

Cas uniques : anecdotes ou fondamentaux ?

Case studies: anecdotes or fundamentals?

Catherine Thomas-Antérion^{1,2}¹ Plein ciel, 75, rue Bataille,
69008 Lyon, France² Université Lyon 2,
Laboratoire EMC, EA82,
69500 Bron, France
<c.thomas-anterton@orange.fr>

Pour citer cet article : Thomas-Antérion C.
Cas uniques : anecdotes ou fondamentaux ?
Rev Neuropsychol 2019 ; 11 (1) : 75-82
doi:10.1684/nrp.2018.0482

Résumé

Le cas unique neuropsychologique repose sur une démarche positiviste et expérimentale. Nous suggérons que la proposition scholastique : *divide, defini, concede, negato, probato* convient parfaitement à la démarche du cas clinique utile à élaborer les fondamentaux. L'enjeu contemporain pour leur perdurance est de maintenir le goût et la possibilité de la controverse (pas de consensus à tout prix), meilleur rempart contre le totalitarisme et le scientisme. La nécessité est par ailleurs, d'une part, d'enseigner un bagage clinique suffisant pour continuer à alimenter les questions théoriques au risque qu'elles soient uniquement alors générées par des machines, et, d'autre part, d'inventer des rencontres et des échanges équilibrés entre cliniciens et chercheurs. Enfin, les malades dont les histoires alimentent les cas uniques doivent participer plus activement aux études.

Mots clés : cas cliniques uniques • clinique • recherche • controverse • connaissances

Abstract

Experimental medicine encompasses a wide array of research, extending from fundamental scientific principles to clinical research, which involves studies of people and case studies. The need for fundamental and mechanism-based understanding is a small part of medical research in the age of connected medicine and medical networks. Many challenges remain, however, including the transmission of clinical approach and interaction between clinicians and researchers. The scholastic proposal: divide, defini, concede, negato, probato seems to be the secret to building the fundamentals with an approach based on case studies. Scholasticism is a method of critical thought which dominated teaching by the academics of medieval universities in Europe from about 1100 to 1700, and a program of employing that method in articulating and defending ideas in an increasingly pluralistic context. We highlight the necessity of developing controversy in order to elaborate new models and new ideas. Finally, patients should be more involved in their own case studies.

Key words: clinical case studies • clinic • research • controversy • knowledge

Introduction

Les cas uniques ont une place importante dans l'élaboration des connaissances en neurosciences. Nous n'abordons pas spécifiquement, dans cet article, l'histoire des cas cliniques neuropsychologiques, notamment ni en quoi ils ont tant apporté à la spécialité, ni leur place actuelle dans un monde hautement technique et volontiers standardisé. Nous renvoyons le lecteur au numéro de

janvier 2018 faisant le point sur les 40 ans de neuropsychologie en langue française et, notamment, à l'article de Gilsoul et Ouvrard [1]. H.M., K.C. et Jon nous tiennent compagnie depuis des décennies, lorsque nous mentalisons le fonctionnement de la mémoire. En sera-t-il de même demain ?

La question des cas uniques dépasse largement la neuropsychologie. La particularité de la neuropsychologie est probablement qu'elle a fondé ses bases théoriques pratiquement exclusivement à partir de cas cliniques et que sans cas cliniques uniques, elle sera probablement appelée à se dissoudre ou à inventer un autre mode de théorisation. Nous allons tenter de montrer qu'il existe une vraie voie

Correspondance :

C. Thomas-Antérion

pour repenser « le cas clinique » dans un monde scientifique, politique, social, etc., qui n'est plus celui de la fin du XIX^e siècle et pas non plus celui des années 1970-1980, époque phare de la neuropsychologie de langue française et de cette démarche neuroscientifique [2]. La neuropsychologie du futur doit connaître son passé pour s'élaborer mais doit également d'une certaine façon s'en affranchir.

■ « Je suis un cas »

« Je suis un cas, docteur » n'est qu'une formule mais elle reste vivace dans le discours des patients. Ils sont à la fois inquiets car ce qui est rare a toutes les chances d'être moins connu, moins compréhensible et moins guérissable mais parfois on perçoit une petite pointe de satisfaction d'être unique. Ceci souligne l'ambiguïté d'étudier « un cas » unique. Le terme « situation » conviendrait peut-être mieux au fondement des échanges et gommerait le risque d'un rapport dominant sachant-dominé naïf, très présent et souvent dérangeant dans la littérature des cas cliniques. Nous remarquons que dans le domaine des espaces éthiques, où la discussion de situations uniques est le cœur du travail, le terme « cas » est peu remis en question et nous allons donc le garder pour ce propos pour quatre raisons. Il fait référence à l'histoire des sciences du XIX^e siècle et d'une bonne partie du XX^e siècle et émerge dès le XVII^e siècle et chez les encyclopédistes notamment Denis Diderot. Il est usuel. Il est transdisciplinaire et est usité autant en sciences humaines qu'en sciences dures. Il ne pose que peu de problèmes éthiques si on admet qu'il est le garant d'une certaine singularité tout aussi biologique qu'environnementale, éducative, culturelle, etc., et qu'il n'empêche pas de s'affranchir de conceptions essentialistes et bien au contraire de construire une conception intégrative d'un singulier dans un tout. Nous avons été très heureuse de lire le titre proposé par Laurent Cohen dans le cadre de la réunion de printemps de la SNLF : *Vingt années avec le corps calleux de Mme R.* Ceci a le mérite de placer l'objet du cas unique au centre du propos : le cerveau (ici le corps calleux), ce qui garantit la démarche scientifique. Toutefois, cette démarche a la particularité de concerner une personne humaine avec qui le chercheur échange, construit, élabore et tisse une relation. La relation de soin est une relation qui a ses règles et son cadre mais n'en demeure pas moins emprunte de communication, d'échange, de mise en commun (questions et réponses) avec un relatif déséquilibre dont il faut bien avoir conscience pour ne pas en abuser qui est de réunir malade-non-malade ou sachant-non-sachant. La relation soignante s'oppose par essence au soin hypertechnique, au soin standardisé et à la présence du robot-animal dont le principe, pour des raisons et objectifs différents, est de s'affranchir du particulier. Elle évolue désormais dans ce monde dont du reste elle enrichit ses pratiques et savoirs. Le paradoxe ultime, et peut-être pas très honnête, est au niveau des tutelles de

revendiquer « l'égalité au soin » pour justifier un soin hyperstandardisé (comme on fabrique un objet en dix étapes sur une chaîne mécanisée), car si deux maladies sont équivalentes par la cause et méritent peu ou prou la même démarche diagnostique, elles surviennent chez deux personnes différentes. La « vraie » égalité de traitement repose sur l'écoute de l'une et l'autre dans leur référentiel, avec la même sollicitude et la même attention. Le cas unique est la production de cette démarche clinique. L'énoncé de Laurent Cohen, dans le domaine non plus seulement du soin mais de la connaissance, souligne que l'on n'est pas dans une relation chercheur-objet d'étude mais davantage dans une relation chercheur-sujet d'étude. Les cas cliniques ont pu parfois scier la branche sur laquelle ils étaient assis en devenant récit, recueil d'anecdotes, petit bout de la lorgnette (et éléments ne satisfaisant pas la démonstration, occultés). Enfin, ce titre rappelle implicitement que 20 ans d'étude et 20 ans de rencontre de Madame R. ce n'est pas rien ni pour l'un ni pour l'autre. Laurent Cohen a su du reste toute sa carrière de neuroscientifique reconnu internationalement continuer à faire de la neuropsychologie et a su réussir l'alliance de travaux pointus en neurosciences élaborant « des fondamentaux » et une nécessaire vulgarisation où « l'anecdote » a sa place mais est très rapidement sublimée par ce qu'elle cache : une forêt d'idées propices à l'élaboration de la pensée scientifique. Nous ne pouvons que citer son magnifique ouvrage, *L'homme thermomètre* (le cerveau en pièces détachées), publié en 2003, qui est un modèle du genre. Toutefois, certains malades suivis des décennies par des chercheurs sont devenus des vedettes ou des VIP et les chercheurs présentant « leurs cas » des managers de cas davantage que des savants.

■ Le positivisme et la méthode expérimentale

L'objectif premier de l'étude d'un cas unique est de participer à l'élaboration d'un modèle théorique, le corollaire est de permettre également la déconstruction de certains modèles et/ou l'émergence de questions nouvelles. Même si c'est une évidence, on ne peut pas comparer l'observation d'un patient prosopagnosique publiée au milieu du XIX^e siècle [3] et celle d'un patient manifestant un comportement de main étrangère publiée en 2016 [4]. La forme a considérablement changé du fait des possibilités techniques qui enrichissent les données cliniques. De plus, le chercheur du XIX^e siècle avait souvent un champ de compétence global, le chercheur contemporain est plutôt spécialisé dans son domaine et parfois un aspect de celui-ci. Notre second exemple s'inscrit toutefois sur le fond dans les traces du premier.

On ne peut envisager l'étude du cas clinique sans se référer au positivisme avec ses forces mais également ses faiblesses. La doctrine portée par le philosophe Auguste Comte (1798-1857) donne la priorité aux faits.

L'expérience est au cœur du positivisme qui prône un raisonnement inductif (théorie édifée à partir des observations). La méthode consiste à théoriser des faits de la manière la plus stricte et la plus simple possible, en évitant toute dérive métaphysique. Dans le domaine médical, la méthode expérimentale est représentée par Claude Bernard (1813-1878) et force est de constater que son mode de raisonnement scientifique perdue en médecine 150 ans après la publication de *l'Introduction à la médecine expérimentale* [5]. Avec la méthode expérimentale, il y a une vraie interaction entre faits et théories ; les faits suscitent de nouvelles théories qui devront être vérifiées et ainsi de suite. Dans cette conception, l'expérimentateur est à l'extérieur du sujet ou de l'objet de l'expérience. La force mais également l'écueil car la posture est difficile de placer le chercheur dans une position extérieure et neutre, face à des faits objectifs, sans qu'en aucune mesure sa personnalité n'intervienne : la libre interprétation est proscrite. Le raisonnement est ici inductivo-déductif : l'observation du patient ambidextre avec main étrangère dont le cerveau est dépourvu de corps calleux fait naître des idées (comment ce phénomène décrit habituellement dans les lésions du corps calleux peut-il s'observer chez un sujet sans corps calleux ?) [4] qui seront contrôlées par l'expérimentation, puis affirmées ou réfutées. L'expérience est toujours liée au raisonnement (théorie rationnelle). Le raisonnement causaliste est indissociable de la méthode expérimentale (la cause de la main étrangère semble être un « déséquilibre » après un épisode infectieux chez un patient antérieurement épileptique : l'article s'acharne à comprendre « le rationnel » de ce déséquilibre). Pour Claude Bernard : « On peut s'instruire, c'est-à-dire acquérir de l'expérience sur ce qui nous entoure, de deux manières, empiriquement et expérimentalement. » Dans les sciences, « l'expérience est toujours acquise en vertu d'un raisonnement précis établi sur une idée qu'a fait naître l'observation et que contrôle l'expérience ». La particularité du cas clinique en neuropsychologie (à la différence de l'étude des sucs pancréatiques pour Claude Bernard) est de voir enrichi le raisonnement expérimental par le récit du vécu subjectif du malade. Nous avons ainsi publié, dans cette même revue, les extraits du journal d'un « malade oublié », venant se télescoper avec la découverte d'un nouvel antigène (AK5) altérant semble-t-il « spécifiquement » certains réseaux neuronaux dans le cadre de l'encéphalite limbique. Ainsi, les neuf patients observés avaient le même phénotype avec notamment une prosopagnosie constamment rapportée [6]. Nous avons été surprise de voir qu'il figurait parmi les cinq articles de la revue de l'année les plus consultés, soulignant que la voie du milieu des sciences les plus fondamentales (biologie) à la clinique la plus subjective (le journal d'un malade) était une voie possible : « étudier sans penser est un travail perdu ; penser sans étudier est dangereux », édictait déjà Confucius (551-479).

Une des questions de fond de l'observation d'un cas clinique est celle de sa généralisation, et ce en sciences

dures autant qu'en sciences sociales. Certains chercheurs en sciences sociales suggèrent – et ce n'est pas qu'une posture intellectuelle – que justement le cas unique ouvre la possibilité des fondamentaux [7]. Les cas individuels sont choisis afin de comprendre en profondeur « le particulier ». La somme de cas particuliers permet la généralité. En cela l'histoire de la neuropsychologie est féconde et illustrative. Ceci souligne également l'impermanence de la connaissance, balayée ou au minimum enrichie par un « nouveau cas ». Au raisonnement inductif (observation) et déductif (hypothèse) dont nous avons déjà parlé, il faut rajouter la proposition d'un processus abductif. Ce processus définit l'irruption d'un fait inattendu de l'analyse des données du cas particulier (le patient avec une main étrangère n'a pas de corps calleux). Ceci permet d'identifier des similitudes entre cas et d'élaborer une forme de généralisation à partir d'un incident particulier [8]. On devine que la route pour collecter les nouveaux cas et lire la littérature en permanente évolution est longue et exigeante. L'étude des cas uniques est une école de la sagesse et sans nul doute l'antithèse de l'hyperproductivisme. Enfin, la pensée positiviste peut avoir le mérite en ne s'intéressant qu'aux phénomènes et qu'aux rapports qu'ils entretiennent entre eux de séduire les scientifiques qui se tiennent à distance de la métaphysique (position agnostique d'inspiration kantienne). Il convient pour être tout à fait juste de rappeler que le positivisme a eu en son temps aussi de noires facettes comme celle de dénier les objets non visualisables (thermophysique, atome, etc.) ou de développer sa propre métaphysique (« secte positivisme »). Nous précisons ce point afin de bien insister sur le fait que poursuivre ou non dans le domaine du cas unique y compris en s'inspirant de certaines idées positivistes n'est pas pour nous une religion nouvelle ou ancienne, seulement une posture épistémologique (philosophique), dans des temps où maintenir la science à distance de la religion est un autre combat.

■ Les découvreurs de cas

Il existe quelques conditions nécessaires pour découvrir des cas. Il est primordial de les lister car si nous réfléchissons à la poursuite de l'apport de l'étude des cas cliniques à la neuropsychologie, il convient parallèlement de vérifier qu'elles perdurent dans l'époque contemporaine.

Le cas interrogeant un modèle, le chercheur d'or doit connaître le modèle et avoir un bon bagage théorique et général. C'est de notre point de vue la limite principale et le danger pouvant conduire à sa disparition. Il n'est pas utile de connaître la biologie pour mener une étude de groupe où l'on mesure tel ou tel facteur (ce n'est pas inutile non plus et le gage des études de groupes réussies) mais il est impossible de « repérer » un comportement de main étrangère chez un patient si on ne sait pas ce qu'est une main étrangère. Il est impossible de trouver intrigant ce comportement, en constatant une agénésie du corps calleux sur

l'IRM, si on ne sait pas que ces comportements ont été justement décrits dans les lésions du corps calleux. On ne trouve que ce qu'on cherche ! Les cas cliniques neuropsychologiques historiques ont ainsi volontiers été décrits par des cliniciens (médecins, psychologues ou autres) qui au chevet d'un malade se posaient des questions théoriques. De là vient en quelque sorte le mythe du clinicien-chercheur. En neuropsychologie dans les années 1970-1980, il convenait, pour « faire » de la neuropsychologie d'avoir un bon bagage anatomique, de connaître la neurologie au moins partiellement pour les psychologues et la psychologie (entre autres les tests) et au moins partiellement pour les médecins. Nous pourrions dire que ce fut l'âge d'or des publications de cas uniques très riches en clinique et volontiers chargés d'anecdotes dans le sens noble et utile à l'étude : « anecdote ou récit d'un fait curieux ou pittoresque, susceptible de divertir ; histoire », nous dit Le Larousse. Ces cas cliniques étaient la suite logique d'une clinique soigneuse et rigoureuse du petit détail. Ainsi, à l'initiative de Michel Poncet à Marseille, se sont tenues pendant une grosse dizaine d'années trimestriellement des réunions bon enfant, très créatives, où les cliniciens de Grenoble, Marseille, Lyon, Saint-Étienne (Gremalyst) : médecins, psychologues, orthophonistes, etc. apportaient leurs perles rares livrées en pâtures aux autres cliniciens et aux chercheurs du groupe (par exemple, François Michel de Lyon ou Serge Carbonnel de Grenoble). Ces réunions ont disparu quand les consultations de mémoire ont été créées dans les années 1995 et que le raz de marée *Démence toute* est survenu. En effet, il nous faut rapprocher trois phénomènes de la chute progressive de l'intérêt et du nombre de publications de cas uniques. La culture générale en neurologie et en neuropsychologie s'est éteinte : c'est-à-dire la capacité à pouvoir parler autant de linguistique ou de mémoire sur le plan général – chacun avait déjà à l'époque bien entendu un thème de prédilection (le corps calleux a toujours été très présent à Marseille) – a disparu. Peu à peu, la neuropsychologie a perdu ses bases philosophiques (le premier cours de psychologie expérimentale a été donné il y a presque 150 ans par Théodule Ribot considéré comme le premier psychologue, en 1885), son savoir général : anatomie, physiologie, linguistique, psychologie clinique, etc. et s'est instrumentalisée : tests, remédiation cognitive, etc. De plus, outils et processus cognitifs ont été largement enseignés dans l'objectif du diagnostic précoce positif des démences (et c'est tout) et dans l'idée que le travail qui attendait les psychologues était un travail diagnostique exclusivement ou presque. Ceci conduit actuellement à un malaise de la spécialité telle que déclinée au vu du poids de l'imagerie et de la biologie dans les diagnostics, de l'arrivée des logiciels de tests ou d'entraînement y compris connectés sans psychologue. L'apport d'un bilan personnalisé à la compréhension des pertes ou des compensations possibles est devenu marginal. Une rééducation définie comme personnelle, écologique ou intégrative *versus* l'écrasante domination du catéchisme scientifique et/ou du produit commercial dans un monde où

le « bien-être » est devenu objet et produit de consommation est un luxe ou une niche, comme le sont les aliments bio ou la dentelle *versus* le travail manufacturé. Les études de groupes et les PHRC avec un lot de tests certes standardisés mais tout de même sérieux et issus de la psychométrie peuvent apparaître alors comme une planche de salut. Force est de constater que l'évolution technique est telle que cela serait une ineptie de penser que des cliniciens vont comme jadis trouver le cas rare à décrire... mais encore faut-il d'une manière ou d'une autre enseigner ou se former si on ne l'a pas été à « la clinique » dans sa rigueur d'observation. S'il ne s'agit plus de faire un beau diagnostic, il s'agit bien de prescrire le bon examen et de recourir aux techniques les plus appropriées à l'étude de la situation. Le patient sans corps calleux réalise une imagerie par tenseur de diffusion afin de comprendre les connexions entre les deux hémisphères. Ainsi, le clinicien se retrouve confronté à l'exercice difficile de connaître assez bien la clinique, d'avoir de bonnes bases en anatomie, biologie, génétique, ce qui est de plus en plus difficile, et d'avoir une connaissance et une compréhension suffisante de l'arsenal technique auquel il a accès. En clair, l'étude des cas cliniques uniques requiert exigence, compétence et interdit toute paresse intellectuelle. Certains membres d'une génération nourrie à la clinique (souvent approximative il faut bien l'admettre) n'ont pas pu s'adapter à la transformation scientifique du monde. Il faut quand même rendre hommage à ceux qui cliniciens de haut niveau ont investi l'imagerie pour construire des paradigmes soigneux afin de répondre à des questions d'importance, construisant parfois des études de groupe avec la rigueur d'études de plusieurs cas uniques regroupés. Sans fâcher personne, nous souhaitons nommer Jean-François Démonet, médecin ex-toulousain exerçant à Lausanne, ou Francis Eustache et Béatrice Desgranges, psychologues de Caen, membres éminents de la SNLF, pour flécher la largesse de notre spécialité. Gageons que la génération montante et la suivante compteront encore plus de membres dans leur rang capables de l'exigence que requiert la méthodologie du cas unique, la technique n'étant pas une limite, tout le contraire [4]. Une réserve évidente qu'il faut interroger est le lieu d'exercice de tels savants : laboratoire de recherche avec une valence clinique (laquelle ? où ? comment ?). Surtout comment peut-on envisager et recréer des échanges entre cliniciens et neuroscientifiques ? Clairement, l'organisation du soin qui a vu un temps l'idée du clinicien-chercheur éclore (par exemple, création de poste de PH recherche) est désormais centrée sur une médecine utilitaire, standardisée, en réseau. Il conviendrait peut-être, d'une part, d'évaluer médico-économiquement ces choix : nous gageons que la clinique rigoureuse permet de mieux gérer les plateaux techniques et souvent de limiter des examens, et, d'autre part, d'interroger quant à une vision partisane du soin exclusivement biomédical alors que souffrances psychiques ou psychosociales font partie intégralement du champ du *cure* et du *care*.

■ *Divide, defini, concede, negato, probato*

■ La scholastique

Divide, defini, concede, negato, probato est une immense maxime scholastique ! Mais pourquoi se référer aux scholastiques ? S'il nous faut quelque raison, rappelons que, d'une part, la psychologie (et donc la neuropsychologie) est fille de la philosophie et que, d'autre part, la philosophie des sciences a toujours été essentielle à sa construction et à sa critique. L'absence de critique argumentée (ne pas confondre avec slogans, *fake news*, théorie du complot, etc.) est le germe des idées totalitaires. La science n'en est pas exempte. La scholastique (étymologiquement, loisir consacré à l'étude) est née à la fin du XII^e siècle au bas Moyen-Âge et repose sur l'échange d'idées. Elle a vu son émergence alors que les œuvres d'Aristote (père de la pensée présocratique grecque) sont traduites en même temps que les traités scientifiques grecs et arabo-musulmans (notamment celles du médecin persan : Avicenne), par des équipes de philosophes chrétiens, juifs et arabes. Ces textes sont rapprochés de la Bible dans l'idée d'échanges (antithèse du créationnisme contemporain). Critiquée à la Renaissance notamment par Luther, au motif que ce rapprochement pouvait affadir les textes de la chrétienté en les hellénisant à l'excès, elle a été un terreau très fertile. Ce débat reste très contemporain notamment dans les questionnements actuels sur l'identité et la construction d'une Europe chrétienne et grecque. Thomas d'Aquin (1225-1274) et l'ensemble des scholastiques ont instauré une « confrontation fructueuse » (terme proposé par le pape Benoît XVI). Celle-ci a perduré au-delà du XV^e siècle dans différentes universités dont celle de Salamanque. Le développement de la scholastique a été parallèle à celle des universités telles que nous les connaissons aujourd'hui. Un des dispositifs proposé était la *disputatio* qui était une sorte de compétition entre deux docteurs et leurs étudiants autour d'un sujet de philosophie, de théologie, etc. Les réunions de controverses (et non de consensus) où s'opposent deux idées *a priori* contradictoires ont été et sont un ferment de la neuropsychologie et des neurosciences en général. On peut les rapprocher des réunions avec deux « camps » opposant pro et contre de la théorie multiple sous-tendant l'organisation de la mémoire épisodique (Moscovitch ou Tulving *versus* Squire). Certes ceci peut conduire à de franches inimitiés mais ne plus échanger est beaucoup plus dangereux. Ne plus échanger conduit à la mort de la pensée et aux équivalents (théories du complot). Les dérives actuelles et la confusion des genres de certains travaux scientifiques qui invitent à voir la vérité et à répondre à des questions souvent tendancieuses (voir un certain nombre de travaux appelant à l'influence du genre sur le fonctionnement biologique) ne sont pas sans rappeler des époques passées ultra-violentes. Dans ce sens, nous en appelons aux époques les plus éclairées pour guider notre réflexion d'aujourd'hui, et ce d'autant plus qu'il n'y a pas besoin

d'être chrétien ni même croyant pour lire et s'enrichir en lisant les scholastiques.

■ *Divide*

L'ensemble de cette maxime est difficile à traduire. Tous les termes sont à l'impératif, les deux derniers à l'impératif futur. Il s'agit de latin de cuisine datant du bas Moyen-Âge. On peut proposer un mélange des termes : *divide*, *dépiante*, *analyse*, réduit en éléments simples. *Divide* est la base du cas clinique unique. Un fait ou un symptôme ou un ensemble de symptômes est ainsi analysé en termes de systèmes puis de processus.

■ *Defini*

Il convient de définir, expliciter chacun des éléments mis en évidence, un par un. Le recours aux modèles théoriques permet, d'une part, d'identifier cliniquement la symptomatologie d'un malade et, depuis les années 2000, de bâtir des paradigmes très simples et surtout adaptés aux machines dont on dispose pour identifier dans une tâche bien définie, un réseau neuronal impliqué ou un *hub* de convergence. Cliniquement, l'expérimentateur de façon très proche du clinicien utilise des outils multidimensionnels puis unidimensionnels.

■ *Concede*

Ici le verbe « concède » convient dans l'idée de retenir ce qui paraît acceptable et vrai. Dans un débat sur l'organisation de la mémoire épisodique et sémantique, les travaux de Vargha Kadem *et al.* [9] objectivant des enfants comme Jon, qui après une souffrance néonatale développe assez correctement les savoirs sémantiques malgré une lésion anoxique hippocampique et une mémoire épisodique déficitaire ont ainsi validé le modèle hiérarchique de Tulving. Concéder pour ses détracteurs revient ni à nier les faits ni à arrêter là la discussion. Battu par l'argumentation, il s'agit de trouver d'autres éléments utiles à défendre la thèse mise à mal et ou à faire converger des idées *a priori* opposées.

■ *Negato*

Le verbe est toujours à l'impératif, mais cette fois au futur. Il est sous-entendu qu'il faut avoir d'abord réalisé les points 2 (*defini*), et 3 (*concede*) pour pouvoir s'attaquer au 4. Le contradicteur donne un avis négatif et rejette les éléments qu'il n'accepte pas. Le rejet n'est pas dogmatique ou idéologique, il repose sur les faits.

■ *Probato*

La dernière injonction mériterait un futur antérieur qui n'existe pas à l'impératif. Il convient de prouver la thèse que l'on veut promouvoir.

■ Le cas clinique unique en pratique(s)

La recherche de situations cliniques appelées à devenir des cas cliniques uniques est le premier stade de la démarche. Elle est conditionnée par la pratique clinique. Le clinicien doit avoir la possibilité de ne pas exercer sa spécialité seulement de façon standardisée afin de repérer une situation insolite moins facile à repérer sans ce mode d'exercice. Il doit avoir été formé aux bases de la neuropsychologie notamment aux modèles théoriques et pas seulement aux tests ou aux maladies avec leur profil déficitaire. Dans ce contexte, la connaissance des outils est très importante notamment quand il s'agit d'évaluer une situation que l'on n'étudie pas en routine. Jadis, le clinicien soutenait son attention et sa curiosité en flairant l'insolite. Parfois, cet insolite avait valeur d'anecdote mais servait parfois tout de même à la pédagogie.

En tout cas, elle enrichissait sa réflexion. La publication de cas courts cliniques valorisait l'exercice et permettait la diffusion du savoir clinique. Ces articles ont souvent été critiqués : peu intéressants, bavards ou littéraires, publiés dans des revues sans *impact factor* et le plus souvent en français ! Pourtant, ils sont un trait d'union indispensable entre cliniciens, ouvrant la *disputatio* clinique. L'enjeu est de maintenir cette « bourse d'échanges » probablement en utilisant des modes de communication plus interactifs. Cet enjeu pourrait être celui d'une société savante ou de groupes de professionnels. Cela serait du reste un rempart important au désarroi, à la perte de sens du métier, à l'enfermement.

La question du clinicien-chercheur est complexe mais fait partie de la question du devenir des cas cliniques uniques. L'époque où l'on publiait « son » observation, voire le nouveau symptôme portant « son patronyme » a vécu. Le clinicien-chercheur a une double casquette – nul doute que c'est un groupe restreint – mais surtout il interagit selon qui il est avec des cliniciens pour affiner le *divide, definite* et avec des chercheurs. Il peut s'agir alors de développements concernant les modèles théoriques et d'avancées techniques permettant de bâtir des paradigmes pour répondre à telle ou telle question. Le chercheur isolé de la clinique a des machines à portée de mains, ce qui lui permet *a priori* de s'en servir, mais seules des interactions fécondes avec des cliniciens permettent de définir une nouvelle question d'importance.

On voit que le deuxième enjeu de notre époque est de maintenir et de créer des interactions entre les savants et les cliniciens et les rares cliniciens savants qui ont double compétence et évoluent dans des services et des laboratoires interconnectés. Nous avons eu la chance de vivre de telles aventures. Ainsi, nous avons pu échanger

avec le professeur Georges Mickael, chercheur en psychologie cognitive, dont les travaux sur les statistiques proposées à l'étude des données des cas uniques sont reconnus internationalement. Ce chercheur de son époque a du reste un blog en accès libre où tout clinicien ou chercheur peut trouver la méthodologie utile au traitement statistique de données obtenues à partir d'un cas unique [10]. Nous passons vite sur ce point mais il est évident que la rigueur scientifique d'un cas unique pour qu'il puisse être du côté des fondamentaux repose sur l'utilisation des outils spécifiques au traitement des données obtenues par son étude. Dans notre expérience, le savant travaillait sur l'insula et le traitement des sensations de chaud et de froid. Nous avons pu en comprenant raisonnablement la méthodologie psychophysique utilisée, mettre en relation une patiente présentant un AVC insulaire gauche et le chercheur afin d'affiner une question théorique [11]. Surtout nous avons cherché un lien collaboratif entre le savant et la patiente à qui après l'expérience, celle-ci fut expliquée. Il faut savoir en effet ne pas trop idéaliser la neuropsychologie du passé souvent teintée de paternalisme médecin-psychologue-chercheur-malade ou d'utilitarisme à faire triompher ses idées. En outre, la collaboration n'empêche pas l'empathie et la relation soignante. Citons Susan Corkin [12] qui écrivait en 2013 à propos de H.M., et ce même si depuis des détracteurs se sont opposés violemment quant à certains de ses écrits jugés partiels et scientifiquement tendancieux : « *I felt compassion for Henry and respected his outlook on life. He was more than a research participant. He was a collaborator — a prized partner in our larger quest to understand memory.* »

Nous aurions des réserves quant à une bourse type *BNB-neuropsych* ou *Blabla car neuropsych* concernant objet de recherche et sujet potentiel à ses recherches mais nul doute qu'une meilleure connaissance des travaux se déroulant dans les laboratoires notamment proches géographiquement des cliniciens optimiserait les échanges. Là encore, un site de société savante pourrait inventer ce type de rencontres. Si nous nous méfions, comme de la peste noire au Moyen-Âge, des mémoires vite faits et bien faits (dans le délai de trois mois) et pas à faire, nécessitant dix sujets pour réaliser telle ou telle épreuve afin de pseudo-valider ce que Martial Van der Linden appela des normiquettes, nous sommes motivée tout autant de participer à de larges études de groupes avec un référentiel neuropsychologique bien bâti (par exemple, développement de la nouvelle batterie d'évaluation GRE-MOTS) que de participer à la recherche d'une personne ayant des symptômes dans le champ d'intérêt d'un chercheur si possible devenu ami. Comme dans la vraie vie, l'échange humain (le lien) nous semble un plus propice à la créativité. Enfin, face à une situation insolite, nous souhaitons pouvoir trouver des chercheurs que les questions issues de la clinique intéressent. Ainsi, l'oublieux [4] avait la particularité comme neuf sujets dans le monde d'avoir un phénotype amnésique particulier avec une prosopagnosie marquée suggérant la spécificité des neurones de l'hippocampe détruits par

l'AK5. Le biologique sans clinique (avec ce qu'il comprend d'environnement et d'individuel) va dans le mur. Les *big data* ouvrent d'autres voies de réflexion, une réflexion sans hypothèse *a priori* et restent ainsi d'une autre nature que le point de vue ontologique propre à la clinique singulière ou individualisée et la pensée aristotélicienne dont psychologie et médecine sont nourries. Elles n'empêchent pas la marche propre de la clinique dans le sens qu'elles ne s'y opposent pas, sauf de transformer culturellement la démarche clinique en démarche 100 % standardisée, normalisée, seulement nécessaire à la saisie de données (auto-désignées par les *big data* dans une sorte de tautologie folle), suffisante et exclusive. Le progrès technique n'est pas un danger en soi, mais l'usage que l'on pourrait être tenté d'en faire, oui.

■ La vraie vie contemporaine du cas clinique unique en neuropsychologie. . .

Nous avons choisi de prendre comme fil conducteur un article de nos amis marseillais à l'origine de la réunion de printemps de la SNLF consacrée aux cas cliniques uniques. Cet article est neuroscientifique mais il s'agit clairement d'un sujet neuropsychologique : la main étrangère [4]. Il est rédigé en anglais. Les auteurs sont nombreux. Il s'agit tout à la fois de médecins, de psychologues, de chercheurs, d'imageurs, d'experts et de doctorants, français et anglo-saxons, travaillant dans un service hospitalier, une université ou un laboratoire sur trois sites : Marseille, Aix-en-Provence, Grenoble. Une situation clinique rare : comportement de la main étrangère confrontée à une image exceptionnelle : l'agénésie du corps calleux, conduit à « diviser » le cas en questions pour « définir » un plan expérience utilisant les techniques les plus sophistiquées du moment et surtout parfaitement adaptées au sujet d'étude (connexions interhémisphériques et imagerie des faisceaux de substance blanche). Enfin, les données obtenues à partir d'un cas permettent une généralisation à l'ensemble de la question des comportements de type dyspraxie diagonistique. L'article a été publié dans la revue *Frontiers in Human Neurosciences* en juin 2016 (<https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00307>). La revue est une revue consultable gratuitement en ligne. L'*impact factor* est élevé (3,209). Il s'agit actuellement du premier journal cité dans le domaine de la psychologie et le huitième dans le domaine des neurosciences. Un compteur sur le site du journal le 20 avril 2018 nous apprend que cette revue a mis en ligne quelque 4 428 articles et fait l'objet de 38 948 citations et qu'à 22 mois de la publication de l'article de nos collègues et amis, l'article affiche les 3 000 vues ! Le cas unique n'est pas mort et se partage et diffuse différemment qu'il y a 40 ans (âge anniversaire de notre société) !

■ Conclusion

La démarche clinique est exigeante. Elle exige d'avoir de bonnes bases, de rester curieux, de pouvoir se remettre en question (*concede*) et d'avoir la volonté et l'énergie de se donner les moyens de démontrer un modèle théorique dans lequel inscrire connaissance et soin (*negato et probato*). Elle se méfie de la paresse et en cela elle est *a priori* peu encline à la lassitude et à la démotivation. Elle n'a rien à vendre, beaucoup à partager et a comme corollaire de conserver une relative liberté d'action et de pensée. Elle fait de la relation à l'autre (soignant et soigné), du *care* et du *cure*, son fondement garantissant le poids de l'humain et distinguant son savoir, son renouvellement et ses apprentissages de ceux des robots. Elle n'est jamais dépassée puisque sans cesse renouvelée par l'avancée des connaissances et les modifications du monde dans lequel elle se pratique. Elle écrit le savoir clinique et n'est pas écrite par le savoir. Elle s'apprend dans les livres (et sur la toile). Elle s'enrichit au chevet des malades. Elle trouve ses forces et son fond dans les échanges avec les collègues. Nous appelons de nos vœux des « échanges cliniciens » et des lieux de discussion type lieux de mise en commun ou de controverses (et non seulement de concertation autour de données cliniques ou paracliniques dont le cas particulier est évacué) et des échanges « cliniciens et chercheurs ». La clinique individualisée doit se réinventer sans avoir peur de la technologie ou des normes. La normativité n'est pas la normalisation. Aux côtés des données objectives biomédicales, l'apport de la subjectivité reste essentiel, surtout dans le domaine du soin. Nous souhaitons que nos collègues cliniciens–chercheurs participent à la réflexion quant à la rencontre nécessaire des cliniciens et des savants dans les services, les laboratoires ou dans un espace virtuel à inventer. Si les cas cliniques uniques sont bien peu désormais le sujet d'étude des cliniciens, gageons que les cliniciens peuvent encore trouver des pépites dans leur pratique clinique et inventer une sorte de recherche participative avec les savants. Nous laissons le dernier mot à Kant : « Mais penserions-nous beaucoup, et penserions-nous bien, si nous ne pensions pas en commun avec d'autres, qui nous font part de leurs pensées et auxquels nous communiquons les nôtres ? ». ■

Remerciements

À monsieur Patrick Goruchon pour l'aide à la traduction du bas latin vers le français et à la relecture des textes scholastiques.

Liens d'intérêt

L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Gilsoul J, Ouvrard C. L'intérêt respectif des études de cas et des études de groupes. *Rev Neuropsychol* 2018;10:21-7.
2. Van der Linden M. Pour une neuropsychologie clinique intégrative centrée sur la vie quotidienne. *Rev Neuropsychol* 2018;10:41-6.
3. Bodamer J. Die Prosop-Agnosie. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1947;179:6-54.
4. Ridley B, Beltramone M, Wirsich J, et al. Alien Hand, Restless Brain: Salience Network and Interhemispheric Connectivity Disruption Parallel Emergence and Extinction of Diagnostic Dyspraxia. *Front Hum Neurosci* 2016;10:307.
5. Claude Bernard. *Introduction à la médecine expérimentale* (1865). Paris : Garnier Flammarion, 1966.
6. Thomas-Antérion C, Desestret V. Les mémoires d'un oublié : le point de vue d'un amnésique. *Rev Neuropsychol* 2017;9:99-107.
7. Collerette P. « Étude de cas (Méthodes des) ». In : Mucchielli A (éd). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin, 2009. p. 91-4.
8. Roy SN. « L'étude de cas ». In : Gauthier B (éd). *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2009. p. 199-225.
9. Differential effects of early hippocampal pathology on episodic and semantic memory. *Science* 1997 ; 277 : 376-80.
10. Michael GA. A significance test of interaction in 2xK designs with proportions. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology* 2007 ; 3 : 1-7.
11. Michael GA, Relland S, Borg C, Peyron R, Thomas-Antérion C. A role for the insula in color-induced nasal thermal sensations. *Behav Brain Res* 2010;212:103-8.
12. Corkin S. *Permanent Present Tense : The Unforgettable Life of the Amnesic Patient, H.M.* (London) : Allen Lane Penguin Books, 2013.