

**Guerra G. (2004): Qu'est-ce qu'est un fait clinique?, *Psychologie clinique*, Nouvelle série n. 17, 29-44.**

## QU'EST-CE QUE UN FAIT CLINIQUE?

Giovanni GUERRA

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche  
Università di Firenze

Le "fait clinique" en psychologie n'est pas un donné naturel, autoévident, qui se présente à un regard naïf mais est le résultat d'une opération complexe qui met en cause la théorie, la technique et la théorie de la technique. Comment arrive-t-on à construire le « fait clinique » ?

Le rapprochement à la clinique médicale pose les bases pour une double confrontation : avec un savoir qui est un modèle de référence même si souvent implicite et avec le thème du relief scientifique de la clinique – question souvent vécue comme source de souffrance.

Dans le domaine psychologique, il est inévitable de constater l'existence de différentes cliniques et donc de différents faits cliniques aussi. Naturellement les différentes cliniques ne sont pas équivalentes mais notre but n'est pas une évaluation mais plutôt la présentation d'un cadre qui en permet la collocation réciproque en fonction des catégories qui seront proposées.

Il est vrai que qui écrit n'écrit pas d'un point de vue neutre, dont l'impossibilité sera argumentée par la suite. En déclarant que la référence fondamentale est la psychanalyse, la position ne devient pas forcément plus claire. Il est fort évident que la clinique psychologique ne coïncide pas avec la psychanalyse ni la psychanalyse avec la psychologie clinique. Mais certains éléments de la psychanalyse, en particulier les éléments techniques, peuvent fonder un précis approche clinique. Il me faudrait justifier plusieurs positions que je ne peux pas discuter ici : par exemple, l'inclusion de la psychanalyse dans la psychologie générale, la spécification de mon orientation, le rapport entre psychanalyse et psychothérapie, l'emploi de la psychanalyse en dehors du setting classique etc. J'essaierais de préciser quelque chose ici et là mais plusieurs choses vont rester à discuter non seulement comme il est normal et inévitable dans un écrit ou dans un discours mais aussi à cause du fait que ici je ne peux pas expliciter trop mes choix.

Il sera aussi inévitable une certaine redondance des thèmes et un revenir sur les mêmes thèmes de points de vue différents. Dans l'exploration des procédés de construction du fait clinique on va parcourir de chemins qui sont à penser comme chaîne et trame d'un tissu, fils qui s'entrelacent à former une idée de clinique psychologique.

### 1. LA CLINIQUE ET LE SAVOIR SCIENTIFIQUE

« La clinique est l'art de soigner le malade au lit ou, dans un sens plus actuel, le secteur des sciences médicales qui s'occupent de l'étude directe de l'individu malade et du traitement thérapeutique conséquent » (Lessico universale italiano, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, 1970).

Cette définition ou d'autres semblables retrouvables dans les dictionnaires signalent les caractéristiques que depuis toujours appartiennent à la clinique. Le *contact direct* avec le malade et le malade en tant que *individu* en sont les deux traits saillants.

A quel type de savoir appartient la clinique ?

André Green (2002) écrit : « La clinique est le plus souvent définie comme la formulation descriptive d'un corpus empirique (...) » (p. 9) et il dénonce comme erreur ce qui est cependant une opinion diffuse: « clinique s'oppose à théorique ». La naissance de la clinique de l'expérience soulève la question de la capacité d'un tel savoir empirique à parvenir au niveau des savoirs scientifiques.

Carlo Ginzburg (1979) a proposé le terme de « paradigme indiciaire » pour indiquer une série de pratiques différentes pour nature et buts mais reliées par le fait d'utiliser indices, traces, détails apparemment secondaires.

Au paradigme indiciaire appartient en manière exemplaire la séméiotique médicale qui se base sur la récolte de symptômes et de signes pour arriver à formuler un diagnostic de la maladie invisible qui se manifeste de manière indirecte. Au paradigme appartiennent aussi les savoirs qui sont appelés, plus ou moins opportunément, « sciences humaines » mais aussi la *connoisseurship*, le savoir du chasseur et tous les savoirs que on peut apprendre seulement dans la pratique et par la pratique, dans le contact direct avec l'objet.

Avant de discuter les traits spécifiques du savoir indiciaire, une petite note.

La clinique médicale est une référence non seulement pour son rôle de modèle princeps ou pour son histoire longue et passionnante et pour son grand prestige. Il y a aussi une raison plus proche au domaine psychologique. Freud, qui est une référence indiscutable pour la clinique psychologique, était un médecin. On a beaucoup et justement insisté sur la coupure opérée par Freud en rapport au savoir de provenance. Il est aussi intéressant voir la continuité entre certaines manières de opérer de la médecine et la découverte et le développement de la psychanalyse. A cette continuité appartient sûrement le rapport entre Freud et Giovanni Morelli.

Au début du deuxième paragraphe du *Le Moïse de Miche-Angel*, Freud parle de sa rencontre avec l'oeuvre de Ivan Lermolieff « bien avant que j'avais entendu parler de psychanalyse » e de la découverte que le nom de l'auteur était un pseudonyme de Giovanni Morelli. Celui-ci avait introduit une révolution dans l'attribution de tableaux en soulignant l'importance des détails secondaires et insignifiants tels que la conformation des ongles ou des lobes de l'oreille etc. « Je crois- écrit Freud- que sa méthode s'apparente strictement à la technique de la psychanalyse médicale. Même cette-ci est accoutumée à pénétrer choses secrètes et cachées grâce à des éléments peu valorisés ou inaperçus, aux détritrus ou aux « déchets » de la notre observation » (1914).

Morelli était médecin ainsi que – nous le rappelle encore Ginzburg- Conan Doyle, le père de Sherlock Holmes.

Des fils subtils, des traces, des indices justement qui relient des auteurs différents qui utilisent tous la même méthode : remonter des petits signes visibles à la réalité invisible qui a produit ces traces apparemment négligeables.

Cette dernière affirmation nous reconduit à la discussion sur l'insertion des savoirs indiciaires parmi les sciences qui, en effet, dans la même direction : du visible au réel invisible.

La méthode indiciaire soulève deux difficultés majeures pour devenir une méthode acceptée dans la communauté des scientifiques.

La première est posée par l'individualité du cas. Dans la clinique médical, par exemple, le respect pour la singularité du cas est pleinement congruent avec le fait de s'occuper de individus malades chacun desquels a une spécifique et unique modalité de faire face à la maladie. Pourtant l'individualité fait obstacle à la scientificité qui peut être seulement du général et non du cas singulier.

Hamburger (1972) écrit : « A la limite, la dispersion de l'entité 'maladie' pourrait atteindre un degré tel dans certains domaines de la médecine que, par le singulier détour d'une exigence accrue de rigueur, les faits donneraient raison au vieux concept intuitif qui énonçait : 'Il n'y a pas de maladies, il n'y a que de malades'. Mais on aperçoit aussitôt l'inquiétante difficulté scientifique qui se trouve ainsi soulevée, car il n'y a de science que du général e du corrélatif, et non du particulier » (p. 59). Les exigences scientifiques de généralisation rendent maladie et malade deux éléments qui se excluent réciproquement : si on observe l'une, l'autre disparaît et vice versa.

Cette difficulté contribue à l'évolution de la clinique médicale vers l'expulsion de la subjectivité – dont on discutera en suite.

La deuxième difficulté est le fait que le paradigme indiciaire implique une relation directe entre observateur et observé : la clinique en est encore l'exemple prototypique. Qui utilise un paradigme indiciaire fait référence à un certain nombre de notions partagées mais il est aussi mis en

cause directement pour deux raisons au moins : en tant que témoin de événements qui peuvent être fugaces et en tant qu'il fait recours à son expérience et à une quelque sensibilité particulière. La présence de l'observateur dans le champ ou du moins son excessive proximité à l'objet est en contradiction avec la position neutre qui est à la base du discours scientifique.

L'individualité du cas et la présence de l'observateur dans le champ d'observation constituent la spécificité des savoirs indiciars et, dans le même temps, la cause de la difficulté à être acceptés dans la cité des savoirs scientifiques. La science moderne, de Galilée en avant, est antianthropomorphique et antianthropocentrique, recule de la singularité du cas pour la généralisation obtenue par la voie de l'abstraction mathématisante, fait disparaître l'observateur individuel en faveur d'un observateur universel dont le regard, venant de Sirius, ne perturbe pas l'objet de recherche. La réalité du monde est invisible et il faut la reconstruire identifiant « le figure, i numeri e i moti, ma non già gli odori né i sapori né i suoni, li quali fuor dell'animal vivente non credo che sieno altro che nomi » <sup>1</sup>(G. Galilée, *Il Saggiatore*). A la reconstruction de la réalité invisible visent aussi les savoirs indiciars qui par contre s'appuient justement sur les odeurs, les saveurs, les sons perçus par l' « animal vivant ».

Est-il possible de maintenir l'individualité du cas et la présence de l'observateur et pourtant faire science dans le sens moderne du terme ?

Les sciences dite humaines portent dans leur même dénomination ce point d'interrogation et ce défi. La clinique médicale dans son évolution fournit le sens, les raisons et les limites d'un parcours. La clinique psychologique ne peut pas se soustraire à la confrontation.

## 2. LA CLINIQUE MEDICALE ET UNE NOTE SUR LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Née comme savoir empirique, centrée sur la récolte d'indices, la clinique va vers une évolution qui mérite d'être suivie.

Entre le XVIII et le XIX siècle, la clinique médicale déplace progressivement son centre d'attention de la subjectivité du malade à l'objectivité du relèvement de signes. Déjà l'introduction de la séméiotique physique avec l'auscultation, la palpation, la percussion, avait fait glisser l'intérêt de la clinique du malade qui rapporte et commente sa condition à la lecture que le médecin fait des signes et des données obtenus du corps du patient. Mais on était quand même toujours en contact avec le malade. Les avancées de la méthode anatomique et ensuite de la médecine expérimentale éloignent de plus en plus la présence vive du malade du champ clinique (Foucault, 1963, Grmek, 1998, Peitzman et Maulitz, 1998). Cet éloignement bien sûr a soulevé des résistances et des conflits qui traversent tout le XIX siècle. Mais, enfin, avec la bactériologie une soudure se réalise entre les différentes approches qui permet une nouvelle et précise définition du champ clinique caractérisé – pour ce qui nous concerne – par l'expulsion de la subjectivité du malade (et du médecin aussi) (Guerra, 1992, 1995, 1997). Qu'une telle subjectivité rentre dans une certaine mesure aujourd'hui à cause de difficultés et de découvertes (le lien entre émotions et immunologie, par exemple) ne déplace en rien la direction d'une clinique fondée sur une biologie fonctionnaliste (mécaniciste). Par ce chemin, la clinique fait passer l'empirique non seulement dans une sphère plus sûre et bien fondée mais aussi plus élevée dans la cité des savoirs.

Dans cette évolution, le fait clinique apparaît de moins en moins un fait détecté au lit du malade, en contact avec ses symptômes, sa souffrance, ses demandes et il est de plus en plus proche d'un produit d'une recherche artificielle : le prix de la scientificité et de la certitude implique l'expulsion de la subjectivité.

Ici une petite digression dans la psychiatrie qui appartient à la médecine et dans le même temps s'occupe bien ou mal de la subjectivité.

La psychiatrie doit son identité à son objet : la maladie mentale. Un regard rapide à la généalogie de la psychiatrie permet de noter que l'inclusion de la maladie mentale dans le champ

---

<sup>1</sup> « les figures, les nombres, les mouvements mais ni les odeurs ni les saveurs ni les sons qui en dehors de l'animal vivant je crois ne sont rien d'autre que de noms » (traduction à moi).

médical a été une opération complexe et pas du tout évidente. Il est possible de placer à la moitié du XVII<sup>e</sup> siècle le moment dans lequel le médecin commence à se substituer au magistrat et à la charité religieuse dans le traitement de la folie. La médecine affirme sa primauté dans le traitement de la maladie mentale et la confie à cette branche spécialiste qui commence à être la psychiatrie. Portant l'inclusion de la maladie mentale dans le champ médical reste controversée.

Il faut reconnaître, en effet, que l'inscription de certains comportements dans un horizon de déviance implique l'emploi de différentes catégories non médicales : morales, culturelles, sociales, anthropologiques, philosophiques, politiques, psychologiques. Ce qui entraîne deux conséquences. La première est que chaque modification des catégories provoque une modification aussi dans la définition de la déviance et de la maladie mentale. N'est pas petite la liste des comportements autrefois marqués comme déviants ou dégénérés et donc objet de la psychiatrie et aujourd'hui socialement plus acceptés et sortis de la nosographie. La deuxième conséquence est que la psychiatrie a dû toujours se confronter avec les autres sources de définition de la maladie mentale. Pour cette raison le psychiatre a dû être non seulement médecin mais aussi un peu philosophe, sociologue, psychologue, politique etc. Dans le même sens, ses instruments d'intervention varient amplement, empruntés à différents domaines : de la pharmacothérapie à la sociothérapie, de la psychothérapie à l'ergothérapie, au bon sens. En tout état de cause, on ne peut pas identifier d'une manière simpliste la psychiatrie à un organicisme - banal ou sophistiqué qu'il soit. Il y a différentes interprétations de la psychiatrie et on peut en comprendre la raison en fonction de la genèse et de la définition du champ de travail. Ce que nous pouvons affirmer aujourd'hui est l'oscillation entre une attraction pour l'univers de la clinique médicale contemporaine et l'appel au respect de la subjectivité, de l'unicité du cas clinique.

Cette oscillation apparaît en manière évidente, il me semble, au moment de la définition du fait clinique.

Très intéressée par la nosographie, la psychiatrie la plus officielle reconnaît la difficulté dans les passages de symptômes à la syndrome à la maladie. On peut retrouver cette reconnaissance, par exemple, dans le débat accueilli dans la revue *World Psychiatry* (vol.3, n.1, février 2004) autour de l'ambiguïté du concept de « co-morbidité » et du même terme « disorder » (trouble). Pourtant on donne pour incontesté la récolte des symptômes : les difficultés viendraient après, seulement au moment de systématiser les symptômes dans un tableau organique et sensé. Par contre, il me semble que justement cette récolte n'est pas du tout évidente et j'avance le soupçon que les problèmes se posent jusque d'ici. Si dans la clinique médicale, les symptômes racontés par le patient ont été supplantés par l'évocation de signes et l'artificialisme (comme l'appelle Canguilhem), il est difficile d'affirmer quelque chose de pareil pour la psychiatrie. Souvent on peut noter, dans les lieux où s'exerce la psychiatrie, que le processus diagnostique fait confiance à quelque chose d'extrêmement fragile : l'assemblage du matériel hétérogène provenant de l'énonciation du patient, les évaluations des parents, les observations du médecin, les données fournies par les tests etc. Quelle valeur est-il attribué à chaque matériel ? Quelle vérité est-elle attribuée à chacun ? Comment évalue-t-on le poids de chacun ? Pourquoi je pense que le symptôme dont parle le patient se réfère à la même idée que je me suis fait du symptôme ?

On arrête là les questions sur lesquelles on reviendra par la suite à propos du setting pour passer à nous interroger sur la position de la clinique psychologique.

### 3. LA CLINIQUE PSYCHOLOGIQUE ET LA PSYCHOLOGIE GÉNÉRALE

La première question, seulement en apparence provocante, est si existe une clinique psychologique et qu'est-ce que on doit entendre avec ce terme. En effet, le terme « psychologie clinique » est moins une définition que un problème. Le recours aux auteurs qui ont les premiers proposé le terme – qu'il s'agit de Witmer, de Hartenbergh et Valentin ou de Pierre Janet – n'est pas particulièrement instructif. De plus, nous savons qu'il y a plusieurs manières de penser et de pratiquer la clinique psychologique. Et justement de cette variété je pense utile partir en avançant la

thèse suivante : *la psychologie clinique est une branche spécialisée de la psychologie générale*. C'est de contexte de la psychologie générale qu'il faut partir pour comprendre comment on arrive à s'occuper du champ clinique. Pour justifier ce point de vue je suis obligé à faire un bref détour à travers une reconstruction moins historique que épistémologique.

La psychologie pose d'une façon évidente la variété de son articulation interne, un problème que les autres disciplines soit ne présentent pas soit ne l'expriment pas dans une manière si conflictuelle. Comment et où put-on trouver un point de confrontation, un domaine partagé sur lequel on peut établir ce qui unifie ou différencie les psychologies ? Le recours à la notion de paradigme n'est pas satisfaisante car les différentes théories se posent des questions différentes ou abordent les mêmes problèmes mais pour chercher de choses différentes. Il me semble utile employer la suggestion de Georges Canguilhem (1958) de analyser la psychologie en termes de *projet*. « L'objet de la science ce n'est plus seulement le domaine spécifique des problèmes, des obstacles à résoudre, c'est aussi l'intention et la visée du sujet de la science, c'est le projet spécifique qui constitue comme telle une conscience théorique » (p.366). Le choix d'une thématique et d'une méthode ne peut pas se autojustifier, il est déjà le résultat d'une orientation et d'une intention, d'une idée d'homme : le projet permet de comprendre le sens de la théorie.

Sur le chemin indiqué par Canguilhem, j'ai proposé de identifier la suivante série de projets de psychologie générale (Guerra, 1997a, 1997b).

*La psychologie comme science naturelle* qui, en bref, se propose de reconduire les processus psychologiques aux processus physiologiques dans la conviction que « non seulement il est possible explorer avec les méthodes de la science le fonctionnement de l'esprit dans toutes ses dimensions mais aussi que ce fonctionnement peut être décrit dans les termes des propriétés, des structures et des processus du cerveau » (Rose, 1993).

*La psychologie comme science du comportement*. La référence est ici au béhaviourisme qui, de Watson à Skinner, pose au centre de la recherche le projet du contrôle du comportement.

*La psychologie comme science du rapport Sujet/monde*. La mécanique du XVII siècle a montré le caractère illusoire et trompeur de la perception naïve. C'est à la psychologie, nous dit Canguilhem, de disculper l'esprit et de trouver les raisons des illusions perceptives et des erreurs cognitifs. C'est le projet que on peut retrouver dans Fechner, Wundt, la théorie de la Gestalt et aujourd'hui dans le cognitivisme, même si les solutions des divers écoles sont très différentes et souvent franchement antagonistes.

*La psychologie comme construction de la réalité*. Le présupposé de ce projet est que la réalité n'est pas donnée mais est le résultat de spécifiques opérations de construction (cognitive et symbolique) de l'homme. Je me réfère ici à l'épistémologie génétique de Jean Piaget et à la psychanalyse de Sigmund Freud. Si la psychologie de Piaget est une forme explicite de constructivisme, il peut apparaître moins évidente l'inclusion de la psychanalyse et comme psychologie générale et comme psychologie constructiviste. Il suffira ici de rappeler l'insistance de Freud (1913) à placer la psychanalyse dans le milieu de la psychologie et je me limite à dire que l'aspect constructiviste réside dans l'exploration de la capacité symbolique à savoir dans la capacité du sujet (individuel et collectif) de donner un sens au monde.

A partir de ces projets naissent les différentes psychologies cliniques. Je ne veux pas dire que chaque théorie produit forcément une psychologie clinique mais que on peut ramener au sens du projet général les différentes cliniques. Par exemple, on peut reconnaître une clinique centrée sur le contrôle du comportement, une autre sur l'effort de corriger les erreurs cognitifs/émotionnels, une autre encore centrée sur la compréhension des voies subjectives de construction de la réalité.

Deux passages pour rendre les choses plus claires.

Le premier concerne le fait que les quatre projets donnent lieu à trois différentes représentations du sujet :

1. les théories S-R donnent l'image d'un sujet *passif* en tant que répondant à des stimulus (ce qui est vrai aussi pour le conditionnement de Skinner) ;

2. le cognitivisme, en particulier, souligne l'activité du sujet dans l'élaboration des informations et dans la solution des problèmes ;
3. le constructivisme propose une représentation du sujet autonome (Guerra, 1999, 2003) qui construit soi-même et le monde.

Ces différentes manières de représenter le sujet sont très significatives pour qualifier la clinique : on n'est pas seulement en contact direct avec le sujet, on a aussi une représentation du sujet et donc de la relation avec lui.

Le deuxième passage concerne les différentes manières de production de la connaissance. Là aussi on peut identifier trois formes :

1. le sujet même constitue un obstacle pour rejoindre l'objet à connaître ;
2. la collaboration du sujet est fondamentale pour obtenir des informations qui seront mises ensemble aux connaissances du chercheur ;
3. l'objet de la connaissance se place entre chercheur et sujet : la compréhension de ce qui se passe dans la relation est le produit de la recherche.

Les différents projets de psychologie, les représentations du sujet, les manières de production de la connaissance donnent les coordonnées pour placer et pour différencier les psychologies cliniques qui appartiennent toutes et légitimement même si conflictuellement à l'univers de la psychologie générale.

#### 4. L'OBJET DE LA CLINIQUE

Jusqu'ici nous avons évité de convoquer ce qui pourrait apparaître le point nodal de notre thème : de quoi s'occupe-t-elle la clinique psychologique ? Quel est son objet ?

Pour analogie avec la clinique médicale et la clinique psychiatrique on peut affirmer sans doute : la psychopathologie. L'objet est clair et capable en soi de déterminer les frontières du champ de recherche et d'intervention. La clinique s'occupe de la psychopathologie et un fait psychopathologique est évidemment un fait clinique. Cette définition certes est vraie mais elle risque d'être réductrice et implique des difficultés.

Une première est relative aux concepts de normal et de pathologique. La discussion en est toujours actuelle. Nous avons déjà rappelé les problèmes de la psychiatrie justement au moment où elle se confie, pour se définir, à l'objet. Et on ne peut pas oublier les difficultés que cette distinction soulève même dans la clinique médicale. Où et comment poser la distinction entre objets pathologiques et objets normaux ?

De plus, si on tient comme objet la pathologie, en face de la variété des demandes qui peuvent rejoindre le clinicien, il lui faudra soit « psychopathologiser » toute demande soit renoncer à répondre. Seulement après avoir rendu un comportement, une situation, un contexte pathologiques on pourra intervenir ou bien, en évaluant la situation « normale » (?), on s'abstiendra. C'est le triomphe du proustien docteur Cottard pour qui le monde se composait de médecins et de malades : un point de vue particulièrement partiel voir déformant celui du docteur Cottard qui, d'ailleurs, était grand et comme clinicien et comme imbécile.

Il faut encore rappeler que l'intérêt de Freud portait principalement sur le mode de fonctionnement de la psyché (Green, 2002). Ce qui permet de comprendre toutes les recherches non centrées sur la psychopathologie : les investigations sur l'art, l'anthropologie, son œuvre « sociologique » (Enriquez, 1983) etc. Il ne s'agit pas de divagations mais de l'exploration de l'esprit humain dans toutes ses expressions. Certainement la psychopathologie joue un rôle de référence cruciale même dans le sens de la pathologie médicale : la pathologie permet de comprendre le normal. Mais il est aussi vrai que on peut comprendre le fonctionnement psychique dans des situations non pathologiques.

Encore, si l'objet fait de point de repère pour l'identité de la clinique, on risque de négliger un point fondamental : le lieu où on observe la psychopathologie. Autrement dit : quels sont les opérations qu'il faut accomplir afin que une parole, un comportement, un sentiment deviennent un

fait pour le clinicien ? ils sont des faits cliniques en soi ou ils les deviennent parce qu'il y a un observateur et un contexte d'observation ? si on opte pour la deuxième voie, se pose la question sur les opérations qu'on doit accomplir pour définir le contexte dans lequel un fait est qualifié de « clinique ». De l'objet on revient à la méthode.

Pourtant il y a un objet très pertinent même si à lui seul ne suffit pas à définir la clinique : c'est la demande du sujet (Carli e Paniccia, 2003). Les raisons qui rendent la demande un objet spécifique reposent sur le fait que s'adresser à un psychologue est le produit de fantaisies et d'attentes non neutres mais strictement liées à la typique manière du sujet de construire son monde et son expérience. Donc les problèmes qu'il va poser au psychologue, la façon de se mettre en relation avec lui et de lui présenter ses questions – sont tous de données très spécifiques : ils constituent le premier fait clinique.

Choisir la demande comme objet spécifique de la clinique psychologique comporte une précise option de théorie de la technique. Ce qui nous reconduit encore sur la voie de la méthode.

## 5. LA METHODE DE LA CLINIQUE PSYCHOLOGIQUE: LE SETTING ET LE MATERIEL DE TRAVAIL

Si la définition de la clinique psychologique par la voie de l'objet pose des difficultés, la voie de la méthode apparaît plus rassurante. Je ne parle pas des méthodes de la psychologie clinique mais j'aborde deux thèmes en séquence : la définition du setting et le matériel du travail que on y retrouve.

Le premier thème concerne la question du dispositif à l'intérieur duquel prennent forme les faits cliniques : il s'agit là d'un point technique crucial. En effet, s'il est possible d'observer comportements et phénomènes « en plein air », c'est seulement à l'intérieur d'un cadre défini avec précision qu'ils peuvent acquérir une valeur et, *a fortiori*, être élaborés.

Freeman (1998), dans un contexte psychanalytique, invite à discerner les « faits cliniques objectifs » de « faits cliniques psychanalytiques ». Les premiers sont symptômes et signes des troubles mentaux, indépendants de l'observateur et vérifiables par observations répétées. Les manifestations somatiques de l'angoisse, les pensées obsessionnelles, la dysmorphophobie, les contenus délirants, les actes compulsives etc. sont des faits cliniques objectifs, tandis que les faits cliniques psychanalytiques apparaissent pendant le traitement analytique.

La distinction est intéressante et on ne peut pas nier l'objectivité (du moins dans le sens d'une répétition constante) des symptômes et des signes cités. Pour ne pas tomber dans une discussion sur l'ontologie des faits, il me semble que une mise en place correcte de cette discussion doit être reliée aux hypothèses de l'intervention (cfr. infra par.6) à savoir à ce que l'observateur veut faire avec ces faits.

L'observation d'événements et de leur répétition n'est pas en soi spécifique de l'agir clinique : c'est une opération pour tout chacun. Ce qui est spécifiquement clinique est la mise en forme des événements, la possibilité de lier des éléments à première vue disparates, la formulation d'une hypothèse de explication et de compréhension. Nous avons déjà évoqué plus haut la difficulté rencontrée à ce sujet par la psychiatrie centrée sur le symptôme en tant que donnée objective. Notre hypothèse est que un fait clinique est correctement définissable seulement dans un contexte spécifique : le setting.

Pour setting on entend, d'habitude, et l'ensemble des conditions matériels du travail clinique et les règles et les rôles, les fonctions et les devoirs du clinicien et du sujet. Mais le setting joue des fonctions plus importantes : il constitue le champ d'observation et d'intervention du clinicien. Les « faits cliniques » se trouvent ici. Même les comportements au dehors du setting possèdent une valeur clinique (une compréhensibilité) en tant que rapportés au setting.

La question de la place de l'observateur est ici centrale. Il peut être désormais tenu pour acquis mais il vaut toujours la peine de rappeler que la prescription d'un observateur qui n'interfère pas avec le phénomène qu'il observe appartient à un contexte scientifique qu'on peut définir classique. Le XX siècle a proposé, dans différents domaines, une série de « théorèmes de

limitation » qui soulignent justement les contraintes auxquelles est soumis l'observateur. Une conséquence est l'obligation pour l'observateur à définir sa place et les instruments utilisés. Ce rappel au contexte scientifique – qui reprend le thème du rapport entre sciences « dures » et sciences indicielles dont on a parlé plus haut- n'a pas pour but de tranquilliser les psychologues en créant une analogie moins logique que métaphorique. Au contraire, le but est d'insister sur la nécessité voir l'obligation à préciser son setting d'observation et d'intervention. Les phénomènes acquièrent une forme et un sens à l'intérieur de ce qu'on peut appeler un « métaniveau inviolé » (Ceruti, 1986), provisoire mais non instable, limité mais précis, non « naturel » mais construit et communicable. C'est ici qu'on peut légitimement parler de faits cliniques <sup>2</sup>.

Quel matériel, donc, trouvons-nous dans le setting ? ou bien : qu'est-ce que devient un fait clinique ? Les différentes cliniques psychologiques peuvent donner des réponses différentes mais, au fond, on revient à deux options opposées : l'une qui choisit comme matériel électif la relation entre clinicien et sujet et l'autre que, au contraire, l'ignore.

La clinique qui pose au centre la relation parte de l'hypothèse que ce qu'on rencontre avant tout est la répétition et des typiques modalités du fonctionnement du sujet. La manière de formuler la demande, les attentes, les besoins portés ne répondent pas à des rituels plus ou moins codifiés (comme dans le cas du rapport avec le médecin) mais sont déterminés par l'histoire du sujet. C'est ici que retrouvons la valeur de l'analyse de la demande.

La recherche porte sur les déterminantes des discours et des comportements qu'on rencontre dans le setting. La formulation la plus précise et rigoureuse de la façon de conduire l'investigation est retrouvable en Freud quand il fixe dans les représentations-but les condition de production du discours de la parte du sujet et, de manière corrélatrice, les condition de la compréhension de la parte de l'analyste. Quoi que le patient dit ou fait, écrit Freud, « je me sent autorisé à déduire que les choses apparemment plus innocentes et arbitraires qu'il me raconte sont du fait connexes avec son état de maladie. Une autre représentation-but, dont le patient ne suspecte pas du tout l'existence, est celle de ma personne » (1899).

Quels sont les organisateurs des discours et des comportements dans les différents setting de travail ? Cette-ci est la demande qui conduit la recherche clinique. Dans le setting psychothérapeutique l'indication freudienne est de référence. On peut s'interroger, dans de setting différents (par exemple, la supervision d'une équipe de travail) quelles sont les représentation-but soit les organisateurs en cause : pour rester dans l'exemple, on peut penser à les fantaisies sur l'objet de travail (je pense notamment aux équipes soignantes), l'interprétation des objectifs et de l'organisation du travail, la façon d'utiliser le savoir et les techniques etc. (Guerra e Zeloni, 2001).

Sur ce thème, j'ajoute une série de notes.

1. la possibilité d'exporter les « pilastres de la technique psychanalytique » dans des setting non classiques peut soulever des perplexités tout à fait justifiées. Il vaut la peine, cependant, de rappeler que l'invention freudienne trouve de profondes et singulières congruences avec les résultats auxquels parviennent d'autres disciplines. Je pense notamment aux études sur l'énonciation et l'énoncé, sur les actes illocutoires, issus du contexte philosophique –linguistique de l'école de Oxford (Austin, Searle ...). La complexité des processus de communication que en résulte (l'implication de soi, la mise ne jeu de l'identité ...) apparaît en plein accord avec la perspective analytique (à différent titre : Ducrot, 1972, 1984, Flahault, 1978, Gori, 1999, Guerra, 1983). C'est évident que le rapprochement aux résultats d'autres disciplines n'a pas pour but une légitimation de l'extérieur à une approche clinique

[ma per continuare quel fecondo lavoro transdisciplinare che arricchisce ognuna pur lasciandole la totale autonomia.](#)

2. Dans la référence à la psychanalyse, on aura marqué l'insistance sur les aspects techniques et non sur sa découverte fondamentale. Les raisons de cette insistance sont multiples et se fondent sur l'irréductibilité réciproque de la clinique psychologique et de la psychanalyse. La métapsychologie

---

<sup>2</sup> Il peut être intéressant de noter que même la clinique médicale s'est modifiée en manière radicale quand elle a changé son setting en passant du lit domestique au lit de l'hôpital.



freudienne peut ou moins appartenir au bagage théorique et pratique du clinicien. Mais dans une clinique qui pose au centre de sa recherche la relation sujet/clinicien, on est obligé - même avant de s'interroger sur le monde interne du sujet- à porter l'attention sur le possibilité de rendre ce monde un fait observable et traitable à savoir un fait clinique. Et cette possibilité est une question technique.

3. La définition du setting en tant que métaniveau inviolé est, d'un point de vue logique, une opération tout à fait analogue à la définition que de son propre domaine de recherche donnent les sciences « dures ». La définition du setting et des corrélatives hypothèses d'observation et d'interprétation est sans doute réductive, ainsi que chaque setting d'observation dans n'importe quel contexte scientifique : on est conscient que, vis-à-vis de la complexité du réel, nous pouvons nous permettre seulement quelque « fenêtre de compréhensibilité ». Ce qui apparaît à travers cette fenêtre est le notre fait clinique.

4. Au début du paragraphe, j'ai cité Freeman dont la position semble motivée par la préoccupation d'une certaine dérive herméneutique voire deconstructionniste que on peut retrouver dans plusieurs approches cliniques. Il est probable que une sollicitation dans ce sens vient aussi par la valorisation de la narration en tant que matériel clinique, que on retrouve dans des contextes psychanalytiques et non. Une façon de travailler sur la narration consiste se base sur l'invalidation des croyances, sur le relevé des incohérences, sur la correction des erreurs de catégorisation présents dans la narration. On pourrait dire que on relève les inconséquences du texte. On se plaçant dans le setting et en tenant comme point de repère la relation actuelle, la recherche ne porte pas seulement sur la cohérence du texte mais sur la confrontation entre deux « textes » : celui raconté par le sujet et celui vécu dans la relation. C'est pour cette raison, pour cette limitation e ce rigueur imposés par le setting, que j'apparente la clinique à la philologie plus que à n'importe quelle autre discipline. Et la philologie, encore à Carlo Ginzburg de le souligner, appartient par excellence au paradigme indiciaire.

## 6. L'INTERVENTION CLINIQUE: TROIS MODELS

Dans le concept de clinique, avec la proximité au malade pris dans sa irréductible singularité, il y a aussi l'hypothèse de l'intervention. Peut-être cette affirmation n'est pas variée en sens absolu mais certes la forme que prend le fait clinique est strictement liée à la manière de projeter l'intervention.

En fonction des catégories suivantes : conscience de l'existence d'un problème, titulariat du problème, utilisation de la relation aux fins diagnostics et thérapeutiques- je propose trois formes d'intervention nommées : modèle médical, modèle psychologique, modèle de l'hygiéniste. Le nom est attribué en fonction de l'image typique des professions mais c'est claire que les psychologues peuvent utiliser non seulement le modèle ici appelé « psychologique » ou même le peuvent exclure.

Dans le *modèle médical*, l'usager peut ou moins avoir conscience d'un problème ; la titulariat du problème appartient au médecin dans le sens que celui-ci ordonne au malade non seulement la thérapie mais aussi le régime de vie ; cette responsabilité est évidemment réversible et termine avec la fin de la maladie ; enfin, la relation avec le patient n'a aucune valeur aux fins diagnostics et thérapeutiques. Plus explicitement, les processus de connaissance (diagnostic) et de intervention (thérapie) ne impliquent aucunement la relation en tant que telle. Une bonne relation peut faciliter ou être même indispensable pour l'adaptation du patient mais, en soi, in n'y a rien dans la relation que puisse aider le médecin dans la formulation d'un diagnostic et dans l'ordonnance d'une thérapie.

Dans le *modèle psychologique*, il est prévue dans l'usager une certaine conscience d'un quelque problème – même si la conscience peut être confuse et l'attribution de la siège du problème peut être placée en dehors de soi (dans les fils, le partenaire etc.) ; la responsabilité reste toujours à l'usager ; la relation est le lieu de la connaissance et l'instrument de l'intervention. Dans ce modèle, les manières de l'usager de se mettre en relation, de formuler une demande, de porter certains

contenus, de avancer ses attentes etc. deviennent – comme on l’a dit plus haut- l’objet de la connaissance et de l’intervention.

Dans le *modèle de l’hygiéniste*, il n’est pas prévue aucune conscience du problème chez l’usager : les besoins sont relevés par le technicien ; la responsabilité appartient à l’hygiéniste ; la relation n’est prise en compte.

Ces trois modèles sont alternatifs et chacun est cohérent avec une des approches cliniques qu’on peut repérer en utilisant les catégories proposées en précédence. Pourtant, on peut poser ici la question sur la possibilité de utiliser (dans de setting différents) ces trois modèles au de là de la théorie de référence.

Je donne l’exemple du modèle de l’hygiéniste qui, à première vue, apparaît le plus éloigné de l’intervention psychologique. Il y a des situations dans lesquelles un observateur voit des problèmes et des besoins sans que de aucune parte on arrive à formuler une demande. Est-il possible alors de promouvoir quand même une intervention ? Quelles vont être les conséquences sur la construction du fait clinique dans le moment où c’est le clinicien qui se met en mouvement au lieu de recevoir une demande – et tout ce qui en dérive ? Je laisse ouverte la question, tout en reconnaissant qu’il n’y a pas beaucoup d’exemples si non peut-être le modèle de la recherche-action.

## BIBLIOGRAPHIE

Canguilhem, G. (1958). *Qu’est-ce que la psychologie? Etudes d’histoires et de philosophie des sciences* (1983). Paris : Vrin.

Carli R., Paniccia R.M. (2003). *Analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.

Ceruti, M. (1986). *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli.

Ducrot, O. (1972). *Dire et ne pas dire*. Paris : Hermann.

Ducrot, O. (1984). *Le Dire et le dit*. Paris : Editions de Minuit.

Enriquez, E. (1983). *De la horde à l’état*. Paris : Gallimard.

Flahault, F. (1978). *La parole intermédiaire*. Paris : Seuil.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.

Freeman, T. (1998). *But facts exist*. London: Karnac Books Ltd.

Freud, S. (1899). L’interpretazione dei sogni. *Opere di Sigmund Freud* (vol. 3). Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1913). L’interesse per la psicoanalisi. *Opere di Sigmund Freud* (vol. 7). Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1914). Il Mosé di Michelangelo. *Opere di Sigmund Freud* (vol. 7). Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1937). Costruzioni nell’analisi. *Opere di Sigmund Freud* (vol. 11). Torino: Boringhieri.

- Ginzburg, C. (1979). *Spie. Radici di un paradigma indiziario*. Ed. A. Gargani *Crisi della ragione*. Torino: Einaudi.
- Gori, R. (1999). Freud: pragmatiste malgré lui?. *Topique*, 70. 113-133.
- Green, A. (2002). *La pensée clinique*. Paris: Odile Jacob.
- Gremek, M.D. (1998). *Il concetto di malattia*. Ed. M.D. Gremek *Storia del pensiero medico occidentale*. Vol. 3. Roma-Bari: Laterza.
- Guerra, G. (1983). La comunicazione tra progetto razionale e conflitto. *Difesa sociale*, 2. 5-17.
- Guerra, G. (1995) . Savoir médical, structure d'organisation et changement. *Connexions*, 66. 21-34.
- Guerra, G.(1997 a). *Mente e scienze della vita*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Guerra, G. (1997 b). Psicologia clinica e Psicologia generale. *Psicologia clinica*, 3. 58-66.
- Guerra, G. (1999). Sujet et système social: autonomie et construction. **Construction de savoirs en situation clinique : dialogues sur le langage en acte**. Namur : Presses universitaires de Namur.
- Guerra, G. et Zeloni, G. (2001). Gruppo & formazione. *Psicoterapia e Istituzioni*, VIII, 2. 65-77.
- Guerra, G. (2003). Autonomy and Constructivism. *European Journal of School Psychology*, 1, 1. 97-118.
- Hamburger, J. (1972). *La puissance et la fragilité*. Paris : Flammarion.
- Peitzman, S. J. e Maulitz, R.C. (1998). *La fondazione della diagnosi*. Ed. M.D. Gremek *Storia del pensiero medico occidentale*. Vol. 3. Roma-Bari: Laterza.
- Rose, S. (1993). *The making of memory: from molecules to mind*. New York: Bantam Books.

#### RESUME

Le fait clinique en psychologie est une construction complexe qui requiert la mise en œuvre des théories, techniques et théories de la technique. On ne peut pas reconduire la clinique psychologique à un modèle unique, à cause de la différence des projets psychologiques de base qui structurent les différentes orientations. Une conséquence en est que même les faits cliniques sont différents pour les différentes cliniques psychologiques. Pourtant il y a des points incontournables : la définition du setting et la prise en charge de la relation sujet/clinique. On discute les conséquences de utiliser la relation comme instrument de connaissance et d'intervention.

#### Mots clé :

Psychologie clinique – psychanalyse – setting – représentations but

#### SUMMARY

Psychological fact is a complex construction that requires the presence of theories, techniques, and theories of technique. It is impossible to reduce to one model the clinical psychology, given the difference among basic psychological projects that base different trends. Consequently, clinical facts

are different in different psychological clinic. Nevertheless there are some certain points: the definition of the setting of work and the care of the relationship between subject and physician. We discuss consequences of a clinic that uses as instrument of knowledge and intervention this relationship.

Key words:

Clinical psychology – psychoanalysis- setting –purposive idea