

Université Abderrahmane Mira De Bejaia
Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales
Département Des Sciences Sociales

**Cours présenté en vue d'être expertisé pour habilitation universitaire en
psychologie clinique.**

L'intitulé de Module :

Psychologie clinique et étude de cas

Présenté par :

D' GACI Khelifa, maître de conférences (B) en psychologie clinique.

Année Universitaire : 2019-2020

Programme de module « psychologie clinique et étude de cas » destiné aux étudiants de la troisième (3^{ème}) année psychologie clinique :

Introduction

1- Psychologie clinique (Histoire et définitions) : La clinique trouve son origine dans le champ médical

1-1- Les Objets Théoriques De La Psychologie Clinique

1-2- Le travail concret du psychologue clinicien

1-3- La Méthode Clinique Et Ses Outils :

1-3-1- Pratiques Et Domaines De La Méthode Clinique

1-3-2- La Méthode Clinique En Psychopathologie

1-3-2-1- La Mise En Œuvre

1-3-2-2- Les Modalités Techniques

2- L'étude De Cas Et Ses Outils :

2-1- Le Poids Des Termes

2-2- Autres Utilisations Du « Cas » (Le Cas En Psychiatrie, Freud Et Les Histoires De Malades, Lagache, Anzieu .)

2-3- Les Invariants De l'étude De Cas (la *singularité*, la *totalité*, *l'histoire*, *La représentation* La référence au *transfert*)

2-4- Les Outils Et Techniques De l'étude De Cas

2-4-1- l'**entretien Clinique** (définitions, types, entretien clinique et entretien clinique de recherche, analyse de l'entretien clinique de recherche)

2-4-2- L'**observation Clinique** (définitions, types et utilité)

2-4-3- Les tests psychologiques

2-4-3-1- Définition et utilité des tests projectifs

2-4-3-2- Les tests d'évaluation

Conclusion

Introduction :

Avant d'avancer nous pourrions poser cette question qui nous paraît importante sur cette discipline ; La psychologie clinique existe-elle en tant que discipline, corps de connaissances, ensemble de buts de méthodes et pratiques. ?

La plupart des gens donnent deux réponses par leurs définitions à la psychologie clinique comme suite :

- La psychologie clinique, c'est ce qui est enseigné à l'université sous cet intitulé avec délivrance du diplôme final de même nom.
- La psychologie clinique, c'est ce que je fais (pratique et enseignement).

Ces deux définitions paraissent complémentaires, mais la plupart des psychologues cliniciens font en fait bien autre chose que ce qui leur avait été enseigné à l'université, parce que les enseignements de la psychologie clinique varient beaucoup d'un lieu de formation à l'autre, les enseignants exposent des visions bien différentes voire contradictoires vu leurs écarts importants entre les praticiens et les non praticiens.

Même dans les institutions de pratique de la psychologie clinique y en a un psychologue qui définit sa profession en tant que urgentiste (psychologue exercés auprès des mourants, bloc opératoires, soins palliatifs...etc.) et ce selon le contexte de son intervention, l'autre qui est entrain de convaincre les malades à subir un tel ou tel, ou annoncer un décès ou un diagnostic...etc. ou bien d'autres qui se mêlent plus dans la responsabilité de leurs patients en privé .

Le psychologue clinicien, comme il disait **Perron Roger** : « c'est celui qui peut apporter, du fait de sa formation et de sa personnalité, une réponse à certains besoins... ». (1994,P12), cela veut dire que la pratique de la psychologie clinique est liée intimement à la personnalité du clinicien ce qui va permettre non seulement la compréhension du patient mais aussi celle du psychologue/subjectif dans la pratique clinique.

A cet effet nous disons que la théorie ne suffit pas seule mais elle est souvent associée à la pratique du clinicien comme repère et témoin de la scientificité de ce qu'il exerce auprès des sujets.

Mais avant de tenter de définir la psychologie clinique d'abord il faut connaître son histoire si déjà longue : la clinique vient de mot grec qui signifie « lit » : la clinique, c'est l'observation du malade à son chevet. Alors du malade ou de la maladie ?, soit on s'inscrit dans le champs de la médecine c'est-à-dire centrer la réflexion et l'intervention sur la pathologie mentale (la maladie), dans ce cas là on risque de méconnaître la distance entre la maladie et le cas particulier qui est le malade, cet être de chair et de sang qui souffre d'angoisse,..., on sait bien que en médecine même nombreux sont ceux qui s'alarment de voir la maladie faire disparaître le malade aux yeux du médecin même a son chevet... le psychologue clinicien n'est pas immunisé par nature contre un tel danger. (*voir Witmer, Wundt, Janet, Piéron...etc*).

1- Psychologie clinique (Histoire et définitions) : La clinique trouve son origine dans le champ médical :

L'adjectif « clinique » vient du grec *klinikê*, repris en latin sous le terme *clinicus* se dit de ce qui se fait près du lit des malades. Clinique est un terme de médecine au sens où une leçon clinique est celle qui est donnée dans un hôpital près du lit des malades. La médecine clinique est celle qui s'occupe du traitement des maladies considérées individuellement. Le médecin clinique est celui qui visite les malades par opposition à celui qui donne des consultations.

On trouve ainsi le double rôle du médecin, tel qu'il est défini par Hippocrate de Cos (460 env.-380 env. av. J.-C.) dans l'antiquité grecque : « soigner et enseigner selon les modalités pratiques et les règles déontologiques de la profession » (*Encyclopaedia Universalis*, 2008, corpus15, p. 603). Le clinicien ne soigne pas la maladie, il soigne le malade. Se pose alors la question du diagnostic à mettre en place pour choisir un traitement pertinent : l'examen clinique s'attache aux symptômes que le médecin perçoit par l'observation des signes cliniques.

Nous allons voir par la suite comment le terme « clinique » s'est progressivement détaché du champ médical pour s'étendre aux champs de la psychologie de l'éducation et de la formation, et soulever des débats théoriques et méthodologiques : les frontières entre le normal et le pathologique, la différenciation entre méthode expérimentale et méthode clinique, les conditions du rapport au savoir et du désir d'apprendre, la posture clinique dans les pratiques d'orientation et d'accompagnement, le rôle des pratiques réflexives dans le développement personnel et professionnel.

- la question du normal et du pathologique

Au sens étroit, la clinique est une branche de la psychologie appliquée au domaine médical. La psychologie clinique étudie initialement des phénomènes psychologiques qui ne sont pas ordinaires. *Dès 1896*, le psychologue américain Witmer avait ouvert en Pennsylvanie une « Psychological Clinic » destinée aux enfants retardés et anormaux, et il avait forgé l'expression de « méthode clinique en psychologie ». À la fin du xix^e siècle, le mouvement international des tests mentaux fait émerger la figure de Binet, inventeur avec Simon, de la célèbre « Échelle métrique de l'intelligence » (1911) et de Kraepelin, introducteur de la « clinique psychiatrique » qui fit de l'aliéné, un objet d'étude anatomo-clinique. En s'intéressant à l'archéologie des savoirs, Foucault interroge la *Naissance de la clinique* (1963) et pose le problème de l'homme se construisant comme objet de savoir à partir des figures de sa perte (la folie, par exemple). C'est depuis une analyse de l'homme aliéné qu'on parvient à définir l'homme normal, tout comme à partir de l'étude de l'homme mort que la médecine fonde la clinique moderne.

La psychologie clinique n'est donc pas nécessairement une psychopathologie, mais plutôt une psychologie de l'être humain en situation, en interaction et en évolution, plutôt une psychologie de « l'homme ordinaire », au quotidien. Pour Revault d'Allonnes (1989) la démarche clinique est une « position méthodologique voire épistémologique » de construction de connaissances susceptible de concerner les sociologues, ethnologues, travailleurs sociaux, médecins et autres « dès lors qu'ils se posent la question du sujet (histoire personnelle, expérience vécue, création continue de soi...) ou plus exactement celle de la subjectivité, de sa place dans le champ social, de ses rapports complexes avec le fonctionnement social ». La démarche clinique est une position fragile qui souligne l'importance de la relation et prend en compte l'implication pour s'ajuster et connaître de l'intérieur. **(P.44)**

Dans un sens plus large, Lagache y voit « une science de la conduite humaine, fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie de cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle de groupes ». Dans un texte célèbre, Lagache (1949) plaide pour l'unité de la psychologie, considérant que le conflit entre psychologie expérimentale et psychologie clinique est un moment dépassé de l'histoire de la psychologie. Il considère que la psychologie clinique vise à envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation,

chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits.

Ainsi, apparaissent certaines dimensions propres à l'investigation clinique : la contextualisation de l'activité de l'individu et le conflit psychique considéré comme inhérent à la conduite humaine.

Il est facile de définir la psychologie clinique par un certain type de cas (psychologue scolaire,...) ou par référence à un corpus théorique (**psychanalytique ou comportemental, ou certaines techniques TAT**) mais c'est très délicat de définir la psychologie clinique sans à quoi elle est réductible.

Historiquement le terme (clinique) vient de la médecine (examen réalisé au lit du malade) mais n'implique aucune subordination de la psychologie clinique à la médecine. Schmidt a proposé une définition très extensive de celle-ci : « *La psychologie clinique est l'application et le développement autonomes de théories, de méthodes et de techniques de la psychologie et de ses disciplines voisines, à des personnes ou groupes d'individus de tous âges qui souffrent de troubles ou de maladies (quelle qu'en soit la cause primaire) qui se manifestent au niveau psychique (comportement et expérience vécue) et/ou au niveau somatique, ou qui semblent menacés par des pareils troubles et maladies.*

Ce faisant on utilise dans la pratique des méthodes de prévention, de diagnostic, de conseil, de réhabilitation et de thérapie. Les activités pratiques de psychologie clinique s'exercent surtout dans des centres de consultation de toutes sortes, des homes, des institutions médicales hospitalières et ambulatoires, dans la « communauté » et la pratique privée. La recherche et l'enseignement doivent être explicitement considérés comme des parties essentielles de la psychologie clinique parce que sans elles une discipline peut rapidement dégénérer en praxéologie ».(Cité par **Fernandez et Pardinielli, 2006.P42**), donc La psychologie clinique trouve sa source à la fois dans la nécessité de donner une théorie à une pratique et dans le refus des excès de l'expérimentation qui finit par étudier des phénomènes atomisés qui n'ont plus rien de concret et paraissent artificiels. La recherche en psychologie clinique étant dépendante des conceptions de celle-ci il faut d'abord les présenter.

La psychologie clinique est une des branches de la psychologie qui a d'abord pour objet l'étude des troubles psychiques, des conflits, de la composante psychologique des troubles organiques et des situations difficiles (traumatismes, drames personnels...).

Cette position classique coexiste cependant avec une autre conception de la psychologie clinique qui pourrait être une problématique reposant sur une

méthode spécifique (l'analyse des cas individuels en intégrant l'étude de l'observateur dans l'observation) et concernant toutes les sous-disciplines de la psychologie (psychologie sociale clinique, psychologie clinique du développement...). Elle serait alors une nouvelle psychologie générale se fondant sur une démarche spécifique orientée sur la singularité, et produisant des connaissances originales. Ces deux conceptions de la psychologie clinique, parfois complémentaires, parfois opposées, vont se retrouver à tous les niveaux de la pratique et de la théorie.

Trois auteurs sont considérés comme ses fondateurs. *Witmer* (1867-1956) fonde en 1896 aux U.S.A. la première « Psychological Clinic » dans laquelle il soigne des enfants handicapés mentaux et physiques. *Janet* (1851-1947) a réalisé une œuvre qui constitue une succession de travaux de psychologie clinique : critique de l'excès de rationalité et de l'isolement des variables, intérêt soutenu pour le particulier et pour les faits impliquant le recours à l'observation fine, savoir constitué à partir de l'étude exhaustive de cas pris isolément. *Freud* (1856-1939) évoque le terme en 1899 : il s'agit d'une application des connaissances psychologiques aux données de l'expérience clinique. Mais ce sont ses préoccupations, sa méthode et sa démarche qui peuvent être qualifiées de « psychologie clinique ».

En France l'édification d'une théorie de la psychologie clinique a été l'œuvre de Daniel Lagache (1903-1972) : pour lui, le but de la psychologie clinique est de *conseiller*, de *guérir*, ou d'éduquer. Lagache perçoit que l'objet de la psychologie clinique réside dans sa méthode il dit : « *Ce qui spécifie la psychologie clinique c'est la méthode clinique* » (**Lagache,1949a,P41**). donc Elle est fondée sur l'étude aussi détaillée que possible des cas individuels, c'est-à-dire des phénomènes singuliers. S'appuyant sur les conceptions psychanalytiques, il avance que les dysfonctionnements et les symptômes expriment quelque chose et sont dotés de signification, c'est-à-dire d'intelligibilité; la notion d'« *interprétation compréhensive* » est avancée pour définir la spécificité de l'approche clinique. La méthode clinique est le recueil de faits par observation, entretien et analyse des productions du sujet et vise pour Lagache à comprendre la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation.

La situation de la psychologie clinique française est originale et ne correspond pas à celle observée en Europe ou aux U.S.A. où la notion de psychologie clinique désigne avant tout un *domaine d'intervention* et

secondairement un ensemble de méthodes diversifiées permettant la production de connaissances. En France, jusqu'à ces dernières années, la psychologie clinique se définissait avant tout par une position ou une démarche (prise en compte de la singularité et de la totalité de la situation, référence à la relation entre l'observateur et l'observé), une méthode (étude de cas et observation non standardisée) et par un domaine d'application, mais sa relation étroite avec la psychanalyse et son refus de procédures d'objectivation et de validation admises en psychologie sont une constante. Il existe donc deux types de psychologie clinique, ou deux versants de la discipline; le premier réfère à la psychanalyse, à sa pratique et à ses concepts, en privilégiant la singularité et l'étude de la relation et en montrant quelque réticence à l'objectivation, le second est l'héritier de Janet, de Wallon, mais aussi des travaux anglo-saxons et insiste sur la rigueur méthodologique dans la démarche clinique, sur les techniques d'évaluation et d'objectivation sans pour autant abandonner la référence à l'individualité et à la relation.(Pedielli,1999)

1-1- Les Objets Théoriques De La Psychologie Clinique.

Le champ théorique de la psychologie clinique est constitué du domaine de la psychopathologie clinique étendu aux manifestations psychologiques des différentes formes de souffrance, complété par les situations d'interaction et d'implication sans pathologie : psychologie de l'éducation, psychologie de l'enfant et de l'adolescent par exemple. La clinique trouve son origine dans la pathologie mentale (psychopathologie), mais se diversifie vers des situations concrètes éloignées du champ de la maladie ou des troubles graves du comportement. Elle n'est pas la seule à traiter de la pathologie mentale qui fait aussi l'objet d'une réflexion psychiatrique, psychanalytique, neurobiologique... Elle offre une construction originale d'un objet théorique, en propose une représentation et une interprétation complémentaires ou concurrentes à d'autres disciplines.

a)- La pathologie mentale et les troubles du comportement.

Le noyau historique de la psychologie clinique est formé par les différentes formes de la souffrance psychique, que ce terme désigne l'origine ou bien le lieu où se manifeste cette souffrance qui peut être transitoire ou constante, entraîner de sévères limitations de l'existence et des rapports interpersonnels difficiles ou rester discrète.. . La psychologie clinique s'intéresse surtout aux mécanismes psychologiques qui sont impliqués dans les troubles présentés par la personne.

Tout en gardant fréquemment la terminologie psychiatrique, elle étudie principalement les structures, les processus et les mécanismes de défense, éléments qui rétablissent l'idée d'une dynamique des processus psychiques.

b)- *Nouveaux domaines.* L'évolution de la *pathologie*, de la demande sociale et des intérêts de la psychologie clinique a entraîné la naissance de nouveaux objets.

Ceux-ci peuvent être définis en fonction des thèmes (aide aux mourants, handicap, marginalité...) mais aussi des lieux d'intervention (crèche, hôpital général, prison...), voire des moments du développement (nourrisson, adolescent, sujet âgé...). Le domaine de la santé, (les malades, les familles et les soignants, la psychologie de la santé, la neuropsychologie) le développement, l'éducation, la rééducation, et le domaine de la société représentent des champs théoriques et pratiques très actuels. **(Fernandez et Pardinielli, 2006)**

1-2- Le travail concret du psychologue clinicien :

Selon les lieux de travail et les patients, les conceptions du psychologue et ses activités peuvent varier de manière notable. Toutefois, on peut regrouper celles-ci autour de quatre pôles : l'évaluation et le diagnostic, la pratique des thérapies ou des rééducations, le conseil et l'intervention institutionnelle. Il est rare qu'un même psychologue se consacre effectivement à chacun de ces quatre pôles; chacun peut se spécialiser dans l'un ou l'autre, mais ils représentent les points fondamentaux du travail des psychologues cliniciens.

a)- *L'évaluation et le diagnostic.* **Huber (1993)** considère que le diagnostic est le « *résultat final d'un processus complexe au cours duquel le psychologue clinicien cherche des informations sur une personne et les élabore en vue de cerner les problèmes de celle-ci et leurs causes, de décider s'il y a lieu d'intervenir et comment, et d'évaluer les interventions et leurs effets* ». Il préfère parler d'*évaluation* psychologique pour souligner que l'opération ne se limite pas à utiliser une classification en termes de pathologie et à y intégrer les troubles du sujet mais vise « *à décrire en plus toute la dynamique individuelle, le jeu des forces, faiblesses, déficits et fonctions adaptatives, qui déterminent ce comportement individuel et son évolution* ». **(P.66)**

La notion de « *niveaux de diagnostic* » montrerait que celui-ci, en tant qu'opération cognitive de reconnaissance et de nomination d'un phénomène suppose le recueil de différents types d'informations (ce que permet le « bilan psychologique » qui intégré, dans la perspective d'une étude de cas, plusieurs techniques) et leur traitement différentiel en fonction d'objectifs distincts comme, notamment : le diagnostic de la maladie, du type de personnalité, du

raisonnement, l'évaluation des processus psychopathologiques, des compétences de l'entourage, des capacités et des modes de communication... Si une étude de cas complète peut nécessiter l'ensemble de ces niveaux, il est plus probable que le clinicien se contente d'une partie de ces niveaux. Du diagnostic dépendent les indications thérapeutiques.

b)- *Les psychothérapies.*

Le terme regroupe l'ensemble des méthodes codifiées soutenues par une théorie scientifique, une validation des résultats, qui visent, par des moyens psychologiques, à permettre à un sujet de modifier certains de ses comportements ou de ses pensées dans un sens bénéfique pour lui. Parmi les psychothérapies, on inclut généralement la psychanalyse, les psychothérapies d'inspiration analytiques, les psychothérapies de soutien, les psychothérapies brèves, les psychothérapies de groupe, les thérapies systémiques, les thérapies cognitive-comportementales, les psychothérapies « humanistes »...

c)- *L'activité institutionnelle et le conseil psychologique.*

- Le counselling vise à faciliter l'existence des sujets en difficulté d'une manière qui respecte leurs valeurs, leurs ressources personnelles et leur capacité de décision.

La méthode utilisée est l'entretien dont le style peut varier en fonction des écoles théoriques. Ces entretiens permettent d'aider le patient à évoquer ses difficultés, à ramener son angoisse à des proportions plus contrôlables, à faire l'exploration de ses propres réactions et à prendre ses propres décisions.

- *Les interventions de crise* supposent la mise en place de méthodes permettant la limitation des actions dangereuses pour le sujet et pour les autres, le soutien du patient ou de l'entourage, la facilitation d'un autre mode d'expression que le passage à l'acte, l'analyse avec le sujet de ce qui a déclenché cet état, et la mise en place d'une procédure de suivi ultérieur. La fonction contenante du psychologue est particulièrement sollicitée ainsi que sa capacité d'intervention verbale et ses possibilités d'aider le patient à exprimer son drame actuel en comprenant qu'il n'est peut être pas sans rapport avec certains éléments de sa personnalité et de son histoire.

L'activité institutionnelle. L'observation des modes de fonctionnement de l'institution, de ses conséquences sur les patients et les soignants, des circuits parallèles de l'information représente une des activités du psychologue.

L'animation d'activités institutionnelles représente un autre de ses rôles classiques. Il peut s'agir de réunions avec les patients, ou entre soignants et patients, de groupes de paroles, d'ateliers à vocation thérapeutique, d'activités

avec les patients..., toutes ces activités ont en commun de promouvoir des modes de communication et de représentation qui permettent que l'institution n'évolue pas vers la chronicité. Si la conduite de réunions, la gestion de la parole en groupe, les techniques communautaires sont des outils nécessaires, le psychologue clinicien ne peut les employer que dans le cadre d'un projet institutionnel réfléchi et articulé à ses connaissances de la situation et à l'équilibre interne de l'établissement. **(Fua, 2000)**

Cependant le travail de chercheur clinicien dans La recherche clinique se caractérise par le souci de restituer l'objet de recherche dans son contexte et par un nécessaire va et vient entre la pratique et la théorie. Les hypothèses qui guident le travail ne sont donc plus des propositions explicatives, mais des constructions qui permettent au chercheur de formuler une représentation explicative, une interprétation heuristique, de ce qu'il observe. La recherche n'est pas rigoureusement planifiée mais dépend du contexte dans lequel elle s'insère, la compréhension intuitive du chercheur jouant un rôle important. L'objet de recherche bénéficie ainsi d'un processus de construction-déconstruction permanente permettant le recadrage du travail. Ce type d'approche pose des problèmes de validation dans la mesure où il ne vise pas à établir des faits reproductibles dans des dispositifs expérimentaux mais à décrire et rendre intelligibles des modes de fonctionnement et de dysfonctionnement et à dégager les significations qui leur sont afférentes. Ce qui laisse une plus grande place à un travail de type compréhensif et donc à la subjectivité du chercheur. **(Bourguignon, 1988)**

Les outils principaux de cette recherche naturaliste sont naturellement l'étude de cas, l'entretien, l'observation et les techniques projectives (Rorschach, T.A.T.)

Ces techniques sont aussi utilisées dans d'autres types de recherche mais, ici, elles doivent répondre aux critères de la recherche clinique. On emploie principalement l'étude de cas dont le matériel est recueilli par entretien qui peut être complété par l'observation et par des techniques projectives. L'étude de cas vise, selon Claude Revault d'Allonnes (1989) « à dégager la *logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures sur différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique* » **(P.55)**. Elle peut donc informer, illustrer, problématiser (dégager et étayer des hypothèses en rapport avec une

problématique et des référents explicites et implicites), étayer des résultats ou des conceptions théoriques. **(Borguignon et Bydlowski, 1995)**

1-3-La Méthode Clinique Et Ses Outils :

La méthode clinique place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas dé-subjectiver la situation. La « méthode clinique » vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale pour se rapprocher le plus possible des situations naturelles. Ses prétentions à l'objectivité, à la scientificité, à la reproductibilité des phénomènes et à la prédictivité en sont nécessairement réduites. La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien...) de recueil *in vivo* des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte du problème) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre un sujet. Ce second niveau peut être défini à partir de trois postulats: la dynamique, la genèse et la totalité. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. L'être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. Dans ce cadre, les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution de ces conflits. **(Pedielli, 2006)**. La méthode clinique suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite. Les techniques utilisées sont l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, le recueil des informations pouvant faire l'objet de différents types de traitement (analyse de contenu, analyse « psychopathologique », analyse de l'énonciation...) permettant de faire apparaître les éléments saillants concernant l'individu ou le phénomène en question. Les méthodes cliniques visent moins un résultat précis qu'un faisceau

d'éléments dont les interrelations doivent être analysées. Elles se distinguent en cela des méthodes qui impliquent un protocole précis et intangible subordonnant la validité du résultat au suivi rigoureux de ce protocole (méthode expérimentale par exemple).(Perron, 1994)

1-3-1- Pratiques Et Domaines De La Méthode Clinique :

La psychologie clinique comporte au moins trois types de tâches : scientifiques, techniques et pratiques. Les tâches scientifiques visent la constitution d'un corpus de savoir (théories, modèles), la formulation de lois et d'explications, les secondes ont trait à la production de méthodes spécifiques pertinentes (de recherche, de diagnostic, thérapeutiques.. .), les dernières consistent en l'application du savoir et des procédures d'intervention à une situation. Deux opérations sont donc essentielles à considérer : celle qui va de l'expérience clinique à la production d'un savoir et celle qui correspond à l'application pratique d'un savoir général. Le corpus théorique de la psychologie clinique est constitué par un ensemble de connaissances sur des objets particuliers (névrose, handicap, conflit...) et par des références à des modèles théoriques généraux (psychanalyse, cognitivisme, systémique.. .) qui permettent l'interprétation des phénomènes concrets et la formulation de représentations des objets particuliers.(Fernandez et Cateeuw, 2001).

1-3-2-La Méthode Clinique En Psychopathologie :

Par méthode, on entend les conditions générales de la science, mais surtout les procédés qui règlent l'expérience de façon à la rendre adaptée l'objet. Les conditions générales exigées concernent la rigueur des propos, la précision des définitions, la logique des raisonnements. Elle permet tout simplement le partage du savoir et le contrôle des affirmations. La clarté d'exposition, la cohérence du système conceptuel, un rapport précis avec les faits, rendent possible la transmission, la vérification et la réfutation des aspects douteux. Nous laisserons de côté ces conditions générales, qui ne sont pas négligeables, mais n'ont rien de spécifique, afin de nous concentrer sur la méthode au sens restreint à savoir : la clinique.

1-3-2-1- La Mise En Œuvre :

- **L'expérience Clinique** : La clinique met en œuvre une expérience particulière, réglée par une méthode, qui aboutit à des descriptions de faits transmissibles. Elle permet d'appréhender des faits de diverses natures que l'on regroupe sous

des rubriques permettant de les associer de manière homogène (faits mentaux, faits discursifs, faits comportementaux, faits caractériels et somatiques). La description clinique est le reflet de l'expérience mise en œuvre et dépend donc de la qualité de celle-ci. Ces descriptions doivent conserver un fort degré d'empiricité mais aussi éviter l'atomisation en éléments disparates, car, en matière humaine, la parcellisation détruit la pertinence du fait. La méthode clinique se greffe sur l'expérience première et immédiate, celle de tous les jours. Mais, elle s'en sépare grâce à une distanciation et une modification, qui permet sa transformation en une expérience spécifique. La transformation de l'expérience première demande relativisation et réflexivité.

-Relativisation Et Réflexivité : La relativisation rapporte le fait à l'expérience qui le produit et s'oppose à l'idée selon laquelle le fait serait indépendant de l'observateur (objectivité concrète). Elle interroge l'expérience et montre que le fait est relatif à cette expérience. Elle débouche sur la réflexivité qui, en questionnant l'expérience de manière plus spécifique par rapport au domaine considéré, permet de se distancier des conceptions spontanées qui faussent la perception. Le praticien par sa personnalité, qui est de même nature que ce qui est à connaître, interfère avec la connaissance. Son expérience est spontanément déformée, si bien qu'une partie de la réalité lui échappe. Dans ce dessein, la psychanalyse intègre à sa méthode leur recherche et leur rectification. Il n'est pas envisageable de faire de la clinique psychanalytique sans tenir compte de son propre fonctionnement psychique. La réflexivité doit sans cesse être réactivée car elle a tendance à s'oublier. La réflexivité distingue l'approche psychanalytique de l'approche psychologique classique. Cette expérience particulière s'organise aussi grâce à l'acquisition de catégories (concepts spécifiques qui organisent la clinique) ce qui permet d'accéder aux aspects de la réalité propres à la clinique psychanalytique.

-L'apprentissage Clinique : La transformation progressive de l'expérience première s'effectue grâce à un apprentissage. C'est une expérience au sens traditionnel d'une transformation personnelle issue d'une confrontation qui instruit. C'est aussi une expérience au sens scientifique, car elle est guidée par des concepts et elle est façonnée par une méthode. L'apprentissage de la réflexivité nécessite un travail sur soi. Le clinicien étant son propre instrument de mesure, il doit progressivement l'améliorer et le rendre efficace, en apprenant à percevoir ce qui est habituellement inconscient et en corrigeant les déformations qu'il impose spontanément aux faits. Pour avoir accès à cette

réalité dont s'occupe la psychanalyse, il faut obligatoirement que certains effets défensifs soient balayés chez celui qui veut accéder à la connaissance. Contrairement aux autres sciences qui peuvent se bâtir sur le refoulement, la psychanalyse ne peut pas procéder ainsi. Il est impossible d'avoir accès à toute une partie de la clinique (en particulier la clinique avancée) sans une réflexivité qui mette en jeu ses propres déterminations psychiques. Mais celles-ci sont inconscientes ce qui n'est pas une mince difficulté. Pour surmonter cet obstacle, il faut appliquer à soi-même c'est-à-dire faire une psychanalyse.

1-3-2-2-Les Modalités Techniques

-L'observation : La première approche, porte sur ce qui est directement observable, et permet de décrire des faits comme des comportements ou des symptômes. C'est une approche plutôt objective et qui découle d'une observation visuelle d'une écoute, d'un questionnement et procède par reconnaissance. Elle décrit des faits comportementaux. Mais cette objectivité est partielle car tous les faits humains dépendent du contexte humain et ont un sens. Notons bien qu'elle protège aussi sur la mentalisation du patient bien (il serait absurde de nier l'existence d'une idée obsessionnelle, du rêve, etc.)

-L'entendement : plus qu'une écoute (patiente, attentive), il faut aussi entendre. Cet entendement doit avoir lieu au double sens de comprendre le sens (en être capable, ne pas y être sourd), puis utiliser des concepts pour le traiter (pensée abstraite) C'est ce qui donne accès aux faits de l'ordre du sens et de l'intentionnalité. On utilise **l'attention flottante** qui permet une écoute et un entendement larges, suscite des rapprochements inédits. Le mode relationnel intersubjectif, et ses fluctuations, peut ainsi être saisi et décrit. C'est une approche intersubjective, qui combine les aspects mentaux et les conduites, qui inclue le praticien dans l'observation et demande un certain degré d'interprétation.

-L'interprétation : L'interprétation permet d'aller au delà de ce qui est explicitement transmis. Soit qu'elle mette en évidence un sens caché dans de ce qui est énoncé soit qu'elle relie entre eux des aspects divers qui ainsi prennent sens soit qu'elle symbolise un vécu brut. Lorsqu'elle a un aspect herméneutique (d'interprétation du sens) ne prétend pas à la vérité, mais seulement à une validité partielle, qui tient à sa vraisemblance, à l'assentiment du sujet et aux effets produit : aspects d'évidence éclairante et effet thérapeutique : une

interprétation juste permet, si elle tombe au bon moment, une mobilisation de la dynamique psychique.

-La qualité des faits cliniques : Aucun des faits mis en évidence par la clinique psychopathologique ne peut être mesuré, mais il est possible de se mettre d'accord sur leur existence. Ils peuvent être caractérisés de diverses manières.
-La caractérisation des faits cliniques s'effectue par leur présence ou leur absence, leur potentialité (s'ils se manifestent ou pas) par leur intensité (force, fréquence), le mode de fonctionnement psychique qu'ils manifestent (archaïque/élaboré) , leur extension (limité ou envahissant tous les domaines).

Le caractère probant des tableaux cliniques ne vient ni du cas par cas (trop menacé de contamination personnelle), ni d'une accumulation statistique (inutilisable), mais d'un intermédiaire entre les deux : un nombre de cas suffisants, corroborés par un nombre suffisant de praticiens, ce qui demande plusieurs générations de chercheurs et de nombreuses publications permettant la transmission et la confrontation.(**Widlocher, 1982**).

Donc Observer entendre et interpréter sont les trois modalités techniques de la clinique psychopathologique qui prend son caractère probant de l'expérience cumulée des praticiens.

2- L'étude De Cas Et Ses Outils :

Nous avons vu que dès ses débuts, la psychologie clinique s'est posée comme l'étude systématique des cas individuels (Lagache), que ce soit dans sa pratique ou dans ses principes épistémologiques. Or ni la théorie psychologique ni la référence à l'individu ne sont incontestables, irrécusables, au regard des autres disciplines des sciences humaines. On a pu en effet reprocher à cette psychologie d'être une simple théorie spéculative des cas rencontrés dans sa pratique.

Les débats avec les sociologues, les ethnologues, les historiens ne manquent pas. Notre quotidien de psychologues cliniciens est fait de rencontres avec des personnes en souffrance qui expriment la singularité, l'individualité de cette souffrance. Chaque cas est, à ce niveau, différent de celui qui précède. Les deux dernières patientes que j'ai rencontrées étaient victimes de pressions et conflits dans leur travail comparables, elles étaient toutes deux du même âge, mariées, appartenaient au groupe des employés. Toutes deux racontaient des difficultés voisines avec un supérieur appliquant les consignes autoritaires de sa hiérarchie

et toutes deux semblaient illustrer la notion de « harcèlement moral ». Cette situation avait contribué à produire leur souffrance qui ne pouvait être expliquée par les seuls conflits psychologiques. Pour un spécialiste des phénomènes sociaux, ce sont leurs points communs qui importent et les rapports sociaux, les processus culturels qui les produisent. En revanche, pour le psychologue clinicien qui a en charge leur souffrance, ce sont leurs différences qui frappent : histoires dissemblables, discours opposés, mécanismes de défense distincts... Mais le psychologue serait dans l'erreur s'il pensait que la cause ultime de leurs difficultés est « psychologique » (déterminée seulement par l'histoire individuelle, les défenses, voire l'organisation psychique) et s'il produisait une théorie du harcèlement et/ou de ses effets uniquement fondée sur la dimension inconsciente au mépris de toute réalité sociale. Mais, dans les conceptions actuelles, cette opposition n'est plus reprise de manière aussi stricte : on admet un écart entre les déterminants sociaux, économiques, historiques, ethnologiques et les positions individuelles. Le discours du sujet est une construction individuelle lui donnant une place dans son monde, même si ses positions psychiques, ses comportements, ont aussi d'autres déterminations que psychologiques et subjectives.

Il existe d'autres interrogations intrinsèques à la psychologie clinique et à la pratique de l'étude de cas. Celle-ci vise en effet à placer au centre la singularité des personnes (nul n'est à l'autre pareil) et la manière dont elles construisent ce qu'elles sont ; il y a dans cette conception une référence à « l'irréductible du sujet psychologique » (incomparable, perçu dans une relation, porteur/produit d'une histoire propre...) qui, pour attirante qu'elle soit, n'en comporte pas moins des limites. Si l'on comprend parfaitement que le psychologue qui évalue, aide, écoute, doit impérativement percevoir l'autre comme unique, peut-on, lorsque l'on prétend édifier une théorie, une interprétation, refuser toutes relations à des processus généraux et toutes références à un savoir qui dépasse l'individu. *De quoi le cas est-il donc le référent ?* Or, il est évident que les cas servent de pivots à des généralisations, voire à des réductions, qui permettent de produire des connaissances et constructions argumentées, des descriptions, des interprétations et des explications. Plus avant encore, en tant que méthode de recherche - c'est-à-dire de production et de validation contrôlée de connaissances - l'étude de cas peut-elle permettre une généralisation ?

Sous le terme « étude de cas » apparaissent deux activités distinctes. L'une est un mode de travail clinique permettant le *recueil* (voire l'accueil) de données concernant un sujet ; ces données doivent être riches (critère du maximum

d'informations), diversifiées (critère de la multiplicité des sources), subjectives (critère de la représentation du problème par le sujet), étendues (critère de la totalité et de l'histoire). L'autre activité est la *production* par le clinicien d'une représentation ordonnée, explicative, qui rend compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité (ne pas isoler les symptômes, considérer le sujet comme une totalité) et de singularité (c'est la personne qui importe avec ses spécificités, son originalité, son intériorité, ses représentations, son histoire). L'étude de cas (avec ses deux volets) est par ailleurs utilisée à plusieurs niveaux de la psychologie : l'activité clinique professionnelle d'abord, l'activité de communication entre praticiens (exposer un cas, échanger autour d'un cas), l'activité de connaissance (le cas dans la production et la validation de théories). (**Doron, 1998**)

2-1- Le Poids Des Termes

« Étude de cas » n'est pas une proposition simple : elle implique un objet (le « cas ») sur lequel est opérée une activité particulière (« étude ») qui rappelle tant la dimension scolaire qu'artistique (« étude en rouge » de Conan Doyle ou « étude » en peinture) ou scientifique (« une étude sur primates »), ou encore professionnelle (« une étude de notaire »).

a) Étymologie Les termes de l'expression soulignent le paradoxe : « cas » (XIII^e siècle). Vient du latin « *casus* » qui signifiait « événement », mais aussi « situation définie par la loi pénale ». L'usage médical n'apparaît qu'au XVIII^e pour désigner une situation pathologique représentée par un individu qui n'a d'importance qu'en tant que porteur, révélateur du phénomène en cause (« un cas de fièvre »). Mais, dans les emplois courants, la formule « X est un cas » désigne à la fois son caractère exceptionnel et sa différence, qui, souvent, n'est pas positivement perçue. Le paradoxe de cette notion réside en ce qu'elle se réfère à la singularité mais aussi à l'appartenance à une catégorie (« un cas de... psychose, névrose... »), à la différence, à l'originalité, mais aussi à l'illustration d'une généralité dès lors qu'on lui ajoute « de ». Bien qu'en psychologie clinique l'étude de cas fasse référence à la subjectivité, il ne faudrait pas en conclure que le « cas » est toujours synonyme de « sujet » (**Doron, 2001**) au sens philosophique, le mot « étude » désigne « l'effort intellectuel orienté vers l'observation et la compréhension ». Parler d'« étude de cas » implique donc que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles-mêmes mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode pour les faire apparaître : étudier un cas c'est bien le découper parmi les autres, comme représentant d'une

caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse (et non pas le laisser se présenter tel qu'il est : étudier n'est ni photographier ni raconter). On mesure alors les points de convergences avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyser, transformer, faire apparaître...). Pourtant, il est possible de s'approcher de ces exigences en se fixant comme objectif ce qui permet de restituer l'originalité d'un cas sans le réduire à n'être que le reflet d'une abstraction.

b) Synonymes

La littérature psychologique abonde en termes désignant des situations cliniques voisines : « histoire de malade », « histoire de patient », « observation clinique », « exposé de cas », « vignette clinique », « histoire de cas », « cas clinique »... la liste n'est pas complète. On perçoit aisément quelques différences : illustration d'un fait ou d'une théorie (« iconographie » par référence au terme médical) alors que la notion d'histoire » renvoie à une continuité, à l'évolution, et à une unité, mais aussi aux événements marquants placés soit selon un axe chronologique, soit selon un axe de causalité. Le terme de « cas », retrouvé chez Freud (« *Fall* » : éventualité, cas), désigne souvent de longues histoires de patients et/ou de passages de leur analyse, représentatives d'un problème théorique ou clinique.

c) antonymes

Il est peut-être plus facile de comprendre l'étude de cas par rapport à ce qu'elle n'est pas, à ses opposés. En tant que méthode, elle se différencie radicalement de la statistique : elle ne vise pas à mettre en lumière ce qui est commun à une population de sujet comparable ou à faire apparaître une moyenne puisqu'elle concerne avant tout l'individu. Là où le statisticien essaiera de voir ce que tous les schizophrènes ont en commun ou ce qui est majoritairement représenté chez eux, l'étude de cas s'attachera à un schizophrène et à ses particularités (symptomatologie, histoire, pensées, construction du monde...). Le projet de l'étude de cas n'est donc pas la généralité ou la communauté. Elle vise au contraire à faire ressortir ce qui est individuel, particulier, voire spécifique, à une situation, à un individu. La question est alors de savoir passer de la singularité à la généralité lorsque l'étude de cas sert à édifier une théorie d'un phénomène (étude de cas d'hystérie par exemple). Mais, dans son projet, elle s'oppose aussi à ce qui est superficiel, apparent, de surface ; elle vise au contraire la profondeur, la complexité, le latent.

Toutefois, nous pourrions parler sur l'utilité de l'étude de cas par rapport à l'étude statistique dans ces points essentiels :

Le but de toute étude de cas, comme celui des monographies freudiennes, n'est pas de rapporter des faits exacts, mais de chercher à illustrer l'expression de telle ou telle construction théorique [et je rajouterai, méthodologique] préalablement élaborée.

Contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plus tôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective plus tôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plus tôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plus tôt que des échantillons représentatifs et par fois vise à responsabiliser le patient plus tôt que de simplement l'observer.

Les études de cas ont un rôle majeur dans le développement des pratiques psychologiques et dans la formation des praticiens. Car, en effet, elles agissent comme des puissants médiateurs entre la pratique de la psychologie clinique et les aspects théoriques de la discipline.

Et à travers la présentation d'une étude de cas, le praticien explique, comment, à sa manière personnelle, il/elle lie sur le terrain de ses interventions modèles conceptuels et modalités d'intervention. (Castro, 2009)

Donc nous pourrions dire que : « *Aller jusqu'au bout de l'exigence de singularité, c'est donner sa plus grande chance à la plus grande universalité tel est le paradoxe qu'il faut soutenir* » .

2-2- Autres Utilisations Du « Cas »

L'étude de cas et la méthode des cas ont naturellement des origines extra scientifiques. Nul doute que l'introduction lente des catégories de l'individu, puis de la subjectivité, dans la pensée occidentale a constitué un socle historique à la notion de cas. De même la littérature, et notamment les biographes et les courants du XIXe siècle (Balzac, Flaubert, Zola...), ont contribué à façonner l'idée d'un individu à décrire, et à comprendre dans sa complexité, mais aussi dans sa valeur d'illustration ou d'exemple privilégié. Dans notre domaine, la médecine, la psychanalyse, le « case work » des travailleurs sociaux, ont été des précurseurs qui ont à la fois inspiré la psychologie clinique et constitué des modèles à dépasser.

- Le Cas En Psychiatrie

La psychiatrie, spécialité médicale, s'est développée selon plusieurs axes : L'étude (description) des maladies et de leur répartition (épidémiologie), la recherche de leurs causes, l'invention et l'évaluation des thérapeutiques, mais aussi la psychopathologie... La présentation de cas individuels vient illustrer une

maladie ou une théorie, voire le cours d'une thérapeutique : la psychiatrie n'est pas très différente de la médecine sur ce plan bien que les éléments retenus concernent plus le comportement, le discours, la pensée, le passé des individus. On retrouve chez tous les auteurs du XIX^e et du XX^e siècle des cas dont les descriptions, les titres, et parfois les noms, sont restés célèbres : Ellen West, Suzan Urban, les seurs Papin... Déjà le fondateur de la psychiatrie française, P. Pinel, qui a proposé sa classification des maladies mentales dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, cite plusieurs cas pour illustrer les entités qu'il décrit.

Ses successeurs n'ont pas dérogé à cette loi et, d'Esquirol à Minkowski, ont accumulé un ensemble impressionnant d'histoires de malades. De même, les revues de psychiatrie ont-elles régulièrement présenté des articles écrits à partir d'un ou plusieurs cas. Mais, même si la psychiatrie comporte une réflexion psychopathologique, la plupart des cas sont des descriptions des individus, de leurs symptômes, de leurs antécédents et de l'évolution du trouble. Il y a parfois une référence au passé (rapide anamnèse), aux rapports entre la maladie et la vie (patho-biographie), à ses représentations, mais la subjectivité, à l'exception des travaux phénoménologiques, psychanalytiques ou humanistes, n'apparaît pas, encore moins celle de l'observateur. Il est d'ailleurs logique que, la psychiatrie visant d'abord à la constitution de maladies, ce soient les attributs qui sont présentés, mais beaucoup de ces observations sont écrites d'un point de vue extérieur comme si le patient se confondait avec ses troubles, sans prise en compte du contexte de l'observation. **(Pedinielli et Fernandez, 2006)**

- **Freud Et Les « Histoires De Malades »**

Avec Freud, l'étude de cas (l'histoire de malade) acquiert une dimension capitale. D'une part, Freud est sensibilisé à la méthode des cas. Il dit lui-même attendre que le cas individuel apporte toute la lumière sur les problèmes théoriques. Cette position est d'ailleurs en adéquation avec son activité clinique : son travail est de suivre régulièrement des patients --- qui ne demandent qu'à parler--- et non la démarche diagnostic-pronostic-traitement qui fonde plutôt la première rencontre entre médecin et patient. D'autre part, le discours freudien réussit à intégrer à la fois des réflexions théoriques sur l'appareil psychique, des constructions sur les principaux troubles mentaux (névrose, psychose, perversion) et une casuistique qui fait référence à la notion d'histoire et de singularité. Enfin, l'originalité de la notion de contre-transfert, la référence au sujet (même si le terme n'est pas fréquent chez Freud), entraînent le rôle déterminant de la notion de cas.

Si, chez Freud, la question de la nostalgie occupe une place importante, tant du point de vue descriptif (isolement de la névrose d'angoisse, de signes originaux de l'hystérie de conversion, de l'hystérie d'angoisse, de la névrose obsessionnelle) que du point de vue explicatif (mécanismes spécifiques des troubles), ce n'est pas seulement par souci taxonomique. Il a aussi une volonté de cohérence entre le découpage nosographique. La clinique et le modèle théorique explicatif. Les études de cas de Freud sont très différentes. *Les cinq psychanalyses* sont des études cliniques détaillées mais souvent partielles et, pour deux d'entre elles, ambiguës : il a rencontré Hans deux fois et n'a fait que lire les mémoires de Schreber. Le cas Dora repose sur l'analyse des rêves et les problèmes d'erreurs-transférentielles. L'Homme aux Rats a guéri trop vite.

En même temps, ces cas sont apparus comme typiques d'une classe de trouble de la psychopathologie, mais aussi de problèmes plus techniques. Les titres sont très instructifs : « fragment d'une analyse d'hystérie : Dora » (1905); « Analyse d'une phobie d'un petit garçon de cinq ans : le petit Hans » (1909) ; « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle : l'homme aux rats » (1909) ; « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoïde) ; Le président Schreber » (1911), « Extrait de l'histoire d'une névrose infantile : L'homme aux loups » (1918).

L'étude de cas n'est pas forcément celle d'une cure. Mais les textes présentant des cas du point de vue analytique ont des caractéristiques essentielles : 1) référence à l'histoire -- notamment infantile ---- du patient, telle qu'il la raconte, 2) référence au transfert et au contre-transfert, 3) référence aux mots employés plus qu'aux faits eux-mêmes, 4) référence à la demande, au désir, au conflit, à l'angoisse aux procédures de défense. Il est indéniable que la pratique psychanalytique de l'histoire de maladie a servi de modèle positif pour la psychologie clinique.

- **Repères**

Le lecteur des auteurs qui écrivent sur la psychologie clinique ne manquera pas d'être étonné par un apparent paradoxe : la clinique est fondée sur l'étude de cas, mais la plupart des auteurs, s'ils dédient bien un chapitre à chacune des techniques qui la rendent possible (entretien, tests, jeu...), fournissent peu de conseils sur la manière de faire une étude de cas et, en tout cas,

Tout se passe comme si l'étude de cas était une évidence et l'on doit chercher dans d'autres rubriques ce qui peut la concerner. Il n'y a pas réellement de différences majeures dans les définitions de l'étude de cas, même si chaque auteur insiste plus particulièrement sur certains aspects. Pour tous, la *multiplicité*

des matériaux recueillis et la référence à *l'individualité* (par opposition à la statistique) sont déterminantes. Mais, évidemment, on assiste, au cours de l'histoire, à deux types de transformations : celles liées à l'influence de la psychanalyse et celles liées à l'utilisation de techniques d'objectivation, tout en restant dans le cadre de la compréhension de l'individu.

- **Lagache (1949)**

Les travaux de Lagache fondent la psychologie clinique sur l'étude des cas. Lorsqu'il définit cette psychologie clinique, il parle implicitement de l'étude de cas (« l'aboutissement d'une investigation clinique, c'est l'histoire d'un cas » 1949a, p. 166). Il est toutefois suffisamment précis pour que l'on puisse dégager chez lui un modèle de l'étude de cas qui reste paradigmatique, au sens où il est au fondement historique de la spécificité de cette méthode et où il inspire toutes les conceptions qui, parfois, la précisent mais n'en rejettent pas l'essence. Pour Lagache, elle est une « observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation » (1949a, p. 160).

La « conduite » est au centre de l'étude de cas. Elle est définie comme « l'ensemble des opérations, matérielles ou symboliques, par lesquelles un organisme en situation tend à réaliser ses possibilités et à réduire les tensions qui menacent son unité et le motivent » (**Lagache, 1951, p. 311**). Bien que les termes utilisés par Lagache ne le soient plus guère actuellement, on reconnaît la présence de la problématique de l'affrontement de l'individu à son milieu, le principe de réduction de tension, la référence aux actes concrets et au langage. Cette conduite fournit pour Lagache des données de quatre types : 1) la conduite extérieure (qui comprend le langage et la parole) accessible à l'observateur, 2) l'expérience vécue, notamment racontée par le sujet, 3) les modifications somatiques objectives, 4) les produits de l'activité du sujet (y compris des tests).

La multiplicité des sources est nécessaire : « L'étude clinique d'un cas doit en règle générale reposer sur plusieurs ordres de données. En aucun cas, on ne peut se passer de l'anamnèse et de l'observation du sujet au cours d'une "rencontre" personnelle avec le clinicien » (**1949b, p. 297**). Les données sont recueillies par des moyens différents : 1) techniques historiques composées de la technique testimoniale (témoignages venant du sujet et de son entourage) et de la technique documentaire (produits de l'activité de la personne : travaux scolaires, artistiques, journaux et carnets intimes...); 2) techniques d'observation reposant sur l'examen clinique (récit du patient, comportement et réaction à l'examen, propres réactions émotionnelles du clinicien) et l'observation continue (dans une

institution par exemple); 3) emploi des tests, psychométriques ou plus centrés sur la dynamique de la personnalité (« tests cliniques »); 4) techniques auxiliaires comme la morphopsychologie et la graphologie ; 5) techniques psychanalytiques. Bien que certaines dimensions soient actuellement laissées de côté (morphologie, graphologie), les rubriques proposées gardent leur pertinence. L'étude de cas, définie ici dans sa généralité et son exhaustivité, comporte toujours un recours au discours du sujet et à son histoire. Elle peut s'enrichir d'autres dimensions (tests, productions, observation...) qui fournissent des éléments d'une autre nature, mais la pluralité des informations, leur amplitude, est un critère essentiel. Notons que Lagache fait référence au ressenti du psychologue, par analogie au contre-transfert en analyse, mais qu'il ne confond pas la situation d'étude de cas avec la psychanalyse. Si l'on lit son œuvre de près, force est de constater qu'il y a des études de cas de psychologie clinique et d'autres, plus psychanalytiques, qui se fondent sur le transfert en laissant de côté les informations extérieures ou plus objectivantes.

- **Anzieu (1990)**

Anzieu a écrit tant en psychologue qu'en analyste et, lui aussi, était philosophe. Ses positions sur l'étude de cas en psychologie sont proches de celles de Lagache, mais lorsqu'il s'est intéressé, en tant qu'analyste, au récit du cas, il a mis l'accent sur la question de *l'histoire* en la traitant de manière originale. La plupart des auteurs font référence à « l'histoire » lorsqu'ils parlent d'étude de cas. En opposant l'histoire et le récit, l'événement et le récit, Anzieu montre bien ses enjeux. Pour lui, se fondant sur des conceptions de la « nouvelle histoire » l'histoire est un ensemble d'événements qui se produisent dans un espace et une durée délimités, événements qui sont en relation entre eux. Le système de ces relations forme une trame synchronique qui est celle de l'histoire : « l'histoire est le produit d'une trame, que ses tensions internes mettent en mouvement et que les conflits avec d'autres trames compliquent » (**Cité par Pidenielli et Fernandez, 2006**). Le développement de l'histoire est donc plus logique que chronologique : la discipline que l'on appelle « histoire » procède à l'étude des simultanités, des interactions, des équilibres, des crises, des ruptures, organisateurs, à une période, de l'espace social. Bien sûr, il existe dans cette discipline (« l'histoire ») un secteur qui s'intéresse aux événements et à la chronologie (« histoire événementielle »), mais pour Anzieu ce secteur se confond avec le *récit* qu'il oppose à l'histoire.

Le récit relate des événements dans une perspective diachronique (de succession) et s'adresse à des individus sur lesquels il tente de produire un effet,

notamment un effet de sens. Le récit relie des événements (qui résultent d'une nécessité interne à la trame de l'histoire). Le récit procède par opposition, symétrie, complémentarité. Il est mis en mouvement par un ou | plusieurs fantasmes, qui contribuent à donner un sens au récit. Dans la situation analytique (raconter une séance ou une analyse) le récit est particulier puisque l'événement est déjà un récit : Rappporter une séance, c'est faire le récit d'un récit. Rappporter une cure, c'est faire le récit de son histoire. Même si l'étude de cas du psychologue ne procède pas des mêmes éléments que la psychanalyse, il existe au moins une similarité : pour une part l'étude de cas; plus encore lorsqu'elle s'adresse à des interlocuteurs, est le récit d'un récit.

2-3-Les Invariants De L'étude De Cas :

Toutes les études de cas ont en commun des particularités qui les distinguent des autres modes de présentation des situations cliniques : la singularité, la totalité, l'histoire, la représentation, le transfert. Pour une part, ces invariants sont ceux de la méthode clinique telle que la conçoit Lagache. Il s'agit aussi de caractéristiques idéales puisque la plupart des textes rédigés sous le terme « étude de cas » ne sont pas à la mesure de toutes ces exigences : tendances plus que stricts critères ?

Le respect de la *singularité* ne vise pas tant à ce que le cas soit original (novateur, en rupture, inhabituel, inédit...) pour la question qu'il illustre, mais qu'on le traite comme un phénomène inédit et qu'on ne le réduise pas à ce dont il est l'exemple. Une distinction peut-être pointilliste entre « cas unique », « cas exemplaire » et « cas singulier » permet de comprendre ce que recouvre ce critère.

Un cas unique ce définit par le fait qu'il est rare et présente une situation exceptionnelle : en médecine on connaît des faits inhabituels qui sont décrits comme des cas uniques, mais ils sont peu fréquents et momentanés le premier cas de déconnexion hémisphérique (*split-brain*) est un cas unique, mais depuis on en retrouvé quelques autres. En revanche, un seul cas peut résumer en lui toute les particularités, d'une maladie, ce cas unique est le paradigme de tous les autres cas qui ne feront que répéter la même chose : l'unicité ne porte alors plus sur le cas mais sur la méthode de constitution du savoir (méthode dite du « cas unique »). Par extension, lorsque l'ont prête attention à la particularité, à l'originalité des cas, comme le veut la psychologie clinique, tout cas est unique : c'est en fait la démarche qui fait d'un cas « banal » (aux yeux des autres), un cas « unique » dans la mesure où le clinicien insiste sur ce que ce cas de radicalement original.

Un cas singulier présent aussi quelque chose d'inhabituel, voire d'étonnant. Singulier désigne à la fois l'individuel, le particulier, ce qui distingue un individu des autres, la rareté. Parler de cas singulier n'implique pas qu'il soit unique (par rapport à un diagnostic par exemple) mais le fait qu'il apporte quelque chose d'original. d'inédit, dans une situation qui peut être banale. Considérer une histoire de patient comme un « cas singulier » c'est prêter attention à ce qui ne se confond ni avec l'évidence, l'habitude, le normal (au sens de ce qui ne pose pas de question). C'est donc le regard, l'écoute du clinicien qui font que le cas devient singulier puisqu'on va faire émerger ce qui échappe au « commun », au « banal », au « conforme ».

Un cas exemplaire (parfois aussi appelé *paradigmatique*) est une histoire qui devient le représentant typique d'un problème, d'une entité, d'une problématique, sorte de caractère de la Bruyère ou de mythe. Sa spécificité est toujours présente, mais l'accent est mis sur ce qu'il montre comme modèle, comme « type pur ». une fois encore, c'est le narrateur qui fait du cas un « exemple » en choisissant d'en faire une situation qui condense, de manière particulièrement révélatrice, les éléments principaux d'un problème, mais, évidemment, plus on a tendance à faire du cas un exemple, plus on risque de viser une généralisation au détriment de sa dimension individuelle. Dans un cas exemplaire de schizophrénie, on insiste sur les traits marquants de la schizophrénie (discordance, émoussement des affects, délire paranoïde...) et on considère comme secondaire la manière spécifique qu'à ce sujet d'être schizophrène.

Le même cas peut donc être « unique », « singulier » ou « exemplaire » selon la manière dont le narrateur pondère les éléments généraux et les particularités individuelles. Ainsi, l'homme aux rats est-il un cas exemplaire de névrose obsessionnelle montrant le rôle du conflit œdipien, du refoulement et de la fixation anale, un cas singulier à cause de la troublante répétition de l'histoire paternelle (avoir une dette alors qu'on est militaire), un cas unique puisque c'est le seul pour lequel nous disposons des notes quotidiennes de Freud (« journal de l'homme aux rats »). Si Freud a tenu à en faire l'exemple de la névrose obsessionnelle, le souci d'évoquer la singularité du cas est déterminant dans la présentation du cas : l'histoire individuelle est racontée et non réduite à des principes généraux, les fantasmes, les rêves, sont repris avec précision sans être obscurcis par des réductions théoriques.

Le respect de la *totalité* est une référence à la phénoménologie et à la théorie de la forme. Elle ne vise pas l'exhaustivité (tout dire) mais le fait que le

sujet psychologique est une unité indivisible en interaction avec le monde extérieur. Les éléments étudiés (conflits, angoisses, représentations) sont toujours à replacer dans le contexte de l'individu et de son monde et non pas de simples attributs « réduits » à ce qui en est mesurable et comparable, analysable, compréhensible qu'en relation avec le sujet, voire avec son environnement, pris comme un tout : la phobie est à comprendre à la lumière de l'histoire du sujet, de la fonction qu'elle remplit dans son existence (déplacement et localisation de l'angoisse), à ses conséquences (repli sur soi, objet contraphobique) et des représentation qu'elle suscite. L'exhaustivité ne peut pas être une exigence puisqu'elle serait une tâche impossible et resterait dans une linéarité sans relief. Bien sûr, Freud l'a évoquée une seule fois, à propos de l'homme aux loups, mais il n'a jamais été en mesure de le faire.

La référence à l'histoire est inspirée par la réalité de la pratique et par les principes philosophiques qui soutiennent la psychologie clinique. Le discours des sujets met bien en scène ses difficultés, mais il l'exprime souvent en relation avec une chronologie : celle du symptôme, celle de la place dans sa vie. Celle de son déroulement, celle de sa vie ... c'est à la fois une histoire que nous livre le sujet. La consultation, la rencontre se déroulent dans le temps et le relevé du clinicien est d'abord une succession. Mais la référence à l'histoire vient aussi des références théoriques qui guident la pratique : le clinicien est sensible aux événements et à leurs effets sur le sujet.

La notion de représentation met l'accent sur le fait que nous n'avons pas accès aux faits, mais à la manière dont nous percevons et les exprimons. Dans une étude de cas admettons que le sujet nous dit comment il construit le monde, ce qu'il voit et non ce qui est : il opère un choix dans le réel et nous offre une mise en sens. Aussi doit-on considérer que, lorsqu'il nous raconte un événement, il lui donne une coloration personnelle, le revit, l'accompagne d'affects mais que, pour autant, ce qu'il raconte n'est pas la photographie de la réalité. Représenter c'est construire, mais aussi donner sa position par rapport à ce que l'on crée, l'accompagner d'émotions, d'investissements. Et réaliser un acte de parole. La question se pose alors : ce que dit le sujet est-il le reflet de la réalité ou bien le reflet de son imaginaire, agence-t-il l'exact ou le vrai ?

La référence au transfert, concept psychanalytique invite le psychologue à s'interroger sur le lien qui unit le sujet à lui et sur son rôle dans la production du discours et des autres expressions. Ce qu'il dit. Ce qu'il donne à voir correspond à un déplacement et à une actualisation de ses processus internes sur la personne du clinicien qui, lui-même, perçoit dans sont contre-transfert certains aspects de

la position du sujet. Si une étude de cas peut être rédigée et interprétée sans que toutes les informations soient uniquement lues à travers le couple transfert/contre-transfert, on ne saurait. Dans la pratique. Méconnaître ce qu'elle implique : l'adresse (à quelle place le sujet situe-t-il l'autre ?), les différents niveaux de la demande, reviviscences. Déplacements et condensations sont compréhensibles à partir de ce couple.

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes répondant à des opérations spécifiques. La première étape est celle du travail clinique concret et s'apparente à une *procédure de recueil des informations* adapté à chaque sujet. La seconde étape est *l'élaboration de ces informations* sous forme d'une *construction* répondant à ces principes fondamentaux et visant à présenter les éléments saillants de l'histoire et de la subjectivité et les modes résolution des conflits. Pour simplifier on pourrait dire qu'il y a d'abord un temps *analytique* (recueil de données dans les différentes composantes) auquel succède un temps de *synthèse* (production d'une représentation cohérente du cas). Il faut cependant pondérer cette opposition dans la mesure où elle ferait de la synthèse une activité définitive et ultime. Dans la pratique la construction de l'étude de cas est souvent réalisée à l'issue des différents examens ou du suivi du patient. Mais il y a aussi des situations dans lesquelles existent soit des étapes intermédiaires de l'étude de cas. Soit des reprises régulières de celle-ci. Notamment dans le cas de psychothérapie le « cas » peut être régulièrement l'objet d'une réflexion dans laquelle les conclusions antérieures sont remises en cause, retravaillées, reconstruites à la lumière des informations nouvelles. (**Cité par Pidenielli et Fernandez, 2006**)

2-4-Les Outils Et Techniques De L'étude De Cas :

Qu'on soit praticien ou chercheur, le clinicien se fait recourir souvent à des outils ou des techniques sur lesquelles fonde son étude de cas et parmi ces outils nous citons (l'entretien clinique, l'observation clinique et les tests) :

2-4-1-L'entretien Clinique :

L'entretien est utilisé dans un certain nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales : il se révèle un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leur biographie, à leurs représentations personnelles sur tel ou tel problème. Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique, c'est le terme « clinique » qui renvoie à un champ de pratiques spécifiques qui intéressent le domaine des soins en général ; ainsi l'entretien clinique est-il plus spécifiquement utilisé par les psychologues cliniciens, les psychiatres et les psychothérapeutes. Il peut avoir

des objectifs différents : une visée diagnostique, une visée de recherche et/ou une visée thérapeutique. Selon les objectifs, la manière d'aborder l'entretien peut varier mais, quelles que soient ses modalités, un certain nombre de règles techniques restent stables, par exemple le style de conduite de l'entretien (non directivité et semi-directivité) et l'attitude du clinicien (attitude clinique : respect, neutralité et empathie).

Il existe une diversité d'approches de l'entretien selon les modèles théoriques. Le modèle psychanalytique met l'accent sur les mouvements inconscients, pulsionnels, les résistances et le transfert dans l'entretien. Pour Freud, l'entretien psychanalytique a constitué une véritable méthode d'investigation du fonctionnement psychique en même temps qu'une méthode thérapeutique permettant d'accéder au matériel refoulé, considéré comme pathogène. Toutefois, dans la cure analytique, il ne s'agit pas à proprement parler d'un entretien mais plutôt d'une forme de communication particulière. Le modèle phénoménologique et humaniste propose une approche différente qui peut être considérée comme complémentaire : l'accent y est mis sur « l'ici et le maintenant », sur l'expérience « vécue » du sujet, sur le présent et non sur les conflits infantiles. Du point de vue de la technique, la situation de face-à-face est privilégiée. L'approche systémique met l'accent sur les phénomènes conscients et interactifs au sein d'un groupe (par exemple familial) et privilégiera en ce sens les entretiens familiaux. Le modèle cognitif étudie quant à lui les représentations connectées au comportement et aux symptômes sur un plan conscient et/ou non conscient.

En psychologie clinique et en psychopathologie, ces différentes approches ne sont pas contradictoires dans la mesure où elles portent sur des niveaux de compréhension et d'intervention différents. D'où l'intérêt de présenter ces différents modèles dans une optique complémentariste et non antagoniste pour permettre à l'étudiant de penser et d'avoir à sa disposition les différents modèles théoriques et d'intervention existants.

Toutefois, quels que soient les dispositifs thérapeutiques et les objectifs de l'entretien, celui-ci mobilise un certain nombre d'attitudes, de mouvements psychiques, d'affects, de représentations, de comportements - tant chez le clinicien que chez le sujet lui-même (identifications, transfert, contre-transfert, empathie, défenses, demandes) - qui sont aussi importants que la conversation elle-même et qui orientent l'entretien, parfois à l'insu des protagonistes.

Par ailleurs, l'âge, la personnalité et la psychopathologie sont des critères importants dans la manière d'aborder les dimensions relationnelles nécessaires

au déroulement de l'entretien. Entre le bébé qui fonctionne à partir de ses sensorialités naissantes, la personne sénescence confrontée au deuil, le névrosé et ses conflits intrapsychiques, le psychotique et son délire, le malade somatique et la réalité de son corps, il y a lieu d'ajuster et d'aménager l'approche clinique de l'entretien.

La pratique de l'entretien clinique n'a rien d'évident, elle implique à chaque fois l'acquisition de connaissances nouvelles et un questionnement sur elle-même. Le psychologue, lors de l'entretien clinique, fonctionne avec son propre appareil psychique. Cela implique dans sa pratique régulière un minimum de travail sur soi, d'analyse, de maîtrise de ses propres mouvements psychiques, ce qui pose bien évidemment la question fondamentale de la formation.

-L'entretien Et Ses Champs D'application

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose *Le Petit Robert*, simplement comme l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Ce terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive. *Clinique* est à l'origine un terme médical issu du grec *klinè* qui signifie « lit ». *L'examen clinique en médecine* désigne donc un type d'examen qui, littéralement, est fait « au lit du malade » et se distingue des autres examens médicaux dans le sens où il ne nécessite pas d'appareillage technique et se pratique à mains nues comme le fait d'observer, de palper ou d'ausculter le malade. Selon Jean-Louis Pardinielli (1994), le terme « clinique » dans son sens médical signifiait aussi l'enseignement médical donné au lit du malade ainsi que l'ensemble des connaissances acquises au lit du malade. On a ici une spécificité médicale qui consiste à observer un ensemble de signes pour les regrouper ensuite en syndromes. *L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens* a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet - dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Alain Blanchet, 1997). En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et

mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. La notion d'entretien clinique est très liée aux travaux de **Carl Rogers (1966)**, psychologue humaniste américain particulièrement intéressé par la dynamique de changement de la personnalité et les valeurs humaines. Après avoir travaillé douze années dans un centre de protection de l'enfance en danger, C. Rogers a développé ses propres points de vue en matière de psychothérapie. Ses contributions essentielles portent sur les notions d'*acceptation de l'autre*, de *centration sur le sujet*, d'*empathie*, de *non-directivité* et de *compréhension*. Son idée générale est que, dans le domaine de la clinique, il faut aborder le sujet sans *a priori* théorique : « *seul le patient sait où et comment il souffre* »(P09) ; il faut donc lui faire confiance, l'écouter pleinement dans une attitude compréhensive et respectueuse qui va lui permettre de développer toutes ses possibilités. La pratique de l'entretien clinique a été également considérablement influencée par d'autres modèles (psychanalytiques, phénoménologiques, psychiatriques, systémiques)

-Entretien Clinique Et Psychologie Clinique :

L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien. Il fait partie de la *méthode clinique*, qui comprend : - une clinique « à mains nues » (l'observation et l'entretien); -- et une clinique instrumentale (tests projectifs, échelles cliniques, etc.). La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus ou moins prolongée de cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence. Elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité, en situation et en évolution (**Daniel Lagache, 1949 ; Juliette Favez-Boutonnier, 1968**)(Cité par : **Bénony et Cahraoui,1999**), le sujet étant considéré ici comme un être unique, singulier, n'étant semblable à aucun autre. L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. Par exemple, les difficultés d'un individu ne peuvent prendre sens que si elles sont resituées dans leur cadre de référence : l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité, etc. L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- d'*aide ou de soins psychologiques* ;
- de *diagnostic ou d'évaluation psychologique* ;

- ou de *recherche clinique*. Cette visée de traitement ou de diagnostic distingue l'entretien clinique utilisé en psychologie clinique et l'entretien utilisé dans les enquêtes sociales ou pratiqué dans d'autres disciplines des sciences humaines.

-Différents Aspects Techniques De L'entretien :

La manière de mener un entretien dépend d'un certain nombre de facteurs :

- des objectifs de l'entretien (visée diagnostique thérapeutique, de recherche ou d'orientation);

- des modèles théoriques et de la formation du clinicien ; - de la personnalité, de l'âge du sujet et des aspects de l'interaction au cours de l'entretien ;

- de la demande (vient-elle du sujet de la famille ? de l'institution ? du chercheur?);

- du moment et des conditions de l'entretien (premier entretien ou suivants, contexte d'hospitalisation ou de consultation externe, contexte de crise ou non, etc.). Nous pourrions multiplier encore les facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur le déroulement d'un entretien ; d'une certaine manière, chaque entretien est unique comme chaque relation ou chaque individu l'est. Toutefois, la manière de mener un entretien clinique ne s'improvise pas ; celui-ci ne s'apparente pas à une conversation ordinaire, il s'agit d'un dialogue asymétrique entre un sujet et un professionnel (le psychologue clinicien, le psychiatre, le médecin ou le conseiller d'orientation). L'entretien est donc lié à la fonction du clinicien, ce qui suppose une formation, laquelle permet de prendre une certaine position dans le dialogue, (**Chiland, 1983**). La manière de mener un entretien s'appuie sur des règles techniques (*non-directivité, semi-directivité*) et sur une certaine attitude (*attitude clinique*) adoptée par le psychologue clinicien : on peut dire que les aspects techniques (non directivité ou semi-directivité) et l'attitude clinique du clinicien représentent les aspects les plus stables de l'entretien clinique, et cela quelles que soient les modalités et les conditions de l'entretien.

-Conduite De L'entretien Clinique

• Types D'entretien

- *Entretien non directif* : C'est un type d'entretien centré sur la personne au cours duquel, comme son nom l'indique, ce n'est pas le clinicien qui oriente le discours du patient, mais le patient ou le sujet qui parle librement de lui-même en contrôlant et en menant son discours comme il l'entend. Le clinicien pose une question, donne une consigne ou bien circonscrit un thème puis s'efface pour laisser parler le sujet. Celui-ci peut déborder largement par rapport au thème proposé, il peut évoquer ses problèmes de santé, ses souvenirs d'enfance, sa vie

familiale, ses problèmes professionnels, et ce sont justement ces associations libres qui intéressent le clinicien qui évite donc de l'interrompre. Le clinicien respecte les moments de silence, les arrêts, les discontinuités, les associations ; « ce qui est important c'est que le sujet dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire et ce qu'il peut dire » (**Chiland, 1989.P23**). Le clinicien se contente d'effectuer des relances, de signifier des approbations dans une attitude respectueuse, compréhensive et empathique. Les relances peuvent prendre différentes formes : hochements de tête, acquiescements, reformulation du dernier mot, de la dernière phrase du sujet, de la pensée ou de l'idée du sujet. Même si ces relances visent initialement un maximum de neutralité de la part du clinicien, elles ont malgré tout une influence sur le discours produit par le (**Blanchet et coll., 1990**). Nous verrons quelques aspects de cette influence un peu plus loin. Le clinicien pourra analyser ce type d'entretien en fonction du *contenu manifeste* (ce que dit le sujet) mais aussi en fonction du *contenu latent* (représentations et significations par fois implicites associées au discours). Ce qui sous-entend que le clinicien n'est pas seulement attentif à ce qui est dit mais aussi à la manière dont cela est dit et au moment où cela est dit. En ce sens, les arrêts, les silences, les changements de thématique, les aspects émotionnels sont aussi importants que le récit lui-même : ils rendent compte du fonctionnement véritable du sujet et de la manière dont le sujet se positionne par rapport à son discours. L'entretien non directif représente un intérêt particulier dans le sens où l'on perçoit le système d'associations proposé librement et spontanément par le sujet. Or c'est cette chaîne associative spontanée qui rend compte de l'aspect humain, singulier de chacun, et qui aide le clinicien à forger des hypothèses pertinentes sur la compréhension des facteurs étiologiques associés à tel ou tel trouble. Il faut toutefois faire attention à ne pas considérer l'entretien non directif comme une absence de réaction de la part du clinicien ou bien l'utiliser comme une sorte d'écran pour ne pas entrer en relation avec le sujet. Ce qui est sous-entendu dans l'entretien non directif, c'est davantage une attitude clinique faite de respect et d'écoute bienveillante qu'une absence de parole. Certains patients peuvent, en effet, être surpris par une absence de parole du psychologue et, dans certains cas, l'assimiler à une véritable froideur et à une absence d'empathie de sa part. Au contraire, le clinicien doit être présent, disponible et il fait le choix de la non-directivité en fonction du cadre de l'entretien et de la personnalité du sujet. Certains patients ont besoin d'une écoute plus active et d'interventions plus fréquentes pour se sentir soutenus et pour pouvoir verbaliser ; le clinicien doit donc accepter de modifier les règles techniques si le contexte ne s'y prête pas.

- *Entretien semi-directif* : Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un *guide d'entretien* ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé.

- *Entretien directif* : L'entretien semi-directif doit être distingué de l'entretien *directif*, une forme d'entretien qui peut être utilisée dans les sciences sociales et en psychologie clinique pour compléter les investigations. L'entretien directif correspond au questionnaire dans lequel les questions sont ordonnées et hiérarchisées ; il ne s'agit donc pas d'un entretien clinique dans la mesure où il n'est pas centré sur la verbalisation spontanée du sujet : celui-ci répond seulement aux questions qui sont posées, ce qui ne permet pas une grande implication personnelle.

• **Choix D'un Type D'entretien :**

Chaque type d'entretien n'est pas en soi meilleur ou plus mauvais que l'autre, il est tout simplement plus ou moins adapté à une situation ou à un sujet. C'est pourquoi le psychologue clinicien ne doit pas adopter une technique rigide qui soit uniquement non directive ou uniquement directive :

- les entretiens à visée diagnostique, à visée d'évaluation psychologique ou encore les premiers entretiens en psychothérapie peuvent nécessiter davantage d'interventions de la part du clinicien pour mieux connaître le sujet ;
- certains patients ont besoin d'être soutenus et ont besoin que le clinicien intervienne davantage ;
- d'autres patients au contraire peuvent ressentir les interventions du psychologue comme une véritable intrusion.

Au-delà des modèles théoriques de référence qui prônent une attitude plus ou moins directive, c'est aussi toute la finesse clinique du psychologue, son savoir-faire et son expérience pratique qui doivent orienter ses choix techniques.

- **Attitude Clinique Du Clinicien**

Les aspects techniques de l'entretien clinique (non-directivité et semi-directivité) sont indissociables de l'attitude clinique du clinicien.

- **Non-Directivité**

La notion d'*attitude clinique* est proche de la conception rogérianne de la non-directivité qui peut se définir de la manière suivante :

« La non-directivité, c'est d'abord une attitude envers le client. C'est une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imprimer au client une direction quelconque, sur un plan quelconque, se refuse à penser ce que le client doit penser, sentir ou agir d'une manière déterminée ». Max Pagès (1965) Il s'agit donc d'une attitude où la centration sur le sujet est l'élément essentiel. L'attitude non directive prônée par **Rogers (1966)** a été appliquée à la relation d'aide ; elle implique que le clinicien ou le thérapeute ait confiance en son patient et dans ses capacités d'auto direction, de changement et dans ses possibilités personnelles. Cette attitude non directive de **Rogers** ne s'assimile pas à une technique du « laisser-faire » mais plutôt à une attitude respectueuse, empathique, compréhensive, congruente et confiante à l'égard du patient, seule manière de changer le sujet selon lui. Par ailleurs, il faut aussi se garder d'assimiler *attitude non directive et non-influence* ; les travaux de **A. Blanchet (1997)** ont montré que les thérapeutes adoptant une technique et une attitude non directive influencent tout de même le discours du sujet, ce qui tendrait à démontrer que toute efficacité thérapeutique passe nécessairement par un procédé d'influence. (Cité par **Bénony et Chahraoui,1999**)

- **Neutralité Bienveillante** La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : la *neutralité bienveillante*. Le clinicien ne doit pas formuler de jugements, de critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais doit s'associer à la bienveillance ; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement.

- **Respect** : L'attitude clinique relève d'une véritable *attitude déontologique et éthique*. Elle implique le *respect* du sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code de déontologie des psychologues signé par les associations représentant les psychologues et les enseignants-chercheurs en psychologie (AEPU : Association des enseignants de psychologie des universités ; ANOP : Association nationale des organisations de psychologues ; SFP : Société française de psychologie):

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. *Code de déontologie des*

psychologues, (1996). Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection, du secret professionnel et implique le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Au niveau de l'entretien clinique, l'on doit appliquer cette position éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas toujours en soi une valeur négative mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le sujet : dans certains cas, le déni de l'angoisse peut aider le sujet à surmonter momentanément des épreuves pénibles ou traumatiques

• **Empathie** : Une dernière dimension de l'attitude clinique est la *compréhension empathique* ; il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'*appréhension intuitive*. Selon C. Rogers, il s'agit de : Sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si »... Sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que nous essayons de décrire. **(Rogers,1966,P44)** .

Nous pourrions dire avec Rogers, que l'empathie du clinicien apparaît comme un principe clé de la psychothérapie et de son efficacité. En résumé, nous pouvons dire que l'attitude clinique relève tant d'un dispositif technique que d'une véritable approche déontologique. Toutefois, l'attitude clinique est très liée à la personne du clinicien et implique donc une certaine maîtrise de soi et une sérénité par rapport aux problèmes rencontrés, ce qui n'est pas toujours évident dans certaines situations ; c'est pourquoi le clinicien, pour maintenir cette « Bonne distance » avec le sujet, devra analyser et clarifier ses propres contre-attitudes et émotions.

- **L'Entretien Clinique Et Recherche**

-Entretien Clinique Et Recherche En Psychologie Clinique :

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines : c'est notamment le cas de la psychologie clinique. Compte tenu des spécificités de cette discipline la recherche dans ce domaine a pour objectifs de créer des connaissances nouvelles et de permettre des généralisations. **(Bénony et Chahraoui,1999,P61)**

Le schéma de la recherche est le suivant :

- On s'appuie sur des questions particulières, situations souvent provoquées par le clinicien chercheur ;

- Celui-ci pose une question, censé être pertinente, et essaie d'y répondre en mettant en place une procédure pour justifier ses affirmations. Le choix de la procédure de la recherche est déterminée par l'objectif de la recherche et par les hypothèses de travail : il peut s'agir de recherche sur les cas singuliers, d'observations de groupes ou bien d'études longitudinales ;
- L'entretien clinique s'inscrit à ce moment, qu'il peut faire parti des outils clinique destinés à recueillir les données au cours de la procédure. il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles cliniques ou à l'observation clinique directe avec les méthodes vidéo ;
- Après le recueil des données, qui donne lieu à la constitution des documents de travail (entretiens retranscrits), le clinicien chercheur rentre dans la phase de l'analyse en donnant une série de significations au corpus ainsi obtenu et en le resituant par rapport au sujet et à sa problématique.
- **Positionnements Possibles :** Il y a deux positionnements possibles sur le plan de la recherche en psychologie clinique : soit l'entretien clinique s'inscrit dans l'activité ou dans la pratique du psychologue clinicien, soit il a lieu à l'initiative du clinicien chercheur.
 - **Entretien Clinique Inscrit Dans L'activité Ou La Pratique Du Psychologue Clinicien :** Il fait partie de l'évaluation psychologique ou bien de la psychothérapie, et ce n'est que dans un deuxième temps que l'entretien est analysé en fonction des hypothèses précises du chercheur-clinicien. Dans ce type de recherche, la position du clinicien est double, il est à la fois praticien et chercheur : dans un premier temps, il relève de manière clinique et globale les données issues de sa pratique et, dans un deuxième temps, il affine le niveau d'observation pour ne s'intéresser qu'à certains éléments précis qu'il analyse enfin dans un troisième temps.
 - **Entretien Clinique Produit A L'initiative Du Clinicien Chercheur :**

Ici, le chercheur clinicien dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre de chercheur. La demande émane donc du chercheur et non pas du patient. C'est de ce second type d'entretien dont nous parlerons dans ce chapitre.
- **Dimensions éthiques :** Disposer du contenu des entretiens pour faire de la recherche pose naturellement un certain nombre de problèmes et de questions sur le plan éthique (**Bourguignon et Fagot-Largeault, 1995**) : - y a-t-il consentement des sujets pour participer à la recherche ? ;

- quelle est la valeur du consentement de sujets affaiblis, rendus vulnérables par l'état de maladie ? ; - la recherche présente-t-elle un intérêt pour le sujet ? ; - est-elle susceptible d'avoir un effet néfaste sur lui ? ; - a-t-on le droit de disposer d'informations sur la vie des sujets et de les utiliser en vue d'une publication ? ; - quelles sont les conséquences d'une évaluation psychologique sur la personne ? ; - a-t-on le droit de réveiller chez certains sujets des souvenirs enfouis, douloureux, qui ne demandaient qu'à être oubliés alors que l'objectif de la recherche n'est pas thérapeutique, même si « incidemment » il peut aussi l'être ? Pour répondre à ces problèmes, des lois existent qui ont pour objectif de réglementer la recherche, par exemple la loi Huriet (juin 1994) sur la protection des personnes soumises à des expérimentations biologiques et qui s'applique aussi aux recherches en psychologie. Cette loi implique le consentement éclairé des personnes participant à la recherche, leur information, l'autorisation préalable du lieu de l'étude, la soumission des protocoles à un comité consultatif qui doit donner son accord. D'autres organismes sont chargés de faire respecter la protection des informations privées comme la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Toutefois, il est bien entendu que l'éthique ne doit pas seulement s'appuyer sur des textes mais aussi sur une attitude générale du chercheur qui doit être respectueuse, neutre, empathique, bienfaisante, juste, équitable et aussi rigoureuse sur le plan scientifique (**Bourguignon, 1995**). *Le Code de déontologie des psychologues* (1996) reprend aussi un certain nombre de ces principes éthiques qui devraient être naturellement appliqués dans toute recherche clinique.

- Définition De L'entretien Clinique De Recherche :

Selon A. Blanchet (1991), on retrouve trois courants de pensée précurseurs de l'entretien de recherche :

- *l'approche expérimentale* (l'école de Würzburg ; K. Bühler, en 1927);
- *l'approche biographique* (W. Dilthey, en 1886);
- et *l'approche clinique* de Freud (en 1895) où le dispositif de la cure a aussi, selon cet auteur, pour objectif l'investigation du fonctionnement psychologique en vue de l'établissement de lois générales. L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information (A. Blanchet, 1985). Il s'agit d'un : [...] dispositif par lequel une personne **A** favorise la production d'un discours d'une personne **B** pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de **B**.

Selon A. Blanchet : « L'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de

valeurs et normes, etc.). Ou encore d'étudier le fait de parole lui même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication).

- Intégré à la recherche, l'entretien a toutefois un aspect paradoxal « L'entretien dans les sciences sociales est un paradoxe : l'outil irrecevable du point de vue de l'idéal scientifique s'avère irremplaçable pour accéder à des connaissances dont l'intérêt scientifique est manifeste. ». Comme dans l'entretien clinique à visée diagnostique ou thérapeutique, on retrouve dans l'entretien de recherche les mêmes distinctions techniques (même types d'entretien): - *l'entretien non directif*, où le chercheur donne une consigne de base à partir de laquelle est produit un discours censé répondre aux hypothèses du chercheur ; ensuite, le chercheur n'interrompt pas le sujet et se contente d'effectuer des relances ;

- *l'entretien semi-directif*, où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. Il existe deux autres types d'entretien de recherche, qui toutefois ne peuvent pas être qualifiés de cliniques dans le sens où ils laissent assez peu de liberté d'expression au sujet ; il s'agit de *l'entretien à questions ouvertes* et de *l'entretien à questions fermées* (questionnaire). Ces différents types d'entretien se différencient sur deux points (Marie-France Castarède, 1983):

- le *degré de liberté dans l'entretien*, très grand dans l'entretien non directif, un peu moins dans l'entretien semi-directif et considérablement réduit dans le questionnaire ;

- le *niveau de profondeur*, qui dépend du précédent dans le sens où plus l'entretien n'est libre, plus le sujet donne des réponses complexes et riches. Si l'on souhaite des réponses riches, complexes, singulières et originales, on optera pour l'entretien non directif. Si l'on souhaite au contraire des réponses précises et courtes, on choisira le questionnaire. Aux aspects techniques de l'entretien clinique de recherche (non-directivité et semi-directivité), le clinicien chercheur associera l'attitude clinique (respect, empathie, centration sur le sujet, neutralité, bienveillance, etc.

- Entretien Clinique De Recherche, D'évaluation, Thérapeutique :

L'entretien clinique de recherche ne se distingue pas des entretiens d'évaluation et thérapeutiques au niveau de la conduite de l'entretien, des aspects techniques et de l'attitude clinique à adopter. En revanche, l'entretien clinique de recherche se distingue des entretiens d'évaluation et des entretiens thérapeutiques sur trois autres points : - son objectif n'est pas thérapeutique ni

diagnostique, mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur ou par un groupe de chercheur, il correspond à un plan de travail que s'est fixé le chercheur : l'entretien vise à répondre à des hypothèses de recherche précises. En ce sens, le discours du sujet est assez délimité autour du thème attendu par le chercheur; - l'entretien clinique de recherche est produit à l'initiative du chercheur. C'est lui qui est en position de demande à la différence de l'entretien thérapeutique où il y a d'abord une demande explicite ou non de la part du sujet. Cela signifie que l'intérêt n'est pas immédiat pour le sujet, même si la recherche elle-même vise à plus long terme des retombées la recherche positives pour le groupe de patients dont est issu le sujet de Toutefois, même si, en théorie, on peut établir les distinctions soulignées ci-dessus, les choses peuvent se passer autrement dans la pratique de recherche. L'entretien clinique de recherche peut entraîner une libération émotionnelle chez des sujets qui n'avaient jamais parlé auparavant de leurs difficultés. D'autres sujets peuvent être renforcés dans leur narcissisme par l'intérêt qu'on leur porte. D'autres encore prennent conscience d'une demande à être examinés au cours de cet entretien. Si certains entretiens se révèlent bénéfiques, d'autres peuvent perturber le sujet qui peut se retrouver désemparé et angoissé par le récit des événements douloureux qu'il vient de dévoiler et dont il ne sait que faire main tenant. Un entretien clinique de recherche n'est jamais neutre au niveau de ses incidences ; nous travaillons avec nos semblables, avec des êtres humains doués de sensibilité et, qui plus est, avec des sujets en état de souffrance et donc nécessairement vulnérables. Le clinicien doit être attentif aux aspects relationnels, à ce qu'il peut provoquer ou induire chez le sujet ; c'est à nouveau une question de déontologie professionnelle qui rend compte de la complexité et de la difficulté de la recherche dans le domaine des sciences humaines, en particulier de la psychologie clinique et de la psychiatrie.

-Choix Du Type D'entretien :

Avant de choisir le type d'entretien, le chercheur devra se demander s'il est opportun d'utiliser l'entretien clinique comme méthode de production des données. Ensuite, il choisira le type d'entretien en fonction de deux critères (**Castarède, 1983**) : le moment de la recherche et l'information recherchée.

-Selon Le Moment De La Recherche :

Au cours de la phase exploratoire, au début d'une recherche, il s'agit de s'interroger sur la faisabilité de celle-ci et sur la pertinence des hypothèses et des théories référentielles. Le thème de la recherche peut à ce moment être encore assez peu délimité. Si c'est le cas, l'entretien clinique non directif s'impose car il

permet un balayage du champ de l'étude : en laissant le sujet s'exprimer et associer librement, on peut voir ce qui surgit spontanément en rapport avec la thématique proposée, ce qui permet au clinicien chercheur d'affiner les hypothèses, de préciser le thème de recherche, de modifier la consigne si elle ne convient pas. Dans un deuxième temps, on peut mettre en place un entretien semi-directif si l'on souhaite une réponse à des questions plus focalisées et plus précises, ou bien continuer avec l'entretien non directif ; à partir de ce moment, le choix de l'entretien dépend essentiellement de l'information recherchée.

-Selon L'information Recherchée : L'entretien clinique de recherche est préconisé si l'on s'intéresse aux dimensions qualitatives, singulières et originales d'un problème donné, c'est-à-dire à la manière singulière dont un individu vit tel ou tel problème. Si l'on cherche à rendre compte plutôt de la représentativité d'une population ou d'un groupe large, on est obligé de recourir, pour plus de fiabilité, à des méthodes plus standardisées comme le questionnaire ou l'entretien à questions fermées ou ouvertes.

L'entretien non directif permet au sujet de parler de ses systèmes de représentation de la réalité, de son vécu, de ses associations à partir d'un thème donné ; il s'agit d'une dimension très personnelle qui répond à la question du « comment ? » (**A. Blanchet, 1985**):

- comment le sujet, par exemple, se représente-t-il sa maladie ? ;
- quelles sont les associations spontanées qui émergent à l'évocation de sa maladie ? Ce type d'entretien va rendre compte de la manière dont le sujet se positionne par rapport à sa maladie.

Si le chercheur cherche plutôt à établir des liens entre une situation, un événement particulier et l'origine d'une pathologie, l'entretien prendra nécessairement une forme plus directive dans le sens où ce sont des événements, des faits qui sont recherchés. Il pourra, par exemple, demander au sujet si des événements particuliers lui sont arrivés ces derniers mois, l'hypothèse implicite étant que l'on s'attend à retrouver une relation de causalité entre ces événements et l'origine de la pathologie.

- Conduite De L'entretien Clinique De Recherche :

-Guide D'entretien Et Relances : L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un *guide d'entretien* plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (**A. Blanchet, 1992**). Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la *consigne* à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement

soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. A. Blanchet (1985) distingue deux types de consigne : - celles qui induisent un discours d'opinions : « J'aimerais vous »; que vous me parliez de... « Ce que cela représente pour vous » ;

- et celles qui induisent un discours de narration : « J'aimerais que vous me parliez de... », « Comment ça s'est passé ? ». Le guide d'entretien comprend aussi les *axes thématiques* à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directive ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. La préparation de ces questions permet de formuler les *relances* pertinentes au moment venu. Blanchet (1992), distingue trois types de relance qui peuvent se situer chacune dans un registre modal ou référentiel :

- la *réitération* : le chercheur reprend un point de vue énoncé par le sujet soit directement, soit en rajoutant un préfixe modal (« Vous pensez que... »); - la *déclaration* : le chercheur fait connaître son point de vue au sujet sous forme, par exemple, d'interprétation ; - l'*interrogation* : le chercheur pose une question au sujet soit pour préciser un fait, soit pour demander son avis. Les relances guident le discours du sujet et permettent au clinicien d'exprimer ses hypothèses de travail.

-L'écoute Du Clinicien : L'écoute du clinicien chercheur n'est jamais neutre ; elle ne peut être assimilée à un simple enregistrement de données. Le clinicien essaie de donner un certain nombre de significations au récit, il fait appel à ses théories pour essayer de comprendre, il peut être amené à sélectionner certains éléments qui lui paraissent pertinents pour son étude. Ces différentes stratégies d'écoute et en particulier l'attention sélective peuvent biaiser les résultats dans le sens où le chercheur risque d'écarter des éléments pertinents. C'est pourquoi le protocole de recherche et les hypothèses doivent avoir été suffisamment réfléchis et élaborés. Par ailleurs, un certain nombre de mécanismes psychologiques peuvent également biaiser l'écoute du chercheur.

- l'identité collective du chercheur (ses appartenances sociales et culturelles);
- la théorie et l'idéologie du chercheur (ses références théoriques)

Ces différents éléments, s'ils ne sont pas suffisamment analysés, peuvent biaiser l'écoute et les résultats de l'étude. L'idée novatrice de G. Devereux était que non seulement l'histoire personnelle du chercheur peut influencer l'observation, mais que ses normes socioculturelles et sa théorie de référence peuvent aussi masquer les faits d'observation ; dans ce cas, et en d'autres termes, le chercheur trouve ce qu'il s'attend à trouver. **(Bénony et Chahraoui,1999)**

- **Analyse De L'entretien Clinique De Recherche :**

Un entretien fournit un certain nombre d'informations qu'il faut essayer de décoder et d'analyser. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'un document écrit, l'idéal étant l'entretien enregistré qui peut se prêter à une analyse scientifique. Toutefois, l'enregistrement pose préalablement une question éthique : le sujet doit être d'accord après avoir été suffisamment éclairé et informé du déroulement de l'étude. Dans les autres cas, le clinicien chercheur peut prendre des notes pendant l'entretien, mais cette méthode comporte un grand nombre de biais et elle empêche le chercheur d'être complètement disponible à l'expérience du sujet en créant une relation inauthentique. Il peut retranscrire l'entretien immédiatement après, mais là aussi, il peut y avoir un grand nombre d'oublis, de lacunes, de distorsions et de biais liés à la mémoire sélective. L'entretien peut donner lieu à différents types d'analyse : une analyse clinique qualitative, qui peut être descriptive, ou une analyse effectuée sur le modèle de la pragmatique.

-Analyse Clinique Qualitative :

Le texte peut être découpé en fonction des thèmes traités par le sujet :

- quels sont les thèmes dominants ? ; - comment s'associent-ils ? ; - à quel moment apparaissent-ils ? On peut analyser la manière dont le sujet s'approprié son discours :

- comment s'exprime-t-il ? ; - quels sont les liens entre les émotions et les représentations ? ; - quelle est la qualité associative ? On peut également prendre en considération la qualité et les modalités des échanges et voir également comment les mécanismes de défense interfèrent avec le discours. Toutefois, l'analyse clinique et qualitative a été critiquée à un niveau scientifique car trop empreinte de la subjectivité du clinicien. Ainsi des progrès ont-ils été réalisés sur le plan de la recherche, donnant lieu au développement de logiciels informatiques sophistiqués permettant de réaliser des analyses plus précises et portant sur de plus petits indices. C'est le cas de *l'analyse propositionnelle du discours* développée par Rodolphe Ghiglione et Alain Blanchet (1991): « le discours y est découpé en propositions dont on peut ensuite étudier les relations. L'analyse pourra aussi mettre en évidence les mots outils et les termes qui structurent le récit ainsi que les stratégies argumentatives du sujet. »

-Analyse pragmatique : dans ce cas, l'analyse porte surtout sur les échanges entre les deux interlocuteurs d'un entretien, l'idée étant que ces derniers échangent des « actes et non des énoncés et que les actes projetés par le locuteur sont la plupart du temps implicites (ou actes indirects) et font l'objet d'une

interprétation de l'auditeur » (A. *Blanchet, 1997*). Ces analyses quantifiées facilitent évidemment le travail du chercheur, mais elles nécessitent toutefois de bien connaître les théories du discours et leurs liens avec les aspects cliniques et psychopathologiques. (*Bénony et Chahraoui, 1999*)

2-4-2- L'observation Clinique :

Dans son acception commune, on entend par observation le fait de « Considérer quelque chose avec attention afin de connaître, d'étudier ». Si on se base sur une définition plus étymologique, on peut décomposer en *ob-* (qui donnera objet) et *-servare*, « persévérer, sauver, assurer ». Reste l'idée d'un objet, d'une réalité extérieure que l'on doit appréhender le plus fidèlement possible, sans la déformer, en la maintenant telle quelle.

L'observation clinique peut concerner différents champs de la clinique, c'est-à-dire différentes pratiques : Le sujet singulier : Par exemple : l'observation d'un bébé, l'examen psychologique d'un sujet (il s'agit d'une méthode -utilisation de tests- qui permet de procéder à l'état des lieux » de la vie affective et intellectuelle d'un sujet). Il s'agit de connaître les enjeux de la demande (est-ce un parent, le sujet lui-même, une institution, une école, etc.)

Le groupe, Y'a l'observation clinique de la famille, Chaque membre du groupe familial est amené à prendre conscience de sa place dans l'organisation de la dynamique familiale (ex : un sujet peut être le porte-parole » c'est à dire celui qui dit tout haut ce que tout le monde pense tout bas; une famille peut s'organiser à partir d'un bouc émissaire »

L'observation clinique vise à faire l'inventaire du réel par l'activité de perception. –L'observation clinique demande une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier; – elle est un processus incluant l'attention volontaire et l'intelligence l'observation orientées vers un objectif, vers un objet, pour recueillir des informations », Le psychologue Henri Wallon précise cela : « Il n'y a pas d'observation sans choix ni sans une relation, implicite ou non... la grande difficulté de l'observation pure comme instrument de connaissance, c'est que nous usons d'une table de référence sans le plus souvent le savoir, tant son emploi est irraisonné, instinctif, indispensable... En conséquence, il importe donc au premier chef de bien définir pour tout objet d'observation quelle est la table de référence qui répond au but de la recherche. » (1941, pp. 19-20). On peut parler avec Wallon d'un assujettissement à une table de référence, utilisée donc implicitement ou explicitement par l'observateur. L'observateur donne toujours un sens à ce qu'il perçoit car l'observation s'appuie sur un savoir constitué et certains modèles de pensée.

Le psychologue clinicien ne diagnostique pas à partir de critères extérieurs purement sémiologiques, objectifs et comportementaux, type manuel D.S.M. IV : Ce serait là une observation qui concerne l'objectivation du sujet et non une observation relevant de la psychologie clinique. Un psychologue s'intéresse davantage à la souffrance personnelle, aux mécanismes de défense, à la demande, à la plainte, au discours de souffrance dans sa dimension de sujet. Il s'agit de se garder de l'illusion de pouvoir atteindre l'objectivité dans l'observation du comportement humain (certaines sciences, notamment cognitives, le revendiquent). Comme le souligne justement George Devereux (1980), ces méthodes méconnaissent l'importance des variables relationnelles intersubjectives et les conséquences issues de la sphère transférentielle.

L'observation a aussi à nous interroger sur le statut de la réalité en clinique. Freud définit une réalité comme interne, fantasmatique, subjective, comme une réalité psychique distincte de la réalité objective, externe, historique. Il écrit ainsi : « On peut dire que la réalité psychique est une forme d'existence particulière, qu'il ne faut pas confondre avec la réalité matérielle. » (1904, p. 526). La réalité pose la question de la dialectique dedans/dehors, subjectif/objectif autour de l'accès à la représentation de la réalité qui n'est déjà plus la réalité. La représentation psychique est le fait d'un sujet et n'est jamais une reproduction de la réalité externe, elle n'en est pas la répétition fidèle dira Freud (1925). La réalité historique n'a que peu d'intérêt pour le psychologue clinicien dont l'attention se porte sur l'homme et sa souffrance subjective, c'est-à-dire la réalité qu'il vit et qui est la sienne.

L'observation est présente dans toutes les situations que peut rencontrer le clinicien, une méthode transversale en quelque sorte. En entretien clinique ou durant les tests, on observe aussi les comportements, les hésitations, les soupirs, les points de butée... Le matériel observé peut servir de base à une étude de cas. Dans tous les cas, il s'agit de relever des phénomènes significatifs, et de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique de la rencontre et l'histoire singulière du sujet, en essayant de ne pas orienter préalablement l'observation et pouvoir se laisser surprendre. L'observation se présente comme la méthode la plus naturelle, une base toujours disponible, car il existe des situations dans lesquelles le recours à l'entretien est délicat voire impossible : petite enfance, situations pathologiques comme l'autisme, troubles aphasiques (c'est-à-dire troubles du langage)...

L'observation clinique est un processus organisé schématiquement en deux étapes :
–Un acte d'attention : qui élargit ou focalise la perception sur un certain objet, ou sur : certains aspects de l'objet.

–Un acte intelligent: l'observateur sélectionne un nombre d'informations pertinentes parmi un large éventail. Ceci implique qu'il n'existe pas d'observation entièrement naïve et que l'observation est un acte de construction.

L'observation clinique contient toujours une « auto- observation ». Albert Ciccone (1998) parle d'observation du contre-transfert (écouter ses éprouvés pour comprendre, entendre, la clinique). –l'attention flottante Il s'agit d'une disposition interne particulière dans laquelle le clinicien est présent et écoute sans se laisser absorber par ce que le sujet dit. Le clinicien est à l'écoute des associations du sujet. Il reste sensible à la manière dont le discours s'agence, au silence, aux différentes énoncées; il reste réceptif aux changements de thématiques pour percevoir le « contenu manifeste et le contenu latent » du discours .

L'observation est une méthode complémentaire à l'entretien clinique, lorsque l'on veut confronter différents registres de la communication (digital /analogique).

L'observation permet d'étudier les phénomènes cliniques dans leur contexte. Pour Pedinielli (2006), le projet de l'observation clinique vise à « *...relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte* »(P.61).

Ainsi, le champ de l'observation clinique concerne les conduites verbales et non verbales, les interactions dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité.

Le recueil du matériel est réalisé à l'aide de techniques d'observation, qui selon les domaines de la psychologie, peuvent être simples ou sophistiqués : regard naturel ; enregistrements vidéoscopiques ; techniques d'imageries,...

On peut tirer à ce titre deux grandes idées de la psychanalyse : L'hypothèse de l'inconscient, et une rencontre avec le patient que l'on considère à partir de la situation de transfert (sentiments inconscients entre patient et clinicien, plus précisément actualisation des désirs inconscients dans la relation en terme de transfert, du patient vers le clinicien, et contre-transfert, du clinicien vers le patient). Il s'agit d'une volonté de s'inscrire dans une démarche heuristique qui

permet une écoute différente, permet d'aller au-delà de l'immédiateté, du phénomène, du signe, pour accéder à un niveau de sens Autre .

L'observateur donne toujours un sens à ce qu'il perçoit car l'observation s'appuie sur un savoir constitué et certains modèles de pensée." *C'est l'observation qui permet de poser les problèmes, mais ce sont les problèmes posés qui rendent l'observation possible. "*

Retenons donc l'idée que l'on n'observe jamais de manière neutre. D'une manière générale et en étant plus concret, l'observation porte en principe sur des comportements, des gestes, des perceptions verbales ou encore des énonciations.

L'observateur est toujours partie prenante de la situation qu'il observe.

En d'autres termes, l'observation est produite par un sujet ; elle reste toujours une production active du sujet et de même, c'est l'observation qui donne réalité à l'objet observé. Il n'existe pas de réalité « pure » mais une réalité pensée par le sujet lui-même.

Il s'agit de relever des phénomènes significatifs, et de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique de la rencontre et l'histoire singulière du sujet.

L'observation se présente comme la méthode la plus naturelle, une base toujours disponible, car il existe des situations dans lesquelles le recours à l'entretien est impossible : petite enfance, situations pathologiques comme l'autisme, troubles aphasiques (c'est-à-dire troubles du langage)...(**Ciccione, 1998**)

En guise de conclusion avec l'observation nous donnons cette exemple historique de l'observation clinique de René Spitz (1958), qui a intitulé son expérience de syndrome d'hospitalisme par : « *L'amour maternel est aussi important que le lait* »

Cas de Spitz avec l'hospitalisme. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, René Spitz, psychiatre et psychanalyste, travaillait au sein d'un orphelinat. Son attention fut très vite attirée par le niveau anormalement élevé de mortalité chez les jeunes enfants, en particulier ceux se situant dans une fourchette d'âge comprise entre 5 et 12 mois. Les soins qu'ils recevaient ainsi que les conditions sanitaires de l'établissement étaient pourtant satisfaisants. Il ne semblait donc pas y avoir de cause objective à cette surmortalité. Ceci constitue le point de départ de l'observation, à partir d'une impasse, d'un

phénomène inexplicable. Spitz s'aperçut alors que la mort ne venait qu'achever un processus qui exprimait une rupture de la communication de l'enfant avec son environnement : Cela commençait par des problèmes de nutrition jusqu'à un refus complet d'alimentation. Le bébé devenait également inexpressif, bougeait de moins en moins, avec une atonie du corps et du visage. Au bout de ce cycle, l'enfant devenait si vulnérable que n'importe quelle maladie pouvait l'emporter. Spitz parlera alors de syndrome d'hospitalisme pour désigner ce marasme de l'enfant. Cependant, ce syndrome ne touchait pas tous les bébés de la tranche d'âge observée. Ceux qui étaient considérés par le personnel comme les plus difficiles, les plus agités, donc ceux qui sollicitaient le plus l'intervention des infirmières n'étaient pas touchés par ce syndrome. C'était plutôt les bébés que l'on qualifie de « sages » qui étaient concernés. Spitz, à partir de l'observation, en déduit donc que ce qui instituait la différence, c'était la fréquence des interactions que le bébé avait avec les adultes qui s'occupaient de lui, et que ces interactions étaient vitales aussi bien physiquement que psychologiquement, apportant l'amour et la sécurité affective nécessaire au développement de l'enfant. De là la formule de Spitz devenue célèbre : « L'amour maternel est aussi important que le lait ».

2-4-3- LES TESTS :

Le recours à des tests est primordiale dans le travail de clinicien tant dans la pratique clinique que dans la recherche scientifique, les tests psychologiques en générale sont classé en deux catégories à savoir les tests projectifs qui contiennent généralement d'un matériel soit des planches ou du papier crayon quand il s'agit d'un dessin à effectuer. En seconde partie nous trouvons les tests d'évaluation qui contiennent des items ou questions avec un système de cotation standardisés se forme de grille, échelle ou inventaire ou complètement une valise comme celle de *Wechsler*.

Cependant nous allons jeter un œil rapidement sur la définition et l'utilité des tests projectifs puis les tests d'évaluation :

Les tests projectifs :

2-4-3-1- Définition des tests projectifs :

Il existe plusieurs définitions des tests projectifs. Ainsi, un test projectif est «un test dont l'objectif principal est l'établissement d'un diagnostic différentiel d'organisation de la personnalité tant normale que pathologique. [...] Les tests projectifs confrontent le sujet à une situation à laquelle il répond suivant le sens qu'elle a pour lui, car les stimuli utilisés, faiblement structurés, peuvent donner lieu à un nombre très large de réponses. Les tests projectifs font appel aux

mécanismes d'adaptation à la réalité, qui régissent l'utilisation adéquate des perceptions et aux mécanismes de projection par lesquels se traduisent les éléments fantasmatiques et affectifs qui font la singularité du sujet. »

(Postel, 2003) . Un test projectif est un « test dont le but est de saisir la dynamique psychique d'une personne... » (**Doron, 1998**).

« Les points communs à toutes les épreuves projectives consistent dans la qualité particulière du matériel proposé à la fois concret et ambigu, dans la sollicitation d'associations verbales à partir de ce matériel, et enfin, dans la création d'un champ relationnel original entre sujet et examinateur en présence d'un objet médiateur représenté par le test » (**Anzieu et Chabert, 2017, p. 25**).

L'utilité Des Tests Projectifs :

- *Dans un premier temps*, les tests projectifs servent à évaluer le mode de fonctionnement psychoaffectif d'une personne, mode qui est circonscrit par une prise en compte, d'une part, des mécanismes de défense utilisés pour contrer l'anxiété ou pour gérer les situations anxiogènes. D'autre part, les tests projectifs permettent de définir le type de relation d'objet, par exemple le rapport fusionnel à l'objet, marqué par la confusion de limites (internes/externes), le rapport anaclitique, teinté par une grande dépendance ou encore la relation d'objet génitale, qui tient compte de la dimension sexuée. Et enfin, ils rendent compte du type d'angoisse vécue par la personne, angoisses qui peuvent être de l'ordre du morcellement, de la perte d'objet, ou de la castration (punition). De plus, les tests projectifs servent à déterminer la fragilité du Moi de la personne, et ce, par l'évaluation de la qualité des investissements affectifs, la capacité d'autonomie psychique, l'expression et le contrôle des affects.

- *Dans un deuxième temps*, les tests projectifs servent à dégager le sens des symptômes pour lesquels la personne est amenée en consultation (dans les cas d'enfants ou d'adolescents) ou pour lesquels elle consulte elle-même (dans les cas d'adolescents ou d'adultes). C'est en s'appuyant sur les données qui viennent d'être évoquées que le clinicien peut découvrir le sens de l'appel à l'aide ou de la protestation qui se dégage derrière le ou les symptômes. Les symptômes sont vus dans la perspective psychanalytique non pas comme des manifestations, comportementales nuisibles, mais plutôt comme des éléments d'un langage affectivement chargé et porteur de sens. Les tests projectifs permettent ainsi de déterminer la nature du conflit qui se joue dans la

dynamique de la personne et qui donne tout son sens aux symptômes ou aux comportements dysfonctionnels, souvent en lien avec la souffrance psychologique de la personne.

- *Dans un troisième temps*, les tests projectifs servent à déterminer si une psychothérapie s'impose et à en préciser le sens ou la direction. Dans le cas des enfants, par exemple, les tests projectifs [jeux libres, épreuves graphiques, *Children Aperception Test (CAT)*, *Patte-Noire*] permettent de vérifier s'il y a un déficit dans le développement affectif (par exemple, un garçon, en maternelle, fonctionne sur le plan affectif comme s'il avait deux ans), ou s'il s'agit d'une crise situationnelle provoquée par un événement récent (séparation des parents, arrivée d'un nouveau conjoint dans la maison, naissance d'un frère ou d'une sœur, etc.) ou, autre cas de figure possible, s'il s'agit d'une réaction à une série de « sollicitations sexuelles » indues de la part du parent de sexe différent. Les tests projectifs permettent également d'avoir accès à ce qui survient ou est survenu du point de vue de l'enfant dans le milieu familial (par exemple, situation de violence psychologique, physique ou d'abus sexuel). Ainsi en va-t-il pour les adolescents et les adultes [avec le *Thematic Aperception Test (TAT)* et le *Rorschach*]. Pour ce qui est des adultes, la rencontre de restitution¹ qui a lieu avec la personne évaluée permet de la renseigner sur son monde interne, de l'aider à y voir plus clair dans ses difficultés et aussi de l'aider à prendre la décision de poursuivre ou non une psychothérapie.

Et enfin, les tests projectifs servent à donner aux autres membres de l'équipe multidisciplinaire (psychiatres, infirmières, éducateurs, etc.) en milieu hospitalier ou autre, des éléments cliniques indispensables permettant l'élaboration du diagnostic différentiel, diagnostic particulièrement pertinent pour les cas difficiles, permettant par exemple de différencier la psychose du trouble sévère de la personnalité. Chabert et Azoulay (2007, p. 270) affirment que « l'utilisation d'épreuves projectives offre un recours précieux chaque fois que la clinique est floue, ou que se pose la question d'un diagnostic différentiel, essentiel à établir s'il implique des modalités de traitement thérapeutique spécifiques. »

Ces éléments cliniques permettent également à ces autres professionnels de profiter d'un niveau d'analyse psychologique qui donne tout son sens à leurs observations comportementales. La complémentarité de l'expertise des professionnels est ici particulièrement importante et riche afin de comprendre la personne dans son ensemble.

2-4-3-2- Les tests d'évaluation :

Le mot Test, qui vient du vocable anglais signifiant "épreuve", est un ensemble de moyens et de critères, qui permettent d'apprécier les composants de nous-même. Un test est essentiellement un échantillon de comportements prélevé à un moment déterminé.

Se sont des tests qui concernent la cotation sur des variables dites « objectives », mesures en termes de performances cognitives. Exemple du test WISC (Echelle d'intelligence de Wechsler pour Enfants) qui aboutit à la mesure d'un QI. Test psychométrique qui relève de la technique d'adaptation où une réponse est correcte et où le matériel requiert une précision rigoureuse.

Les scores d'un test sont fidèles quand ils peuvent être reproduits et quand ils sont constants. Pour évaluer la fidélité d'un **Test psychologique**, on doit obtenir pour une même personne et un même test, deux scores indépendants. On peut les obtenir soit en répétant le test, soit en donnant le test sous deux versions différentes, mais équivalentes, soit en calculant indépendamment les scores obtenus pour chaque moitié du test. Si les 2 mesures donnent des scores à peu près de même niveau, le test est fidèle, après l'attribution au hasard et aux erreurs de mesure (raison pour laquelle on a recours à une mesure statistique de relation entre les deux ensembles de scores). Cette relation s'exprime par un coefficient de corrélation. Ainsi les **tests d'habilité psychologique** ont généralement des coefficients de fidélité $r = 0,90$ ou plus. Un **Test psychologique** est valide quand il mesure ce qu'il prétend mesurer. Pour évaluer la validité il faut aussi obtenir 2 scores pour chaque personne : le score au test et une autre mesure de l'habilité ou du rendement dont il est question. Cette dernière mesure s'appelle un "critère". Prenons par exemple un test qui pourrait "prédire" le succès des personnes qui veulent apprendre à dactylographier. Pour déterminer la validité du test, on fera passer le test à un groupe de sujets avant qu'ils étudient la dactylographie. Puis à la fin des cours, une fois les étudiants entraînés, ils passeront un test qui va permettre d'évaluer les mots tapés par minute ; cette mesure de leur succès va servir de "critère". On obtient ainsi un coefficient de corrélation entre les scores au premier test et les scores au critère. Le coefficient de corrélation que résulte de ces scores s'appelle coefficient de validité et il nous informe de la valeur de ce test par rapport à l'objectif donné. Plus le coefficient de validité est élevé, plus la prédiction d'après le test est exacte. Aussi, pour la fidélité et la validité d'un test, on s'efforce de contrôler les conditions de passation et de la notation afin d'éviter l'influence des variables étrangères au test.(Cité par Rolland, 2004)

Conclusion :

Nous pourrions dire à la fin que la psychologie clinique est définie par sa méthode et par ses outils ou techniques qui servent le psychologue ou le chercheur dans sa pratique pour démontrer ou confirmer certaines hypothèses et des diagnostics vis-à-vis de la réalité psychique chez les patients pour permettre une certaine précision dans les différentes interventions psychothérapeutiques, les études de cas sous différents aspects théoriques (psychanalytique, cognitive, systémique) .

D'un point de vue épistémologique et historique, les grandes études de cas ont permis la mise en exergue de processus psychiques fondamentaux, pathologiques ou non, et ont contribué ainsi à la construction d'un savoir. On se situe du côté de la fonction heuristique fournissant des éclairages, apportant des idées, proposant des hypothèses de travail. Ces études s'appuient sur cette relation d'échange entre les deux pôles, théorique et clinique, où l'on s'intéresse à la spécificité de la pathologie ainsi qu'à l'histoire singulière du patient.

Liste bibliographique :

1. Anzieu D. et Chabert C.(2004). Les méthodes projectives. Paris Dunod.
2. Blanchet A. (1985). l'entretien dans les sciences sociales, Paris, Dunod.
3. Blanchet A. (1997). *Dire et faire dire, l'entretien*, Paris, Masson /Armand
4. Blanchet A. et Gotman A. (1992). L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris, Nathan.
5. Blanchet et Coll.(1990). « l'influence non directive », Psychologie française, n° 35-3, pp. 217-226.
6. Bourguignon O. (1988) Recherche clinique en psychologie. Psychologie Française, 34, 4 : 267-279.
7. Bourguignon O et Bydlowski M. (1995) La recherche en psychopathologie. Paris, P.U.F.
8. Castro D. (2009), 9 études de cas en clinique projective adulte, Paris, Dunod."
9. Chabert C et Azoulay C (S.Dir).(2007). 12 études en clinique projective. Dunod.
10. Chiland C.(dir.) (1983). L'entretien clinique, Paris, PUF, 3ème éd., 1989.
11. Ciccone A.(1998). L'observation clinique, Dunod, Paris.
12. Colin, 1997.
13. Devereux G.(1980). De l'angoisse à la méthode dans les sciences de comportement, Paris, Flammarion.
14. Doron J.(1998). La méthode de cas en psychologie clinique et en psychopathologie, edit Dunod. Paris.
15. Fernandez L. et pedinielli J.L.(2006). La recherche clinique, in recherche en soin infirmiers, N°84.
16. Fernandez L. et Catteeuw M.(2001). Recherche en psychologie clinique, Paris Nathan. Collection Fac Psychologie.
17. Freud, S. (1904-1919), *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1953.
18. Freud, S. (1925), « La négation », in *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985, pp. 135-139.
19. Fua D.(2000). Le travail de psychologue clinicien. Paris
20. Huber W. (1993) L'homme psychopathologique et la psychologie clinique Paris. P.U.F

21. Ionescu S et Blanchet A.(2010). Méthodologie de la recherche en psychologie clinique, Paris, PUF, France.
22. Lagache D. (1949a) Psychologie clinique et méthode clinique; In D. Lagache Œuvres Complètes (tome II). Paris, P.U.F., 1979.
23. Lagache D. (1949b) Sur la formation du psychologue clinicien. In D. Lagache Œuvres Complètes (tome II). Paris, P.U.F., 1979.
24. Marie-France Castarède, (1983).....
25. Pagès M. (1965). L'Orientation non directive en psychothérapie et en psychologie sociale, Paris, Dunod .
26. Pedinielli J-L.(1994). Introduction à la psychologie, Paris, Nathan.
27. Pedinielli J-L.(1999). Approche de la recherche en psychologie clinique, in recherche en soin infirmiers, N° :59.
28. Pedinielli J-L. Fernandez L.(2006). L'observation clinique et étude de cas. 3ème edit, Armand Colin.
29. Perron R.(Dir).(1994). La pratique de la psychologie clinique,
30. Prevost C. (1991) La psychologie clinique. Paris, P.U.F.
31. Psychologie clinique. Paris. P.U.F.
32. Revault d'Allonnes C. (edit.) (1989). La démarche clinique en Sciences Humaines. Paris, Dunod.
33. Rogers C. (1966). *Le Développement de la personne*, Dunod, Paris ,
34. Rolland J.P.(2004) . L'évaluation de la personnalité. mardaga
35. Spitz R.(1958). Première année de la vie de l'enfant. Presse universitaire de France.
36. Wallon, H. (1934), *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, PUF 2002.
37. Widlocher D. (1981) Pratique clinique et recherche clinique. Revue de Psychologie Appliquée. 31, 2 : 1 17-129.