujet se réduit-il à une norme statistique ?

Le principal problème est bien celui de l'objet de la psychologie, de la psychopathologie et de la psychologie clinique (Pedinielli, 2016) : 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'il existe 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, Roegiers, 2016). « 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.

I. 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), idéique (pensée, flux associatif, monodéisme, 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 recouvre 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 (2019) 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.