



L'observation
clinique

Albert Ciccone

DUNOD

Une précédente édition de cet ouvrage est parue dans la collection « Les Topos » sous le même titre, chez le même éditeur, en 1998.

Conseiller éditorial :
René Kaës

Maquette de couverture :
Atelier Didier Thimonier

Maquette intérieure :
www.atelier-du-livre.fr
(Caroline Joubert)

<p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>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).</p>
	

© Dunod, 2019
11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff
ISBN : 970-2-10-077546-0

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

Table des matières

<i>Présentation de la 2^e édition</i>	1
<i>Introduction</i>	5
CHAPITRE 1 – DÉFINITIONS ET CONTEXTUALISATION	11
1. Définition de la psychologie clinique et de ses champs de pratique....	13
2. Définition de l'observation et questions épistémologiques préliminaires	21
CHAPITRE 2 – MÉTHODES D'OBSERVATION EN SCIENCES HUMAINES ET OBSERVATION CLINIQUE	29
1. Les sciences de l'homme face aux critères de la scientificité.....	31
2. L'observation expérimentale et l'observation psychanalytique : deux paradigmes.....	35
3. L'observation dans les sciences sociales et humaines.....	39
4. L'observation directe en psychologie	52
CHAPITRE 3 – MODÉLISATION DE L'OBSERVATION CLINIQUE : OBJETS ET MÉTHODES	71
1. Observation de la réalité psychique.....	73
2. Observation des symptômes	78
3. Observation des messages verbaux et non verbaux.....	82
4. Observation des associations.....	89
5. Observation du transfert.....	99
6. Observation du contre-transfert	109
7. Interprétation et validation.....	120
8. Intérêts de la notation	128
9. Observation clinique et recherche : travail clinique et théorisation....	130
<i>Conclusion : Limites de l'observation clinique</i>	137
<i>Bibliographie</i>	145
<i>Index des notions</i>	153

Présentation de la 2^e édition

L'Observation clinique a été publié pour la première fois en 1998, et depuis vingt ans l'audience et le succès de cet ouvrage n'ont cessé de se confirmer. Une nouvelle édition s'imposait, mais le contenu des réflexions et des propositions reste toujours actuel. La modélisation de l'observation clinique telle qu'elle a été construite est toujours pertinente pour rendre compte des processus mobilisés dans la pratique clinique de soin psychique comme dans le travail de recherche clinique. Il en est de même des questions épistémologiques relatives aux conditions de production des connaissances dans le champ de la psychologie clinique, tout comme des modalités de construction des interprétations dans les pratiques de soin relevant de la psychologie clinique.

Le texte a néanmoins été augmenté : j'ai précisé certaines notions et j'ai ajouté des points de réflexion, j'ai actualisé des références et en ai introduit de nouvelles. La bibliographie a été mise à jour. J'ai conservé tous les exemples, nombreux, car ils me paraissent toujours très illustratifs pour les points éclairés.

Cet ouvrage a pour objet la modélisation de l'observation clinique, mais il est aussi un ouvrage militant. Il défend l'idée que l'observation clinique est au fondement de la méthode clinique et de la position clinique. Et que l'observation est une méthode complexe et suffisante pour recueillir le matériel clinique. Si l'on sait observer, avec rigueur, on peut toujours recueillir un matériel d'une très grande richesse, quelle que soit la clinique. L'observation clinique, avec l'attention qu'elle suppose, si elle est conduite avec rigueur, permet de rendre compte de la complexité d'une situation subjective ou intersubjective, des processus engagés dans cette situation, de la réalité psychique qui s'y déploie.

L'observation clinique concerne par ailleurs à la fois la pratique de soin psychique et la recherche.

Mais il est très difficile de faire une observation clinique. La méthodologie de l'observation a des exigences et requiert une discipline importante, conditions nécessaires à sa portée clinique et à sa dimension heuristique – ce dont rend compte cet ouvrage.

L'expérience de direction de recherches (aussi bien en master qu'en doctorat) et celle de formation à la psychanalyse et de supervision de pratiques cliniques me conduisent à constater régulièrement cette difficulté. Elle transparait aussi bien dans les travaux de recherche clinique que dans les comptes rendus de praticiens lors d'un travail de supervision clinique, par exemple. Et cela me convainc de la nécessité d'une réflexion toujours continue sur le positionnement clinique, à partir d'un travail rigoureux d'observation, pour explorer les situations cliniques et construire des modélisations (dans un travail de recherche) ou des interprétations et une compréhension des situations (dans une pratique de soin psychique).

Voici, par exemple, quelques « défauts » récurrents que l'on peut constater dans les travaux de recherche :

- certains travaux contiennent peu d'observations cliniques. Les travaux sont alors trop théoriques et donc spéculatifs ;
- parfois la clinique est essentiellement illustrative. La théorie ne part pas de la pratique, la clinique illustre une théorie déjà là ;
- d'autres fois encore la clinique est générale, il s'agit d'une narration reconstruite qui ne rend pas compte de l'expérience telle qu'elle s'est réellement déroulée, dans le détail, et à partir de laquelle on peut essayer de dégager un modèle de compréhension. La clinique confirme donc toujours la théorie. Et la théorie n'est pas discutable. Il n'y

a pas de contradiction possible. On est donc moins dans une logique de recherche que dans une logique d'opinion; – la clinique est parfois surchargée de projections, d'interprétations. Le chercheur ne laisse pas la clinique « parler ». Là non plus, il n'y a pas de réfutation possible. La clinique n'a pas l'espace pour contredire la théorie. Et la modélisation ne peut pas être discutée non plus.

Les mêmes remarques peuvent être faites à propos de la façon dont, parfois, les praticiens observent, recueillent le matériel clinique, le présentent dans un travail de supervision destiné à soutenir l'élaboration de l'expérience vécue: observations trop larges, trop générales; matériel surchargé de projections, d'interprétations ou de théorisations, etc.

Il est très difficile de faire une observation clinique. Il est très difficile, par exemple, de rendre compte de séquences détaillées – et cela est encore plus vrai lorsque la situation concerne un groupe, une famille. Il est difficile aussi de sélectionner suffisamment de matériel pour voir se déployer, ou pour chercher, la logique qui a conduit, ou qui peut conduire, à un modèle théorique ou à une hypothèse clinique, et de donner en même temps suffisamment d'éléments pour ne pas produire trop de distorsions qui invalideraient ou qui empêcheraient la démonstration ou l'interprétation. Il est toujours difficile de faire un travail qui parte vraiment de la clinique et non d'une théorie déjà là.

Observer avec attention la situation clinique, les expressions du corps et du psychisme des patients comme du clinicien-observateur lui-même, praticien du soin ou chercheur, demande un effort important mais essentiel, qui fonde la position clinique.

L'observateur, par ailleurs, je le rappelle à quelques reprises, observe avec tous ses sens. Il regarde ce qui se déroule sous

ses yeux. Il écoute les mots, les paroles, mais aussi les sons, les silences. Il sent aussi les odeurs, comme il sent les ambiances, l'atmosphère, au-dehors comme au-dedans, dans l'espace mental de chaque protagoniste dont lui-même. Le toucher peut également être concerné, notamment si le clinicien dans sa pratique clinique utilise des médiations, des jeux, des constructions ou des productions diverses. Cette activité d'observation est ainsi toujours intense, elle demande de l'énergie, un effort important.

J'espère que le lecteur trouvera dans la lecture de cette nouvelle édition l'énergie ou la stimulation pour donner à l'observation clinique toute sa place dans sa propre pratique, actuelle ou future. L'observation clinique, nécessaire à toute pratique clinique, est au fondement de la position clinique. Elle est une méthode en soi pertinente pour explorer les situations cliniques, pour penser la clinique.

Albert Ciccone,
janvier 2019.



Introduction

L'objet de ce livre est l'*observation clinique*; nous en proposerons une définition ainsi qu'une modélisation. Les modalités d'observation clinique qui seront précisées se rapporteront spécifiquement au champ de la *psychologie clinique*. Elles concerneront plus particulièrement les pratiques qui, dans ce champ, s'appuient en grande partie sur des énoncés théoriques appartenant à la métapsychologie psychanalytique. C'est à partir de ce champ et dans cette perspective que nous discuterons de l'observation clinique. Nous le précisons d'emblée car on ne peut, en effet, étudier une pratique et la théoriser que dans son cadre, son champ et son contexte. Autrement, toute représentation d'une pratique n'a que peu de sens.

Avant de modéliser l'observation clinique, nous définirons et contextualiserons, dans le premier chapitre, la psychologie clinique et ses différents champs de pratique, auprès de sujets singuliers, de groupes, de familles, d'institutions. Nous définirons également la notion d'observation et discuterons d'un certain nombre de questions épistémologiques qu'elle pose. Seront soulignés en particulier le glissement de l'observation à la construction, et l'adhésion aux épistémologies constructivistes que ne peut manquer de rencontrer toute pratique de l'observation clinique. D'autant que l'observation clinique vise un objet, le psychisme et ses processus, qui n'est pas observable en soi, mais seulement à travers ses effets.

Dans le deuxième chapitre, nous tracerons un panorama des méthodes d'observation en sciences humaines et délimiterons la place qu'occupe l'observation clinique. Nous évoquerons d'abord quelques éléments de débat concernant les problèmes que posent les sciences de l'homme face aux critères de la scientificité. Ensuite seront présentés les deux paradigmes autour desquels s'organisent les pratiques d'observation clinique, à savoir l'observation expérimentale

et l'observation psychanalytique. Dans un troisième temps, nous décrirons les types de méthode d'observation en sciences sociales (observation en extériorité et observation participante – termes repris dans le champ clinique), et les types de méthode d'observation en psychologie clinique (observation structurée objectivante et observation relationnelle implicative, selon les termes de R.C. Kohn et de P. Nègre, 1991). L'observation clinique, suivant les deux paradigmes évoqués, peut donc s'organiser soit dans une visée objectivante, soit dans une visée implicative, subjectivante. Les deux sont d'ailleurs souvent mêlées, même lorsque prédomine nettement la dimension subjective. Tout travail de soin psychique suppose une part d'« objectivation de la subjectivité ». Nous présenterons, ensuite, quelques méthodes actuelles d'observation directe en psychologie, depuis la plus expérimentale jusqu'à la plus référée au le corpus théorique psychanalytique. Nous montrerons comment les pratiques d'observation clinique se nourrissent des pratiques organisées par ces différents dispositifs.

Dans le troisième chapitre sera proposée une modélisation de l'observation clinique, de ses objets et de sa méthode. L'observation clinique vise l'observation de la réalité psychique, de la subjectivité. L'accès à la réalité psychique se réalise par l'observation des symptômes, des signes, des messages verbaux et non verbaux, des interactions, des rêves, des productions tels les jeux, les dessins. L'attention est également portée sur les associations, sur l'agencement associatif des éléments observés. La situation clinique mobilise le transfert, et l'observation clinique suppose l'observation du transfert, des objets transférés et des objets que vise le transfert. Elle suppose également l'observation du contre-transfert, car l'observation du psychisme engage le psychisme de l'observateur. Le contre-transfert, par ailleurs, renseigne sur la nature des éléments psychiques non symbolisés ou non subjectivés.

L'interprétation, qui réunira l'ensemble de ces éléments d'observation et qui visera le sens de la situation, portera essentiellement sur la valeur métaphorique des éléments observés, et consistera elle-même en une métaphorisation de la situation observée. L'interprétation, par ailleurs, visera le déploiement non pas *du* sens de la situation mais d'un *sens potentiel* contenu dans la situation, comme le dit souvent R. Roussillon. Elle trouvera ses indices de validation dans un après-coup.

Nous apporterons, sur l'observation clinique, quelques précisions concernant le champ particulier de la recherche.

Pour terminer, nous discuterons des limites de l'observation clinique. Quelles difficultés rencontre l'observation clinique quant au travail d'objectivation de la subjectivité? À quelles conditions et jusqu'où les différents éléments retenus par l'observation peuvent-ils renseigner sur la subjectivité du ou des sujets observés? Quelles distorsions apportées par le dispositif lui-même peuvent compromettre les tentatives de compréhension et de représentation de la réalité des processus psychiques?