



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université A. Mira de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et d'Orthophonie

Polycopié de Cours du Module
ÉTUDE DE CAS

Destiné aux étudiants de première année Master

Spécialité : Psychologie Clinique

Préparé par

Dr TOUATI Saida

Année universitaire : 2023-2024

Sommaire

Objectifs de la matière.....	1
Introduction	2
1. Rappel de quelques concepts de base en psychologie clinique	3
1.1. Le premier groupe de concepts	3
1.2. Le deuxième groupe de concepts	4
2. Définition de l'étude de cas et sources historiques.....	7
2.1. Définition	7
2.2. Sources historiques.....	9
3. L'anamnèse.....	17
3.1. Définitions et types.....	17
3.2. Intérêts et buts	18
3.3. Anamnèse et domaines cliniques	19
4. La question du diagnostic	22
4.1. Définitions et fonctions	22
4.2. Types de diagnostic	23
5. Les techniques de l'étude de cas.....	26
5.1. L'entretien clinique	26
5.2. L'observation	36
6. Les épreuves psychologiques	44
6.1. Définitions et intérêts	44
6.2. Classification, description et utilité diagnostique	45
7. L'écoute et le silence	62
7.1. Essais de définition.....	62
7.2. L'écoute.....	64
7.3. Le silence.....	68
8. Les méthodes d'analyse du discours	70
8.1. Essais de définition.....	71
8.2. Les analyses dites de «contenu».....	72
8.3. L'analyse propositionnelle	75
9. Le bilan psychologique.....	76
9.1. Définition et objectifs.....	76
9.2. Plan de rédaction d'un compte-rendu d'un cas clinique	77
Conclusion.....	90
Liste bibliographique.....	92
Annexes	

Objectifs de la matière

L'étude de cas, malgré les réserves dont elle fait l'objet, occupe *une place essentielle dans la constitution des pratiques cliniques et des théories en psychopathologie*. Elle est une méthode capitale pour *apprendre à mettre en forme la complexité d'un individu* confronté à certaines situations de la vie ou à des événements générateurs de souffrance. C'est pourquoi, elle constitue dans notre discipline une matière indispensable dans la formation des étudiants. En effet, elle les place dans des situations-*problèmes authentiques* où ils devront *formuler une hypothèse diagnostique, proposer des facteurs explicatifs et des solutions*. Cela permet à l'enseignant, quant à lui, *d'évaluer leurs connaissances, leurs compétences et aussi de faire le lien entre la théorie et la pratique*. L'étude de cas est ainsi autant *un outil d'apprentissage que d'évaluation*.

Cependant, avant la présentation de cas cliniques, l'étudiant a besoin de certaines connaissances préalables. Ce cours permet donc de répondre aux multiples questions que se pose ce dernier: *qu'est-ce qu'une étude de cas ? À quoi sert-elle ? Quels sont les principes auxquels elle doit répondre ? Quels sont les domaines de recueil des informations de l'anamnèse et quelles sont aussi les visées de cette dernière ? Quelles sont les différentes formes de diagnostic et quelle est l'utilité de chacune d'elles ? Quelles sont les diverses méthodes pour réaliser une étude de cas (dispositif, technique de recueil et d'analyse) ? Comment la présenter ? Que vise-t-on à travers sa présentation ? Quels sont ses intérêts et ses limites?*

Une fois cette préparation sera faite, des études de cas ou des vignettes cliniques seront proposées à de petits groupes d'étudiants au cours des séances destinées aux travaux dirigés. Leurs buts sont nombreux: développer l'habileté de l'étudiant à sélectionner les informations importantes et utiles à la compréhension de la situation problématique présentée et à la formulation d'un diagnostic, développer sa capacité d'analyse, de synthèse et aussi d'argumentation (en confrontant des points de vue divergents...), mobiliser son jugement et sa pensée critique, stimuler la prise de décision en formalisant des solutions et des recommandations.

Introduction

Dans son ouvrage intitulé « Introduction à la psychologie clinique », dès les premières lignes de son Avant-propos, J.-L. Pedinielli (1994/2012, p.7) affirme que « *la psychologie clinique est l'un des domaines de l'action humaine les plus passionnants et les plus fertiles tant dans son orientation pratique visant la prise en compte de la souffrance ou des conflits d'un individu, que dans la production de connaissances qui permettent de mieux comprendre, voire d'expliquer, la manière dont l'homme construit son monde* ».

Après avoir présenté les sources historiques de cette discipline et évoqué ses grands fondateurs, il avance la définition suivante : « *la psychologie clinique peut être définie comme la sous-discipline de la psychologie qui a pour objet d'étude, l'évaluation, le diagnostic, l'aide et le traitement de la souffrance psychique quelle que soit son origine (maladie mentale, dysfonctionnements, traumatismes, évènements de vie, malaise intérieur...)* ». Elle se fonde sur des méthodes cliniques parmi les quelles l'étude de cas, l'observation des comportements et l'analyse des discours, sans recours à l'expérimentation » (p.19). Pour lui, l'opposition entre psychologie clinique et psychologie expérimentale demeure, les rapports entre psychologie clinique et psychanalyse deviennent de plus en plus étroits.

L'étude de cas est, en effet, l'une des méthodes anciennes et éprouvées, particulièrement dans les domaines de la médecine et des sciences sociales comme la psychologie clinique, où les malades sont étudiés cas par cas. Elle est au cœur de la pratique et de la démarche cliniques, mais elle est également utilisée dans le domaine de la recherche scientifique notamment dans les études qualitatives descriptives et exploratoires.

Le but pratique de cette méthode est d'accroître les connaissances sur un individu donné pour le comprendre et l'aider. Les informations recueillies doivent être riches, diversifiées, issues de méthodes d'investigation différentes et de diverses sources. Le praticien doit accepter l'existence de ces différents niveaux de description de la réalité et pouvoir les lier dans une perspective clinique. Le clinicien peut aussi poursuivre des visées scientifiques telles que la description ou l'illustration de phénomènes normaux ou pathologiques, ou encore la présentation de nouvelles méthodes d'investigation et de traitement.

Les avantages de la méthode d'étude de cas sont ainsi : être près de la réalité concrète ; permettre une description aussi détaillée que possible de la situation du sujet en tenant compte de son histoire et de son contexte de vie ; être une source majeure d'hypothèses sur l'étiologie et le traitement des troubles psychiques. Par ailleurs, elle permet le développement de la pratique psychologique et de la formation du praticien.

Ses limites et ses insuffisances (problème de généralisation des connaissances, de démonstration des hypothèses, etc.) seront abordées un peu plus longuement dans certains axes de ce support, car le clinicien a tendance souvent à les oublier.

1. Rappel de quelques concepts de base en psychologie clinique

Nous présenterons en premier lieu quelques concepts dits « classiques », ordinairement retenus : individualité, totalité ; ensuite nous proposerons ceux qui sont relativement plus récents: authenticité, complexité et interaction, stabilité et dynamisme, crise, conflit et homéostasie. Précisons que ces derniers concepts sont en réalité le fruit d'une correction et d'un affinement des premiers concepts sus-cités.

1.1. Le premier groupe de concepts

1.1.1. Individualité

L'individu est l'être pris à part; l'individu psychologique est caractérisé par sa psychologie singulière et, jusqu'à un certain point, unique en son genre. L'originalité de la psyché individuelle se reconnaît moins à ses éléments qu'à ses productions complexes (Jung, 1921).

L'individualité « c'est le trait principal d'un être vivant, qui dispose d'une pluralité de fonctions et d'organes, et qui marque cet ensemble d'un caractère singulier, qui lui est propre » (Millet, 1993, p.6). C'est également ce qui distingue un individu de tous les autres au sein d'une espèce commune. Selon Jung (1921/1958), l'individualité psychologique, existe inconsciemment à priori; elle n'existe consciemment que dans la mesure où le sujet a conscience de son originalité, c'est-à-dire de ce qui le distingue d'autrui. On ne saurait parler ici de l'individualité des éléments psychologiques, mais seulement de celle de leur groupement, ou d'une combinaison d'éléments originale et unique en son genre. L'individualité psychique, suivant l'auteur, est une donnée corrélative de l'individualité physique; mais elle est tout d'abord inconsciente. Actuellement, nous savons d'ailleurs que l'individualité a une base dans le code génétique qui n'appartient qu'à un individu déterminé (Bernier, 1991).

Cependant, cette individualité qui comporte originalité et unicité ne s'arrête pas à la limite du corps propre : aucun individu ne se suffit entièrement à lui-même, il ne peut vivre que dans un monde social dont il subit les influences. Ainsi, nous comprenons que l'individu, avec d'autres, appartient à une espèce : il existe donc des caractères communs, plus ou moins nombreux et essentiels.

De plus, le concept d'individuation est particulièrement important en psychologie analytique. D'une façon générale, il s'agit d'un processus de formation et de particularisation de l'individu; plus spécialement de l'individu psychologique comme être distinct des membres de son groupe (Perron, 1985; Widlöcher, 1973). L'individuation est donc nécessaire pour rendre consciente l'individualité.

1.1.2. Totalité

Pour Lagache, l'un des « inventeurs » français de la psychologie clinique, ce domaine se spécifie par une attitude méthodologique : « envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être 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 » (1973, p.32). Cette définition met l'accent sur l'unité de l'organisme et sur la nécessité de saisir la totalité de ses réactions.

Autrement dit, ceci montre que l'étude segmentaire de la personne laisse échapper la réalité. Ainsi, le behaviorisme classique (Watson, 1913) qui découpe le comportement en éléments (stimulus-réponse) aboutit à des contradictions, conduisant les néo behavioristes (comme J.R.Kantor (1947, 1971) et E. C. Tolman (1932) en Amérique ; A. Tilquin (1950) en France, cités dans Bélanger, 1978) à reconnaître que tout comportement, même considéré seulement de l'extérieur, n'est pas « moléculaire », mais « molaire ». Il existe, de son point de vue, comme une masse synthétique, un tout original ; ce qui peut renvoyer au « principe de totalité ».

Néanmoins, le terme « totalité » semble impliquer suffisance et indépendance, est-ce possible ? Il renvoie également à l'idée d'immuabilité (aucune possibilité d'acquisition, ni de perte, ni de changement) ; or, l'homme change, il peut être confronté à des problèmes, vivre des conflits internes et / ou externes, il est doté de dynamisme (mouvements progressifs / régressifs).

1.2. Le deuxième groupe de concepts

1.2.1. Authenticité

La vérité en « clinique » est l'authenticité. Si les sciences exactes mesurent et cherchent à établir leurs résultats avec précision et exactitude, les sciences humaines, plus particulièrement en clinique, le critère du vrai, c'est l'authenticité.

En psychologie, l'authenticité est ce qui exprime la vérité profonde de l'être. Pour J.Favez- Boutonier (1969, citée dans Millet, 1993, p.7), « c'est cette sorte de rencontre avec le vécu qui nous frappe, qui fait que nous nous rendons compte que nous sommes là en présence d'une sorte de réel, et non pas d'un tissu de conventions plus ou moins artificielles ». L'auteure oppose ici l'approche clinique à l'approche expérimentale. « La psychologie peut fabriquer du faux en expérimentant. Mais dans la psychologie clinique, on cherche à se rapprocher des conditions les plus authentiques de l'existence. L'étude des cas individuels, c'est un effort qui est fait en ce sens ».

Selon Carkhuff (1969), qui se situe dans le courant humaniste existentiel, l'authenticité constitue l'une des attitudes essentielles dans la relation d'aide (voir aussi l'empathie, l'acceptation inconditionnelle de la part de l'aidant). Suivant cet auteur, l'aidant

est plus efficace lorsqu'il mise sur l'authenticité dans ses rapports avec l'aidé. Le but de l'aide est d'amener la personne à devenir plus authentique, c'est-à-dire à être de plus en plus elle-même dans l'instant présent. Ainsi, pour amener l'autre dans un rapport d'authenticité, il faut d'abord être soi-même authentique comme aidant. Carkhuff définit l'authenticité par cette qualité d'être, où l'aidant se vit de façon honnête et vraie dans son rapport avec l'aidé (cité dans Lavoie, 2000, pp.109-110).

Les différentes techniques qui peuvent être utilisées (entretien, observation, tests) orientent vers la compréhension, qui est le fruit de l'articulation de l'ensemble des données recueillies. Ces données ne se limitent pas à l'individu, la pratique clinique montre que les personnes sont aux prises avec des situations relationnelles et sociales qui les influencent et qu'elles peuvent influencer, situations humaines conflictuelles traditionnelles, et les formes actuelles qu'elles prennent (Revault d'Allonnes et Barus Michel, 1980). Ces situations ne peuvent être pensées, selon Revault d'Allonnes, comme « un simple contexte entourant l'individu, ou seulement comme un trauma objectif dont on aurait à évaluer ou traiter les effets plus au moins graves, ou comme un donné hors du champ, qui nous concerne uniquement par ce que le patient en fait. (...), elles empêchent, suscitent ou sollicitent des investissements complexes, et à différents niveaux » (1989, pp.28-29).

L'authenticité est donc une marque propre à l'approche clinique, elle nous conduit au respect de la réalité humaine.

1.2.2. Complexité et interaction

Le terme complexité est plus précis que celui de « totalité », car il n'implique pas clôture.

Il peut renvoyer à ce qui suit :

- Ce qui est formé d'un certain nombre d'éléments différents ;
- Ces éléments sont étroitement organisés entre eux : plus un être est complexe, plus il s'unifie, organisant solidement ses parties entre elles.

Cette nouvelle conception de la réalité humaine est plus souple, dynamique qui implique de nombreuses interactions et rétroactions. À l'intérieur de ce système dynamique se déroule des processus psychiques difficiles à prédire et à contrôler.

D'autre part, l'unicité ne se réduit pas à la solitude, l'individu n'est pas indépendant, il est toujours lié à d'autres individus, toujours social. L'interaction a surtout fait l'objet d'étude de la psychologie sociale contemporaine, citons à ce sujet les premiers courants :

-L'école psycho-dynamique : pour Kurt Lewin, le social, et le groupe en particulier, constitue un objet aussi réel que la personne pouvant constituer un véritable projet d'une science. Celui-ci est donc l'un des initiateurs de la psychologie sociale, introduisant le concept de « dynamique du groupe » au cours des années quarante. Il est un psychologue pionnier, notamment dans la compréhension du changement de comportements des individus (cité dans

Allard-Poesi, 2002). Ce concept est directement dérivé de sa théorie du champ qui porte sur l'analyse d'un champ de forces qui freinent (voir les facteurs collectifs et affectifs) ou favorisent ce changement. Ceci l'a conduit à sortir du laboratoire et à s'attaquer à l'étude des phénomènes sociaux dans la « vraie vie » pour y préciser le rôle des cadres culturels et idéologiques d'une part, et pour résoudre des problèmes sociaux concrets d'autre part (Allard-Poesi, 2002). Ce chercheur est considéré comme l'un des pionniers de la psychologie sociale et de la recherche-action. Sa théorie du changement en trois phases constitue le point de départ de plusieurs auteurs ayant écrit sur le changement.

-L'école interactionniste de Chicago : elle regroupe des chercheurs comme E. Goffman, H. Becker et A. Strauss pendant les années 1950-1960. Dans leurs travaux, ils se sont essentiellement basés sur l'observation, ils empruntent ainsi à l'ethnologie ses méthodes d'observation des situations de la vie quotidienne au niveau microsociologique, mais dans une perspective originale (Boudon *et al.*, 2005). Ce sont également les situations problématiques ou anormales (handicap, usage de drogues, passage à l'acte (les comportements déviants)...) qui ont suscité leur intérêt et leur ont permis de montrer le rôle des facteurs sociaux et environnementaux dans l'étiologie de ces phénomènes.

-L'école systémique de Palo Alto (Bateson, Watzlawick, Selvini-Palazzoli, etc.) : celle-ci est née au cours des années quarante et cinquante (Albernhé et Albernhé, 2004). Cette perspective, centrée sur le système que forme l'individu avec son environnement, a le mérite d'envisager une causalité circulaire et non plus linéaire, et fait intervenir des disciplines autres que la médecine et la psychologie. Refusant ainsi la causalité linéaire, la perspective systémique tente de tenir compte de la complexité de la causalité psychique et des enchevêtrements du réseau relationnel (Pewzner, 2003, pp.290-293). Leur apport à la compréhension de la schizophrénie est indéniable, mais sans faire pour autant de leur théorie du « double lien », proposée vers 1956, l'unique facteur explicatif de ce trouble.

1.2.3. Crise, conflit et homéostasie

L'objet d'étude de la psychologie clinique est la conduite humaine, comme un tout indécomposable, sa compréhension nécessite la prise en compte de l'ensemble des conditions.

Le sens de la conduite, selon Lagache, « est toujours de rétablir l'unité de l'organisme lorsque celle-ci est compromise par la tension inhérente à un besoin psychologique ou acquis. Le principe d'homéostasie de Cannon (1929) (...), joue un rôle analogue à celui du « principe de constance », emprunté par Freud à Feckner (Freud, 1920) : selon l'un et l'autre, l'organisme tend toujours à réduire les tensions à un niveau optimum... » (1973, p.58).

Ces propositions théoriques ont suscité quelques questionnements chez les cliniciens dès le début, et ceux-ci demeurent toujours d'actualité (Favez-Boutonier, 1969 ; Formarier, 1991; Lagache, 1949/1973, etc.). Favez-Boutonier (1969, citée dans Millet, 1993, p.8), à titre d'exemple, disait : « je me demande s'il existe des êtres humains qui soient stabilisés au point de ne plus pouvoir régresser ou s'améliorer... ».

- Les cliniciens mettent l'accent également sur l'étude de la crise, une situation de conflictualité exagérée, en justifiant que seul cet état de crise révèle l'individu, mais la clinique peut-elle s'intéresser un peu plus à l'homme normal?
- La crise ou la maladie sont-elles séparées de la santé ? N'y a-t-il pas un dynamisme dans les deux cas ?
- L'homéostasie, la constance, la stabilité sont-elles des signes de bonne santé, de vie heureuse ?

2. Définition de l'étude de cas et sources historiques

2.1. Définition

« Étude de cas » est une tâche complexe et demande beaucoup de temps et de minutie. Notons que plusieurs termes sont utilisés de nos jours pour désigner des situations cliniques voisines : « histoire de cas », « cas clinique », « illustration clinique », « rencontre clinique », « vignette clinique », etc.

Étymologiquement, le terme « cas » vient du latin « *casus* » qui signifiait événement, fait, circonstance, mais aussi une « situation définie par la loi pénale » (crime, délit...). Ce n'était que vers le 18^e siècle que l'usage médical apparaît, pour désigner cette fois-ci 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 ») (Pedinielli et Fernandez, 2020, pp.47-48). Actuellement, 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.

Quant au terme « étude », celui-ci désigne l'effort intellectuel orienté par l'observation et la compréhension. Parler d'étude de cas implique donc que la singularité et l'unicité ne suffisent pas à elles-mêmes, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action particulière, d'une méthode pour les rendre explicites: 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.* Nous constatons ainsi les points de convergence avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences observées (analyser, transformer, faire apparaître...) » (Pedinielli et Fernandez, 2020, p. 48).

En somme, *l'étude de cas est un récit qui raconte de manière approfondie la vie d'une personne ou d'un groupe (couple, famille) et leur parcours avec le clinicien, qu'il s'agisse d'une simple rencontre ou d'une thérapie.* Cela exige une organisation du matériel clinique, un travail de synthèse des éléments collectés par le biais des moyens dont dispose le clinicien (observation, entretien, dossiers, etc.). Elle représente ainsi un outil essentiel de synthèse et de reprise a *posteriori* des éléments les plus significatifs de la vie psychique d'un sujet (Rabeyron, 2018), mais aussi d'un groupe, tout en précisant que la pratique groupale ouvre à d'autres conceptions du sujet et de l'intersubjectivité. En effet, « *Elle mobilise l'attention en direction de plusieurs espaces de déploiement de la réalité psychique, dans plusieurs modalités langagières, dans un ensemble en perpétuels liens et mouvements. Elle impose de*

sortir de nos habitudes de penser à partir de l'individu pour entendre la complexité des flux associatifs et transférentiels simultanés et successifs de la situation plurisubjective » (Canet et al., 2017, p.165).

Il est important de souligner que la manière d'organiser les données recueillies, dont l'objectivité peut varier, dépend de nombreux facteurs (problèmes posés par le patient, buts poursuivis (thérapeutiques, scientifiques) par le clinicien, son orientation théorique, sa sensibilité ...). Rajoutons qu'il y a également des situations dans lesquelles existent des reprises régulières de l'étude de cas (surtout dans le cas de la psychothérapie). Le «cas » peut être ainsi retravaillé à la lumière des nouvelles données recueillies.

Cette méthode comme nous venons de la présenter, a été déjà pratiquée par les premiers psychopathologues afin de décrire certains troubles et illustrer certaines hypothèses.

Quant au champ de la recherche, l'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques (Chahraoui et Bénony, 2003). *Elle peut servir autant dans le cadre de recherches quantitatives que de recherches qualitatives (Yin, 1984, cité dans Collerette, 1997, p.82). Toutefois, c'est sans doute dans la pratique de la recherche qualitative que l'on peut le mieux tirer profit des propriétés de l'étude de cas. Dans ce contexte, il s'agit d'une approche méthodologique qui vise systématiquement la collecte suffisante d'informations sur une personne, un événement ou un système social (groupe d'individus ou organisation) afin de permettre au chercheur de comprendre comment celui-ci fonctionne ou se comporte en situation réelle (Berg, 2000). En effet, les études de cas peuvent s'intéresser à un individu, à un groupe, ou à une organisation, par la collecte et l'analyse de récits de vie, de documents écrits, de biographies, d'interviews, ou encore d'observation participante qui servent à la déconstruction et à l'inhérente reconstruction du ou des phénomènes complexes étudiés (Yin, 2003) (cités dans Barlatier, 2018).*

L'étude de cas s'avère donc particulièrement utile dans les situations où l'on veut *éclairer les comment et les pourquoi des phénomènes*, dans les situations où les chercheurs ont peu de contrôle sur les événements étudiés, et dans les situations où l'attention est dirigée vers des phénomènes contemporains dans un contexte de vie réelle (Eisenhardt, 1989; Smeltzer et Zener, 1992 ; Yin, 1984, cités dans Collerette, 1997, p.83).

Autrement dit, *l'étude de cas est appropriée lorsqu'on voudrait décrire la complexité d'une situation ou d'un phénomène dans un contexte déterminé, de relever leurs caractéristiques, et parfois de définir les liens existant entre les divers éléments afin de permettre leur compréhension. Et cela plus particulièrement lorsque ces liens ne peuvent être étudiés par d'autres méthodes.*

Par ailleurs, « le cas sous étude fournit un site d'observations permettant de découvrir et de suivre à la trace des processus particuliers, mais il est lui-même accessoire. C'est un prétexte, ou plutôt une occasion pour observer, analyser des dynamiques et en extraire des conclusions susceptibles d'enrichir l'univers des connaissances » (Collerette, 1997, p.81).

Et quel que soit le type d'étude de cas adopté (*intrinsèque, instrumental, collectif* selon Stake (1995), ou *explicatif, descriptif, exploratoire* selon Yin (2003, 2009) (cités dans Barlatier, 2018, p.6) suivant la nature de la question de recherche et le périmètre de l'étude, le travail clinique doit passer par un temps analytique et un temps de synthèse.

2.2. Sources historiques

Comme nous l'avons précédemment soulignée, cette méthode a connu une évolution suivant le développement des pratiques et des connaissances, nous allons revenir ci-après, de façon brève, à ses origines.

2.2.1. Les origines extrascientifiques

La littérature et particulièrement les biographes du 19^e siècle (Balzac, Zola, Flaubert, etc.) ont contribué chacun à sa façon à l'idée d'un individu à décrire et à comprendre dans sa complexité et sa singularité, mais également dans sa valeur d'illustration ou d'exemple privilégié.

Honoré de Balzac, grâce à son talent d'observateur exceptionnel, nous éclaire à travers « La comédie humaine » (1842-1846), qui représente presque l'ensemble de son œuvre (Romans, nouvelles, contes et essais), tant sur les faits historiques que sur des réalités individuelles et sociales jusque-là ignorées en littérature. Il apporte un regard réaliste et critique sur la société de son époque (19^e siècle), analyse ses maux et discute ses principes, apporte une explication aux phénomènes sociaux décrits, et défend certaines valeurs. La Comédie Humaine est, pour lui, la peinture de la société (Balzac, 1842). Mais Balzac n'envisage pas seulement la société de l'extérieur, car il y participait personnellement à ce spectacle du monde.

Des années plus tard, Emile Zola conçoit le « Roman expérimental » (1880, 1^{ère} éd.). Cet essai est considéré comme le manifeste du courant naturaliste¹, marqué par l'introduction à la médecine expérimentale de Claude Bernard où il pense trouver la méthode qui fonde sa propre démarche comme romancier naturaliste, mais aussi inspiré par ses lectures de Balzac (<https://www.maxicours.com/se/cours/honore-de-balzac-presentation-de-la-comedie-humaine/>). Son enthousiasme pour la science le mène à prôner que le scientifique et le romancier naturaliste ont le même but : découvrir le déterminisme sous les événements. Cette théorie avancée dans Le Roman expérimental, a été mise en pratique dans l'Assommoir (1877, 1^è éd.) où il met l'accent sur le mécanisme social qui détermine le destin du personnage principal du roman et de ses compagnons. Il nous décrit, dans ce roman, la vie quotidienne des gens ordinaires. Il fait mouvoir les personnages dans une histoire particulière, et nous y montre que le déroulement des faits y sera suivant les circonstances sociales dans lesquelles ont été placés ces derniers (Parry, 2018).

¹ -Le naturalisme est un mouvement littéraire qui, dans les dernières décennies du 19^{ème} siècle, cherche à introduire dans les romans la méthode des sciences humaines et sociales, appliquée à la médecine par C. Bernard.

En fin de compte, ce qui est recherché c'est la connaissance de l'homme, une connaissance scientifique, dans son action individuelle et sociale, en s'aidant de l'observation. Dans notre domaine, la médecine, la psychanalyse ont été des précurseurs qui ont inspiré la psychologie clinique.

2.2.2. L'étude de cas en psychiatrie

La psychiatrie est une spécialité médicale née vers le début du 19^{ème} siècle. Le terme psychiatrie recouvre un ensemble complexe de démarches qui sont autant de moments de l'approche médicale : la sémiologie, la nosographie, l'étiopathogénie (la recherche des causes et des mécanismes) et le traitement thérapeutique.

La présentation de cas individuels ici vient illustrer une maladie ou une théorie, voire le cours d'une thérapeutique. Il n'y a pas sur ce plan, une grande différence entre elle et la médecine, même si les éléments retenus sont plus le comportement et le discours du sujet, le fonctionnement de sa pensée et son passé. Philippe Pinel, père de la psychiatrie, dans son «Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie» (Paris, 1801) où il propose sa première classification des maladies mentales, a cité de nombreux cas pour illustrer les entités cliniques décrites. Ses successeurs ont aussi suivi la même voie, J.-E. Esquirol, à titre d'exemple, a accumulé plusieurs histoires de malades (cités dans Pewzner, 2003, pp.147-160).

Cependant, la méthode adoptée n'était pas dépourvue de quelques insuffisances. Dans la plupart des cas présentés, l'accent a été surtout mis sur la description du malade d'une façon objective (description des symptômes, des antécédents et de l'évolution du trouble) sans la prise en compte du contexte de l'observation. La référence au passé et à l'histoire personnelle du patient, aux relations entre la maladie et la vie de ce dernier, à ses représentations, sont généralement courtes et rapides, encore moins à la subjectivité du malade et celle du clinicien, excepté dans les travaux phénoménologiques, psychanalytiques ou humanistes.

2.2.3. L'étude de cas en psychanalyse

En psychanalyse, l'étude de cas acquiert une dimension à la fois humaine et concrète. Avec Sigmund Freud, l'histoire individuelle prend toute son importance. La technique psychanalytique, qui est essentiellement construite à partir de la parole, correspond parfaitement à l'objectif recherché, qui consiste à mettre en relation quelques souvenirs pathogènes passés avec les symptômes actuels du sujet. La tâche du clinicien consiste alors à laisser venir les idées, images, souvenirs, affects sous la forme d'association libre. L'analyse porte principalement sur la relation transférentielle créée entre l'analysant et l'analysé.

Chez Freud, la question de la nosographie occupe une place importante, tant du point de vue descriptif (isolement d'entités cliniques) que du point de vue explicatif (précision des mécanismes de défense spécifiques à chaque type de trouble) (Pardinielli et Fernandez, 2020). Ce qui importe ici, c'est de repérer en les personnes des modes de fonctionnement

typiques. Il s'agit bien en effet de modes de fonctionnement, c'est-à-dire de modes spécifiques d'organisation diachronique et synchronique des processus² psychiques. Dans cette approche donc, on se centre principalement sur l'analyse des processus psychiques; ce n'est que dans un second temps qu'on se servira des résultats obtenus pour établir des ressemblances entre les individus. L'étude des modes de fonctionnement dans leur concrétude personnelle permet d'abstraire des modèles partiels (mécanismes hystériques, défenses phobiques...) ou plus larges (hystérie, phobie, obsession...). L'organisation psychique d'une personne est alors comprise globalement, à l'intersection de plusieurs modèles (Perron, 1985, pp.153-156).

Bien que les études de cas présentées par Freud soient décrites de façon détaillée, elles sont souvent partielles, dont deux d'entre elles un peu ambiguës : la première est celle de l'enfant Hans qu'il n'a rencontré que deux fois ; la seconde est celle de Schreber pour lequel il n'a lu que les mémoires. Ces études de cas sont différentes les unes des autres en fonction des buts assignés, elles apparaissent aussi comme typiques d'une classe de trouble psychopathologique. En effet, à titre d'exemple, après une description minutieuse de la symptomatologie d'un patient qu'il a proposé de désigner comme « névrose obsessionnelle » suivant la perspective nosographique classique, il a formulé le modèle.

Les cas dont le matériel fourni était assez riche et dont l'analyse était systématique, ont été regroupés, après sa mort, dans un ouvrage intitulé : « Cinq psychanalyses » (1954/1990). Ces études de cas sont les suivantes :

- « Fragment d'une analyse d'hystérie « Dora », parue en 1905.
- « Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans) », parue en 1909.
- « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'homme aux rats) », parue en 1909.
- « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le président Schreber), parue en 1911.
- « Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups) », parue en 1918.

Ces textes ont vieilli dans leur aspect technique, cependant ils gardent toute leur importance dans l'histoire de la psychopathologie et de la psychanalyse (Doron, 2001, p.40). Nous tenons à souligner aussi que certains aspects psychopathologiques demeurent toujours d'actualité. Le premier texte, plus particulièrement, nous fait partager la découverte progressive de la psychanalyse : l'interprétation des rêves, l'association libre, le transfert et le contre-transfert, mais d'autres concepts qui n'ont pas encore été créés à cette époque, manquent. En nous référant à ce même texte, c'est-à-dire à celui de Dora, une adolescente âgée de 18 ans, qui est le cas le plus étudié par les auteurs, nous essayerons de montrer ce qu'il peut apporter à la méthode du cas. Dans une perspective scientifique, ce texte correspond aux descriptions cliniques des psychiatres de cette époque où le grand souci des

²- Le terme processus peut être décrit comme un enchaînement d'opérations ou de faits corrélés ou en interaction et se déroulant dans un ordre précis pour aboutir à un résultat. Parler de processus psychiques, c'est décrire des phénomènes actifs et organisés dans le temps (voir à ce sujet les pages 83 à 87 de ce support).

cliniciens était plus la description (aspect sémiologique) et la délimitation d'entités cliniques (voir à ce sujet Besançon, 2005; Doron, 2001; Pewzner, 2000, 2003; Samacher, 2005, etc.). Cela a été fait pour la névrose et notamment pour l'hystérie. A ce titre, Freud (1954/1990, p.1) précise, dès les premières lignes de son œuvre, qu'il va aborder « l'observation détaillée d'une malade et l'histoire de son traitement... ». Il montre ici l'importance qu'il accorde à l'aspect sémiologique du trouble, mais surtout à la compréhension de son évolution et à la nouvelle méthode thérapeutique adoptée. Il distingue aussi, dans ce même texte, les symptômes hystériques des processus psychiques de l'hystérie, comme il soulève le problème éthique et déontologique (respect des droits de la personne) relatif à la méthode du cas qui reste toujours d'actualité.

Dans ce fragment d'analyse du cas de Dora, l'histoire personnelle et familiale prend sens par rapport à celle des symptômes, il montre également comment « le principe de libre parole permet d'avoir une action thérapeutique, en ce sens que c'est la manière de comprendre et d'interpréter par le récit certains aspects de son histoire. La parole interprétant sa propre histoire donc, mais replacée dans le cadre d'une relation avec le psychothérapeute, dont Freud est entrain de découvrir la force et l'emprise et qu'il nomme le transfert » (Doron, 2001, p.42).

Pour la première fois, « la technique psychanalytique s'y présente dans sa pureté : la parole du malade, l'écoute de l'analyste. De surcroît, il ne s'agit plus de s'attaquer aux symptômes séparément et successivement, mais de considérer d'emblée la névrose dans son unité » (Laveyssiere, 2003, p.139). Autrement dit, cette technique associative permet de repérer des souvenirs tels qu'ils sont décrits par le sujet, des représentations mentales, jusque-là inconscientes supposées source de la pathologie. Ainsi, les symptômes sont mis en lien avec l'histoire infantile du sujet, notamment avec ses expériences sexuelles. Et le thérapeute, de par les conditions inhérentes au cadre de la cure analytique, crée une atmosphère favorisant la reproduction des éléments liés à la relation pathogène propre au patient. En somme, à partir du triangle « sexuel /libre association /transfert », Freud élabore une représentation du trouble psychique névrotique grâce à des conséquences logiques qui tendent à *expliquer* ce trouble, son origine et le sens de ses symptômes (Ménéchal, 1999, pp.21-35). À ce propos, Chartier (2009, cité dans Schauder, 2012, p.2) précise que « *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 [je rajouterai, méthodologique] préalablement élaborée* ».

D'un point de vue thématique, ce qui est étudié par Freud dans le cas de Dora, c'est les échanges portant sur la sexualité entre les parents et les enfants, notamment dans leur dimension fantasmatique. En ce sens, cela paraît plus une découverte de l'imagination sexuelle d'une adolescente et notamment de l'attachement œdipien qu'elle peut avoir pour son père et Freud... Freud, clinicien et chercheur, focalise son attention sur le fonctionnement psychique interne de Dora et sa dynamique inconsciente, en négligeant quelque fois les particularités de la vie sexuelle de son père, du couple parental, et aussi celles de ses relations avec d'autres adultes dans son entourage proche (Doron, 2001, pp.42-44).

Cette étude de cas est complexe et riche, plusieurs commentaires lui ont été apportés visant des aspects différents dans cette monographie, en temps de Freud et après. Inachevée, l'analyse de Dora met en exergue l'importance du transfert dans le cadre d'une relation psychothérapeutique. Dora a interrompu sa psychanalyse (après trois mois d'analyse) contre l'avis de son médecin traitant, car elle a dû probablement comprendre le danger qu'elle courait si elle allait plus loin dans cette relation thérapeutique. Cependant, selon certains cliniciens (Doron, 2001, etc.), ce que présente Freud comme une analyse incomplète, un certain échec, peut être considéré aujourd'hui compte tenu des développements actuels de la clinique de l'adolescent comme un succès, une forme de psychothérapie brève qui a permis à l'adolescente d'atténuer ses angoisses face à la sexualité complexe de son père et de l'aider à faire un travail de maturation et de prise de distance.

Les études de cas des successeurs de Freud (Klein, Dolto, Winnicott, Lacan, etc.) ne sont pas vraiment différentes: il s'agit toujours de textes longs et détaillés.

D'une façon générale, ce qui distingue les études de cas présentées par les analystes, c'est notamment *la référence à l'histoire* (surtout infantile) du malade ; *au transfert et au contre-transfert, à la parole, à la demande, au désir, à l'angoisse, aux mécanismes de défense*, etc. Cette modalité d'approche de l'individu et de sa souffrance a bien servi la psychologie clinique naissante.

2.2.4. Quelques conceptions de l'étude de cas

Les écrits sur la méthode clinique sont nombreux, mais ils fournissent peu de conseils sur la façon de faire une étude de cas. D'une façon générale, tous les auteurs mettent l'accent sur la multiplicité et la richesse des matériaux à recueillir et la prise en considération des particularités individuelles.

Au cours de l'histoire, deux types de transformations ont été constatées: le premier type est lié à l'influence de la psychanalyse qui accorde une place importante au monde interne du sujet (étude des représentations, des conflits, des mécanismes de défense, etc.), et un second type où on donne plus confiance à la qualité et à la pertinence des instruments élaborés (des techniques d'objectivation) tout en restant dans le cadre de la compréhension du sujet (Fernandez et Pedinielli, 2006 ; Pedinielli et Fernandez, 2020 ; Schmid-Kitsikis, 1999).

Nous tenons à ajouter qu'il existe, en dehors du modèle psychanalytique, d'autres modèles théoriques sur lesquels peut reposer une étude de cas et qui ne se limitent pas à de simples descriptions superficielles du sujet, comme est le cas d'un travail de nature cognitive.

Nous présentons dans ce qui va suivre les conceptions de certains auteurs sur l'étude de cas.

2.2.4.1. Daniel Lagache (1903-1972) : psychiatre, psychologue, psychanalyste

Nous retrouvons l'étude de cas au cœur de la définition de la psychologie clinique. Pour Lagache (1949/1973, 1979), l'étude clinique d'un cas doit en règle générale reposer sur plusieurs types 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.

Suivant cet auteur (cité dans Pardinielli et Fernandez, 2020, p.56), « 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 réactions à l'examen, les 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* ». L'aboutissement de cette investigation clinique, c'est l'histoire d'un cas, comme le souligne Lagache. Toutes ces techniques proposées gardent leur pertinence, à l'exception des techniques dites auxiliaires (rubrique 4) qui sont actuellement écartées.

Deux démarches sont ainsi utilisées pour récolter des informations dans ce domaine, mais aussi en médecine et en psychiatrie : l'observation des conduites, soit spontanées, soit provoquées par des tests (dans ce dernier cas on a affaire, dit Lagache, à une clinique « armée »), permettant de comprendre comme totalité actuelle la personne aux prises avec les situations présentes qui lui font problème. Cette démarche est qualifiée de synchronique. L'entretien clinique, qui comporte une anamnèse et qui complète éventuellement la prise en considération des documents personnels établit la biographie significative du sujet et replace les conduites actuelles de celui-ci dans une perspective évolutive, son passé éclairant son présent. C'est le point de vue diachronique (Lagache, 1977).

Lagache fait référence aussi au ressenti du psychologue, mais qu'on ne doit pas confondre avec le contre-transfert propre à la situation psychanalytique. Ce qui a été dégagé de la lecture de son œuvre, c'est qu'il existe des études de cas de psychologie clinique où on accorde de l'importance aussi bien aux informations intérieures qu'extérieures ou plus objectivantes dans l'évaluation psychologique d'un sujet, et d'autres plus psychanalytiques se basant essentiellement sur le transfert.

Pour lui, l'étude de cas doit répondre à *certaines principes : richesse et diversité des informations recueillies* à partir des différentes techniques utilisées ; *cohérence interne des interprétations*, dans le sens où le clinicien arrive à dégager une signification permettant de relier les différentes données à un facteur commun ; *le principe d'économie*, c'est-à-dire que l'interprétation la plus probable rend compte d'un maximum de faits grâce à un minimum d'hypothèses.

Lagache a le mérite d'être parmi les premiers cliniciens à avoir tenté de préciser les spécificités de l'étude de cas en psychologie clinique.

2.2.4.2. Claude Revault d'Allonnes (1924-1998) : psychologue clinicienne

Sa proposition est dans la continuité des références originaires de la psychologie clinique (importance accordée à l'histoire, à la singularité individuelle ...). En outre, elle « *vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés* » (1989, p.69).

Revault d'Allonnes a dressé un *tableau des fonctions de l'étude de cas*, parmi celles-ci, nous pouvons citer :

1/*Informer/former* (« se trouvent ici posés les problèmes de la description et de la transcription... ») ;

2/*Illustrer* (« elle sert à illustrer par référence à une ou des expériences vécues (une » tranche de vie »), un raisonnement clinique... ») ;

3/*Problématiser la théorie* (« elle sert à dégager et étayer des hypothèses en rapport avec une problématique et des référents théoriques explicites et implicites... »). Les référents théoriques sont toujours présents dans la construction d'une étude de cas, mais souvent de façon implicite : « le référent théorique est donc inhérent à l'étude de cas, qu'il soit unique ou multiple, explicite ou non-dit; qu'il prenne la forme directe ou indirecte du savoir théorique au matériel clinique, avec le risque inévitable de plaquage et d'aplatissement qu'une telle utilisation entraîne ». Il existe également une relation d'échange entre le matériel et la théorie, les insuffisances de la théorie qui peuvent conduire à des modifications de la pratique dont les résultats à leur tour influencent la théorisation. Ceci caractérise la démarche clinique en général, mais il est plus valable encore en ce qui concerne l'étude de cas.

3/*Étayer, prouver, convaincre* (« elle décrit, illustre (...), étaye, montre, démontre, prouve-t-elle ? Ce n'est pas évident » (1989, pp. 70-72).

L'étude de cas est considérée comme le fruit d'une construction faite à partir d'un ensemble d'informations recueillies au cours d'une rencontre d'un clinicien avec un patient, et cela en prenant en considération le contexte, c'est-à-dire toutes les conditions dans lesquelles elles se sont produites (cadre institutionnel, des phénomènes relationnels avec le patient, des aspects sociaux...). *Lorsque la construction de l'étude de cas sert dans l'activité de recherche, elle pose toutefois plusieurs problèmes : la limitation, la sélection, la naturalisation, la discontinuité et la continuité, la réduction, le travail de l'écriture* (1989, pp.73-81).

Malgré les aléas de l'étude de cas (problème de généralisation des résultats, statut de la réalité et de la vérité...), l'auteure insiste, comme d'autres auteurs d'ailleurs cités dans son texte, sur sa force persuasive, du fait de sa référence incontournable à l'expérience

personnelle, mais seulement à quelques conditions : « *si cette entreprise décrit le cadre et le dispositif et précise les conditions de l'observation et de l'énonciation ; prend appui sur un matériel suffisant ; fait, en rapport avec lui, fonctionner la théorisation de façon ouverte comme une fiction créatrice et non comme un dogme ; et si les forces vives de l'enthousiasme, de la ferveur cliniques, sont tempérées par la pratique du doute méthodique et par une attention constante portée sur le jeu des phénomènes transférentiels* » (1989, p. 86).

2.2.4.3. Didier Anzieu (1923-1999) : psychologue, psychanalyste

Sa conception de l'étude de cas est proche de celle de Lagache. Tous les auteurs ont mis l'accent sur la question de l'histoire dans l'étude de cas, mais Anzieu (1990) se distingue par la façon dont il l'a traitée. *Il a opposé l'histoire et le récit, l'événement et le récit. L'histoire «est le produit d'une trame, que ses tensions internes mettent en mouvement et que les conflits avec d'autres trames compliquent* ».

L'histoire racontée par le sujet est plus logique que chronologique : il produit son propre discours, suivant sa logique et sa perception, et ce d'autant plus qu'on le laisse s'exprimer sans interférer. Le récit, relate les événements dans une perspective diachronique (de succession) et s'adresse à des individus sur lesquels il tente de produire un effet. Il procède « par opposition, symétrie, complémentarité. Il est mis en mouvement par un ou plusieurs fantasmes, qui contribuent à donner sens au récit » (Pedinielli et Fernandez, 2020, pp.59-60).

La similitude qui existe dans l'étude de cas entre le psychanalyste et le psychologue : elle est le récit d'un récit, « on peut dire que l'étude de cas permet de restituer les systèmes de relations, les processus, qui dégagent une trame, mais qu'elle est avant tout un récit mettant en relation ces éléments et leur donnant sens. » (Pedinielli et Fernandez, 2020, p.60). Dans l'analyse de l'histoire d'un cas, nous retrouvons des processus « communs » ou généraux, et c'est dans le récit que nous devons développer la singularité propre au sujet.

Toutes les études de cas ont en commun des particularités qui les distinguent des autres présentations des situations cliniques: *la singularité, la totalité, l'histoire, la représentation, le transfert*. Ces invariants sont ceux de la méthode clinique déjà décrite par Lagache.

Depuis quelques années et notamment avec l'élaboration et l'apparition du DSM-III (1980) et jusqu'au DSM-V(2013), une rupture presque radicale s'est produite avec les systèmes de classification précédents. Le DSM a pris un nouveau tournant qu'on connaît bien aujourd'hui, c'est-à-dire comportementaliste et anti psychanalytique.

Aussi, les troubles psychopathologiques ne sont pas seulement décrits à partir de la méthode du cas, mais également et surtout avec d'autres méthodes dites extensives (recours à l'observation directe des comportements et les outils statistiques) dont on connaît les insuffisances : «ce qu'on gagne en régularité, on le perd en nuance car l'on reste toujours confronté à la rigidité de la moyenne statistique, qui reste intéressante si l'on raisonne en

termes de population, mais est approximative si l'on travaille sur un sujet réel » (Doron, 2001, p.10). Dans cette approche, on tente de décrire objectivement le comportement du sujet (observation directe des manifestations), de définir des catégories psychopathologiques par unification des critères diagnostiques afin d'augmenter la fiabilité du diagnostic et sa reproductivité. Cette mesure statistique des troubles, même si elle permet de neutraliser la subjectivité du chercheur, elle a l'inconvénient de faire disparaître cet aspect essentiel et vivant de la clinique et notamment d'écarter les comportements du sujet de leur contexte (son vécu subjectif, ses représentations, etc.) tant dans le cadre de la pratique clinique que dans la recherche.

Les recherches épidémiologiques nous montrent de plus en plus aujourd'hui la complexité des phénomènes psychopathologiques et la nécessité de reprendre la méthode du cas pour comprendre comment le déterminisme multi-causal peut s'exprimer.

Face aux changements majeurs qui sont entrain de se produire dans notre domaine, dans les théories et les méthodes, de nombreux auteurs dont la plupart sont d'orientation psychanalytique (Castro (dir.), 2009; Chabert et Azoulay (dir.), 2011; Chouvier, 2008; Dumet et Ménéchal, 2017; Marty, 2011, etc.) proposent, à partir de leur ouvrage, d'illustrer la complexité de la clinique par l'étude de cas. D'autres auteurs insistent sur son l'importance et examine même les conditions de sa scientificité. W. Stiles (2004, cité dans Castro, 2009, p.1) affirme que: « *Contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plutôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plutôt que des échantillons représentatifs et parfois vise à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer* ».

3. L'anamnèse

Elle est une partie intégrante de l'investigation clinique. Son but est non seulement d'établir un diagnostic, mais aussi de nous éclairer sur les aspects individuels et familiaux du patient et de nous permettre de connaître sa personnalité. Dans la partie suivante, nous allons nous focaliser sur son importance et ses buts ainsi que sur ses modalités suivant certains domaines cliniques.

3.1. Définitions et types

Selon l'étymologie grecque, il s'agit d'un retour en arrière, une remémoration aussi exhaustive que possible concernant le passé du malade et de sa maladie. En somme, c'est une véritable réminiscence. Anamnèse vient de deux mots grecs *Ana* (remontée), de bas en haut et *Mnème* (souvenir) (Huys, 2021, p.36). *L'anamnêsis*, au sens littéral, est donc *l'action de rappeler à la mémoire un évènement ou des évènements ou simplement la remontée des souvenirs*. D'ailleurs, cette notion est évoquée par Platon à la fois dans la République et dans le Ménon, où Socrate aide l'esclave inculte à retrouver une démonstration de géométrie

anciennement connue. Un travail maïeutique qui correspond bien à la démarche du thérapeute (<https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-anamnese.html>).

En médecine, elle est synonyme d'histoire de la maladie, et va *retracer les antécédents médicaux et l'historique de la souffrance actuelle du patient, avec les résultats des différentes explorations déjà faites et les traitements entrepris*. L'anamnèse peut mettre en évidence l'origine, la cause des troubles morbides (Brus, 2022). Soulignons qu'en psychiatrie, sous l'influence de la psychanalyse, le sens et la valeur des données anamnestiques ont profondément changé, mais plus encore la démarche anamnestique elle-même.

En psychologie, elle signifiera aussi l'histoire du sujet. Elle suppose une enquête objective sur la biographie du patient, une « mise à plat de l'histoire » (Pediñelli et Fernandez, 2020, p.82). Il s'agit donc de recueillir un ensemble d'informations relatives à la situation familiale, conjugale, professionnelle (ou scolaire dans le cas d'un enfant ou d'adolescent), aux loisirs, aux antécédents médicaux et personnels, le tout étant de se donner un aperçu de la situation passée mais aussi actuelle du sujet pour mettre en lien le vécu avec la problématique actuelle.

Les points communs entre ces définitions sont donc : *l'histoire et la référence au passé pour traiter quelque chose dans le présent et la possibilité d'un changement à partir de ce repère posé*.

Il existe selon les auteurs deux types d'anamnèse: « *méthodique* » ou « *systématique* » et « *associative* » considérée comme plus psychopathologique. La première est surtout utilisée dans le cadre de certains types de recherche (épidémiologiques, génétiques (en psychologie normale ou pathologique)), et suppose une enquête objective sur la biographie du sujet. Elle permet d'étudier les liaisons statistiques ou les corrélations entre les éléments objectifs de l'histoire de la famille, les conditions socio-économiques, d'habitat, etc., et l'occurrence de telle ou telle conduite. La seconde se fait dans le cadre d'un entretien de type psychanalytique (Deutsch, 1939, citée dans Brusset, 2004, p.512), elle est centrée sur l'histoire du patient et celle de ses proches en accordant une grande importance à la dimension subjective. Le clinicien est ici attentif aux effets induits par l'investigation elle-même en fonction du contexte, et aussi à sa propre implication et à ses contre-attitudes. Rappelons que, suivant cette approche, certains éléments du discours (les contradictions, les zones confuses, les répétitions, les dénégations, etc.) traduisent des éléments inconscients et des aménagements défensifs mis en œuvre face aux conflits les plus significatifs, tout en tenant compte ici de la dimension relationnelle (analyste-patient).

3.2. Intérêts et buts

L'anamnèse a pris un sens dynamique grâce aux apports de la psychanalyse. Celle-ci a montré que l'anamnèse ne consistait pas uniquement à rechercher de façon exhaustive les événements et les souvenirs importants et désagréables pouvant être liés au trouble, mais aussi le sens qui leur est attribué par le sujet. Ceci correspond à l'histoire subjective du sujet où les fantasmes, les conflits ...propres à chacun contribuent à la mise en sens des événements. De

manière générale, les éléments rapportés ne sont pas tout à fait objectifs, du moment que la subjectivité de l'individu introduit des déformations, révélant ainsi son mode de fonctionnement psychique. Les buts de l'anamnèse sont résumés, par Bénony et Chahraoui (1999, pp.110-112), dans les points suivants :

- **Visée de reconstruction**

La reconstitution, qui se fait à partir d'éléments objectifs et subjectifs du passé vécu, est le fruit de reconstructions opérées par le patient. Ce travail nécessite de prendre en considération tous les aspects du discours et aussi ce qui est se produit dans le cadre de la relation patient (ou sujet)-thérapeute(ou chercheur). Il est important aussi d'attirer l'attention sur le fait que les souvenirs rapportés sur les premières années ne relèvent pas de vrais souvenirs, mais constitue plutôt un mélange de données objectives, d'interprétations et de mythes qui peut être entretenu par l'entourage familial.

- **Visée de compréhension**

Dans l'approche psychanalytique, le clinicien accorde une grande importance à la compréhension des faits psychiques - non seulement à leur description comme était le cas dans la démarche médicale traditionnelle-, ce fait l'amène à être attentif à certains éléments permettant de formuler une hypothèse sur le fonctionnement psychique du sujet. Ainsi, il sera sensible: aux contradictions, aux oublis, à l'absence de liaison, aux répétitions, aux lacunes, au types de défenses utilisées, etc.

- **Visée thérapeutique**

Enfin, si l'investigation anamnestique est un moyen de diagnostic, son objectif principal est de permettre une prise en charge de qualité en définissant, par exemple, des stratégies thérapeutiques. Autrement dit, l'anamnèse est considérée comme le point de départ de toute thérapie, elle permet d'évaluer au mieux les besoins du patient pour lui proposer ensuite une psychothérapie adaptée. Dans le cas des consultations d'enfants, il est à rappeler que c'est souvent l'entourage qui est consulté. Si l'enfant est placé dans une institution, ce sont alors les éducateurs qui peuvent être interrogés. Ces derniers contribuent ainsi à la récolte des données de l'anamnèse.

3.3. Anamnèse et domaines cliniques

3.3.1. L'anamnèse en médecine

Elle est considérée comme un aspect non négligeable de la prise en charge du patient, peut contribuer à faciliter l'émergence d'un diagnostic co-construit, patient et praticien convoquent ainsi leurs connaissances respectives, croisent indices et historique pour trouver ensemble une réponse thérapeutique adaptée aux symptômes (Huys, 2021). Les modalités de l'anamnèse sont fonction de ses buts. Elle est ordonnée ou remise en ordre en fonction de certains paramètres (facteurs étiologiques, des épisodes pathologiques antérieurs, des caractéristiques du « terrain » individuel et familial, des données héréditaires et

mésologiques). Le champ d'investigation est défini *a priori* ; il peut être restreint par la visée étio-pathogénique à propos d'une affection donnée, ou comporter l'ensemble des éléments permettant d'apprécier la santé et la maladie chez un sujet donné (Brusset, 2004, p. 509).

Autrement dit, l'anamnèse et l'importance qu'on lui accorde peuvent être infléchies selon que le thérapeute interroge le patient en se centrant sur des causes mécaniques et/ou physiologiques actuelles des symptômes présentés ou qu'il investit à partir de souvenirs parfois lointains qu'il mettra en perspective avec l'état de santé actuel du patient. Par ses questions, le médecin mène l'enquête et en fonction des éléments fournis par son patient, élabore une hypothèse explicative. Si le traitement prescrit produit ses effets et rectifie l'état de la personne malade, alors l'hypothèse nosologique aura été vérifiée. Si les symptômes persistent, alors il convient d'investiguer davantage afin de formuler une nouvelle hypothèse (Huys, 2021).

L'interrogatoire médical se caractérise principalement par la recherche à maintenir le récit du patient ou de sa famille sur le plan des éléments objectifs, en incitant le sujet à préciser toujours davantage, en soutenant sa remémoration par des incitations, par des questions, ou encore en allant au devant de ses souvenirs en lui suggérant de prendre des repères temporels ou spatiaux, en lui proposant des hypothèses qu'il devra confirmer ou infirmer, etc. La visée de cet interrogatoire amène à considérer comme parasites les éléments subjectifs ainsi que les digressions. Ce type d'enquête anamnétique incite à utiliser des formulaires, des questionnaires, pour lui donner une systématisation plus grande.

3.3.2. L'anamnèse en psychanalyse

La psychanalyse a profondément remanié le sens même de l'investigation anamnétique, par la place accordée aux facteurs intrapsychiques (conflits, fantasmes inconscients...), à la sexualité infantile. Dans cette perspective, Didier Anzieu (1989/2009) a souvent utilisé les études de cas dans une visée heuristique, quelquefois illustrative : il n'expose pas pour démontrer, mais pour poser des questions et chercher des réponses. Selon cet auteur, « concevoir une anamnèse dans le domaine de la psychopathologie suppose de s'appuyer sur trois théories: une théorie de la réminiscence, une théorie de l'étiologie des troubles mentaux, une théorie de la technique de la conduite de l'entretien ».

À partir des difficultés rencontrées par Freud dans le travail psychique de remémoration, Anzieu nous rappelle les bases « simplistes » de la conception pré-psychanalytique de l'anamnèse : il suffirait d'un effort de remémoration suivant la double ligne synchronique et thématique pour ramener les souvenirs à la conscience. La découverte progressive de la psychanalyse montre que la réminiscence se heurte à des résistances inconscientes, les souvenirs sont réorganisés par les mécanismes de défense qu'ils suscitent et par les fantasmes sexuels ; les après-coups brouillent la succession chronologique, la causalité en réseau prévaut sur la causalité linéaire, etc. Anzieu montre alors comment Freud fut confronté à cette remise en question de la conception traditionnelle de l'anamnèse. Le texte d'Alain Gibeault (2017) qui s'intitule *Introduction théorique à la question de la remémoration* est aussi très éclairant sur ce sujet.

La remémoration ne se propose pas en réalité de retrouver le passé dans une recherche perfectionniste, illusoire, mais elle s'admet d'emblée comme *reconstitution* à partir des repères objectifs et subjectifs du passé vécu. Les événements ne peuvent être retrouvés qu'à partir du récit du sujet ou des personnes de l'entourage proche, lequel est fonction de leurs propres élaborations (Brusset, 2004, p.511). Le clinicien laisse ici l'initiative au patient, encourage sa verbalisation, manifeste son intérêt et son attention en maintenant une attitude de neutralité : il est attentif aux effets induits par l'investigation elle-même et aussi à sa propre implication et à ses mouvements contre-transférentiels. De cette façon, il percevra le sens des comportements de celui-ci. L'évocation du passé peut apporter des éléments précieux qui viendront confirmer ou invalider les hypothèses explicatives ou interprétatives qui peuvent être esquissées à partir des diverses sources d'information qu'utilise la démarche diagnostique.

En outre, dans ce type d'investigation, il est important de ne pas perdre de vue la spécificité de l'anamnèse quand il s'agit de l'enfant ou de l'adolescent. Les parents sont une partie prenante dans les conflits auxquels est sujet l'enfant au cours de son développement. Leur implication personnelle, obstacle dans l'anamnèse à visée objectivante, est, ici, prise en compte et constitue l'essentiel de ce qui est à entendre dans les dimensions consciente et inconsciente, actuelle et passée (Brusset, 2004, p.512). L'investigation anamnétique ainsi comprise suppose la mise en jeu de la dynamique personnelle des parents sur les plans de la relation à l'enfant, de la relation des parents entre eux, et de leur relation actuelle au clinicien. Cette méthode associative adoptée suppose bien évidemment des conditions favorables, de temps, de lieu, de formation et de disponibilité personnelle de l'investigateur.

3.3.3. L'anamnèse en psychologie clinique

L'anamnèse en psychologie clinique, de même en psychiatrie, représente sans doute une pièce maîtresse de la pratique clinique. Rappelons ici que l'examen clinique est assez long et répété et une place importante est accordée aussi à l'établissement d'une bonne relation thérapeutique. Le clinicien recueille des informations dans divers domaines (voir dans Annexe n°1 le schéma détaillé proposé par Brusset, 2004, pp.515-516), mais nous nous contenterons ici de présenter les axes suivants:

- Les événements de la vie de la personne (séparations, drames, traumatismes, deuils, placements...);
- Les éléments de développement (passage des différentes étapes et acquisitions);
- Les antécédents pathologiques personnels et familiaux;
- L'histoire personnelle du sujet : première enfance, seconde enfance et adolescence, l'âge adulte ;
- L'histoire de la famille, l'organisation des liens de parenté;
- Les données somatiques (maladies, thérapeutiques);
- La genèse des troubles actuels, en étant attentif aux relations temporelles entre ces troubles et les événements (Pedielli et Fernandez, 2020, p.82). Rajoutons que l'anamnèse ne sera complète sans les récits des proches ou des témoins.

Et suivant l'approche théorique du clinicien, les données recueillies vont contribuer à l'évaluation clinique du patient à des niveaux différents (symptomatique, intrapsychique, intersubjectif) qui sont en fait complémentaires.

Dans le cas de la psychopathologie infantile, les facteurs objectifs ont un rôle souvent plus difficile à préciser et qui n'est pas dissociable du sens qui leur est attribué par l'enfant et par son entourage au fur et à mesure de l'histoire de son développement. Leur impact sur le développement normal ou pathologique de celui-ci est aussi lié à de nombreuses autres variables qui échappent par nature à l'investigation anamnétique. Sachant que dans ce domaine, de nombreuses études ont déjà bien démontré qu'il est impossible d'adopter un modèle de causalité linéaire (voir à ce sujet les études sur les carences maternelles précoces et de la pathologie traumatique en général).

4. La question du diagnostic

Les activités du psychologue s'exercent essentiellement autour des fonctions d'évaluation et de traitement, même si d'autres fonctions se développent de plus en plus actuellement. Comme tout autre professionnel, le psychologue a besoin aussi de décrire, de trier, de classer et de nommer. La notion d'« évaluation », préférée à celle de diagnostic plus proche des activités médicales, a été proposée pour souligner que le clinicien ne s'intéresse pas seulement à la maladie du patient, mais aussi à sa dynamique individuelle. Il est à préciser que la compétence au diagnostic ne s'acquiert qu'après une longue expérience d'entretiens cliniques. Dans la partie qui suit, nous allons présenter les différentes fonctions du diagnostic, ses formes et leur complémentarité.

4.1. Définitions et fonctions

Étymologiquement, « diagnostic » vient de *diagnostikos* en grec ancien, « capable de discerner », il est composé des racines grecques *dia* (à travers) et *gnose* (connaissance, discernement, savoir) : savoir sur un sujet, « à travers », évoque l'adresse d'un sujet à un autre au sein d'un dispositif de soins et d'un lien thérapeutique (dans le langage médical) ou transférentiel (dans le langage psy) (Becker *et al.*, 2015, pp.573-574). Aller-retour entre un professionnel supposé savoir et un patient prêtant au soignant un savoir, assise du transfert....

De nos jours, celui-ci est considéré comme le résultat final d'un processus complexe au cours duquel le clinicien cherche des informations sur un patient et les élabore afin de saisir son problème et ses causes, de décider s'il ya lieu d'intervenir et comment, et aussi d'évaluer les interventions et leurs effets (Huber, 1987, p.109). Autrement dit, le diagnostic est la reconnaissance d'un trouble, d'une entité clinique à partir de signes repérés dans le discours ou le comportement du patient permettant la mise en place d'une intervention thérapeutique appropriée et la formulation d'un pronostic.

En psychologie clinique, comme d'ailleurs en médecine, le diagnostic remplit généralement les fonctions suivantes :1) *décrire l'individu et son problème*; 2) *analyser le développement et les causes de ce dernier* ; 3) *classifier et donner un diagnostic différentiel* ;

4) *faire un pronostic clinique et poser une indication* ; 5) *évaluer les effets de l'intervention* (Huber, 1987, p.110). À fin de répondre à ces buts, le psychologue clinicien doit recourir à un certain nombre de méthodes et d'instruments (entretien, observation, tests, échelles) choisis en fonction du problème posé par le sujet.

Cependant, si en médecine, le diagnostic est la conséquence directe de l'observation et d'autres moyens d'investigation, il prend en psychologie clinique une signification autre. Il est partie prenante à part entière à ce jeu d'aller retour entre objectivité et subjectivité (Ménéchal, 1997, p.30). La position médicale s'intéresse à ce qui est objectif, alors que la position psychologique s'intéresse peu au symptôme en se centrant davantage sur le sujet. De plus, le diagnostic en psychopathologie n'a pas la rigueur qu'il peut avoir ailleurs, notamment avec l'éclairage de la psychanalyse. Soulignons qu'un certain nombre d'éléments n'apparaîtront qu'au cours de la relation avec le patient, à travers l'analyse du transfert et son évolution dans la mesure où l'objet essentiel d'investigation dans ce domaine est l'étude du fonctionnement psychique (Besançon, 2005; Brusset, 1994 ; Richard, 1996, etc.). Ainsi, le diagnostic n'a fondamentalement qu'un statut d'hypothèse.

4.2. Types de diagnostic

Actuellement, force est de constater qu'il n'existe pas un consensus entre les courants et champs cliniques (psychiatrie, psychologie, psychopathologie, psychanalyse) sur les éléments sur lesquels se fonde le diagnostic (diagnostic des phénomènes, classement des phénomènes à partir de signes et d'indices préalablement répertoriés, classifications DSM /diagnostic du sujet comme réponse à ces phénomènes; diagnostic descriptif du symptôme/diagnostic de structure introduisant la cause...) (Grollier et Doucet, 2013, p.143).

Ainsi, le diagnostic est présent sous différentes formes dans l'activité du clinicien: on n'échappe pas à la typologie qu'elle porte sur la sémiologie ou sur les processus psychiques. Nous présenterons ci-dessous ces deux formes auxquelles recourent les cliniciens dans leur activité clinique.

4.2.1. Le diagnostic médical (psychiatrique)

Le praticien ici procède à une démarche analytique pour identifier, au sein de la continuité du discours du patient, des catégories discontinues circonscrivant différentes manifestations symptomatiques, qui seront ensuite regroupées en syndromes, avant de déterminer la pathologie (Piot, 2010). Les différentes pathologies sont classifiées dans des nosographies, telles le DSM (Association Américaine de Psychiatrie (APA), version-V, 2013/2015) ou la CIM (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), version-11, 2022) qui relèvent d'une approche catégorielle, devenues des références aujourd'hui. Précisons que ces classifications visent à pallier les limites des connaissances actuelles concernant l'étiologie des troubles mentaux.

La classification des troubles mentaux est en fait une vieille activité de la psychiatrie. Pour mieux soigner les patients, il faut leur donner des traitements appropriés, en l'occurrence

des médicaments, et pour prescrire des traitements adaptés il faut pouvoir mieux identifier les troubles, par conséquent mieux les décrire. S'impose alors au début des années 1950 (Besche-Richard et Bungener, 2018) le besoin impérieux de proposer une classification internationale des troubles mentaux qui permettrait de mieux cibler les populations cliniques dont l'état psychique serait susceptible d'être amélioré par la prise de certains médicaments. Il fallait aussi améliorer la qualité du diagnostic à l'aide d'un système fiable et normalisé afin d'augmenter la validité et la fiabilité des essais thérapeutiques

En psychiatrie, la tendance se prétendant a-théorique, se limite à une description objective des symptômes repérables dans le discours ou le comportement du patient. Les classes sont fondées sur des récurrences statistiquement vérifiées, elles sont construites logiquement et contiennent de préférence des critères pathognomoniques. Pour chaque trouble répertorié, une liste de symptômes observables dont certains sont obligatoires pour « appartenir » à la catégorie diagnostique en question tandis que d'autres sont accessoires. En effet, pour chaque diagnostic psychopathologique, le DSM fournit à la fois des critères qualitatifs (quels sont les symptômes qui doivent être présents pour évoquer tel ou tel diagnostic psychopathologique ?) et quantitatifs (ces symptômes doivent être en nombre et en durée suffisants pour atteindre un seuil pathologique) (APA, 2013/2015). Comme il fournit des critères permettant de différencier un trouble d'autres pathologies présentant certains symptômes proches ou similaires (le diagnostic différentiel). Tout cela aide les cliniciens à s'entendre sur le diagnostic de chaque trouble, donnant ainsi une représentation standardisée et communicable des différentes difficultés d'un patient.

Néanmoins, ce type de diagnostic n'est qu'un des éléments permettant au clinicien de situer les problèmes du malade. L'unanimité du diagnostic en psychopathologie semble, en effet, être un mythe, ce que montrent bien les différentes études conduites lors de l'élaboration des versions successives du DSM et d'autres recherches (Adam, 2012 ; Benabdelkarim, 2018 ; Besche-Richard et Bungener, 2018 ; Demazeux, 2008 ; Piot, 2010, etc.). La démarche analytique vise un maximum d'objectivité, mais celle-ci est relative, car elle comporte une triple dépendance : dépendance par rapport à celui qui observe, dépendance par rapport au reste du tableau clinique, dépendance vis-à-vis du contexte socioculturel (Piot, 2010).

En guise de synthèse, voici le schéma du diagnostic dans son sens médical : difficultés présentées par le patient → recueil des signes → regroupement des signes en un tableau cohérent et ordonné (tenant compte des signes présents et de ceux qui sont absents) → hypothèses sur le trouble ou la maladie → discussion de ces hypothèses (recherche de la présence ou de l'absence d'autres signes) → diagnostic définitif (trouble et sa forme clinique. Exclusion des autres possibilités (Pardinielli et Fernandez, 2020, p.86).

4.2.2. Le diagnostic psychologique

Les dérives possibles du diagnostic psychopathologique basé sur l'application systématique des critères diagnostiques nous invitent non seulement à la prudence mais aussi à l'adoption d'une démarche individualisée envers la personne. D'où l'importance du

diagnostic dit psychologique dont parlent en particulier certains cliniciens (Huber, 1993 ; Pedinielli, 2016 ; Sultan, 2004, etc.) qui vient d'une certaine façon compléter le diagnostic médical.

Selon Pedinielli et Fernandez (2020, p.86), « le « diagnostic psychologique » repose sur la description précise du fonctionnement de la personne (plaintes, problèmes, manière de les résoudre, contexte), une explication (analyse du développement, des origines de la persistance), la localisation de l'éventuel trouble dans une classification, le pronostic et l'évaluation des interventions ». Sultan (2004), quant à lui, a proposé une conception du « diagnostic psychologique » qui ne se réduit ni à l'approche médicale, que nous avons déjà évoqué, ni à l'analyse psychopathologique. Il le distingue par le processus et par le contenu: « le diagnostic médical vise à situer le cas concret dans un système de classification (syndromes ou maladies) alors que le psychologue « se préoccupe de ce qui singularise le sujet au sein de la catégorie » (p. 20). Il propose, pour le diagnostic psychologique, le « processus central d'intégration » : intégration de données et de dimensions différentes (celles qui concernent le sujet et celles qui se réfèrent aux règles (normes) de fonctionnement et de développement). Cette intégration, selon cette auteur, nécessite la prise en compte de plusieurs niveaux de fonctionnement (émotionnel, intra-et interpersonnel, cognitif, les attitudes du patient). Cependant, la formulation et le contenu de ces niveaux dépendent aussi de la conception théorique qui soutient l'activité du clinicien et de sa pratique. Les mêmes rubriques ont été proposées par d'autres cliniciens (Pedinielli, 2016, etc.), mais celles-ci n'occupent pas la même place et n'ont pas la même importance.

D'une façon générale, le diagnostic psychologique peut se situer à différents niveaux de l'étude de cas, et peut déboucher sur un diagnostic de troubles (analogue à celui des psychiatres), de fonctionnement psychique (à partir d'une conception intégrative du psychisme ou d'un des paradigmes de la psychologie (cognitif, systémique, humaniste, biopsychosocial), d'organisation psychique (modèle structural psycho dynamique) ou de structure (au sens structuraliste de combinatoire) (Pedinielli et Fernandez, 2020, p.87).

Chez l'enfant et l'adolescent, cet aspect de la prise en charge est encore plus complexe, c'est pourquoi il faudrait l'avancer avec prudence, en n'oubliant jamais ses impacts sur les sujets eux-mêmes et sur leur entourage. Rappelons qu'à la différence de l'adulte, il y a lieu de tenir compte des processus développementaux de l'enfant et de l'adolescent. Divers éléments en présence peuvent, en effet, impacter leur développement dans ses différents aspects (biologiques, cognitifs, psychoaffectifs). Ce qui nous amène à dire qu'il peut être délicat d'appliquer un diagnostic à des sujets en pleine transformation et constante évolution. Le diagnostic est dans ce contexte un processus dynamique, modifiable et momentané, les organisations pathologiques étant pour la plupart en transformation permanente.

Dans les domaines de la psychiatrie ou de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, il n'existe point de diagnostic stable. « Il s'agit donc bien de poser une évaluation d'un processus développemental en pleine évolution. Le diagnostic reste et restera une affaire compliquée, entre autres, par les interactions cruciales entre le jeune et son

environnement. Si un enfant seul n'existe pas, son diagnostic le peut-il, lui ? (Becker *et al.*, 2015, pp.585-586).

5. Les techniques de l'étude de cas

L'étude de cas servant dans l'activité clinique ou dans celle de la recherche recourt aux mêmes techniques (entretien, observation, tests, échelles), mais les objectifs et les résultats restent différents : dans le premier cas, le but est l'évaluation du fonctionnement psychique du sujet et la conduite d'une intervention thérapeutique appropriée et efficace, alors que dans le second cas, le but est l'enrichissement des connaissances sur le phénomène étudié. La partie suivante sera consacrée aux deux outils principaux du clinicien qui sont l'entretien et l'observation, en nous centrant sur leurs types, leurs buts, leurs déroulements et d'autres aspects liés à chaque technique.

5.1. L'entretien clinique

L'entretien clinique est l'outil principal du psychologue clinicien. Tous les psychologues cliniciens font, à un moment ou à un autre de leur pratique clinique avec un patient, des entretiens cliniques, même si leurs pratiques ne s'y réduisent pas (ils peuvent aussi faire un bilan, des jeux de rôles, une animation de groupe...).

5.1.1. Définition et objectifs

L'entretien implique la mise en présence physique de deux individus installés dans une interaction où vont s'échanger des signaux verbaux et non verbaux et vont se dérouler aussi des activités de nature différente (sur les plans inter et intra personnel). Le matériel non verbal a une grande importance et le clinicien à l'écoute d'un discours doit aussi rester attentif à un ensemble de signes infraliminaires tels que les mimiques, les gestes, les intonations, les clignements d'yeux ou les respirations, constituent un matériel riche et déterminant dans la connaissance d'un individu (Numa, 2014).

Cette technique fait partie de la méthode clinique, et plus précisément de la clinique dite « à mains nues », à côté de l'observation, par opposition à celle dite « instrumentale » (tests, échelles, etc.). Elle occupe une place centrale dans l'activité du psychologue clinicien, mais aussi dans celle des autres professionnels, comme les psychiatres et les psychothérapeutes, en leur permettant d'accéder aux informations subjectives de leurs patients, à leur biographie et à leurs représentations personnelles sur tel ou tel problème (Bénony et Chahraoui, 1999). D'une autre façon, il s'agit ici d'appréhender et de comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

L'entretien clinique peut être mis en œuvre dans différents contextes et répondre à des objectifs différents : diagnostic, thérapeutique et recherche. Comme il peut aussi être utilisé en référence à différents modèles théoriques. Dans la pratique clinique en particulier, son

apprentissage nécessite plusieurs années de formation active de la part de l'étudiant, parce qu'il correspond à une dynamique relationnelle et réflexive très complexe (Poussin, 2005).

L'une des particularités de l'entretien clinique est que le psychologue doit créer un cadre. Le cadre thérapeutique (ou setting) constitue l'ensemble des règles explicites ou implicites qui définissent la rencontre entre le professionnel et son patient. Les règles explicites concernent par exemple le lieu de la rencontre (cabinet, institution), sa forme (face à face, téléphone, internet, individuel, couple, familial, groupal), son horaire (heure de rendez-vous), sa durée, sa périodicité (fréquence et intervalle entre séances) et sa forme de paiement (que les consultations soient gratuites, à tarifs sociaux, légaux ou non). Les règles implicites « concernent tout ce qui se passe à l'intérieur du cadre explicite ». Ainsi, par exemple, si le téléphone sonne lorsqu'il est en rendez-vous, l'intervenant répondra-t-il ? L'intervenant prend-il des notes pendant ou après l'entretien ? Comment le lieu de consultation est-il disposé (avec un bureau, des fauteuils, des décorations personnelles...) ? Comment la parole circule-t-elle (niveau d'interactivité, place des silences) ? (Bioy et Maquet, 2003 ; Zech, 2020). En fonction du type de cadre qui est mis en place par l'intervenant, il s'agit d'un espace « potentiellement thérapeutique ». C'est le psychologue qui est le garant du cadre thérapeutique. Il a le devoir de respecter la dignité du sujet, son intégrité et ses droits.

Ce contexte permet au patient d'exprimer sa vie psychique intime sans pour autant s'y sentir contraint par le psychologue, ni attendre en retour que le psychologue dévoile sa propre vie psychique (comme ce serait le cas dans une relation amicale par exemple). C'est donc une relation asymétrique qui spécifie l'entretien clinique (Chiland, 1989). La manière dont les limites seront instaurées, respectées ou dépassées sera un excellent indicateur des modes de fonctionnement du patient mais également du psychologue.

Avant chaque intervention (psychothérapie, bilan, conseil...), le psychologue clinicien fait un ou plusieurs entretiens cliniques afin de mieux comprendre la demande du sujet, le contexte de ses difficultés, son fonctionnement psychique, sa personnalité et le type de relation qu'il instaure. À la fin de l'intervention, l'entretien clinique permettra de faire un point sur l'intervention et ses effets, d'envisager les évolutions réalisées ou encore de repérer les évolutions futures à favoriser (Bouvet et Camart, 2021).

La manière d'aborder l'entretien est variable suivant certains facteurs: l'objectif assigné à l'entretien (diagnostique, thérapeutique, de recherche ou d'orientation), le modèle théorique et la formation du clinicien, la personnalité du sujet interrogé et son âge, le moment et les conditions de l'entretien, etc.). Cependant, il faut souligner que quelles que soient les modalités et les conditions de l'entretien, un certain nombre de règles techniques (style de conduite de l'entretien, attitude clinique du clinicien...) demeurent relativement stables.

5.1.2. Types d'entretien

On distingue trois grands types d'entretien, et ce, quels que soient les domaines de la psychologie où ils sont employés : l'entretien non directif (ou libre), semi-directif et directif.

5.1.2.1. Entretien non directif (ouvert ou libre)

Il ne possède pas réellement de schéma préétabli. Comme son nom l'indique, ce n'est pas le clinicien qui oriente le discours, mais c'est plutôt le patient ou le sujet qui parle librement de lui-même en contrôlant et en menant son discours comme il l'entend (Bényony et Chahraoui, 1999). Aucune question précise ne doit y être posée et le clinicien vient à la rencontre de son interlocuteur sans véritable présupposé concernant ce qu'il voudrait chercher ou trouver. La parole de l'interlocuteur s'écoule donc assez librement, guidée par une consigne ou par une question ouverte dont la formulation offre une pluralité de réponses possibles...le sujet peut déborder largement par rapport au thème proposé, et ce sont justement ces associations qui intéressent le clinicien.

Au cours de l'entretien, le clinicien va reformuler à partir du contenu et des modalités d'expression du discours de l'individu, et il construira ainsi l'entretien dans un constant aller-retour entre la parole et le comportement de son interlocuteur, d'une part, et ses propres relances visant à approfondir et à préciser les données d'autre part. Ces relances peuvent prendre différentes formes (reformulation, complémentation, interrogation et interprétation), sachant que les premières sont les plus fréquemment utilisées) (Blanchet, 1985, cité dans Poussin, 2005, pp.34-35). Comme elles peuvent prendre aussi des formes d'approbation (hochements de tête, acquiescements).

Lors des rencontres, le clinicien est présent et bienveillant, mais absent autant que faire se peut dans sa problématique personnelle. Ainsi, « Le but fondamental est de laisser parler le client, de lui permettre de parvenir à parler s'il a quelques difficultés à le faire, pour qu'il dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire, ce qu'il peut dire (...). Ce qui importe, ce n'est pas seulement ce qui est dit, mais le moment où c'est dit et la manière dont c'est dit » (Chiland, 1989, p.17). Le clinicien n'a pas non plus de hâte de communiquer ce qu'il comprend. L'important est de le communiquer au moment profitable pour le client. Comme il est souhaitable que le sujet ne dise que ce qu'il peut supporter de dire pour que la rencontre ne soit pas traumatique et il fuira.

C'est toute la formation du clinicien qui lui permet de prendre la bonne position qui caractérise l'entretien clinique par rapport aux autres types de dialogue. Freud (cité dans Chiland, 1989, p.17) a caractérisé cette attitude comme neutralité bienveillante. Il est à préciser que « la neutralité, ce n'est pas seulement ne pas laisser paraître ce qu'on éprouve, c'est prendre conscience de ce qu'on éprouve et n'être pas gouverné par des réactions non contrôlées dans la compréhension du patient et dans la réponse qu'on lui donnera ». Cette tâche est en réalité impossible dans le cadre du face à face de l'entretien clinique.

Un entretien ouvert ne signifie pas non plus un entretien non préparé: une connaissance de l'individu, de sa situation et de sa demande est très utile à la conduite d'un tel entretien. Le clinicien doit toujours savoir pourquoi il mène cet entretien, même si sa motivation peut ne pas apparaître dans le fil de ses interventions (Numa, 2014).

Concernant l'analyse de ce type d'entretien, le clinicien peut prendre en considération tant le contenu manifeste que le contenu latent des conduites, car c'est tout cela qui permet de rendre compte du fonctionnement psychique du sujet ou du patient. L'intérêt de ce type d'entretien réside dans le fait que les associations spontanées apportées par le sujet permettent de repérer les particularités de chacun, ce qui aide le clinicien à formuler des hypothèses pertinentes sur la compréhension des facteurs étiologiques reliés à un tel ou tel trouble.

5.1.2.2. Entretien semi-directif

Il est davantage prédéfini. Le clinicien dispose de thèmes précis sur la problématique du sujet qu'il souhaite explorer dans un ordre préétabli, sait donc où il veut amener son interlocuteur. Les questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais à un moment propice de l'entretien. Le clinicien a donc déjà en tête, en arrivant face à son interlocuteur, les notions importantes qui l'ont conduit à décider cet entretien, ou au moins les modalités de celui-ci et dont l'abord constitue un objectif majeur de l'entretien (Bénony et Chahraoui, 1999).

Dans ce type d'entretien, chaque question, même assez large, a pour objectif d'aborder ou de préciser certains aspects qui font l'intérêt du clinicien. C'est cet intérêt qui détermine à présent l'entretien, et non plus la seule libre parole de l'interlocuteur, comme dans un entretien ouvert. D'ailleurs, l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien, même si le clinicien laisse au sujet une certaine liberté d'associer sur le thème proposé.

5.1.2.3. Entretien directif

Il est presque entièrement contrôlé par le clinicien. Il est constitué de questions fermées, hiérarchisées et ordonnées. Le clinicien dirige l'individu sur un thème précis et induit des réponses courtes, l'ordre de présentation des questions est donc prédéterminé, et suit un cheminement logique, une question amenant naturellement la suivante. Il ne peut être considéré comme un entretien clinique du moment qu'il n'est pas centré sur la verbalisation spontanée du sujet, mais d'un questionnaire qui peut être utilisé en psychologie clinique pour compléter une investigation (Bénony et Chahraoui, 1999).

Il est important de préciser que le choix du type d'entretien est fonction de plusieurs facteurs (contexte, caractéristiques inhérentes au sujet examiné, but de l'investigation, moment de l'investigation, modèle théorique de référence du clinicien, etc.). Ainsi, les entretiens à visée diagnostique, à visée d'évaluation psychologique ou encore les premiers entretiens en psychothérapie peuvent nécessiter davantage d'interventions afin de mieux

connaître le sujet ; certains patients ont besoin d'être un peu plus soutenus et que le clinicien soit plus interventionniste, alors que d'autres peuvent vivre négativement ces interventions.

L'entretien clinique de recherche ne se distingue pas des entretiens sus-cités (diagnostique, psychothérapeutique) au niveau de la conduite de l'entretien et de l'attitude clinique à adopter, mais plus au niveau de son objectif et de la position du clinicien (en position de demande). Sachant que l'entretien de recherche peut aussi s'inscrire dans la pratique du psychologue clinicien (Bénony et Chahraoui, 1999).

Concernant le mode d'enregistrement de ces entretiens, celui-ci diffère selon l'objectif défini par le clinicien. Dans le cadre d'une thérapie, les entretiens font souvent l'objet de prises de notes pendant ou après la rencontre. Inversement, dans les entretiens de recherche, il est souhaitable (le consentement volontaire du sujet est ici essentiel) qu'ils soient enregistrés afin que le chercheur puisse les écouter autant qu'il est nécessaire.

5.1.3. Entretien clinique et modèles théoriques

Comme nous venons de l'indiquer plus haut, l'entretien clinique peut prendre diverses formes et l'on pourrait même parler des entretiens cliniques tellement qu'ils peuvent parfois sembler différents les uns des autres (Bouvet et Camart, 2021). Ils peuvent être généralement différenciés selon deux niveaux : le courant théorico-clinique dans lequel s'inscrit le clinicien et les objectifs assignés. Le modèle théorique auquel se réfère le clinicien dans sa pratique clinique dépend tout d'abord de sa formation initiale, de sa formation personnelle, des spécificités institutionnelles, etc. En réalité, il n'existe pas de modèle théorique meilleur qu'un autre, mais il peut être seulement plus adapté à une situation clinique particulière. Soulignons, par ailleurs, que l'enrichissement de la clinique nécessite l'intégration des connaissances émanant de modèles différents. Nous allons illustrer nos propos par la présentation de deux modèles, à savoir le modèle psychanalytique et le modèle cognitivo-comportemental qui sont les plus prisés par les cliniciens praticiens dans certains pays, comme est le cas de l'Algérie.

5.1.3.1. Le modèle psycho-dynamique

L'approche théorique du fonctionnement psychique revêt ici une importance cruciale. En effet, selon Freud, le psychisme humain possède une structure (appareil psychique) régie par des lois d'organisation, les mécanismes de refoulement instaurant un domaine de l'inconscient en opposition avec le registre conscient, ce qui permet une nouvelle compréhension des phénomènes psychiques. L'entretien repose sur l'écoute et la description des comportements et des pensées. On cherche à préciser les liens pouvant exister entre le trouble actuel et certains éléments de l'histoire du sujet, en s'appuyant sur la libre association, et à saisir le sens caché des symptômes.

Les psychothérapies brèves d'inspiration psychanalytique, à titre d'exemple, peuvent être pratiquées par des psychologues ou par des psychiatres formés. L'entretien se déroule en face à face et la durée de la psychothérapie est limitée dans le temps. Le clinicien, tel est le cas aussi dans les psychothérapies longues, n'est pas seulement attentif aux informations

réelles apportées, mais aussi aux contenus implicites, aux conflits en jeu, à l'activité pulsionnelle, à la dimension relationnelle (thérapeute-patient). Ainsi, l'intérêt est accordé au discours spontané, associatif du sujet, sans se focaliser sur un élément ou des éléments précis afin de comprendre le patient dans sa globalité. Néanmoins, dans cette forme de psychothérapie, le clinicien peut intervenir pour échanger et proposer des interprétations (démarche semi-directive). Le travail est plus ramassé dans le temps et centré sur les difficultés concrètes du patient. Les contenus sont donc plus proches de la réalité et moins de la dimension imaginaire (Bénony et Chahraoui, 1999, p.35-37).

Quant à l'attitude du clinicien, c'est une attitude active en général, à la place d'une passivité bienveillante de l'analyste, qui consiste à sécuriser, à soutenir son patient, à le conseiller au lieu de faire preuve de grande patience (Bénony et Chahraoui, 1999, pp.37-38). Cela sera fonction du niveau de fragilité du consultant : les interventions du thérapeute seront plus « soutenantes » chez des personnes très déstabilisées par une situation traumatique récente par exemple ; elles viseront à rendre attentif le patient à son fonctionnement psychique, à sa manière de lire la réalité qui l'entoure, et à rechercher les causes des troubles en cas des personnes moins fragilisées.

5.1.3.2. Le modèle cognitivo-comportemental

Ce modèle est le produit de la fusion de deux courants, à savoir le comportementalisme et le cognitivisme, le clivage préexistant a presque disparu dans la pratique thérapeutique depuis les années 1980. On s'intéresse ici non seulement au comportement visible, mais aussi aux représentations, aux pensées et aux systèmes de croyances du sujet. Le comportement est ainsi considéré comme le résultat de certaines expériences qui ont pu se maintenir par conditionnement et conduisant à des représentations cognitives de soi, du monde et de l'environnement.

Dans le cas d'un trouble, l'objectif est de modifier le comportement selon les lois du conditionnement en aidant le patient à prendre conscience de ses pensées, de reconnaître celles qui sont incorrectes et leur substituer des idées positives. Ainsi, l'entretien consiste en une série de directives données par le thérapeute (voir à titre d'exemple la technique de désensibilisation). Dans ce type d'entretien, la démarche thérapeutique ne se base donc pas sur la libre association, mais sur des directives précises cadrées qui sont données pour traiter le problème du sujet. Après quelques entretiens préalables où le clinicien se focalisera sur les comportements inappropriés qui suscitent malaise chez le sujet, et après les avoir évalués, il développera un plan d'action et choisira la technique adaptée (Poussin, 2005, pp.18-19). Celui-ci ne sera mis en application qu'une fois que le sujet sera clair avec ce qu'il veut changer.

Dans le cadre de la recherche, la théorie de référence du chercheur intervient également à différents moments du processus de recherche, mais d'autres facteurs sont également impliqués (histoire personnelle, appartenances socioculturelles...). L'écoute de celui-ci n'est donc jamais neutre, le conduisant à sélectionner des éléments et à donner des significations suivant son approche théorique. Ces éléments peuvent, en effet, biaiser les

résultats s'ils ne sont pas suffisamment perçus et analysés, le chercheur trouve ce qu'il attend à trouver. Par ailleurs, certains chercheurs (Benslama, 1989 ; Devereux, 1980 ; Revault d'Allonnes, 1989), d'approche psychanalytique, n'ont pas hésité à mettre l'accent sur certains aspects intersubjectifs, et notamment sur la question du transfert et du contre-transfert. D'où la nécessité de prendre en compte les effets de l'inconscient aussi bien chez le chercheur que chez le sujet. En raison de cela, dans les recherches qualitatives en particulier, de nouvelles méthodes d'analyse (Ghiglione et Blanchet, 1991) ont été élaborées, et ce, en vue de maîtriser la subjectivité du clinicien chercheur.

5.1.4. Entretien clinique et âge de la vie

La conduite de l'entretien peut prendre certaines caractéristiques en fonction de l'âge du consultant. Nous allons nous focaliser ici sur l'entretien psychothérapeutique.

5.1.4.1. Avec le bébé et ses parents

Avec le bébé et le jeune enfant, nous ne pouvons pas concevoir un entretien sans les parents. Les échanges se font essentiellement avec ces derniers, et le bébé n'y participe pas et n'est pas aussi en mesure de comprendre les paroles prononcées par ces adultes. Néanmoins, de par sa sensibilité, il investit et réagit au climat affectif qui règne lors des consultations.

D'un point de vue étiopathogénique, il a été démontré qu'un bon nombre de troubles qui apparaissent à cet âge (troubles de l'alimentation, troubles du sommeil, troubles émotionnels (l'anxiété, la dépression), etc.) sont liés à des distorsions interactives parents-enfant (Cramer et Palacio-Espasa, 1993 ; Debray, 1987 ; Kreisler *et al.*, 1978 ; Lebovici et Stoléru, 1983 ; Manzano, 1996, etc.). Du côté de l'enfant, celui-ci est un être fragile physiquement et psychologiquement, son développement est rapide et offre de nombreuses opportunités d'intervention thérapeutique et préventive. Du côté des parents, de par les différents changements traversés, ces derniers peuvent présenter certaines manifestations, d'intensité différente, liés à cette mutation psychique (Bydlowski, 2000 ; Winnicott, 1956/1969, etc.). Ainsi, des conflits anciens émergent à la conscience et exigent un travail de réélaboration psychique. C'est aussi à ce moment de sensibilité accrue que des traumatismes et des deuils passés peuvent refaire surface. Tout cela est susceptible d'impacter la relation avec l'enfant. Il a été d'ailleurs bien démontré que plus l'enfant est jeune, plus il « force » l'inflation de projections chez les parents pouvant être à l'origine de la production des symptômes.

Parmi les principaux modèles de psychothérapies précoces parents-bébé, nous pouvons citer les modèles de psychothérapies d'inspiration psychanalytique et ceux d'inspiration développementaliste et attachementiste (Weatherston, 2003). Sur le plan technique, ce que partage ces modèles c'est la présence au moins deux personnes à traiter : la mère, le bébé et quelquefois le père. Ceci impose des aménagements techniques: l'allongement de la durée des séances et plusieurs entretiens; une vision bifocale du thérapeute, qui doit à la fois écouter les parents et regarder le bébé avec eux. Cette présence du bébé lors des séances donne ainsi accès à de nombreuses observations et expériences immédiates, que des séances individuelles ne permettraient pas. Les interactions entre ses parents et lui, observées parallèlement aux

récits que font ceux-ci de leur histoire familiale, donnent aussi accès à différents types de souvenirs qui permettent une réflexion sur la relation établie avec l'enfant et les problématiques psychiques parentales.

Mais il reste que les modalités du déroulement de ces entretiens avec les parents et de ces observations sur le bébé et sur la dyade ou la triade dépendent principalement des références théoriques du clinicien et des objectifs liés à ses interventions, comme cela a été déjà évoqué.

5.1.4.2. Avec l'enfant

La conduite des entretiens avec un enfant et sa famille est aussi une tâche très difficile et exige une longue expérience pratique. La plupart du temps, ce sont les parents que le clinicien rencontre en premier et souvent la mère, mais ceci n'empêche qu'il existe d'autres modalités (Dolto, 1971 ; Winnicott, 1970, cités dans Poussin, 2005) suivant les objectifs du clinicien et les méthodes auxquelles il recourt (Poussin, 2005). La question de la demande et du véritable porteur de la demande (l'enfant ou les parents eux-mêmes) sont aussi deux éléments qui doivent être éclaircis avant de procéder à toute forme d'évaluation ou d'intervention.

Au cours des premiers entretiens, quand le problème est lié à l'enfant, le but est d'évaluer le normal ou le pathologique de ses conduites, et aussi d'aménager les possibilités thérapeutiques immédiates ou ultérieures (Marcelli et Cohen, 2009). Pour les entretiens ultérieurs, le clinicien doit prévoir des rencontres avec les différents membres de la famille où différents secteurs pourront être abordés (histoire de l'enfant, ses antécédents personnels, médicaux, psychoaffectifs, sociaux, ses relations avec les parents, avec la fratrie, à l'école, ses intérêts et loisirs, l'histoire de la famille, l'histoire des parents, l'histoire des symptômes, des démarches entreprises et des examens effectués, etc.). La facilité ou la difficulté à rencontrer les divers membres de la famille est un indice de son fonctionnement (en particulier la venue du père à la consultation ou pas) et de son degré de motivation. Ceci est bien évidemment utile pour voir où se situe le problème du sujet, mais il est aussi important de connaître la vie de l'enfant telle qu'elle est relatée par lui-même.

Seul avec l'enfant, le clinicien doit se souvenir des caractéristiques qui le différencient clairement de l'adulte : ce dont il souffre et pourquoi il souffre, ne peut se confier spontanément, parler seul à un adulte c'est quelque chose d'étrange). Aussi, le clinicien doit avoir une connaissance suffisante des modes habituels de communication entre enfant et adulte (jeu, dessin,...). L'utilisation des objets médiateurs dépend un peu de l'aisance du clinicien à manier telle ou telle technique, de la psychopathologie de l'enfant et surtout de son âge. Le langage du clinicien doit être accessible à l'enfant en tenant compte de son âge et du niveau de son développement : des phrases courtes, des mots simples et souvent répétés lorsque l'enfant est jeune; intérêt aussi à tous les autres modes de communication infra verbaux... (Gueniche, 2005 ; Marcelli et Cohen, 2009 ; Mazet et Houzel, 1993, etc.). Dans certains cas, les entretiens d'investigation seront complétés par quelques explorations

complémentaires, les unes portant sur des aspects particuliers du fonctionnement psychique, les autres sur des éléments somatiques.

5.1.4.3. Avec l'adolescent

La particularité du travail avec l'adolescent découle des caractéristiques mêmes de cette période, c'est-à-dire qu'il n'est plus un enfant et n'est pas encore un adulte, ce qui a des incidences au plan pratique. Ainsi, avec l'adolescent, il est important de trouver la bonne distance dans la relation qu'on établit avec lui, c'est-à-dire de pouvoir se situer ni trop loin, ni trop proche.

Avant d'aborder l'aspect investigateur de l'entretien, il est important de souligner le problème de la demande de prise en charge, en précisant que celle-ci ne vient que rarement de l'adolescent, mais souvent des parents ou des psychologues ou des médecins de la santé scolaire ou toute autre personne proche de celui-ci et soucieuse de son bien être. Sachant que dans notre milieu, cette démarche est difficile compte tenu du poids des préjugés sociaux. Par ailleurs, l'adolescent est capable de faire cette démarche de consulter, néanmoins le soutien de ses parents demeure important (même s'il ne le veut pas) et leur autorisation (avant 18ans) est en principe nécessaire. Quand cela se produit, son discours est souvent centré sur des plaintes somatiques (gastriques, dermiques, etc.), et c'est au psychologue de découvrir ce qui s'abrite derrière les symptômes décrits. En Algérie, un bon nombre de cas ignore les modalités d'aide psychologique, ainsi il est nécessaire que le clinicien prenne l'initiative, situe le cadre de l'entretien, son but, ses moyens, afin de rassurer le patient (Belarouci, 1997).

La dynamique du premier entretien dépend de la nature du contact avec l'adolescent et du type d'interactions familiales (seul ou accompagné, en grande difficulté ou non...). Lors des premiers entretiens, le consultant est confronté à une évaluation diagnostique globale, c'est-à-dire une évaluation du fonctionnement psychique personnel et celle de la qualité des interrelations familiales et sociales. Et le travail du clinicien est de relier les deux aspects pour une meilleure compréhension de la psychopathologie du sujet, tout en tenant compte des données issues de la qualité de la relation qui se développe entre lui et l'adolescent (Marcelli et Braconnier, 2013). Ces premiers entretiens peuvent aussi avoir une valeur thérapeutique. Parfois un bilan psychologique peut être également proposé, celui-ci permet non seulement une évaluation du fonctionnement psychique, mais aussi une rencontre médiatisée par un matériel (épreuves projectives et tests psychométriques). Toutefois, le moment et les conditions où l'on propose ce bilan doivent être soigneusement pesés pour que clinicien et adolescent en tirent le maximum de profit.

5.1.4.4. Avec l'adulte

L'adulte peut plus facilement formuler une demande d'aide explicite comparativement à l'enfant ou même à l'adolescent. Cependant, selon les psychanalystes, il faut aussi repérer la demande déguisée, pour dégager la demande implicite (latente). Autrement dit, il faut décoder la demande pour savoir la reconstruire avec ses dimensions inconscientes, son ambivalence et ses répétitions de positions antérieures. De plus, la demande, formulée ou non, situe le

clinicien à une place qui est fonction de la culture (représentations du psychologue dont dispose le sujet) et de ses relations d'objet (Pedielli et Fernandez, 2020). La rencontre avec le clinicien suscite, en effet, des sentiments variant d'un extrême à l'autre (confiance, méfiance...). Et l'asymétrie dans la relation peut également être ressentie négativement par certains sujets, notamment en cas de manque d'informations sur la prise en charge psychologique.

Dans la perspective humaniste, Rogers (1966,1971) a particulièrement réfléchi sur la technique d'entretien avec l'adulte. D'ailleurs, la notion d'attitude clinique est proche de la conception rogérienne de la non-directivité. Il s'agit d'une attitude appliquée à la relation d'aide, celle-ci implique la prise en compte de trois principes : la congruence, la considération positive inconditionnelle et la compréhension empathique. D'un côté, cette attitude exige un effort de centration sur le sujet qui suppose une capacité d'accueillir et de recevoir tout ce qu'il nous raconte de sa vie et de ses problèmes et aussi de respecter sa manière de les vivre et de les comprendre. D'un autre côté, cela demande de lui un effort de décentration par rapport à lui-même pour arriver à comprendre emphatiquement la souffrance du patient (notion de neutralité bienveillante). Dans le cas contraire, le clinicien interprète et comprend les choses à côté. Ceci nous amène à dire qu'il est donc important de s'auto-observer afin d'éviter de projeter son vécu, ses opinions et ses propres valeurs sur le patient, comme il est aussi important d'observer l'évolution de la relation clinicien-patient.

Lors de l'entretien, si l'attitude externe du clinicien, à travers la qualité de ses interventions, doit favoriser l'expression, son attitude interne nécessite un travail continu sur soi pour saisir correctement le vécu d'autrui. Ainsi, nous déduisons que l'utilisation des connaissances n'est pas suffisante dans cette profession, le psychologue doit aussi travailler avec son fonctionnement mental, sa capacité de ressentir, de comprendre et d'élaborer pour aider son patient.

5.1.4.5. Avec la personne âgée

Les personnes âgées demandent rarement une consultation psychologique, cela est fait le plus souvent par l'équipe soignante. En règle générale, l'âge de l'écouter et celui de l'écouter n'influent pas sur l'entretien. Néanmoins, dans le cas des entretiens d'un professionnel avec un sujet âgé, les positionnements de l'un et de l'autre diffèrent à tout point de vue : valeurs, occupations, considérations sur la vie et sur la mort, etc. (Arbuz, 2016). D'où l'importance d'avoir les connaissances suffisantes sur cet âge. Ces différences et ces manques, exercent une influence sur le déroulement de l'entretien qu'ils restent implicites, non formulés (blocages, silences, hésitations, focalisation sur des questions factuelles ...).

Quand il s'agit de sujets placés en institution, un certain nombre d'aménagements doivent être prévus sur le plan pratique : renoncement au bureau, renoncement à la neutralité du cadre et renoncement à la distance habituelle (Poussin, 2005). Le renoncement au bureau peut être dû soit à la difficulté du sujet à se déplacer, soit il peut marcher mais il serait intéressant de le rencontrer en dehors de sa chambre. La difficulté à maintenir la neutralité du cadre est liée la réalité de la dépendance de la personne âgée. Quant à la question de la

distance, le sujet âgé ne peut tolérer une relation très distancée, ce qui conduit le clinicien à renoncer à la distance habituelle recommandée. Ceci serait dans d'autres cas une remise en cause du cadre, mais là cet aménagement peut se comprendre et s'admettre.

Le travail avec la famille constitue aussi un autre type de difficulté, notamment lorsque le sujet est placé en institution, c'est pourquoi, on ne doit commencer le suivi qu'après l'assurance de sa collaboration. Certains cliniciens (Charazac, 2012) recommandent la présence du patient lui-même lors de ces entretiens. Une autre difficulté peut apparaître quand le sujet présente une détérioration mentale, la collaboration avec le sujet et sa famille dans ce cas devient une tâche ardue pour le clinicien nécessitant de sa part beaucoup de patience et d'efforts pour y arriver. La question fondamentale qui se pose dans ce genre de cas se rapporte notamment à la conduite à tenir face aux conduites délirantes de celui-ci et à son déni de la réalité, d'une part, et à la souffrance des membres de la famille qui se trouvent confrontés à cette situation pénible d'autre part.

5.2. L'observation

C'est l'activité fondatrice du savoir en psychologie et a marqué de nombreuses découvertes dans ce domaine. Elle se caractérise par une variété d'utilisation (but, localisation, rigueur et procédures d'observation, position de l'observateur).

En psychologie clinique, elle constitue l'une des méthodes essentielles, aussi bien dans la pratique clinique que dans la recherche. Elle représente aussi un outil précieux de formation pour le travail clinique et aide à s'y préparer. Dans la pratique clinique, elle est une partie intégrante de l'entretien. Dans la recherche, elle peut être une phase exploratoire visant à se familiariser avec une situation ou un phénomène afin de faire surgir une hypothèse, comme elle peut constituer une méthode à part entière afin de vérifier des hypothèses. L'objectif de l'observation en général est de permettre de constater des faits particuliers et de faire un prélèvement qualitatif en vue de comprendre des attitudes et des comportements. L'observation est aujourd'hui une pratique fréquente en psychologie, notamment en psychologie de l'enfant et en psychologie sociale où le comportement tient une place importante parmi les données que l'on recueille.

5.2.1. Définitions et questions épistémologiques

Si nous nous basons sur la définition étymologique, « le mot « observation » affirme l'idée d'extériorité ; il vient du latin «*ob*» (en face, à l'encontre) et «*servare*» (regarder, protéger, conserver). Il possède aussi d'autres sens: se conformer à, respecter une loi, légère remontrance, remarquer, porter son attention, et procédé logique à l'aide duquel on constate toutes les particularités d'un phénomène, sans le troubler par l'expérimentation » (Pedinelli et Fernandez, 2020, p.7).

L'observation suppose d'aller vers le réel pour découvrir une nouveauté au-delà de ce qui se présente sous l'apparence du déjà connu. Elle repose, de plus, sur la saisie de l'objet par l'activité de la perception, le regard qui occupe une place privilégiée dans cette activité

perceptive. Mais si l'observation démarre par la perception, elle s'en distingue par la démarche d'attention qui élargie cette dernière ou la focalise sur certains aspects de l'objet (Ciccone, 1998, pp.16-17).

Dans son acception commune, « on entend par l'observation l'action de regarder avec attention les phénomènes pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue, donc coupe, de l'ensemble. Elle est un « processus incluant *l'attention volontaire et l'intelligence, orienté vers un objectif* terminal ou organisateur et dirigé vers un objet pour en recueillir des informations » (De Ketele et Roegiers, 2016, cités dans Pedinielli et Fernandez, 2020, p.7). Nous pouvons conclure ainsi, comme le soulignent Kohn et Kègre (1991, cités dans Ciccone, 2012), que la notion d'observation, indique à la fois une action, son résultat et la méthode utilisée.

Par ailleurs, ces définitions soulèvent, selon les cliniciens, certaines questions d'ordre épistémologique pour la pratique de l'observation : l'objet observé est-il concret, réel, ou construit ? Le perçu est-il le réel ou une construction du réel ? La pratique de l'observation est différente selon qu'elle vise un objet réel concret ou un objet non observable en soi (comme le psychisme humain qui n'est observable qu'à partir des effets). Ces questions touchent celles de l'objectivité et de la subjectivité qui concernent particulièrement l'observation clinique.

En psychologie clinique, l'observation a toujours occupé une place centrale, elle consiste à « *relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs afin de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique psychique propre à un individu, à son l'histoire, dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé* » (Chahraoui et Bénony, 2003, p.14). Ainsi, le champ de l'observation clinique concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions, dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité.

Elle s'avère un outil d'évaluation important, à côté d'autres méthodes cliniques, dans l'examen psychologique, dans le cas des sujets en difficulté (notamment avec l'enfant). Elle utilise une sémiologie infraverbale (aspect physique corporel, présentation, gestuelle, regard, etc.) constituant un style personnel, un mode d'être au monde dont certains éléments peuvent être habituels ou réactionnels à l'examen.

5.2.2. Exigences de l'observation clinique

Ces exigences que nous allons présenter concernent aussi bien la pratique clinique que la recherche. Il est à préciser que l'observation clinique est guidée par certains principes, répond à des objectifs et opère un choix dans les phénomènes lors du recueil des données, et ce, quel que soit le contexte.

Elle recouvre ainsi des opérations d'enregistrement et de codage de l'ensemble des conduites et des environnements qui s'appliquent aux individus *in situ* (Gauthier, 1990, cité

dans Pedinielli et Fernandez, 2020, p.9). Et quel que soit le contexte, l'utilisation de l'observation est accompagnée d'une réflexion sur la manière: *de définir un dispositif d'observation* (les conditions: lieux, espaces, cadre, conditions matérielles: temps d'observation, nombre d'observateurs...); *de regrouper et enregistrer l'information* (niveau descriptif) à l'aide de techniques d'observation simples ou sophistiquées (à partir d'enregistrements vidéos: définition des comportements et sélection des indices comportementaux, modalités d'enregistrement, grille d'observation...); *d'interpréter l'information pour en restituer le sens* (niveau explicatif et interprétatif) (Pedinielli et Fernandez, 2020, pp.9-10)

Selon Ciccone (1998, 2012), ces exigences peuvent se résumer dans les points suivants :

- Au niveau de la description, il est bien sûr très difficile d'observer finement, rigoureusement à long terme les situations. Cela est encore plus vrai lorsque la clinique concerne des enfants, des bébés, des sujets avec peu ou pas de langage verbal. *L'observation permet d'apprendre à être sensible aux moindres signes non verbaux, corporels, témoins de l'émergence de la vie psychique.* L'observation des bébés soutient cette expérience et cet apprentissage.
- Aussi, les observations cliniques rigoureuses doivent permettre un aller retour entre la clinique et le travail d'interprétation. Si cet aller-retour n'est pas possible, si on n'a pas la clinique au plus près de son déroulement, on en reste alors à la spéculation. La notation, l'écrit, dans le travail d'observation puis d'élaboration des observations, favorisent cet aller-retour. *L'observation clinique, la méthode clinique supposent donc une implication et des dispositifs distanciants, pour limiter la saturation subjective des éléments observés.*
- La pratique de l'observation clinique, surtout lorsqu'elle vise l'étude du psychisme humain, un objet non observable en soi, soulève, comme il a été précédemment souligné, certaines questions épistémologiques se rapportant en particulier au fait que nous ne pouvons observer que des indices de la subjectivité, du fonctionnement psychique. *L'observation clinique porte donc sur un certain nombre d'éléments qui sont autant d'effets de la réalité psychique.* Le problème qui se pose dans ce cas est relatif au lien éventuel entre tel indice et telle dimension subjective latente. Ceci est d'autant plus difficile lorsqu'on sait qu'un même indice peut renvoyer à des processus différents, traduire l'existence de fonctions variables de la dimension subjective selon le contexte.

En plus des signes, des messages verbaux et non verbaux, des interactions et des productions diverses, *l'attention du clinicien doit aussi être portée sur les associations, l'agencement associatif du matériel recueilli, les ruptures de cet agencement, qui renseignent sur les éléments inconscients.* D'où l'importance de réaliser des observations précises, détaillées, qui mettent en évidence la manière dont les éléments observés s'enchaînent, sont associés.

- Le transfert et le contre-transfert sont bien sûr l'objet d'une attention particulière du clinicien. Rappelons que les éprouvés contre transférentiels, mobilisés par la situation

clinique, peuvent permettre ou entraver le contact avec la réalité psychique du ou des sujets observés. Une élaboration insuffisante des affects contre-transférentiels produira de la violence dans le soin en général et le soin psychique en particulier qui se traduira à travers divers comportements (choix thérapeutiques, décisions de placement, orientation, indications de protocoles) (Winnicott, 1947/1969). Ces agis contre-transférentiels sont dans certains cas une réponse avant tout à ce que le patient produit chez les soignants, et non pas une réponse aux besoins du patient. *Tout cela suppose donc une auto-observation permanente de la part du clinicien.*

- Une attention particulière est portée au *dispositif clinique et à ses effets sur la situation clinique observée.*

5.2.3. Modèles et types d'observation

Dans le domaine des sciences sociales et humaines, les modalités d'observation sont réparties en fonction de différents critères : le caractère scientifique de l'observation ou non (souci de l'objectivité, de la preuve et l'effort de généralisation) le degré d'implication de l'observateur dans le processus de l'observation, etc.). Ainsi, *deux modèles d'observation ont été distingués, l'observation expérimentale et l'observation psychanalytique.* L'observation dans la méthode expérimentale a comme but l'investigation ; l'expérimentation, quant à elle, vise à mettre en œuvre logiquement les faits pour rechercher une vérité, pour s'instruire sur eux, dans une démarche de raisonnement. Pour ce faire, on devra contrôler tous les paramètres qui définissent les conditions liées au cadre expérimental y compris le lien observateur-observé. L'observation psychanalytique, en revanche, ne vise pas la production ou la reproduction d'un phénomène ; elle s'intéresse à l'inattendu. Et ce sont les conditions intérieures du cadre qui seront contrôlées (les limites spatio-temporelles, psychiques...). Mais l'observateur psychanalyste cherchera aussi à objectiver les processus subjectifs.

Kohn et Kègre (1991, cités dans Ciccone, 2012), dans leur travail sus-cité, ont aussi proposé une autre distinction au niveau des méthodes d'observation : *celles concernant la socialité humaine* où l'observation porte sur une dimension groupale, sociale, et *celles concernant la dimension expérientielle de l'être humain* (souvent appelée «*observation clinique*»). Dans chacun de ces champs, deux types de méthodes sont utilisées : des méthodes expérimentales ou des méthodes dites «*implicatives*». Ainsi, la place de l'observateur est caractérisée par une certaine objectivité ou implication.

Dans *l'observation de la socialité humaine avec une démarche expérimentale* appelée « *observation en extériorité* », nous pouvons citer l'observation naturaliste, éthologique qui consiste en l'étude des comportements des êtres vivants et de leurs interactions dans leur environnement habituel (on observe de l'extérieur, derrière une vitre sans tain, un groupe d'enfants que l'on filme et au sujet duquel on va mettre en évidence des types de comportements (comportements de domination, de soumission, etc.)). Une certaine distance est donc maintenue entre l'observateur et l'observé. *L'observation de la socialité avec une démarche implicative* est appelée « *observation participante* » dont la forme peut être passive ou active (Lessart-Hebert *et al.*, 1997). Elle implique principalement une « recherche sur le terrain », un exemple en est l'observation d'un sociologue ou d'un anthropologue qui va vivre

avec une communauté pendant un certain temps pour en comprendre l'organisation, les logiques. Dans les pratiques, c'est ce type d'observation qui est utilisée lorsqu'un clinicien se déplace vers le domicile d'un sujet, dans un lieu de vie d'un enfant (l'école, la crèche, etc.). L'observation clinique participante repose ainsi sur l'implication de l'observateur qui se présente en différentes formes (recherche-action, sociologie du quotidien...) et qui est reprise en psychologie clinique dans les études sur l'enfant.

Dans le champ de la psychologie clinique, on s'intéresse aussi à la socialité, mais surtout au vécu du sujet, à sa subjectivité. L'observation de la dimension expérientielle avec une démarche expérimentale est appelée « *observation clinique structurée* ». C'est celle qui est désignée sous le nom de la « *clinique armée* ». C'est ce que font les cliniciens lorsqu'ils utilisent des tests, des grilles d'observation. L'observation de la dimension expérientielle avec une démarche implicative est appelée « *observation clinique relationnelle* ». C'est celle qui concerne, par exemple, la psychanalyse, les psychothérapies psychanalytiques, entre autres. (Ciccone, 1998, 2012).

En somme, les pratiques d'observation, dans le travail quotidien, pourront se décliner selon ces quatre grands axes schématiques, depuis l'observation en extérieur d'une dimension sociale, groupale, jusqu'à l'observation clinique implicative, dans l'intimité d'une relation à l'autre, afin d'en dégager les processus intersubjectifs.

Suivant les deux modèles précédents, Ciccone (1998) a présenté quelques formes d'observation directe. Celle-ci se réalise aussi bien dans des dispositifs de recherche, de formation que dans le cadre thérapeutique.

5.2.3.1. L'observation éthologique expérimentale

L'observation éthologique est synonyme d'observation naturaliste. Quand elle est utilisée dans le cadre expérimental, elle vise à analyser des comportements pour répondre à une question préalable. L'observateur doit déterminer des comportements cibles pour étudier leurs conditions d'apparition, leur fréquence et leur organisation séquentielle. L'objectif est de valider des hypothèses préalablement qui détermineront le choix de la situation observée (en milieu naturel ou en laboratoire) et le choix du dispositif (type d'enregistrement, modalités de codage, etc.).

L'observateur est souvent caché (par un miroir sans tain ou un écran). Les travaux réalisés par Hubert Montagner et son équipe sur le comportement social des enfants en crèche est illustratif. Depuis 1978, des grilles codées permettent de noter à tout moment les comportements révélés par les études précédentes.

Dans le cadre d'une étude réalisés par ces mêmes chercheurs (Montagner *et al.*, 1978-1981, cités dans Restoin *et al.*, 1984, pp.604-606), les enfants sont répartis au sein de différents groupes, selon leur âge. Ensuite, ils sont observés en continu pendant 30 à 90 minutes, habituellement de 9 h à 10 h 30 au cours de leurs activités libres (les enfants se déplacent et interagissent de leur propre mouvement) par 2 ou 3 observateurs, à raison de 2 à

5 enfants par observateur (chaque observateur est formé à l'observation du comportement depuis 2 ans au moins). On estime que, dans 20 % environ des observations, les mêmes enfants ont été observés chaque jour pendant 2 heures consécutives (8 h 30-10 h 30 ; 15 h 30-17 h 30). Pendant trois années consécutives (1978 à 1981), les enfants ont été aussi observés au cours du déjeuner dans une crèche et dans l'autre crèche lors du goûter. L'observation de chaque observateur est validée par la confrontation de ses données avec celles d'un autre observateur à propos du même enfant. L'observation est complétée et validée par le film dans 10 % des cas au moins (film super 8 sonore, film 16 mm, vidéo-cassette, selon le cas). Les films sont ensuite analysés image par image sur l'écran d'une visionneuse, d'un projecteur ou d'un récepteur de télévision, selon le cas. La prise de vue porte sur tout le groupe d'enfants, sauf lorsque des situations expérimentales sont créées. Ainsi, des comportements non-verbaux suivants ont été isolés : les offrandes ; les sollicitations ; les comportements d'isolement et pleurs, les actes de saisie ; les comportements de menace et aussi d'agression.

5.2.3.2. L'observation systématique(ou structurée)

Lorsque l'observation tend vers un statut scientifique, devient plus systématique. Celle-ci s'apparente à l'expérimentation; elle la supplée quand cette dernière est impossible. Ce type d'observation se réalise dans le cadre d'un projet précis d'étude ou de recherche préétabli ou préparé d'avance, et pourrait être naturaliste ou clinique. Elle fait référence à une méthode sous-tendue par des hypothèses précises que le chercheur veut mettre à l'épreuve et aussi à des règles clairement définies et formulées en amont pour mener l'observation (Gaspard, 2019). L'observation systématique vise l'analyse des comportements, des interactions verbales et non verbales (les formations corporelles, les adresses, les communications affectives, etc.) (Ciccone, 1998, p.43)

Elle est toujours constituée d'un enregistrement direct des comportements sans qu'il y ait l'intervention du chercheur. Les conditions de recueil et d'analyse des données doivent être suffisamment bien définies pour être répétables. N'importe quel autre chercheur, dans les mêmes conditions devra observer les mêmes résultats.

Dans le cadre de l'étude des comportements et de leur développement, deux approches peuvent être utilisées : une approche transversale et une approche longitudinale.

La démarche d'observation systématique se fait en différentes étapes qui permettent de structurer l'observation et d'assurer l'objectivité : Étapes préliminaires (définition du comportement (observable et mesurable), analyse du comportement (antécédents et conséquences) ; Choix d'une méthode d'observation (observation continue (par fréquence ou par durée), observation par échantillon de temps, observation par intervalle, auto-observation) ; Interprétation des résultats (compilation des grilles, illustration par graphique). (Champoux *et al.*, 1992, p.5). Pour mieux visualiser les résultats obtenus, il est souvent intéressant de les transposer en graphique. Ainsi, les fluctuations sont facilement captées.

5.2.3.3. L'observation des interactions parents-bébé

L'observation centrée sur l'interaction des parents et leurs bébés implique le codage simultané des comportements de trois individus au cours d'un même temps d'observation. Dans ce contexte, les données recueillies devront permettre de rendre compte aussi fidèlement que possible de la dynamique interactive observée (Norimatsu et Cazenave-Tapie, 2017).

L'observation de bébés a intéressé de nombreux psychanalystes, notamment en France, en particulier ceux qui ont rejoint le courant «interactionniste» (Cramer, Lebovici, Kreisler, Soulé, Stern, etc.), qui s'est développé dans les années 1980. L'objet du courant interactionniste est essentiellement l'étude des interactions mère-bébé, parents-bébé, d'abord dans leur dimension comportementale, mais aussi dans leurs dimensions affective et fantasmatique. Ainsi, sont observées des interactions comportementales ou réelles³, des interactions affectives⁴ et des interactions fantasmatiques⁵.

Rappelons que Bowlby (1978), avec ses travaux sur l'attachement, est un pionnier dans ce domaine. Les méthodes récentes de l'observation du développement précoce (la micro-analyse en vidéo en particulier) ont aussi révolutionné certaines idées anciennes sur ce sujet. Celles-ci ont permis, en effet, de reconnaître que le bébé est un partenaire dans l'interaction (Brazelton *et al.*, 1983).

Par ailleurs, si ces observations se réalisent d'abord dans un cadre de recherche pour l'établissement de grilles d'observation, elles se réalisent ensuite principalement dans une perspective thérapeutique, dans le cadre de consultations ou de psychothérapies mère-bébé ou parents-bébé (Lebovici et Stoléru, 1983).

Différentes grilles d'observation, plus ou moins structurées, ont été proposées en vue d'évaluer le comportement du bébé et / ou de ses parents (Brazelton, 1973 ; Lebovici *et al.*, 1989, cités dans Dugnat *et al.*, 2001, etc.). Précisons que certaines grilles sont aussi très utiles aux praticiens, car elles aident à prêter attention à des détails qui sont très importants pour se représenter l'intimité d'un état psychique, d'un mouvement émotionnel, d'un processus subjectif ou intersubjectif (Ciccone, 2012, p.62). Les indicateurs fournis à partir de ces grilles nous donnent une représentation de la qualité des échanges, de la cohérence de la communication entre la mère et le bébé. Le praticien évalue les niveaux d'interactions implicitement, alors que le chercheur les évalue de façon systématique, explicite (Ciccone, 1998, pp.44-45). Il est à noter que même lorsqu'on n'est pas d'approche interactionniste, on peut s'inspirer des données de ces grilles pour accéder aux niveaux intersubjectifs de la relation observée.

³- Elles sont directement observables et correspondent à la manière dont le comportement du parent et de l'enfant s'ajuste, l'un par rapport à l'autre, sur un plan corporel, visuel ou vocal.

⁴- Elles correspondent au climat affectif et émotionnel qui règne au cours des interactions, les influences réciproques des émotions du bébé et du parent.

⁵- Elles correspondent à l'influence mutuelle de la vie psychique du bébé et de la mère dans leur modalité imaginaire -consciente- et fantasmatique -inconsciente-.

5.2.3.4. L'observation psychanalytique du nourrisson

Comme nous l'avons précédemment indiqué, les premiers psychanalystes eux-mêmes (Freud, A. Freud, Klein, Winnicott, etc.) ont réalisé des observations directes. Précisons que dans le courant interactionniste, plusieurs auteurs se sont appuyés sur la psychanalyse pour construire des modèles d'intelligibilité des situations observées. Esther Bick (1948, 1960) est celle qui a systématisé et donné son essor à l'observation des bébés en tant qu'expérience de formation psychanalytique, lui permettant ainsi de comprendre le développement des processus psychiques infantiles (citée dans Ciccone, 1998, 2012 ; Mellier, 1995).

La méthode d'Esther Bick inaugurée depuis les années 60, a d'abord *une fonction de formation* de l'observateur, qu'il soit psychanalyste, psychothérapeute, ou tout autre professionnel ayant une pratique sociale avec des enfants ou des adultes. Ceci lui permet vraiment d'apprendre à observer, d'acquérir des connaissances sur le développement du bébé et de développer ses capacités psychiques (réceptivité, sensibilité, patience...). Elle a aussi un effet de *prévention*, elle apporte une aide aux protagonistes de la situation observée dans les lieux d'accueil (garderie, crèche...), à l'école, etc. Enfin, elle a un intérêt quant à la *recherche et à la connaissance*. De plus, cette méthode peut être appliquée dans différents contextes de soin, de travail à domicile, dans les lieux de vie des patients. Elle peut aussi être appliquée dans des contextes de recherche (Ciccone, 2012 ; Lamour et Barraco, 1999 ; Prat, 2005).

Cette méthode d'observation a connu un succès croissant et des développements et extensions dans de multiples directions. Esther Bick s'est intéressée aux nourrissons « sains » et avait comme but d'apporter une meilleure compréhension de leur vie émotionnelle. Il est à souligner qu'aucun dispositif ou qu'aucune technique d'enregistrement ne sont utilisés, et l'observateur est invité à développer ses capacités de se souvenir de ce qui a été vu. Différents temps scandent ce travail (l'observation directe, la retranscription, la supervision du groupe), et ce, après avoir établi un contrat avec la famille concernée (Lamour et Barraco, 1999, pp.36-38).

Cette méthode d'observation s'apparente en effet à certaines formes de l'observation éthologique puisqu'elle se déroule dans le milieu naturel du bébé et de sa famille. Certains auteurs la considèrent comme une méthode holistique, dans la mesure où elle permet d'observer la complexité des phénomènes sans les découper.

Enfin, il serait important de rajouter que l'observation directe, dont la psychanalyse constitue implicitement l'un des modèles de référence des auteurs, a été également pratiquée dans l'environnement institutionnel (pouponnière, garderie, crèche). La méthode d'observation des bébés telle qu'elle est pratiquée à la pouponnière de Loczy à Budapest (Hongrie), suite à l'enseignement d'Emmi Pickler, est assez originale. L'observation est ici une attitude fondamentale, permanente chez les nurses et les praticiens du bébé. La qualité exceptionnelle des soins est sous-tendue par des observations des enfants (observations écrites quotidiennement par les nurses, tableau de développement, observations à thèmes). (Lamour et Barraco, 1999, pp.33-35). Myriam David et Geneviève Appell (en France) ont également utilisé cette méthode dans leur étude sur des facteurs de carence affective dans une

pouponnière de la banlieue parisienne⁶. Par la suite, elles découvrent le travail original de l'Institut Loczy qu'elles contribuent à faire connaître⁷.

L'approche d'Esther Bick et celle d'Emmi Pickler ont beaucoup contribué à améliorer la pratique des soins prodigués aux enfants dans les institutions d'accueil.

6. Les épreuves psychologiques

Les instruments de mesure constituent la part la plus visible de l'examen psychologique. Dans la méthode du cas l'utilité et l'intérêt des prélèvements subjectifs et aussi objectifs (issus de l'application des mesures et d'une méthodologie exigeante), résident dans le fait qu'ils permettent un meilleur éclaircissement d'un comportement ou d'une situation problématique d'un individu. Nous allons tenter ici de donner un aperçu sur les tests et les échelles les plus utilisés dans l'examen et l'investigation cliniques en mettant l'accent plus particulièrement sur les principaux types existants et leurs utilités diagnostiques.

6.1. Définitions et intérêts

On appelle test « *une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par une comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant de classer le sujet examiné, soit quantitativement soit qualitativement* » (Pichot, 1954/1994, p.5). Autrement dit, il s'agit d'une épreuve de stimulation d'un individu pour dégager les grandes lignes de sa personnalité. Un test a en effet une valeur prédictive. La catégorisation des tests est variable, car différents critères peuvent être considérés: aspects formels (matériel, durée...), aspects fondamentaux (conception théorique, qualités métrologiques...), population visée (enfants, adultes, personnes âgées), objet mesuré (sphère cognitive, conative) (Fernandez et Pedinielli, 2006, p.49).

Les échelles d'évaluation sont constituées d'*un ensemble d'énoncés (les items) qui sont les indicateurs (variables observables) de la dimension psychologique que l'on souhaite mesurer. Elles permettent donc d'évaluer des construits, non directement observables* (Fernandez et Pedinielli, 2006, p.49). Celles-ci se distinguent des tests psychométriques par le fait qu'elles ne comparent pas les sujets les uns des autres et ne les confrontent pas systématiquement au même matériel (Pedinielli, 2012, p.55). La passation des échelles d'évaluation peut se faire par auto-évaluation (cotation faite par le sujet) ou hétéro-évaluation (cotation faite par le clinicien). Il peut arriver que ces deux modes de passation ne soient pas convergents. L'auto-évaluation notamment de certains troubles peut conduire à des scores plus élevés que l'hétéro-évaluation. De ce fait, Pedinielli (1995, cité dans Fernandez et

⁶-David, M. et Appell, G. (1964). Facteurs de carences affectives dans une pouponnière. *Psychiatrie de l'enfant*, 4(2), 407-442.

⁷-David, M. et Appell, G. (1973). *Loczy ou le maternage insolite*. Paris : Scarabée.

Pedinielli, 2006) préconise l'utilisation conjointe d'échelles en auto et hétéro-évaluation dans les protocoles de recherche.

Ces instruments d'évaluation doivent répondre à certaines exigences : fidélité, sensibilité et validité. En dépit de leur abondante production, il n'y a pas d'échelles ou de tests «parfaits». Les tests en eux-mêmes, quels qu'ils soient, sont toujours insuffisants pour obtenir une image globale du développement et du fonctionnement mental d'une personne. Par ailleurs, aucune batterie constituée de tests ne peut prétendre donner un profil complet des potentialités et des compétences d'un individu. Toutes les batteries ont leurs défauts et leurs insuffisances, comme leurs avantages (Gaillard *et al.*, 2011, p.14). De plus, les nombreuses échelles d'évaluation, en psychopathologie notamment, ne présentent pas toutes des garanties suffisantes sur leurs qualités métrologiques.

Le recours à la mesure en psychologie est susceptible de rendre plusieurs types de services. D'une part, le psychologue l'utilise comme une donnée prenant son sens dans l'ensemble des observables, d'autre part, la passation d'épreuves sert à la compréhension clinique du sujet, sachant que, de par leur conception, les tests mobilisent certains processus cognitifs et affectifs plus ou moins affinés par rapport à leur manifestation habituelle. Lorsqu'un problème de diagnostic différentiel se pose, le psychologue peut, avec ces types d'instruments, affiner le diagnostic, susciter une discussion avec ses collègues, avec les médecins, avec l'équipe afin d'apporter une ouverture sur de nouvelles perspectives de travail.

Il est à souligner que dans la pratique clinique, la mesure dans l'examen psychologique est toujours une option que le clinicien choisit dans sa démarche. Mais celui-ci est par principe totalement libre de choisir la voie de la mesure ou non. Il y a en effet chez les psychologues, des attitudes, des principes, des pratiques nombreuses et variées concernant le recours aux tests (Glabeke, 2001 ; Jumel et Gardey, 2004 ; Muniz *et al.*, 2001, cités dans Gaillard *et al.*, 2011, p.3). Il paraît très difficile de rendre compte ici de cette diversité théorique et pratique.

6.2. Classification, description et utilité diagnostique

Les premiers tests élaborés étaient les tests d'intelligence (Binet-Simon, 1905,1908, 1911). Par la suite, deux grands types de tests ont été définis: *les tests d'efficience* et *les tests de personnalité*. On peut distinguer dans la première catégorie, *les tests de connaissances* et *les tests psychopédagogiques*, *les tests d'intelligence* et *les tests reposant sur une théorie du développement et du fonctionnement cognitif*. Nous allons nous centrer dans ce qui vient sur le second type.

6.2.1. Tests d'efficience

Les tests d'efficience concernent *l'évaluation des caractéristiques individuelles impliquées dans le recueil et le traitement de l'information*. Leur caractéristique principale est que pour chaque item, on peut définir une "bonne réponse", ou « réponse juste ». Les

performances des sujets s'expriment généralement en termes d'efficience (nombre de bonnes réponses par rapport au nombre d'items). (Sockeel et Marro, 2007-2008, p.12). En d'autres termes, *ils mesurent la réussite ou l'échec à une série de tâches standardisées. Ils se donnent comme objectif une mesure de l'intelligence ou des fonctions cognitives, leurs résultats s'expriment en quotient de développement (QD) ou en quotient intellectuel (QI).*

Il paraît difficile aujourd'hui, sans doute impossible, de trouver une seule définition consensuelle de l'intelligence. Les définitions sont bien au contraire diverses. D'une conception unitaire de celle-ci, on est passé à une conception pluraliste, et ce, partant de l'observation que les performances des individus peuvent fluctuer en fonction du domaine d'activité (Bernaud, 2000). L'intelligence présente ainsi de multiples aspects non hiérarchisés, elle est multifonctionnelle (intelligence relationnelle, pratique, émotionnelle...). Ceci a amené les experts en la matière à développer plusieurs types de tests d'intelligence afin de mesurer ses divers aspects. Cette conception pluraliste de la définition de l'intelligence permet à chacun de percevoir qu'*être intelligent, c'est une façon de comprendre son environnement, cette habilité à donner « un sens aux choses », à s'y adapter par l'imagination de solutions pratiques et concrètes face aux problèmes rencontrés au quotidien.*

Il existe plusieurs tests d'intelligence, des tests évaluant les premières étapes de l'intelligence (Tests préverbaux, comme ceux de Brunet-Lézine et de Casati-Lézine) et ceux évaluant les étapes ultérieures, et il nous est impossible ici d'en faire le catalogue.

Ils sont surtout employés dans le domaine de la clinique de l'enfant ou de l'adolescent, mais il existe des échelles destinées aux adultes. Quelques critères ont été proposés par les auteurs pour les distinguer : les caractéristiques de la population à laquelle ils s'adressent (enfant, adolescent, adulte, sujet âgé), leurs conditions de passation, nous retrouvons des tests qui peuvent être appliqués collectivement et des tests à passation individuelle, du point de vue du contenu des épreuves, on distingue classiquement les tests verbaux, qui font appel à la compréhension du langage, et les tests non verbaux (ex. Cubes de Kohs) dans lesquels le rôle du langage est minimisé aussi bien dans la consigne que dans la production de la réponse (Huteau et Lautrey, 2006), et aussi ceux dits composites (épreuves verbales et de performance, voir le Test de Terman, K-ABC, échelles de Wechsler, etc.).

Malgré la fréquence de leur utilisation et leur utilité quant au diagnostic, des critiques ont été portées tant sur leur définition de l'intelligence que sur la pertinence de la standardisation (Pedinielli, 2012). De ce fait, le psychologue ne doit pas se contenter d'une mesure du quotient intellectuel d'un cas sans approche clinique des possibilités de celui-ci à investir les activités intellectuelles. D'où l'intérêt aussi de recourir à d'autres épreuves complémentaires (ex.: échelle de Maturité Mentale de Columbia, échelle de développement de la pensée logique de Longeot (EPL)...). En outre, les résultats d'un test psychométrique doivent être toujours interprétés en tenant compte des autres résultats de l'examen psychologique, des conditions de l'examen et de son but, du contexte socioculturel de la personne, et ne sauraient avoir qu'une valeur indicative et relative.

Dans ce qui suit, nous allons présenter brièvement les tests d'efficiences intellectuelles les plus utilisés en clinique:

6.2.1.1. Les tests d'efficiences intellectuelles de type Wechsler

Il s'agit d'un même ensemble de sub-tests proposés à tous les âges, mais notés différemment selon l'âge: la WAIS (*Wechsler Adults Intelligence Scale*, 1955), le WISC (*Wechsler Intelligence Scale for children*, 1957) et le WISPP (*Wechsler Intelligence Scale for the Preschool Period*, 1967). Ces derniers sont régulièrement actualisés : WAIS-IV(2008) ; WISC-V (2014) ; WISPP-IV (2012). Il existe aussi une autre échelle qui est celle de WNV (*Echelle non verbale d'intelligence de Wechsler*, 2009). Ces révisions tentent de suivre l'évolution des critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V, 2013/2015) de l'Association Américaine de Psychiatrie. Les améliorations apportées tiennent compte des recherches sur l'intelligence en neurosciences, de la psychologie cognitive et de la psychologie de l'éducation (Bernaud, 2000 ; Castro, 2006).

Précisons que la WAIS-IV est destinée aux sujets âgés de 16 ans à 79 ans 11 mois, le WISC-V est applicable entre 6 ans et 16 ans 11 mois et le WISPP-IV permet d'évaluer les enfants plus jeunes âgés de 2 ans 6 mois à 7 ans 7 mois. Ces tests sont construits de telle sorte que la notation des résultats obtenus par un sujet donne la dispersion en écart type qui sépare celui-ci de la moyenne de son âge. L'âge de référence n'est donc pas diachronique (dispersion par rapport à l'âge de développement), mais synchronique (dispersion par rapport à une moyenne relative dans un groupe d'âge). L'intérêt de ces tests est de faire une distinction entre les épreuves faisant appel au langage et les autres.

Le WISC-V (2014 / 2016), par exemple, est la cinquième et la dernière édition du test qui a été plusieurs fois révisé depuis sa création. Le WISC-V permet une évaluation globale et individuelle du fonctionnement cognitif général dans le cadre d'une évaluation de difficultés ou de troubles des apprentissages; l'évaluation des hauts potentiels ; l'évaluation du profil cognitif dans le cadre d'un retard de développement ou d'une atteinte cérébrale acquise. Il constitue également une contribution au diagnostic d'un handicap intellectuel (DSM-V), aide à la décision pour une orientation en institutions spécialisées. Toute administration comporte un double travail de préparation, celui du clinicien et aussi celui du répondant.

Ce test est constitué de vingt-et-une épreuves : huit nouveaux subtests ont été introduits (trois dits «de base» (Puzzles, Balances et Mémoire d'images) et cinq complémentaires (Dénomination rapide de lettres-chiffres, Dénomination rapide de quantités, Association immédiate de symboles, Association différée de symboles-rappel libre et association différée de symbole-rappel indicé)). Deux épreuves ont été retirées (Raisonnement verbal et Complètement d'image). Treize subtests ont été repris de la version antérieure et mis à jour (Cubes, Similitudes, Matrices, Mémoire des chiffres, Code, Vocabulaire, Symboles, Information, Identification de concepts, Séquence lettres-chiffres, Barrage, Compréhension, Arithmétique). Le quotient intellectuel total (QIT) se calcule désormais à partir de sept subtests (et non dix comme dans les versions précédentes) : Similitudes, Vocabulaire, Cubes, Matrices, Balances, Mémoire de chiffres et Code (Terriot et Ozenne, 2015, p.2). Pour le

travail d'interprétation, une fois les données quantitatives obtenues (calcul des QI et des profils), le clinicien doit les « transcrire » en termes psychologiques afin de les mettre en perspective avec les données contextuelles et faire émerger des hypothèses explicatives. Il est à souligner que le QI conserve un intérêt statistique mais, dans certains cas, on s'éloigne d'une analyse clinique des difficultés du sujet. Ainsi, pour un diagnostic complet et authentique des fonctions intellectuelles, il est parfois nécessaire de recourir à d'autres instruments d'évaluation.

6.2.1.2. Les matrices progressives de Raven

La première version des matrices progressives de Raven a été publiée par John Carlyle Raven en 1938 conçue sur la base théorique développée par C. Spearman. Ce sont des épreuves non verbales, à choix multiples, d'éducation de relations et de corrélations mesurant l'intelligence générale ou la capacité de raisonnement abstrait d'un individu. Elles peuvent être appliquées dans de nombreux domaines (centres d'orientation et de sélection du personnel, cliniques psychologiques, etc.). Comme elles peuvent également être considérées comme des épreuves indépendantes de la culture du fait qu'elles soient composées d'items non-verbaux. La passation est individuelle ou collective.

Le test mesure, à des degrés divers, deux composantes de l'intelligence générale. Un élément détermine la capacité d'une personne à penser clairement et à donner un sens à des situations complexes. L'autre composante indique la capacité d'un individu à stocker, traiter et reproduire des informations. Les deux composantes sont considérées comme des mesures solides et fiables de la capacité mentale de la personne. Elles différencient ainsi les sujets selon leur capacité d'observation immédiate et leur clarté de raisonnement.

Le test est composé d'une série de motifs, de figures géométriques abstraites et incomplètes présentés sous forme de matrices. Il peut être administré par cartes imprimées ou virtuellement. Tout au long du test, le candidat est invité à retrouver, parmi un éventail de figures, celle qui complète la série. La difficulté est de pouvoir appréhender ces figures sans signification et de saisir les relations qui existent entre elles.

Il existe actuellement trois versions de ce test, qui sont administrées en fonction de l'âge et des compétences du sujet et se caractérisant par des difficultés croissantes :

-*Matrices Progressives Standard* (SPM ou PM38) correspondent au niveau d'études intermédiaires (Étalonnages français 1998 auprès d'enfants âgés de 7 à 11 ans et demi ; adolescents de niveaux 6ème à 3ème; adultes de niveaux CAP à Bac +3/+4). Ce test est composé de cinq ensembles de 12 matrices qui nécessitent plus de capacité cognitive de la part de la personne qui passe le test au fur et à mesure de sa progression. Les matrices impliquent une grande variété de problèmes, et la personne doit résoudre ces problèmes avec succès afin d'obtenir un score plus élevé. Une autre forme de matrices progressives de Raven cible d'autres populations, telles que les enfants ou les individus qui peuvent avoir des incapacités cognitives connues.

-*Matrices Progressives Colorées* (CPM ou PM47) pour les déficients mentaux et les jeunes enfants (Étalonnage français 1998 auprès d'enfants âgés de 4 à 11 ans et demi). Les Matrices Progressives Colorées présentent les motifs en couleur. Au lieu de cinq séries, ce test ne comporte que trois séries de 12 motifs dans lesquels la dernière série est présentée en noir et blanc. Si la personne réussit à terminer la troisième série, elle passe aux trois dernières séries du test des matrices progressives standard.

-*Matrices Progressives Avancées* (APM) sont réservées aux niveaux d'études supérieurs (Étalonnage français 1998 auprès d'adultes de niveaux Bac+4/+5 et de jeunes, 19-25 ans, Bac/Bac +3). Ce test n'a que deux ensembles de matrices. Dans le premier ensemble de matrices, il n'y en a que 12 présentées, ce qui devient de plus en plus difficile. Le deuxième ensemble contient 36 matrices qui sont plus difficiles que la version standard du test. Il existe deux versions de ce test : longue et abrégée (<https://spiegato.com/fr/quest-ce-que-les-matrices-progressives-de-raven>; Vibert, 2018).

Une nouvelle version de ce test a été publiée récemment (Raven's 2, 2019). Elle comprend de nouveaux items, une mise à jour des normes ainsi qu'une passation et une correction en version informatisée ou papier-crayon.

6.2.2. Tests de personnalité

La personnalité est également évaluée par des épreuves spécifiques. Celles-ci permettent d'explorer les aspects conatifs⁸ (volitionnels) et affectifs de la personnalité (Pichot, 1954/1994, p.64). Elles reposent sur l'établissement d'une situation la plus standardisée possible afin de permettre des comparaisons, mais leurs résultats ne s'expriment pas de façon quantitative. Ces tests n'aboutissent donc pas à la définition d'un score, ils permettent en revanche une évaluation qualitative des processus psychiques qui concourent à l'organisation de la personnalité (Marcelli et Cohen, 2009, pp.96-97). De ce fait, toutes les réponses données à ces épreuves sont validées et significatives, contrairement aux réponses données aux tests d'efficacité (où existent toujours une bonne et une mauvaise réponse). Parmi les tests de personnalité, on peut distinguer les questionnaires et les tests projectifs.

6.2.2.1. Les questionnaires et les échelles

A-Les questionnaires

Il existe plusieurs inventaires de personnalité et leur succès aujourd'hui est incontestable. Nous pouvons citer, à titre d'exemple, le MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), CPI (*California Psychological Inventory*, Harrison et Gough, 1957, 1987), CPQ (*Child Personality Questionnaire*, Porter et Cattell, 1965), etc. Cela s'explique par le fait qu'ils permettent de maximiser la quantité d'informations pour un effort et un coût relativement modestes. L'option quantitative de traitement des réponses privilégiée ici confère

⁸-La conation est la troisième composante de l'action, avec la cognition et l'affectivité. Ce terme signifie motivation, volonté, impulsion déterminant un acte, un effort quelconque.

à ses outils un aspect objectif, scientifique, mais ce fait est contesté par certains cliniciens (Bernaud, 1998). D'une façon générale, les inventaires de personnalité comprennent un nombre très important de questions et permettent d'établir un profil de résultats qui synthétise les tendances exprimées par le répondant. L'élaboration de ces questionnaires dépend de l'approche utilisée (typologique, factorielle, empirique) et aussi suivant le nombre de traits de personnalité exploré (un seul trait (uniphasique) ou plusieurs à la fois (multiphasique)) (Bernaud, 1998 ; Pichot, 1994).

Parmi les inventaires de personnalité les plus utilisés, aussi bien dans la pratique clinique qu'à des fins de recherche, nous citons le MMPI (Hathaway et Mc Kinley, 1943). Dans la pratique clinique, c'est un outil d'auto-évaluation qui aide au diagnostic, au pronostic et aux indications thérapeutiques. Il est destiné principalement aux adultes, il est peu utilisé chez les enfants en raison des contraintes matérielles (longueur de la passation, aspect vite fastidieux pour l'enfant, etc.). Ce questionnaire est aussi administré en format individuel ou en groupe.

La première version de ce questionnaire de la personnalité (1943) basé sur l'approche empirique, psychiatrique, est constituée de 550 affirmations où le sujet est invité à répondre par vrai ou faux, et qui sont codées dans trois échelles de validité ou de contrôle et dix échelles cliniques de base (hypocondrie, dépression, hystérie, déviance psychopathique (déviance sociale), masculinité /féminité, paranoïa, psychasthénie (qualités obsessionnelles /compulsives), schizophrénie, hypomanie et introversion sociale).

L'interprétation des résultats est un processus dynamique qui exige un grand effort de la part du clinicien, car ce qui est significatif ce n'est pas seulement la réponse à telle ou telle question, mais aussi et surtout la configuration d'ensemble des échelles créée par le regroupement des réponses sous divers traits. Les résultats de ce test sont également à relier avec les éléments contextuels de la vie du sujet et avec ceux de l'anamnèse.

Le MMPI est mis à jour en 1989 (MMPI-2), avec 567 questions, et ce, afin de permettre une meilleure standardisation. Celui-ci prend 1 à 2 heures pour être terminé, et les réponses sont notées pour produire un profil clinique. La longueur de cet outil (peut prendre entre une heure et une heure trente), qui le rend quelquefois peu pratique et devient un obstacle avec des individus ayant des certaines difficultés, a amené certains cliniciens à proposer une version abrégée nommée (Mini-Mult, Kincannon, 1968). La version destinée aux adolescents (MMPI-A) a été publiée en 1992. En 2008, le test a de nouveau été révisé, à l'aide de méthodes plus avancées (le MMPI-2-RF). Cette version prend environ la moitié du temps à compléter et ne comporte que 338 questions. Malgré les avantages du nouveau test, le MMPI-2 est plus établi et encore plus largement utilisé. Généralement, les tests sont administrés par ordinateur. Bien que le MMPI ait été initialement développé pour aider au diagnostic clinique des troubles psychologiques, il est maintenant également utilisé pour le dépistage professionnel (conseils universitaires, professionnels et conjugaux...) (Ben-Porath et Tellegen, 2008 ; Bernaud, 1998 ; Carroll, 2001).

Malgré les avantages de ces outils dans l'évaluation clinique, ils présentent certainement quelques inconvénients, c'est pourquoi les cliniciens ont proposé de nouvelles techniques d'interprétation des profils qui permettent une lecture dynamique et resituent la personnalité dans sa globalité.

B- Les échelles

Leur intérêt réside dans le fait qu'elles permettent de repérer les éléments qui sont difficiles à percevoir à partir d'un entretien : comme apprécier l'intensité d'un phénomène psychopathologique et surtout cognitif. Autrement dit, elles permettent de qualifier et de quantifier, de manière standardisée et précise, un état ou un trait en vue d'un diagnostic, d'un examen des effets d'un traitement, ou d'une analyse des processus. Dans le premier cas, on se réfère aux scores globaux et aux scores spécifiques des instruments, dans le second, on étudie la variation des scores avant et après thérapie. Cette évaluation quantitative sera renouvelée en fin de thérapie, soit 12 semaines plus tard environ (3 à 4 mois). (Mirabel-Sarron et Vera, 2014).

Il est à souligner que ces échelles n'apportent que des indices partiels sur l'objet étudié, ainsi le recours aux autres données obtenues par d'autres moyens d'évaluation est nécessaire (entretien, etc.), et ce, afin de leur donner un sens.

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation, celles-ci peuvent être classées suivant différents critères (selon la modalité d'utilisation (hétéro-évaluation ou auto-évaluation), la symptomatologie évaluée, la période d'âge examinée). Dans ce qui suit, nous allons nous limiter à quelques instruments permettant d'évaluer la symptomatologie étudiée d'une façon globale ou dans une seule dimension, qui sont les plus utilisés actuellement en clinique et dans les études.

- **Instruments d'évaluation globale**

Ces instruments mesurent l'intensité de la pathologie psychiatrique considérée comme une dimension unique. En voici deux types d'échelle :

Scores d'impression clinique globale : c'est l'un des outils d'évaluation brève les plus utilisés en psychiatrie. Celui-ci a été développé par l'équipe de chercheurs d'Early Clinical Drug Evaluation Program (ECDEU) pour être utilisé dans des essais cliniques (Guy, 1976). Le CGI est une échelle évaluée par un observateur qui mesure la gravité de la maladie (CGI-sévérité), l'amélioration ou le changement global (CGI-amélioration) et la réponse thérapeutique ou l'indice d'efficacité (CGI-index thérapeutique). Il est constitué de trois scores présentant l'avantage de la simplicité d'emploi, et de leur adaptation à toutes les formes de pathologies avec ou sans comorbidités. Les deux premiers items sont cotés sur 7 paliers de réponse, le troisième item est un score composite qui tient compte à la fois de l'efficacité et des effets secondaires. On n'additionne pas les 3 scores qui peuvent être utilisés indépendamment les uns des autres. La sensibilité de cet outil est suffisamment bonne, mais sa validité n'est pas vraiment établie (Hardy *et al.*, 2000, pp.8-9).

Échelle d'évaluation du fonctionnement global : selon le DSM-IV (1994/2000), l'évaluation psychiatrique est multiaxiale, celle-ci comporte cinq axes se référant à un domaine distinct d'information. Le cinquième axe permet au clinicien de poser un jugement sur le niveau d'adaptation et de fonctionnement global du sujet sur un continuum hypothétique allant de 1, valeur représentant l'individu le plus malade, à 100, valeur représentant un individu quasiment indemne de symptômes et fonctionnant d'une façon satisfaisante dans son milieu social ou sa famille. L'enregistrement du fonctionnement global sur l'Axe V se fait à l'aide de l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (échelle GAS ou EGF). Cette échelle peut être particulièrement utile pour suivre globalement les progrès cliniques des individus (avant et après un traitement), au moyen d'une note unique. Elle est divisée en dix niveaux de fonctionnement. Coter l'EGF revient à choisir le niveau qui reflète le mieux le niveau global de fonctionnement. Ainsi, un résultat en dessous de 70 démontre des difficultés modérées à graves, et si ce résultat se situe en dessous de 50, les difficultés au niveau du fonctionnement sont considérées graves.

La cotation de l'EGF s'opère dans un décile particulier dès lors que, soit la sévérité symptomatique, soit le niveau de fonctionnement atteint. Par exemple, la cotation pour un sujet qui se met en danger mais qui, par ailleurs, fonctionne bien, sera inférieure à 20. De la même façon, la cotation sur cette échelle d'un sujet qui a des symptômes psychologiques mineurs, mais qui a une altération significative du fonctionnement (p. ex., un sujet qui à cause d'une préoccupation excessive par l'usage de substance perd son emploi et ses amis, mais sans autre psychopathologie) obtiendra 40 ou moins. Il est à souligner que les résultats obtenus par les cliniciens à partir de cette échelle invitent à une grande prudence d'interprétation. Dans certaines situations, il peut être utile d'évaluer l'incapacité sociale et professionnelle et de suivre les progrès de la réadaptation sans tenir compte de la sévérité des symptômes psychologiques. L'échelle d'évaluation sociale et professionnelle (ESP) est proposée dans ce but (Association Américaine de Psychiatrie, DSM-IV-R, 2000, pp.36-40).

Deux autres échelles peuvent être utiles dans certains cadres : l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement relationnel et l'échelle de fonctionnement défensif (APA, 2000, pp.875-885).

- **Les échelles spécifiques**

Il existe plusieurs échelles qui évaluent certains troubles psychopathologiques spécifiques. Parmi celles-ci, nous pouvons citer celles de l'anxiété, de la dépression et des troubles psychotiques. En voici quelques-unes :

Echelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton (*Hamilton Rating Scale anxiety (HDRS)*, Hamilton, 1969) : cette échelle fait partie des instruments spécifiques unidimensionnels destinés aux adultes, conçue pour évaluer quantitativement l'anxiété. Elle comprend 14 items que l'évaluateur va coter après un entretien clinique. Ces derniers couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil ainsi que l'humeur dépressive. Selon Pichot (1981, cité dans Bouvard et Cottraux, 2002, p.89), la note 0 correspond à l'absence de manifestation des symptômes, la note 1 correspond à des manifestations d'intensité légère, la note 2 à des manifestations d'intensité

moyenne, 3 à des manifestations d'intensité forte et 4 à des manifestations d'intensité extrême, véritablement invalidantes. La note 4 ne doit être attribuée qu'exceptionnellement à des malades ambulatoires. La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle, c'est-à-dire le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum d'une semaine.

L'administration de cette échelle, d'hétéro-évaluation, dure en général de 10 à 15 minutes. À la fin de la passation, le clinicien calcule la somme des scores attribués à chaque item individuel et obtient un score composite d'anxiété pouvant aller de 0 à 60. Il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique (items de 7 à 13). Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 (Bouvard et Cottraux, 2002, pp.89-90 ; Vibert, 2018).

De nouveaux scores seuils optimaux ont été proposés par Matza et ses collaborateurs (2010), permettant de définir les différents degrés d'anxiété : absente ou minimale (0-7), anxiété légère (8-14), anxiété modérée (15-23) et anxiété sévère (24 et plus).

Cette échelle n'a pas été exempte de critiques, notamment par rapport à son manque de fiabilité inter-examineurs et sa validité interne.

Inventaire d'anxiété trait et état de Spielberger (State trait anxiety inventory (STAI), Spielberger, 1983) : il est destiné à évaluer l'anxiété trait et l'anxiété état chez les adolescents et les adultes. Il est composé de deux parties à remplir : STAI A et STAI B (STAI = State Trait Anxiety Inventory). Les évaluations de l'anxiété trait et de l'anxiété état sont indépendantes. L'anxiété état se rapporte à l'anxiété ressentie à un moment particulier. L'anxiété trait serait l'estimation de la tendance habituelle du sujet à être anxieux. L'échelle d'anxiété état trait permet d'identifier des sujets anxieux au sein de divers groupes (Bouvard et Cottraux, 2002, p.97). L'apport de cette distinction contribue grandement à clarifier le concept d'anxiété car bien qu'inter reliés, l'anxiété situationnelle et le trait d'anxiété sont deux construits s'intégrant à des endroits spécifiques dans le processus de réponse au stress proposé par Spielberger (1972, cité dans Bouchard, 1990, p.13).

Le désir d'obtenir des propriétés psychométriques encore plus respectables, ainsi qu'une analyse du contenu des items ont conduit à l'élaboration de la version "Y" du STAI (Spielberger, 1983, cité par Bouchard, 1990, p.14). Les qualités psychométriques de la version française ont été établies par Bruchon Schweitzer et Paulhan (1993). Il est largement utilisé dans l'étude de l'effet de l'anxiété sur la mémoire, les performances en apprentissage ou l'ajustement à des situations stressantes, etc.

La forme Y du STAI se présente comme un test de type papier-crayon se divisant en deux parties distinctes. Le STAI-Y comprend deux échelles de 20 items chacune. L'échelle d'anxiété situationnelle consiste en 20 phrases qui évaluent l'état émotionnel actuel du sujet. Le sujet doit indiquer l'intensité de ses sentiments sur une échelle de Likert à quatre points, variant entre "pas du tout" et beaucoup". L'échelle de trait d'anxiété consiste aussi en 20 phrases qui évaluent l'état émotionnel habituel du sujet. Il doit indiquer, sur une échelle de

Liekert à quatre points, variant entre "presque jamais" et "presque toujours", la fréquence à laquelle il ressent habituellement les symptômes énumérés (Spielberger et Sharma, 1976, cités dans Bouchard, 1990, pp.14-15).

Les résultats à chacune des deux échelles sont obtenus en calculant la somme des points accordés par le sujet à chaque item. Les scores bruts peuvent varier, pour chaque échelle, entre un minimum de 20 et un maximum de 80. Les scores faibles reflètent le calme et la détente, les scores moyens représentent des niveaux modérés de tension et d'appréhension, et les scores élevés correspondent à une grande peur, de l'appréhension et de l'affolement. Bien qu'il n'y ait aucune limite de temps, le temps requis pour répondre au questionnaire est d'environ 10 minutes (Bouchard, 1990, pp.15-16).

La connaissance des buts et des limites de ces échelles permet leur utilisation judicieuse. Nous trouvons aussi d'autres instruments qui mesurent des aspects ou des types particuliers de l'anxiété : *l'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée* de Cottraux (PPAG, 1993), *l'échelle d'anxiété multidimensionnelle pour enfants* (MASC, March *et al.*, 1997), *l'inhibition anxieuse* par l'échelle de Widlöcher et Pull (1988), *l'échelle d'impact de l'évènement* (IES, Horowitz *et coll.*, 1979 ; IES-R, Weiss et Marmar, 1997), etc. (Bénony, 2002 ; Bouvard et Cottraux, 2002).

Échelle de dépression d'Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*, Hamilton 1960) : cette échelle ancienne est destinée aux adultes, elle permet d'évaluer la gravité d'une dépression déjà diagnostiquée, en mettant l'accent sur les manifestations somatiques et comportementales du trouble. Elle est construite à partir d'une interview semi-structurée et comprend différentes versions 17 (la plus utilisée, 1967), 21 ou 24 items, réalisée sous forme d'hétéro questionnaire. L'échelle doit être remplie par un évaluateur entraîné, dans les minutes qui suivent l'entretien clinique avec le patient. Pour l'obtention des résultats, il suffit d'additionner les scores pour avoir la note totale. Sur la liste (originale) de 21 items, le score peut aller de 0 à 52 points maximum. Les critères seuils suivants ont été définis : < 7 pas de dépression ; 7-17 dépression légère ; 18-24 dépression modérée ; > 25 dépression grave. (Ben Hamida et Perrain, 2019, pp.17-18 ; Bouvard et Cottraux, 2002, pp.169-171). Il est à rappeler qu'Hamilton a déjà indiqué que son test ne pouvait servir d'instrument de diagnostic, mais pouvait en revanche constituer un bon indicateur de l'intensité globale de la dépression.

Echelle de Montgomery et Asberg (*Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*, Montgomery et Åsberg, 1979) : c'est une échelle courte d'hétéro-évaluation de la sémiologie dépressive chez les adultes, composée de 10 items (tristesse, tension intérieure, pensées pessimistes, etc.). Elle est d'un emploi facile, elle fournit un bon indice de gravité globale de la dépression et est sensible au changement. Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Les valeurs impaires représentent des états intermédiaires. Il suffit d'additionner les notes obtenues à chaque item. Le score de seuil de dépression se situe le plus souvent à 18. L'évaluation est souvent basée sur un entretien clinique avec un interrogatoire allant des questions générales sur les symptômes à des questions plus détaillées qui permettront une appréciation précise de leur sévérité. La personne chargée de l'évaluation doit décider si celle-ci doit reposer sur les points de l'échelle bien définis ou sur les points

intermédiaires. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues, d'autres sources d'informations doivent être utilisées comme base de cotation (Bénony, 2002, pp.77-78 ; Bouvard et Cottraux, 2002, pp.172-173).

Il existe toutefois d'autres échelles évaluant la dépression ou l'un de ses symptômes, dont en voici certaines: *Inventaire de dépression de Beck* (BDI, Beck, 1961), *Echelle d'évaluation de la dépression chez l'enfant et l'adolescent* révisée (CDRS, CDRS-R, Posnanski *et al.*, 1979, 1984), *Inventaire de dépression chez l'enfant* (CDI, Kovacs et Beck, 1977), *l'échelle de dépression gériatrique*, spécifique à la personne âgée (EDG, Yesavage *et al.*, 1982), *l'échelle de ralentissement dépressif* (ERD, Lecrubier, Jouvent et Widlöcher, 1980-1983), *l'échelle d'humeur dépressive* (EHD, Jouvent *et al.*, 1988), etc. Comme il existe de plus des instruments validés pour dépister, évaluer conjointement l'anxiété et la dépression de par la concomitance existante entre les deux troubles (*l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier* (HADS, Zigmond et Snaith, 1983, etc.). (Bénony, 2002 ; Bouvard et Cottraux, 2002).

Echelles d'évaluation des troubles psychotiques : En psychiatrie, les symptômes de ces troubles sont généralement répartis en deux catégories, à savoir les symptômes « positifs » et les symptômes « négatifs ». On parlera de symptômes négatifs lorsqu'une perte de fonctions psychiques se présente à l'avant-plan, ceux qui appartiennent à cette catégorie sont l'atonie affective, la pauvreté cognitive, l'absence d'initiative, de volonté et d'endurance, l'anhédonisme, la stéréotypie dans la parole et dans l'action, l'isolement social, etc. Lorsqu'il s'agit d'un symptôme productif tel le délire ou l'hallucination on parle de symptômes positifs (De Vooght, 2003). Ces derniers sont considérés comme des manifestations ajoutées au comportement habituel du patient, ils sont souvent longs à se révéler, leur apparition peut être soudaine ou progressive après une longue période dominée par la présence de signes négatifs. Il existe plusieurs outils d'évaluation standardisés de ces deux types de symptômes ou de l'un des deux, à savoir l'échelle d'évaluation des symptômes négatifs et des symptômes positifs (PANSS, Kay, Fiszbein et Opler, 1987), l'échelle d'évaluation des symptômes négatifs (SANS, Andreasen, 1989), l'échelle d'appréciation des symptômes positifs (SAPS, Andreasen, 1984), etc. (cités dans Nicolas, 2020, pp.34-35). Nous retrouvons également certaines échelles qui évaluent le fonctionnement social adaptées aux patients psychotiques (Social Adjustment Scale, Schooler, Hogarty et Weissman, 1979, etc.).

Des échelles plus récentes existent et ont permis d'améliorer l'évaluation. Cependant, celles-ci sont basées sur les évaluations des observateurs et visent à quantifier la gravité des symptômes négatifs grâce à un entretien semi-structuré avec des questions et des réponses. C'est dans ce contexte qu'a été élaborée l'échelle d'auto-évaluation des symptômes négatifs (SNS) à laquelle nous nous limiterons dans cette partie. En effet, l'autoévaluation permet de rendre acteur le patient et ainsi d'établir une meilleure alliance avec lui, il permet également aux patients de mieux repérer et de mieux connaître leurs symptômes. Cet instrument a été élaboré par Eisen, Dickey et Sederer (2000), il permet d'évaluer les cinq domaines des symptômes négatifs reconnus internationalement, ce qui constitue une source d'économie en temps et en coût et augmenterait l'implication du patient dans sa prise en charge. La SNS se

compose de 20 items soit quatre items pour chaque sous-score que sont : l'alogie, le retrait social, l'anhedonie, la diminution du ressenti émotionnel et l'avolition. L'analyse factorielle montre que les cinq dimensions des symptômes négatifs se regroupent en deux dimensions, la première couvrant une dimension "apathie" et la seconde une dimension "émotionnelle".

L'un des avantages de la SNS, outre l'auto-évaluation de l'expression émotionnelle, le ressenti des patients est évalué et pris en compte dans les différentes situations où ces émotions sont attendues. Les items sont très simples correspondant pour la plupart à des verbatim de patients rapportant avec leurs mots leurs symptômes négatifs. Les réponses possibles sont complètement d'accord, un peu d'accord et pas du tout d'accord, et cotés respectivement 2, 1 et 0. Dans la SNS, un score inférieur ou égal à 12 correspond à une symptomatologie négative peu sévère, un score compris entre 13 et 26 à une symptomatologie négative moyennement sévère et un score supérieur à 26 à une symptomatologie négative très sévère. L'auto-évaluation est rapide, elle se réalise en moins de 5 minutes. Certaines études suggèrent qu'en dessous du seuil de 7 le niveau de gravité des symptômes signalés avec la SNS, pourrait être considéré comme non pathologique chez les sujets sains ou comme très léger chez les patients atteints de schizophrénie. D'autres études sur la détection des symptômes négatifs avec la SNS chez des sujets à haut risque de psychose ou lors d'un premier épisode psychotique seraient d'un grand intérêt (Nicolas, 2020, p.35).

Nous devons ajouter à la fin qu'il existe d'autres échelles destinées à évaluer d'autres troubles (trouble obsessionnel compulsif, troubles des conduites, troubles sexuels et problèmes de couple, etc.). Précisons aussi que dans l'ouvrage de Guelfi (1993) et celui de Bouvard et Cottraux (1999), plusieurs échelles d'évaluation et de questionnaires ont été sélectionnées avec leurs fiches signalétiques qui sont utiles aussi bien pour le clinicien praticien que pour le chercheur.

6.2.2.2. Les tests projectifs

Tous les tests projectifs reposent sur le concept de projection articulé lui-même à la notion de perception. En psychanalyse, il n'existe pas de perception neutre; toute perception repose sur un travail d'interprétation qui est fonction de la problématique interne du sujet. La caractéristique de ces tests est de proposer un stimulus perceptif le plus ambigu possible, afin que dans la perception le sujet «projette» au maximum sa propre problématique. Pour qu'une telle projection puisse opérer sans entrave, donc pour que le test soit pleinement valide, il importe d'abord que la situation d'examen soit favorable.

Si les tests projectifs eux-mêmes sont, par construction, athéoriques, c'est la théorie psychanalytique qui sert de référence aux travaux de l'École française de psychologie projective, ou École de Paris. Les auteurs de ces tests, tels que Rapaport et Schafer, entre autres, aux États-Unis, Anzieu, Rausch de Trautenberg, Shentoub, Chabert, Brelet-Foulard et De Tychev, en France) ont privilégié les modèles du fonctionnement psychique construits par la psychanalyse et la psychopathologie psychanalytique et choisis pour leur pertinence et leur cohérence. Mais d'autres orientations peuvent leur être également appliquées. L'hypothèse centrale dans ces travaux psychanalytiques est que les opérations mentales mises en œuvre au

cours de la passation de ces tests peuvent rendre compte des modalités du fonctionnement psychique propres à chaque sujet.

Les indications d'examen projectif sont multiples et variées (difficultés et troubles psychiques). L'objectif essentiel du diagnostic ici n'est pas d'établir une étiquette psychopathologique, mais d'apprécier les conduites psychiques du sujet en vue d'envisager avec lui et pour lui la prise en charge la plus adéquate possible (Chabert, 1998). Par ailleurs, l'utilisation des épreuves projectives dans le domaine de la recherche offre une méthodologie extrêmement précieuse et féconde.

Les consignes des tests de personnalité sont volontairement ambiguës, permettant de cette façon une réponse faisant appel aux mécanismes internes profonds du sujet. La durée de la passation est variable. Le système d'analyse de ces tests, par le recours à des grilles de cotation, offre un traitement à la fois quantitatif et qualitatif aux réponses. Ce qui garantit la rigueur de l'interprétation, c'est le fait qu'elle s'appuie sur une analyse du cadre et de ses composantes, de la dynamique des effets transféro-contre-transférentiels que la passation engage, mais aussi sur cette mise en place affinée en termes de facteurs (Chabert, 1983, 1998).

La méthode d'interprétation de ces épreuves (notamment pour le Rorschach et le T.A.T., qui sont les principales épreuves utilisées chez l'adulte) ne cesse de s'affiner. Elle s'est poursuivie en s'appliquant à des champs nouveaux, suivant l'évolution des avancées de la psychopathologie. Ainsi, les troubles étudiés se diversifient ou évoluent ; les âges de la vie explorés connaissent une extension.

Au cours de ces dernières années, on assiste à une pression nouvelle de catégorisations sémiologiques, focalisant de plus en plus le diagnostic sur les symptômes (DSM), excluant de plus en plus les aspects psychiques du fonctionnement et ses dimensions inconscientes. Afin de résister à la simplification imposée, des recherches menées sur certains troubles (troubles autistiques, troubles du langage...) démontrent les apports précieux des épreuves projectives pour comprendre, dans leur complexité, les dimensions sous-jacentes à ces troubles, tout en maintenant l'attention sur la singularité de leurs traductions chez chaque sujet (Emmanuelli, 2013).

Chez l'enfant la situation d'investigation par les tests est loin d'être neutre; elle peut être vécue comme un contrôle, une sorte d'examen, une intrusion intolérable, un échange ludique, une possibilité d'expression, etc. On peut observer ces diverses attitudes d'un enfant à l'autre et chez le même enfant d'un moment à l'autre. Seules l'expérience et l'empathie du clinicien permettent de trouver la bonne attitude à l'égard de ce dernier, à mi-distance de la sollicitation excessive et de la neutralité froide. Le test ne révèle pas tout à fait le fonctionnement psychique de l'enfant, c'est la triade enfant-test-clinicien qui permet de faire des hypothèses. Cela autorise l'enfant à s'exprimer de manière plus ou moins indirecte en conjuguant ses problématiques et ses mécanismes de défense... L'outil projectif est donc un support, comme un tiers, et le clinicien va voir comment cet outil s'articule avec ce sujet, cette

personne en particulier. On ne constate que des effets, il paraît souvent difficile de faire des hypothèses sur les facteurs liés aux symptômes (Marcelli et Cohen, 2009).

L'utilité de ces outils en clinique n'est point à démontrer. Dans tous les cas et dans les différentes applications, leur interprétation nécessite une formation consistante aussi bien en psychopathologie que dans la passation, la compréhension et l'analyse.

Les épreuves projectives sont nombreuses : verbales et non verbales. Nous allons présenter ici, de façon brève, quelques-unes :

A-Rorschach (H. Rorschach, 1920): c'est l'un des tests les plus fréquemment utilisés, sans autre limite d'âge que les possibilités d'expression verbale. Il se compose de 10 planches, 5 noires, 2 noires et rouges, 3 polychromes, faites de tâches non représentatives comportant une symétrie axiale. Pour chaque planche le patient est invité à décrire ce qu'il voit à partir du matériel proposé. Ce test permet d'appréhender le fonctionnement psychologique d'un individu, il révèle surtout la structure identitaire et les assises narcissiques de celui-ci (Rausch de Traubenberg, 1990). En fonction du contexte de la demande et dans la mesure où cela est possible, il est généralement recommandé d'utiliser le Rorschach dans un ensemble de tests afin de multiplier les angles de vue de l'observation. Comme il est aussi conseillé que son administration soit précédée de deux entretiens au moins pour instaurer une relation de confiance et faciliter la passation.

L'analyse se fait en deux étapes : formelle et dynamique. Sur le plan formel, une fois les différentes cotations des réponses seront précisées, on passera à l'élaboration du psychogramme. Sur le plan dynamique, on abordera l'analyse dynamique en termes de contenu latent sous-jacent au contenu manifeste. Ces deux notions sont essentielles dans l'optique psycho-dynamique de l'approche clinique : le contenu manifeste fait référence à ce qui est dit par le sujet, à ce qui est immédiatement perceptible. Le contenu latent concerne la signification inconsciente que le clinicien peut dégager du contenu manifeste par un travail d'analyse et de «décodage» de ce dernier. Et en fin, la synthèse et l'articulation des éléments formels et dynamiques permettant de décrire le fonctionnement psychique d'un sujet et d'aborder la notion de structure de personnalité normale et pathologique (Chabert, 1998).

B-T.A.T. (Thematic Aperception Test, H.A. Murray et C.D. Morgan, 1935): il se compose de 31 planches dans son édition originale, ensuite les auteurs n'ont retenu que celles considérées comme les plus pertinentes (Brelet-Foulard et Chabert, 2003 ; Shentoub *et al.*, 1990). Les planches représentent des scènes avec des personnages en situation ambiguë (un enfant assis devant un violon, une personne semble regarder par une fenêtre...); des tableaux sans personnages ou avec de vagues ombres, la dernière planche proposée est blanche (pl.16). Pour chaque planche le patient doit raconter une histoire qu'il invente à partir de ce que lui suggère le matériel. La passation, tel est le cas aussi du Rorschach, se déroule en une seule séance. Ce test peut être appliqué à partir de 11-12 ans (Marcelli et Cohen, 2009, p.99). Mais il est à rappeler que pour les concepteurs du test, celui-ci est destiné aux adultes et aux enfants à partir de six ans.

Les planches du T.A.T. se caractérisent par un matériel souvent figuratif et sollicitent, par la présence saturée en personnages humains, l'activation de scénarios relationnels susceptibles de mettre à l'épreuve la représentation de soi et les représentations des relations. La passation de l'épreuve étant terminée, on procède à l'analyse du matériel. Celle-ci comporte deux temps : analyse planche par planche du protocole et la synthèse des informations obtenues. Le principe de cotation est de dégager l'ensemble des procédés défensifs utilisés (rigidité, labilité, évitement du conflit, émergences en processus primaires) et leur articulation, ensuite de proposer une analyse de l'organisation défensive et des conduites psychiques sous-jacentes (Chabert, 1983, 1998 ; Brelet-Foulard et Chabert, 2003). De plus, le psychologue peut inviter le sujet évalué à un rendez-vous de restitution notamment dans le cadre d'un bilan psychologique complet. Avec le consentement du patient et/ou de sa famille, une restitution peut également être adressée aux équipes engagées dans la prise en charge du patient.

C-C.A.T. (Children Aperception Test, L. Bellak et S. S. Bellak 1950, 1961) : le C.A.T. est un test destiné aux enfants de 3 à 7 ans. Comme l'indique son nom, il est étroitement apparenté au T.A.T. et, historiquement, il est né des problèmes théoriques et pratiques relatifs à ce dernier test. Il comporte 10 planches : des séries d'images, représentant des scènes d'animaux ; il évoque des situations et des problèmes spécifiques de l'enfance ; il est applicable à tous les groupes ethniques (Cahn et Spence, 1953, p.440). Ce test, comme le T.A.T. permet de révéler la dynamique des relations interpersonnelles, la nature et la force des pulsions ainsi que les défenses élevées contre elles. Ainsi, il permet d'explorer les problèmes spécifiques se rapportant à des conflits «universels» : rivalité fraternelle, relations avec les parents et avec le groupe, fantasmes de scène primitive, difficultés orales, agression, angoisse, etc. En plus d'un instrument d'exploration, le C.A.T. peut constituer une technique thérapeutique en fournissant par ses dessins le point de départ pour des jeux de marionnettes ou pour des rêves éveillés (Cahn et Spence, 1953, p.440). Comme il peut également être employé pour suivre le développement affectif d'un enfant et ses différents problèmes.

Pour ce qui de l'analyse, une nouvelle grille de cotation a été établie en attendant la validation empirique de l'épreuve C.A.T. L'interprétation des histoires racontées par l'enfant se base sur plusieurs éléments : le contenu manifeste (les personnages, les actions, les émotions, etc.), le contenu latent (les conflits sous-jacents, les mécanismes de défense, les relations interpersonnelles, etc.) et les aspects formels (le langage, la cohérence, la structure, etc.). Rajoutons à la fin que les créateurs du test ont proposé aussi de nouvelles versions du test où les planches mettent en scène des enfants au lieu d'animaux (C.A.T.-H) ou sont particulièrement destinées aux enfants présentant des problèmes de santé (C.A.T.-S).

Les épreuves thématiques, tel est le cas du C.A.T., ne cessent de susciter bien des débats et des controverses concernant la méthodologie à utiliser pour coter les réponses, les analyser et les interpréter (Simon, 2017, p.22). L'analyse doit prendre en compte le contexte de l'enfant et ses antécédents pour être pertinente et individualisée.

D-F.A.T. (Family Aperception Test, A. Julian, W. M. Sotile, S.E. Henry et M.O. Sotile, 1988, 1999) : cet outil est applicable à partir de l'âge de 6 ans. Il est fondé sur la théorie systémique qui conçoit l'individu comme faisant partie d'un système plus large. Le fonctionnement

familial est appréhendé dans ses aspects structuraux, dynamiques, affectifs et interactionnels. Le F.A.T., qui comprend une série de 21 planches, permet de mettre en évidence des thématiques diverses en rapport, par exemple, avec l'existence de conflits apparents, la résolution des conflits, la qualité des interactions familiales, l'existence de limites définies dans le cadre de la famille, etc. Ce test permet donc l'approche systémique des relations familiales, visualise les différentes thématiques évoquées sur le fonctionnement familial sur une feuille de profils, et propose des directives d'interprétation approfondies et diversifiées (Vibert, 2018).

E-Test Patte Noire (L. Corman, 1959-1961) : le "Patte Noire" est un test projectif complet et très instructif, il s'adresse aux enfants âgés de 4 à 20 ans. Bellak part du constat suivant lequel les enfants s'identifient aisément à des animaux et projettent leur problématique interne. Il s'inspire du «Blacky Pictures Test» de Blum (1950) pour présenter l'histoire d'un seul animal et de sa famille, contrairement au C.A.T. où des animaux différents sont mis en scène à chaque planche. Il existe aussi une version adaptée avec un mouton destinée aux enfants israélites ou musulmans (Corman, 1981).

Ce test comprend 19 planches représentant "les aventures de Patte-Noire", un petit animal nommé ainsi à cause de la tâche qu'il a sur la patte et qui le distingue des autres. Celui-ci se retrouve dans des situations qui explorent les divers conflits du monde infantile, centrées autour des images parentales et de la fratrie: oralité, analité, rivalité fraternelle, punition, abandon, etc. (Marcelli et Cohen, 2009, p.99). Celles-ci ont été élaborées pour leur écho avec les stades universels de développement infantile. Leur dimension à la fois relationnelle et régressive les rend particulièrement utiles face à des profils de patients inhibés, défendus, difficiles d'accès (images d'allaitement, d'étayage parental, de scène primitive, de menace de castration, de souillure anale, de rivalité fraternelle...).

La passation du test se fait en deux temps. Dans un premier temps, il est demandé à l'enfant de raconter une histoire, de la même façon que la méthode classique. Le choix des planches et leur ordre sont établis par l'enfant. Dans un second temps vient l'épreuve des choix (les préférences-identifications), le psychologue lui demande de choisir les planches les plus aimées puis celles les moins aimées, à les classer dans l'ordre de ses préférences, en s'identifiant dans chacune d'elles au personnage dont il désire assumer le rôle. Enfin, on demande à l'enfant de dessiner "le rêve de Patte-Noire" tel qu'il l'imagine ou bien d'énoncer les trois vœux de la fée (Corman, 1981, pp.67-77). L'analyse du récit s'attachera à mettre en avant ces problématiques internes infantiles centrées autour des images parentales et de la fratrie. Divers registres conflictuels seront abordés : l'oralité, la jalousie, l'abandon, la relation au père puis à la mère, la rivalité... Il s'agira également d'observer les mécanismes défensifs mis en place. Enfin, l'analyse des processus identificatoires, de leur évitement voire de leur refus, contribue à cette analyse dynamique de la personnalité (Corman, 1981, pp.186-242).

Plus récemment, Goldman (2014), propose un nouveau guide d'interprétation du test, une trame d'analyse en 7 points fidèlement inspirée par le courant théorique d'inspiration

psychanalytique. Ces étapes d'investigation permettent de guider de façon très claire le clinicien dans son exploration du protocole de Patte Noire.

En plus de ces tests, nous pouvons citer celui de S. Rosenzweig (évaluation de *la tolérance à la frustration*, 1944, 1948), *le test des phrases à compléter* (M. Stein, 1947 ; D. Bonnet, 1951) et *le test de fables* de L. Düss (1950).

L'interprétation de ces tests, en particulier du T.A.T., du C.A.T. et du Patte Noire, est moins rigoureusement codifiée que l'interprétation du Rorschach (Marcelli et Cohen, 2009, p.99). D'autres situations de tests projectifs existent, mais celles-ci sont en général moins bien codifiées que les tests précédents. A ce sujet, nous pouvons citer à titre d'exemple:

F-Test du village (H. Arthus, 1949; M. Monod, 1970, etc.): il consiste, avec un matériel représentant diverses maisons et bâtiments, à construire un village.

G-Scéno-Test (G. Von Staabs, 1938): c'est une épreuve thématique, il présente un intérêt particulier, car il est au carrefour d'une situation d'évaluation et d'approche thérapeutique. Ce test est ainsi très utile pour évaluer les problèmes psycho-affectifs des enfants âgés de 2 à 6 ans, dans certains cas ceux des adolescents et des adultes. Il peut avant tout révéler les troubles névrotiques, faciliter une remontée à leurs sources et soutenir des réflexions sur la valeur diagnostique. Dans la thérapie, il aide le patient à affronter et à réduire ses difficultés intérieures vécues. Cette méthode peut être appliquée lors de consultations et de conversations psychothérapeutiques, elle peut servir de thérapie des profondeurs abrégée, être insérée dans un traitement psychanalytique. Quant à la méthode appelée « thérapie par scéno-test », elle consiste à analyser des désordres psychiques en étudiant les scènes réalisées séance après séance» (Doron, 1985, p.323).

Pour le matériel, il s'agit d'un coffret contenant un grand nombre de jeux, d'animaux, de personnages humains adultes, d'enfants et de bébés, de petits objets ménagers, etc., avec lesquels l'enfant est invité à construire des scènes et les verbaliser. La standardisation du matériel, la signification symbolique assez précise, l'éventail assez ouvert des possibilités offertes permettent à la fois des comparaisons d'un enfant à l'autre, l'interprétation des principales tendances projectives de l'enfant, l'établissement d'un contact infraverbal avec un enfant jeune ou particulièrement inhibé dans l'utilisation du langage, etc. (Marcelli et Cohen, 2009, p.99).

H-Mallette projective première enfance (P. Roman, 1997) : c'est une épreuve projective de jeu destinée aux très jeunes enfants de 6 mois à 4 ans. C'est un outil clinique qui se réclame des méthodes projectives, et s'inscrit dans le courant actuel d'une approche psychodynamique des épreuves projectives. Tout en empruntant à la tradition des épreuves de jeu libre avec la création du Scéno-test (Von Staabs, 1973), la MPPE permet une évaluation de la dynamique du développement psychoaffectif du très jeune enfant. Le choix des éléments de jeu a été réalisé de telle manière à ce que l'épreuve de la MPPE puisse être proposée de manière complémentaire aux échelles de développement (Brunet-Lézine, Bayley) (cités dans Roman, 2005).

I-Tests du bonhomme, de la famille réelle ou imaginaire, de l'arbre : ils nécessitent un matériel réduit (une feuille et un crayon, d'où parfois le nom de test «papier-crayon»). Ce sont des variantes plus ou moins codifiées du dessin chez l'enfant où interviennent à la fois les capacités practognosiques⁹ de l'enfant (d'où la possibilité d'évaluer un niveau de réalisation) et la dimension projective (Marcelli et Cohen, 2009, p.100).

7. L'écoute et le silence

La capacité d'écoute est sans doute l'une des plus évidentes et fondamentales qualités nécessaires à la relation d'aide ou à l'exercice de la psychothérapie. Ainsi, nous comprenons que dès lors que la relation se veut un soutien ou un accompagnement de la personne, interviennent comme données fondamentales tant la qualité de la relation humaine que la qualité de l'écoute. La partie suivante sera réservée à cet élément essentiel de la relation thérapeutique, à ses exigences ainsi qu'aux effets des silences du patient et du psychologue.

7.1. Essais de définition

Pour Blanchet (1991), qui consacre peu de pages à cette question, considère que l'écoute est à la base de l'entretien et celle-ci s'avère encore plus performante lorsqu'elle est instruite par des objectifs précis et un cadre de référence théorique explicite. Selon Santiago Delefosse (2000), en plus de la rareté des auteurs psychologues abordant la question de l'écoute, un certain nombre d'entre eux, malgré l'importance qu'ils accordent à cette conduite, ne prennent pas le temps de s'y attarder et ne différencient pas clairement certains termes (écouter, entendre et comprendre).

Il convient alors en premier lieu de préciser les sens de ces termes, ensuite nous tenterons de définir les spécificités de l'écoute dans notre domaine qui exige la prise en compte d'un certain nombre de paramètres qu'on ne peut tous évoquer ici (théories de référence, éthique de l'être humain en situation, etc.).

Étymologiquement, le terme «écouter» vient de «escolter», qui a donné ausculter ; écouter c'est tendre l'oreille à la recherche de signes, faisant ainsi pencher l'écoute vers une recherche, si ce n'est de diagnostic, du moins d'explication. De son côté, le terme entendre comporte une nuance qualitative quant à la compréhension de ce qui est énoncé, une habileté avec l'autre «s'entendre à», voire une collusion avec l'autre «s'entendre avec» (Santiago Delefosse, 2000, p.225).

Dans le champ thérapeutique, pour Narfin (2012), « *Si entendre est une faculté, l'écoute constitue un outil indispensable du thérapeute, est un art* ». Ainsi, l'écoute thérapeutique ne consiste pas uniquement à entendre avec notre sens auditif les mots prononcés, mais aussi à fournir un effort intellectuel pour identifier, «comprendre» ce qui est dit dans différents registres (réel, symbolique, imaginaire) et à travers différents langages

⁹-Il s'agit d'imiter des séries de gestes simples et complexes impliquant les bras, les mains et les doigts, sans aucune intervention verbale.

(verbaux et non verbaux). Comme il s'agit en outre d'entendre ce que l'autre provoque chez soi. Ceci nous amène à dégager, comme le précisent déjà Bioy et Marquet (2003, pp.51-54), trois niveaux d'écoute : ce qui est dit dans la relation; la recherche du sens des données fournies à travers le langage verbal et non verbal; l'écoute du thérapeute de lui-même

Écouter, d'une certaine manière, n'est pas le but, c'est plutôt le moyen qui, lorsqu'il est employé à l'usage de la personne, permet à celle-ci d'être entendue et comprise. « Être entendu, fait apparemment simple, se révèle d'une puissance remarquable. C'est se sentir exister, pris en compte, considéré » (Randin, 2008, p.74). Et ce, à condition d'offrir à la personne un cadre contenant lui permettant de s'exprimer aussi librement qu'elle le veut, sans qu'elle se sente jugée, ni dirigée, ni censurée ou analysée.

Si nous nous renvoyons maintenant aux courants et leur manière d'aborder la question de l'écoute, nous nous trouvons de nouveau face à la scission épistémologique déjà signalée par l'analyse étymologique : écouter en psychanalyse, par exemple, renvoie à l'idée d'attention, certes flottante, mais attention quand même. Pour la psychanalyse, il s'agit davantage de faire travailler cette écoute en fonction de l'explication que de la compréhension (Freud, 1933; Santiago Delefosse, 1998, cités dans Santiago Delefosse, 2000). En revanche, écouter dans le cadre de la psychologie humaniste renvoie à l'idée de compétence à développer. L'écoute active étant une attitude intérieure, reposant sur une habileté à développer. Pour Rogers, « écouter, c'est avoir la créativité nécessaire pour trouver un sens réel à ce qu'une autre personne nous communique », et il ajoute « écouter une personne, sans porter de jugement sur ce qu'elle dit, et lui refléter ce qu'elle communique, de façon à lui indiquer que nous avons bien saisi ses sentiments » (Rogers, 1970). Dans ce cadre théorique, écouter, prend plus le sens de comprendre.

Quant au silence, il fait intégralement partie de la communication, car il exprime quelque chose et qu'il est indispensable à l'écoute de l'autre. C'est l'un des procédés de la communication non-verbale, mais son interprétation s'avère difficile vu qu'il interfère avec les autres signes, à savoir le type de relation interpersonnelle, la culture de chaque individu et le contexte de la communication (Bonaiuto et Maricchiolo, 2007, cités dans Planchin, 2017). Pour d'autres (Richard et Kramer, 2013, cités dans Planchin, 2017), ils existent différents types de silence qui sont autant de « moments cognitifs ou pré-cognitifs » qui rythment les mots et sentiments venant à la conscience du sujet. Le silence, de leur point de vue, peut être considéré comme une tentative de s'échapper d'un réseau cognitif vécu comme menaçant ou persécuteur, ou encore comme un outil thérapeutique, dans le sens où il permet au patient de se laisser le temps et les moyens de former ses cognitions, un outil donc de restructuration.

Dans le même sens, Narfin (2012, p.49) définit le silence comme un « intervalle de réflexion entre l'émetteur et le receveur. Le silence est le prolongement de la parole, aussi du langage avant le langage. Il nous relie au présent et nous unit aux autres ». Le silence est envisagé ici comme une forme de langage, un phénomène relationnel, et non pas comme une interruption de la communication. L'auteur met l'accent ici sur la notion de continuité entre la communication verbale et non-verbale.

7.2. L'écoute

7.2.1. L'écoute, élément fondamental de la relation clinique et thérapeutique

La capacité d'écoute constitue sans doute l'une des qualités nécessaires à la pratique clinique. Elle fait partie des composantes essentielles de la compétence clinique dont dépend la prise en charge psychologique des personnes en difficulté et l'exercice de la psychothérapie. En effet, écouter l'autre est une nécessité dans notre profession, mais aussi dans un bon nombre de professions du social.

Elle paraît une tâche facile de prime abord, mais elle est beaucoup plus complexe à atteindre dans la réalité. Pour l'exercer professionnellement, il est capital de s'y entraîner. L'écoute thérapeutique a connu un grand essor grâce à l'éminent psychologue humaniste Carl Rogers, qui la considère comme une condition première de l'alliance thérapeutique. Pour lui, les contenus émotionnels d'une situation sont plus importants que les contenus intellectuels, donc c'est du côté du « cœur » et non de la « raison » qu'il faut porter son attention. Ensuite, sur la base des travaux de ce dernier, le psychologue Thomas Gordon (1975) développe le concept de l'écoute active, également appelée écoute bienveillante. Selon Zech (2020), cela implique d'être « actif », de « faire » beaucoup de choses lorsqu'on écoute et donc de développer un ensemble de compétences attentionnelles et d'observation, motivationnelles, cognitives, émotionnelles, communicationnelles et éthiques. Mais l'écoute active n'implique pas de « faire à la place de l'autre, de lui prendre sa responsabilité, il s'agit avant tout de l'accompagner de manière authentique, empathique, respectueuse et chaleureuse.

Le but de cette pratique d'écoute centrée sur la personne est de permettre au sujet de s'exprimer aussi librement, sans qu'il se sente jugé et censuré. L'écoute est dans ce sens « une observation des choses telles qu'elles sont. Elle mène à une découverte un peu plus grande de réalité, ou plus précisément d'une réalité, ou mieux encore d'un fragment d'une réalité, d'un monde, celui d'un être humain unique » (Randin, 2008, p.77).

Mais écouter ne signifie pas non plus laisser parler le sujet sans l'interrompre. En effet, l'écoute a pour première fonction d'organiser les contenus proposés dans l'objectif de construire leur sens, car le partage du sens favorisera une bonne progression d'une interlocution. De ce fait, le recours au questionnement (ouvert, fermé ou questions « relais ») et la reformulation (en forme de résumé, de clarification, de recadrage...) est important dans cette approche afin de s'assurer que l'on a compris au mieux le message de son interlocuteur et de le lui démontrer.

Deux mouvements apparemment opposés caractérisent donc l'écoute active: une forme de passivité (laisser venir), mais aussi une forme d'activité, car il lui revient d'écouter pour comprendre et répondre. « L'écoute active implique ainsi d'écouter et penser en même temps » (Castillo, 2021, p.6). Le patient se trouve, quant à lui, dans la position paradoxale de tenter de comprendre ce que ses propos induisent chez le clinicien, autrement dit, il produit des inférences sur ce que l'autre écoute. L'un est là pour parler, l'autre pour écouter. Cette position renvoie à l'idée d'asymétrie déjà soulignée par plusieurs auteurs (Chiland, 1989).

En somme, Randin *et al.* (2014, p.35) et ses collaborateurs affirment : « l'écoute centrée sur la personne requiert une qualité humaine de relation qui relève d'une manière d'être, d'une qualité de présence (Geller et Greenberg, 2005 ; Schmid, 2009) et d'un engagement personnel particulier (voir Brodley, 2012). Elle demande également une adéquation et une justesse des retours faits par le thérapeute, qu'ils soient volontaires ou involontaires, verbaux (vérification de compréhension, invitation à continuer, etc.) ou non verbaux (mouvements du visage, des yeux, etc.) ». Ce sont ces deux dimensions qui peuvent s'explorer et se travailler dans le cadre d'une formation sur l'écoute en approche centrée sur la personne suivant les critères énoncés par Rogers.

Ainsi, quand l'écoute a lieu dans un cadre contenant, se développera progressivement chez le sujet l'idée qu'il peut dire et surmonter ses éventuelles réticences. Sachant qu'un bon nombre de consultants sont pris dans un double mouvement : d'un côté la nécessité de dire ce qui permettra au thérapeute de comprendre leur situation et de l'autre, la peur de se dévoiler dans leur vulnérabilité, de montrer leurs faiblesses à un étranger. Ce sentiment d'être écouté permettra de plus au sujet d'avoir une confiance à l'égard du clinicien, ce qui entraînera en retour une écoute de ses propos » (Castillo, 2021, p.5). En d'autres mots, si le patient est entendu et en a le retour, alors il s'entend mieux lui-même et découvre qu'il a plus de moyens d'établir des liens entre les faits, de se comprendre et de progresser qu'il ne l'imaginait.

A partir de là, il paraît que les postures issues de l'approche centrée sur la personne et de l'écoute active puissent créer le climat favorable permettant d'accéder à l'expérience de la personne aidée, c'est-à-dire à ce qu'il vit et exprime sur le moment, de répondre à ses divers besoins naturels, de développer un *sentiment d'auto-efficacité*¹⁰ et de favoriser ainsi son *agentivité*¹¹, sa capacité à s'autoréguler, ou encore sa *tendance actualisante*¹² (ou tendance à la réalisation de soi). Autrement dit, Rogers (2005, p.49) précise ceci : « *Plus le client voit dans le thérapeute un être vrai ou authentique, empathique, lui portant un respect inconditionnel, plus il s'éloignera d'un mode de fonctionnement statique, fixe, insensible et impersonnel, et plus il se dirigera vers une sorte de fonctionnement marqué par une expérience fluide, changeante et pleinement acceptante de sentiments personnels nuancés* ».

7.2.2. Les exigences fondamentales d'une vraie écoute de l'autre

L'écoute relève d'une capacité humaine bien plus qu'une technique (Randin, 2008, p.78). Elle repose donc sur la personne qui la pratique et sur son aptitude propre. C'est cette personne qui en fera la qualité. Pour l'écouter, c'est donc à travers l'expérience concrète que peut se faire, fondamentalement, la découverte de ce qu'est une vraie écoute thérapeutique et le processus qu'elle induit et permet chez le patient. Il s'agit là d'un processus de

¹⁰-Elle décrit l'évaluation des compétences à exercer du contrôle sur l'environnement ou sur soi par des actions appropriées (voir Bandura 1982, 1997).

¹¹-Au sens large, c'est le contrôle exercé par les sujets sur leur propre fonctionnement, leurs conduites et l'environnement (voir Bandura, 1986).

¹²-On suppose que l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, pour changer ses représentations, ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même, lui permettant ainsi d'évoluer dans la direction la plus favorable à son épanouissement (voir Rogers, 2001, 2005).

transformation que d'apprentissage nécessitant une formation particulière pour le thérapeute. Nous présenterons dans ce qui suit, d'une façon générale, les exigences à atteindre et les obstacles à franchir pour une bonne écoute thérapeutique :

- ***Centration sur le sujet, le comprendre à partir de son propre cadre de référence :***

Pour être à l'écoute, il ne s'agit pas seulement de maîtriser les règles techniques (reformulations, recadrage...), ou de démontrer de l'empathie, il faut aussi parvenir à rester centré sur le client, tout en étant ouvert à sa propre expérience. Et ce, en se raccrochant à ce que l'on possède, soit ses connaissances, ses références propres, ses préjugés sur l'écoute, en abandonnant aussi l'idée de «faire juste», de « faire bien », d'être donc humble. L'acceptation inconditionnelle de soi, avec ses craintes, ses imperfections, permet de se libérer d'un certain amour-propre pour augmenter le sentiment de considération de soi, et par conséquent d'accéder de plus en plus à la liberté expérientielle indispensable à l'écoute. Dans le cas inverse, l'écouter, ne sera centré sur lui-même, sur son effort, certes important, mais il ne lui reste que peu de disponibilité à l'autre, donc peu de chance de pouvoir l'entendre. Ce sentiment est à la fois intellectuel (un trou dans ma compréhension, quelque chose qui n'est pas « logique ») et organismique (de l'ordre de l'inconfort physique) (Randin *et al.*, 2014, pp.38-39). Cela n'est pas une démarche évidente, et trouver en soi cette manière d'être demande un long cheminement, tant intérieur que professionnel.

- ***Compréhension empathique au lieu d'une compréhension interprétative :***

L'écoute doit porter sur la compréhension de l'autre, au lieu d'être portée sur lui. Celle-ci demande avant toute chose une attention libre, une disponibilité à recevoir, à laisser venir à soi. L'écoute est *réceptive et non émissive*. En d'autres termes, quand le professionnel est trop préoccupé par sa propre recherche de compréhension, il est plus centré sur lui-même et ne pourra véritablement pas, dans ce cas, être disponible à l'écoute de la personne. Ce faisant, l'écouter sort du cadre de référence de la personne qui parle et l'empêche de progresser à sa manière, avec ses éléments personnels. Une telle démarche ne pose évidemment pas problème si la relation est clairement définie comme une situation dans laquelle le professionnel a besoin de recueillir des informations sur la personne, où la relation n'est pas basée sur l'écoute et ne la réclame pas. En revanche, dès lors que la relation se veut un soutien de la personne, interviennent comme données fondamentales tant la qualité de la relation humaine que la qualité de l'écoute (Randin, 2008, pp.73-74). C'est pourquoi un tel système de compréhension interprétatif ou l'explicatif doit être tout d'abord mis à jour, puis déconstruit doucement, avant de pouvoir laisser la place à la recherche de compréhension empathique, c'est à dire à pouvoir pénétrer l'univers intime du sujet comme s'il s'agissait du sien, mais tout en maintenant une certaine distance. Cela s'entraîne, se travaille, à condition que le thérapeute en ait la conscience et la volonté suffisantes.

- ***Évitement de l'application rigide de techniques ou de règles :***

Le professionnel peut préparer un entretien ou une consultation. Il dispose de questions à poser, qui lui permettront de récolter les informations dont il a besoin. Par contre, il ne peut pas préparer un moment d'écoute, dont il ne connaît pas le contenu à l'avance. La seule chose qu'il puisse faire est de s'y préparer, soi. Carl Rogers a été, au cours de sa carrière, secoué en découvrant que l'on essayait d'appliquer de manière technique certaines formes de réponses thérapeutiques qu'il avait décrites (Rogers, 2001, pp. 157-159). L'écoute relève d'une capacité humaine bien plus que technique. Elle compte donc mobiliser les ressources de l'individu et, pour cela, elle table plus sur la qualité et la nature particulière de la relation que sur les compétences techniques du thérapeute. L'idée d'une approche plus intime et moins rigide, en opposition à une application de certains concepts pris comme « règles », ramène à la particularité de l'engagement humain du thérapeute centré sur la personne (Randin *et al.*, 2014, pp.43-45).

- ***Une disponibilité intérieure pour l'autre :***

Pour pouvoir développer une relation de qualité, ceci implique une «disposition» à l'écoute et à l'observation de l'autre dans son ensemble. Ceci semble évident de prime abord, mais n'est pas facile à mettre en pratique car il existe de nombreux facteurs (problèmes personnels, émotions, fatigue, informations que nous avons éventuellement reçues sur la personne avant la rencontre ou celles reçues après celle-ci...) susceptibles de restreindre notre disposition à l'écoute et diminuer potentiellement la qualité et la profondeur de contact que nous pourrions établir avec le sujet. Comment avoir de la place pour écouter une autre personne s'il n'y a pas en soi du calme et un espace libre ?

Il est d'ailleurs plus facile et moins exigeant d'être disponible à écouter ce que dit quelqu'un que d'être disponible à l'autre : « La première est une activité qui peut être relativement mentale et demande une capacité de déconcentration intellectuelle, tandis que la seconde relève d'une attitude, d'une disponibilité intérieure...» (Randin *et al.*, 2014, p.46) .Une fois de plus, c'est par l'expérience vécue et le travail sur soi que l'on apprend à sentir intérieurement son état de disponibilité ou de non-disponibilité. Cela demande beaucoup de temps, de la rigueur et de la persévérance (Zech, 2020).

- ***Prise de conscience des limites et identification des sentiments parasites :***

La congruence est toujours mentionnée comme la première des trois conditions nodales concernant le thérapeute. Si le thérapeute n'est pas suffisamment conscient de lui-même, pas suffisamment authentique, réellement disponible à son patient, donc tout simplement pas congruent, l'écoute sera biaisée et parasitée par certaines pensées, préjugés et croyances. Il faudrait, de ce fait, de la volonté et du courage de revenir sur ces limites, sur ces sentiments, ces caractéristiques imparfaites, de les identifier et aussi de les travailler. Ainsi, nous comprenons que le thérapeute est l'outil, l'instrument de l'écoute. Il est nécessaire qu'il se connaisse lui-même suffisamment, qu'il découvre ses points forts et ses points faibles afin de donner le meilleur de lui-même à son consultant.

En somme, « *L'écoute n'est pas un outil qui s'acquiert, il faut devenir soi-même l'outil de l'écoute. À ces conditions, il devient possible de la pratiquer véritablement et avec la compétence que demande l'exercice de ces métiers si délicats qui touchent à l'humain* » (Randin, 2008, p.78).

7.3. Le silence

Dans le cadre de la relation de soin, certains cliniciens proposent une vision positive du silence, celui-ci n'étant pas considéré comme un défaut ou une faillite de l'interaction, mais exprime plutôt quelque chose et qu'il est indispensable à l'écoute de l'autre. Ce constat est rejoint par Salvador (2013, cité dans Planchin, 2017) qui énonce que « l'écoute passe par le silence qui permet la disponibilité de l'esprit et engendre la qualité de la présence. Le silence ce n'est ni le vide, ni le néant, mais une forme d'engagement et d'échange ». Narfin (2012, p.49), quant à lui, considère que le silence comme un « intervalle de réflexion entre l'émetteur et le receveur ». Il ajoute: « Le silence est le prolongement de la parole, voire du langage avant le langage. Il nous relie au présent et nous unit aux autres ». Le silence est ici envisagé comme « du langage » et comme un phénomène relationnel, et non pas comme une interruption de la communication. Cette idée selon laquelle c'est un « intervalle de réflexion » est appuyée par Planchin (2017).

En outre, Richard et Kramer (2013, cités dans Planchin, 2017) mentionnent qu'il n'existe pas un, mais plusieurs silences, car leurs tonalités peuvent être différentes. Ces différents silences peuvent constituer des « moments cognitifs ou pré-cognitifs » qui rythment les mots et les sentiments venant à la conscience du sujet.

En psychanalyse, le silence est un levier de l'analyse. Le silence est au cœur du travail analytique. Il n'y a pas d'analyse si le silence s'absente, car il est l'indicateur du cheminement des mots. En plus de la liberté de parole que Freud introduit, il considère que le silence est un moyen parmi d'autres pour se mesurer à la censure, ou pour s'y laisser prendre. Il est le soubassement de toute parole, le terreau sur lequel poussent les phrases inattendues (Bolzinger, 2012).

Au cours de l'entretien psychologique, il est important de repérer ce qui est à l'origine du silence. Le silence peut être généré par le patient ou par le psychologue.

7.3.1. Le rôle et les effets des silences du patient

Richard et Kramer (2013 cités dans Planchin, 2017), déjà cités, pensent que le silence peut être considéré dans certains cas comme une tentative de s'échapper d'un réseau cognitif vécu comme menaçant ou persécuteur : des pensées de morts qui tournent en boucles, des ruminations anxieuses sans fin. Faire silence correspondrait ainsi à une stratégie d'évitement, le patient étant absent à lui-même pour ne pas faire face à ce vécu insupportable. A l'inverse, pour d'autres auteurs, le silence est considéré comme un signe de la réalité de la pulsion de mort. Le silence pourrait aussi signifier « absence », l'absence à venir. Ce postulat serait, contrairement à une stratégie d'évitement, plutôt l'acceptation d'une issue réelle et inévitable.

Le silence est également un outil thérapeutique lorsqu'il permet au patient de se laisser le temps et les moyens de former ses cognitions. En effet, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une défaillance ou d'un ralentissement psychique, mais bien d'un outil de restructuration.

Dans le cadre de l'entretien thérapeutique, la question que le non-verbal soulève est certainement celle de l'interprétation. À ce propos, Delhez (2009, p.111) nous fait cette remarque : « il n'est déjà pas facile d'interpréter ce qui se dit ; il paraît a fortiori plus difficile d'interpréter ce qui se tait. Mais tous les silences ne sont pas pareils : c'est par là qu'il faut commencer ». Dans tous les cas, l'interprétation du silence dépend du contexte dans lequel se trouve le patient. Ce facteur a été déjà mis en évidence par Sachs et ses collaborateurs (1974, cités dans Planchin, 2017) à travers leurs études menées sur ce sujet. Ces derniers insistent également sur la nécessité de ne pas produire d'inférence dans l'interprétation, car elle revient à donner un sens à ce qui semble vide.

Dans le cadre de la recherche (qualitative), le chercheur est souvent confronté aux silences des personnes interrogées. Le but du recueil verbal sera alors d'appréhender non seulement ce qu'elles nous disent, mais aussi ce qu'elles taisent, ce qu'elles cherchent à mettre de côté, à effacer, voire à dissimuler et surtout tenter d'en comprendre les raisons sous-jacentes. Une bonne partie de l'apprentissage de la pratique d'entretien réside, en effet, dans cette forme de « *gestion du silence* ». Apprendre la technique d'entretien, c'est aussi savoir « *apprivoiser* » cet instant, ce moment tant redouté, qui est en fait une respiration nécessaire dans l'interaction et constitue parfois le squelette, la matière première sur laquelle le chercheur basera une part essentielle de son interprétation par la suite.

Pour cette raison, dans le cadre de la retranscription des entretiens, les étudiants doivent apprendre à noter les silences avec leur durée, matière essentielle à l'analyse de contenu qui suivra. Les non-réponses sont aussi considérées comme « *une part de silence en soi* » imposée au chercheur: silence sur les questions posées et, par conséquent, silence sur les données, une forme de « *silence volontaire* » ou de « *silence-sensible* » lié à un objet qui semble problématique dans *l'ici et maintenant de la relation* (Haas, 2007, pp.234-239). De plus, il est tout aussi important de s'intéresser aux effets et implications de ce silence sur le chercheur lui-même, et à l'interaction qui se joue entre les deux protagonistes au cours de l'entretien.

7.3.2. Le rôle et les effets des silences du psychologue

Selon Lavoie (2000, p.116), une condition primordiale pour l'écoute, c'est de savoir se taire. Physiquement par l'absence de parole; mais aussi par la capacité de mettre à distance les préoccupations et les difficultés qui pourraient surgir lors du contact avec le sujet. Donc, « L'écoute implique le silence pour faire place à l'autre dans l'espace intérieur. Disponibilité du cœur, attention au dit et au non-dit permettent de détecter le message dans son intensité et d'accueillir la personne avec son histoire, son monde affectif et relationnel, ses souffrances, ses désirs, ses valeurs».

D'après Planchin, nous pouvons retrouver deux sortes de silence chez le psychologue : le silence en réponse au silence du patient et le silence créé volontairement / involontairement dans l'entretien psychologique.

Dans tous les cas, comme le mentionne Richard et Kramer (2013, cités dans Planchin, 2017), il s'agit de «faire silence en soi pour recevoir l'intensité muette des émotions vécues sur le moment par le sujet». En effet, ces auteurs mettent l'accent sur l'importance de cerner les bénéfices apportés par la pause verbale. Il montre ainsi, en recevant et en ponctuant le silence du patient, qu'il partage ce moment émotionnellement fort, ou qu'il perçoit le besoin du patient d'utiliser le silence pour élaborer sa pensée avant de prendre la parole. Mais cela peut correspondre également à un véritable acte communicatif, doté d'une valeur conative particulière (Lebas-Fraczak, 2021), c'est-à-dire qui a pour but de produire un certain effet sur le destinataire. Le silence volontaire du thérapeute pourrait permettre de laisser de la place au patient pour travailler sur lui-même. Le patient pourra même s'appuyer sur le silence de celui-ci comme un guide pour entrer dans son propre silence.

Une autre fonction de l'acte de se taire pendant l'entretien est celle d'attendre et de découvrir le moment juste pour la parole. L'apparition des silences à des moments «stratégiques» de l'entretien, permettent d'avancer l'hypothèse d'une fonction focalisatrice; il s'agit de focaliser ou refocaliser l'attention du patient sur un aspect important de la gestion de sa maladie, avec la visée conative consistant à faire comprendre et à faire admettre quelque chose à celui-ci (Lebas-Fraczak, 2021). De cette façon, combinés à d'autres moyens (verbaux, paraverbaux, non verbaux), les silences peuvent constituer un «outil conatif» intéressant dans l'entreprise d'obtenir l'adhésion thérapeutique d'un patient.

8. Les méthodes d'analyse du discours

L'analyse de contenu est utilisée pour le traitement des données d'un entretien, des questions ouvertes d'un questionnaire, d'un document écrit ou oral, des données de l'observation globale et narrative. Cependant, dans cette partie, nous allons nous focaliser sur certaines méthodes d'analyse du discours, telles qu'elles peuvent s'appliquer particulièrement à l'entretien. Suivant les objectifs du praticien ou du chercheur, la méthode d'analyse nécessite des applications différentes, car les besoins sont aussi différents. Nous devons préciser au début que ces méthodes ont été élaborées par des chercheurs provenant de disciplines diverses (la linguistique, la psycholinguistique, la sémiotique, etc.). D'ailleurs, l'élargissement du champ des possibilités de l'analyse de contenu a été fait avec l'influence de la linguistique qui introduit la notion d'analyse du discours terme que certains préfèrent à celui d'analyse de contenu (Vantomme, 2020, p.6). Mais il est à souligner que l'analyse de contenu concerne surtout le sens du discours, alors que l'analyse du discours influencée particulièrement par les travaux dans le domaine de la linguistique porte plus sur les composants langagiers dans une approche linguistique, formelle et structurelle. Précisons aussi que seul l'entretien enregistré puis retranscrit dans son intégralité peut faire l'objet d'une analyse systématique.

8.1. Essais de définition

L'analyse du contenu est une démarche intellectuelle, plus exactement cognitive, courante et banale. Elle devient outil de recherche en sciences sociales quand, utilisée de façon méthodique, elle permet une recherche de sens ou une attribution de sens au discours émis (Vantomme, 2020, p.4). En sciences humaines et sociales en général et en psychologie en particulier, la méthode des entretiens est souvent associée à ce type d'analyse. Lors d'un entretien d'évaluation ou de recherche ou, même s'il est centré sur un objet précis, le corpus discursif est toujours traversé de plusieurs thématiques. Face à ce corpus, l'évaluateur ou le chercheur va tenter d'identifier ce qui relève effectivement de ce qu'il étudie. Pour ce faire, il doit procéder à une analyse de contenu.

Plusieurs chercheurs ont essayé de définir cette technique en insistant sur certaines dimensions. Pour Bardin (1980, p.9), « *il s'agit d'un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des discours extrêmement diversifiés. Le facteur commun de ces techniques multiples et multipliées (...) est une herméneutique¹³ contrôlée fondée sur la déduction: l'inférence. En tant qu'effort d'interprétation, l'analyse de contenu se balance entre les deux pôles de la rigueur de l'objectivité et de la fécondité de la subjectivité* ». L'analyse de contenu tend à devenir l'analyse de toute forme de communication verbale, écrite et même non-verbale: la gestuelle, l'image, etc. Elle s'intéresse tant aux signifiés qu'aux signifiants, ces deux notions propres à la linguistique; mais pareillement aux conditions de production de cette communication.

Quant à Mucchielli (1996, p.36), l'analyse de contenu correspond à « un terme générique désignant l'ensemble des méthodes d'analyse de documents le plus souvent textuels, permettant d'explicitier le ou les sens qui y sont contenus et/ou les manières dont ils parviennent à faire effet de sens ». Il distingue aussi deux ensembles d'analyse, à savoir les analyses quantitatives et les analyses qualitatives.

Il existe donc plusieurs méthodes d'analyse de contenu permettant l'observation des fréquences, des relations entre différents éléments, d'effectuer des comparaisons entre plusieurs corpus ou entre plusieurs méthodes. Une analyse de contenu dépend de plus du cadre conceptuel dans lequel elle se situe et de l'objectif de l'évaluation ou de l'étude (Vilatte, 2007, p.33).

Par ailleurs, l'analyse de contenu a connu un développement par l'informatisation des procédures, surtout après l'ouvrage de Stone et ses collaborateurs (The General Inquirer, 1966)¹⁴. L'ouvrage décrit un système informatique capable d'analyser de façon automatique le discours en tenant compte des relations syntaxiques entre les éléments. Le système permet de concilier plusieurs modes d'études lexicales: relevés de mots, couples de mots en co-occurrence, de groupes de mots, de thèmes. Le système comprend un code

¹³ -Elle consiste en la recherche de la compréhension et de l'interprétation des phénomènes dans leur singularité.

¹⁴-Stone, P. J., Dunphy, D. C. et Smith, M. S. (1966). *The general inquirer: A computer approach to content analysis*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

préétabli, enregistré en mémoire par la machine. Par la suite, les logiciels d'analyse de contenu n'ont fait que se développer. Il s'agit d'une pratique encore en évolution. Elle regroupe plusieurs méthodes (cette diversité s'explique par ses origines variées) et associe techniques visant l'objectivation, l'émergence du sens avec d'autres techniques visant l'interprétation, l'explication du sens des contenus (l'inférence). (Vilatte, 2007, pp.34-35).

Jusqu'à aujourd'hui, il n'existe pas de théorie, ni de méthodologie générale de l'analyse de contenu satisfaisantes, seule l'expérience du codeur peut suppléer cette carence. Même si la méthodologie de cette analyse de contenu s'est construite contre le risque d'interprétation subjective par le chercheur (impression générale et personnelle du sens du texte), les risques subsistent toujours, la rigueur méthodologique est toujours relative. Il existe plusieurs méthodes d'analyse du discours (thématique, interlocutoire, de l'énonciation, lexicométrique, syntaxique, propositionnelle, etc.). Nous nous limiterons ci-après à trois types seulement en adoptant la démarche de Gérard Poussin (2005) : nous aborderons en premier deux méthodes d'analyse dites de « contenu », à savoir l'analyse thématique aussi désignée sous le terme d'analyse de contenu « classique » et celle de l'énonciation, nous présenterons ensuite la méthode d'analyse dite « propositionnelle ». Le choix du type d'analyse nécessite certainement pour le chercheur de définir les arguments théoriques permettant de justifier la méthode utilisée.

8.2. Les analyses dites de «contenu»

8.2.1. L'analyse thématique

Selon Bardin (1980), l'analyse catégorielle (classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis par regroupement d'après des critères) de type thématique est l'une des approches d'analyse qualitative de contenu. On effectue d'abord un décompte par fréquence de présence (ou d'absence) d'unités définies. On découpe ensuite le texte en unités puis on classe ces unités en catégories selon des regroupements analogiques. Les catégories permettent la classification de ce que l'on considère être les éléments constitutifs du message. Il s'agit donc de repérer des indicateurs qui puissent résumer les multiples sens des messages dans un discours (le registre sémantique). (Dany, 2016). Ce type d'analyse se propose de repérer puis de catégoriser les différents thèmes d'un corpus de manière transversale (thèmes communs à plusieurs individus). Berelson (1971, cité dans Bardin, 1980, p.104) définissait le thème comme : « *une affirmation sur un sujet. C'est une phrase, ou une phrase composée, habituellement un résumé ou une phrase condensée, sous laquelle un vaste ensemble de formulations singulières peuvent être affectées* ». Le thème est ainsi considéré comme une unité de signification complexe indépendante de la forme discursive (Chahraoui et Bénony, 2003, p.147). Celui-ci se dégage naturellement d'un texte analysé selon certains critères relatifs à la théorie qui guide la lecture. Ce travail permet de ramener le texte à des propositions raisonnables, tout en conservant son sens. Comme il permet aussi de comparer le texte avec d'autres textes.

Les thèmes sont définis par deux critères : *l'auto-suffisance et la non-scindabilité*.

L'auto-suffisance : elle signifie que la phrase considérée a un sens, sans avoir besoin de faire appel à un autre élément pour la comprendre.

La non-scindabilité : elle signifie qu'un nouveau découpage détruirait le sens sans aboutir à deux thèmes de sens différents.

Ajoutons à cela que de « bonnes » catégories doivent aussi prendre en compte :

L'exclusion mutuelle: une unité d'enregistrement (généralement le mot ou le thème ne peut être classée dans plusieurs catégories, il faut travailler le codage pour éliminer toute ambiguïté.

L'homogénéité : chaque catégorie ne doit recouvrir qu'une seule dimension.

L'exhaustivité : épuiser la totalité du texte.

La pertinence: les catégories doivent répondre aux questions que posent la recherche et correspondre aux caractéristiques du message.

L'objectivité et la fidélité: des codeurs différents doivent obtenir les mêmes résultats de catégorisation. Les distorsions éventuelles signent une catégorisation ou un codage à revoir (Poussin, 2005, pp.149-150 ; Vantomme, 2020, p.16).

On distingue procédure « close » et procédure « ouverte ». *La procédure close* suppose une grille préalable (ex.les tests projectifs). Toutefois, la plupart du temps, on constitue la grille de dépouillement à partir du corps lui-même et sans aucun a priori, c'est alors *une procédure ouverte*. Dans ce second cas, l'analyse de contenu passe par différentes étapes. Après une lecture de l'ensemble des données, on procédera à l'identification et au repérage des différents thèmes. Ensuite, on réalise des regroupements et des catégories qui permettent de réaliser une grille d'analyse thématique constituée d'une liste organisée de thèmes et de sous-thèmes permettant dans un troisième temps le codage des différents énoncés. Cette grille d'analyse constitue un outil explicatif (Chahraoui et Bénony, 2003, p.147). Par la suite, on passera à l'interprétation selon une procédure verticale (travail émetteur par émetteur) ou horizontale (travail thème par thème). La synthèse finale regroupe les deux temps (Poussin, 2005, p.150). Cette analyse peut aussi être complétée, selon certains auteurs, par une analyse de type lexicale ou propositionnelle.

8.2.2. L'analyse de l'énonciation

Selon toujours Bardin(1980), l'analyse de l'énonciation se distingue des autres techniques d'analyse de contenu par deux caractéristiques majeures, d'une part, elle s'appuie sur une conception de la communication comme processus et non comme donnée et, d'autre part, elle fonctionne par le détour des structures et des éléments formels. L'analyse de l'énonciation considère, donc, qu'un travail se réalise lors de la production de parole, qu'un

sens s'élabore, que des transformations s'opèrent. Ainsi, nous comprenons que l'énonciation ne s'intéresse pas seulement à l'acte de production de paroles, mais aussi au processus qui conduit à cet acte (positionnement et attitude du sujet par rapport à son énoncé, relation du sujet avec son interlocuteur) (Jacobi et Willemin-Stales, 1994, cités dans Chahraoui et Bénony, 2003, p.147). L'objectif de l'analyse de l'énonciation est d'appréhender des niveaux divers et imbriqués, contrairement à la conception classique qui s'appuie essentiellement sur le registre sémantique élémentaire.

L'analyse de l'énonciation s'intéresse aux structures et aux éléments formels du discours. Elle trouve son utilisation optimale dans l'analyse de l'entretien: « le discours n'est pas un produit fini mais un moment dans un processus d'élaboration avec tout ce que cela comporte de contradictions, d'incohérences, d'inachèvement » (Bardin, 1980, p.172).

L'analyse l'énonciation est le résultat d'influences variées. Lacan et la psychanalyse ont fortement participé à la conception d'un discours où la manifestation formelle masque et structure l'émergence de conflits latents. L'intérêt pour les lapsus, les silences, les jeux de mots...constituent des indicateurs importants dans le discours d'un sujet en psychanalyse. L'apport de la psycholinguistique est aussi non négligeable. Ce type d'analyse intéresse beaucoup le clinicien psycho-dynamicien, dans la mesure où celui-ci s'intéresse non seulement à la dimension verbale du discours d'un sujet, mais aussi à la dimension non-verbale (silences, expressions faciales, etc.) et tente de repérer des traces de certains processus psychologiques (mécanismes de défense, par exemple) ou des indicateurs qui montrent comment le sujet se positionne par rapport à son message (temps, catégories verbales, adverbes, etc.).

L'entretien non-directif est le matériau privilégié de l'analyse de l'énonciation. Une fois le matériel est préparé tout en conservant le maximum d'information (contenu et forme), l'analyse doit passer par deux étapes: analyse thématique (découpage par proposition en prenant en compte le contenu) et analyse de l'énonciation qui se fait à différents niveaux (des séquences, des propositions, des éléments atypiques) visant à analyser l'attitude du sujet à l'égard de ce contenu. Puis, on termine par l'interprétation qui résulte de la confrontation des différents indicateurs. Autrement dit, concernant la seconde étape (l'analyse de l'énonciation), l'analyse peut être amorcée par la définition de l'agencement et de la dynamique du discours, c'est-à-dire on doit retrouver la logique intrinsèque qui structure chaque entretien. L'analyse logique délimite les propositions (une phrase ou un élément de phrase) et les relations entre elles. Après cela vient l'analyse séquentielle qui détermine le changement et le passage d'une idée, d'un thème, d'un sujet ou d'un style à un autre; elle permet d'identifier un rythme d'élocution plus global que celui des propositions. On procède ensuite, à scruter le discours sous une perspective stylistique (sobriété, lyrisme, litanies, etc.). Enfin, on relève les éléments atypiques et les figures de rhétorique; c'est le moment de consigner les récurrences (d'importance, d'ambivalence, de dénégation, etc.), les bégaiements, les hésitations, les lapsus, les failles logiques, les alibis, et toutes les autres figures de style (Bardin, 1980, pp.176-187).

8.3. L'analyse propositionnelle

L'analyse propositionnelle du discours est le résultat d'un travail de Ghiglione et Blanchet (1991). On considère ici le texte comme un ensemble de propositions : principales transitives (Sujet-Verbe-Complément) ou intransitives (Sujet-Verbe), ou de propositions subordonnées qui peuvent être décomposées en deux, ou n'en faire qu'une. Il s'agit, en effet, d'un « découpage systématique du discours sur la base d'unités sémantiques » (Albarello, 2003, cités dans Haefliger *et al.*, 2022-2023). Bardin (1980/2013) la décrit comme une variante de l'analyse thématique, en cherchant à « dépasser certaines insuffisances ». En analyse propositionnelle du discours, on cherche à comprendre à travers quelles structures sémantiques s'expriment les acteurs.

L'analyse propositionnelle du discours est fondamentalement une technique formelle, descriptive. Au double sens où, elle ne cherche à traiter que de la forme du discours, de ce qu'il est contenant de sens, et n'envisage qu'à travers une formalisation l'appréhension de ce contenant (Messu, 1991, p.30).

Celle-ci cherche à établir une grille d'analyse des entretiens selon une technique de réécriture foncièrement lexicale. Selon Ghiglione *et al.* (1980, cités dans Messu, 1991), cette grille d'analyse s'établit selon une procédure en quatre phases (étant entendu que le discours à analyser se présente sous la forme d'une retranscription textuelle). Elles sont comme suit :

Première phase: consiste à découper le texte en propositions et de les traiter séparément et aussi d'établir une liste de *référents-noyaux* (*pronoms ou substantifs*), c'est-à-dire des thèmes ou des mots (expressions) clés sur lesquels se greffent des propositions tout au long de l'entretien. Ces derniers ont un rôle clef sur le plan du sens du texte à analyser. Ou, comme l'énoncent les auteurs sus-cités, « ces paradigmes sont donc les principaux sujets intervenant dans les propositions du texte. Un référent-noyau est ainsi constitué d'un terme générique (...) et d'un ensemble d'équivalents (...) explicitement prévus ». Ces référents-noyaux sont identifiés comme tels non seulement pour la fréquence de leur occurrence mais aussi pour le poids significatif de leur utilisation. Ils sont de plus en nombre limité (autour de 15) et doivent rassembler le plus grand nombre de propositions possibles (Ghiglione *et al.*, 1980, cités dans Messu, 1991, p.4 ; Vilatte, 2007, pp.44-45).

Deuxième phase: cette phase de l'analyse comprend un procédé de *réécriture simplifiée de segments de texte*, ce qui implique une « réduction du nombre de ces propositions par diminutions justifiées » en fonction, d'une part, des référents-noyaux circonscrits et, d'autre part, des objectifs de l'étude.

Troisième phase: consiste à *éliminer un plus grand nombre possible de propositions* non constitutives de la structure argumentative du texte analysé en fonction, d'une part, des référents-noyaux circonscrits et, d'autre part, des objectifs de l'étude.

Quatrième phase: au terme de la phase précédente, nous obtenons un ensemble de propositions non redondantes et susceptibles d'être classées selon les référents-noyaux que nous pouvons y rencontrer. Il s'ensuit une opération de *codage des propositions* qui permet d'aboutir à la mise à jour de l'organisation sous-jacente de la production verbale afin de repérer les *stratégies psychologiques de l'œuvre*. Ce codage est appelé «*modèle argumentatif*» (Bardin, 1980). Comme l'écrit Ghiglione *et al.* (1980, cités dans Messu, 1991, pp.16-19), «*les modèles argumentatifs introduisent (...) l'idée d'une structure formalisable sous-jacente à un ensemble de propositions et pouvant en rendre compte* ». Et d'ajouter plus loin : «*Il s'agit donc d'une notion intégratrice et généralisatrice* ». L'ensemble de ces données est ensuite classé dans un fichier de type base de données permettant de réaliser un certain de calculs (tris croisés, fréquences d'occurrence, taux de liaisons entre différents éléments).

L'analyse propositionnelle du discours est devenue l'analyse cognitivo-discursive (Ghiglione *et al.*, 1995, cités dans Poussin, 2005) et est simplifiée par l'utilisation du logiciel TROPES, mais ce logiciel, selon les auteurs, ne permet la même finesse d'analyse.

Par ailleurs, il est important de préciser que ces différentes techniques sont plus ou moins difficiles à appliquer et nécessite, généralement, une assez grande expérience. Celles-ci ne sont pas également exemptes de critiques, Antoine Auchlin (2001, cité dans Poussin, 2005, pp.162-163) les résume dans les phrases suivantes : «*(...); ce que nous nommons «discours», c'est du vécu. A ce titre, son étude ne se réduit légitimement ni à des manipulations cognitives conceptuelles-inférentielles, ni à des séquences d'unités linguistiques fussent-elles complexes et organisées* ».

9. Le bilan psychologique

Le bilan psychologique constitue le produit final de l'étude d'un cas. C'est, en effet, l'effort d'organisation fourni par le clinicien pour articuler les différentes données venant de plusieurs sources pour les présenter d'une manière cohérente et compréhensive. Nous allons décrire ci-après les étapes et les règles à suivre dans la rédaction d'un rendu d'une étude de cas.

9.1. Définition et objectifs

Actuellement, la plupart des psychologues praticiens préfèrent parler de bilan psychologique plutôt que d'examen psychologique. Le mot bilan implique, en effet, l'évaluation d'une situation actuelle, avec la mise en évidence d'un passif, mais aussi d'un actif (Marcelli et Cohen, 2013, p.70), dans le sens où il ne s'agit pas seulement d'une mise à l'épreuve des capacités d'un consultant, mais invite aussi celui-ci à y participer. Cet examen comporte en réalité des investigations exploratoires variées, très sollicitées par les partenaires et les institutions où exercent les psychologues (milieu hospitalier, scolaire, judiciaire, activité libérale, etc.). Et en fonction de l'âge du sujet, de la pratique du psychologue, du contexte de la rencontre, le bilan psychologique possède quelques caractéristiques particulières. Lors des évaluations psychométriques, à titre d'exemple, le clinicien ne doit pas s'intéresser seulement

aux résultats des tests, mais doit souligner aussi les facteurs différentiels et les convergences d'indices à l'intérieur d'une même épreuve ou d'une épreuve à l'autre.

D'une façon générale, il s'agit d'une évaluation clinique globale de la personnalité (dimensions psychoaffective, cognitive et comportementale) d'une personne, d'un couple ou d'un groupe par la mise en place de moyens d'investigation adaptés pour saisir les caractéristiques de son fonctionnement psychique, la singularité de sa problématique actuelle, et ce, en vue de personnaliser les décisions d'orientation et/ou de prise en charge thérapeutique (Leroux, 2022 ; Pons, 2011). Le psychologue doit être en mesure de les réarticuler à la biographie du sujet et à l'anamnèse de la maladie. Cette démarche fait non seulement appel à une bonne connaissance des tests, qu'ils soient psychométriques ou projectifs, à ce qui pourrait s'appréhender comme scientifiquement valide et fidèle, mais elle fait surtout appel aux références psycho-pathologiques et à la clinique dans laquelle s'enracine le psychologue (Samacher, 1992, p.369).

Le but d'un bilan psychologique est de répondre à une question, générale ou spécifique, et peut être de faire des recommandations. La réponse du clinicien s'appuie sur les éléments récoltés lors de l'évaluation clinique, comme elle prend en compte les points-forts du sujet ou du patient, mais aussi les éléments qui rendront difficile la mise en œuvre de la solution proposée.

9.2. Plan de rédaction d'un compte-rendu d'un cas clinique

Le compte rendu d'un cas clinique doit être organisé logiquement. D'une façon générale, il commence par la question qui est posée au psychologue. Ensuite, viennent les données cliniques (observations du psychologue, résultats aux épreuves) puis l'interprétation faite par le psychologue. Ce compte rendu doit être concis, c'est-à-dire qui ne contenant que les informations nécessaires des résultats obtenus et aussi les recommandations. Lorsque d'autres sources que l'entretien et les tests y sont inclus, celles-ci doivent être identifiées par le nom et la profession de la personne. En outre, il faut qu'il soit rédigé clairement pour qu'il soit lu et compris par tous.

L'écriture du compte rendu de bilan est un processus long et complexe qui exige beaucoup d'efforts. Celle-ci ne pourrait se faire qu'une fois toutes les informations venant de sources différentes sont rassemblées. Pour que ce document soit organisé et cohérent, cela nécessite l'élaboration d'un plan. Ce plan permet de garder une ligne directrice dans la rédaction du bilan qui doit donner une réponse à la question qui a conduit à l'évaluation. La longueur de ce document peut aller de trois à une dizaine de pages.

Il est à préciser que l'utilisation d'un plan standard pour toutes les situations comporte trop de risques de rester au niveau des généralités, et donc d'être inutile au consultant. Certaines évaluations sont, en effet, spécifiques et demandent un compte rendu particulier. C'est par exemple le cas des évaluations faites à la demande d'un juge ou d'une évaluation neuropsychologique.

De nombreux plans de compte-rendu de bilan existent. Leroux (2022) a proposé un plan qui permet de répondre à la plupart des situations cliniques que nous avons adapté en fonction du programme en vigueur. En voici les éléments essentiels qui l'organisent:

9.2.1. Renseignements préliminaires

Une fois le titre du document précisé, le psychologue doit mentionner les éléments qui permettent d'identifier la personne concernée : nom, sexe, âge, statut matrimonial, adresse, origine de la demande, dates des rendez-vous, date de rédaction du compte rendu ... Ces données permettent d'éviter de confondre un sujet avec un autre, elles nous donnent une première image de la personne concernée. Ils apportent aussi des éléments d'information clinique.

9.2.2. Origine de la demande/Motif de la consultation

Cette section est brève, mais elle organise toute la rédaction du compte rendu. En effet, les conclusions du compte rendu et les recommandations apportées constituent une réponse à la demande initiale. Cela permet de suivre le travail du psychologue, de la rencontre initiale à ses conclusions en passant par le recueil des informations, la passation des tests, le diagnostic et la formulation clinique.

Le psychologue doit par conséquent comprendre les raisons de la consultation, car ils représentent des éléments importants de l'évaluation psychologique. Il est utile, à ce niveau du compte rendu, qu'il reste au plus près des mots du sujet et d'éviter de donner toute interprétation. Pour certains cliniciens, une fois la demande explicite (manifeste) repérée, il faut aussi dégager la demande implicite (latente), c'est-à-dire avec ses dimensions inconscientes.

Précisons que cette demande n'est pas toujours faite par le sujet lui-même (expertise, consultation demandée par un tiers -médecin, collègue...- dans un cadre institutionnel) et il peut n'avoir accompli aucune démarche puisque c'est le clinicien qui vient le voir (hospitalisation alitement, réanimation...). Toutefois, contrairement à ce que nous croyons, il existe toujours une demande, sous la forme d'un de ses éléments (attente, quête, plainte, recherche d'interlocuteur). Celle-ci ne s'adresse peut-être pas au clinicien, n'est pas une demande d'écoute ou d'intervention (Pardinielli et Fernandez, 2020, p.105).

Dans le cas particulier de l'enfant et de l'adolescent, l'accord parental est requis, l'entretien préliminaire se fait donc en présence d'un ou des deux parents. La demande ici est rarement formulée par ces derniers, c'est plutôt les parents qui les amènent en consultation et il arrive souvent qu'ils soient conseillés par un tiers (pédagogue, médecin scolaire, médecin généraliste, intervenant social, etc.). Dans ce contexte, il faut aussi souligner que derrière la demande objective des parents se dissimulent une autre demande et certaines motivations bien plus profondes que le clinicien doit identifier.

9.2.3. Anamnèse

Cette partie qui concerne l'histoire du sujet a été déjà abordée précédemment, nous nous contenterons dans ce qui suit d'apporter d'autres informations qui sont certainement utiles. Cette partie ne doit être ni courte ni longue, et les informations rapportées doivent permettre de comprendre la trajectoire de celui-ci. On recommande au psychologue de ne rapporter que les éléments utiles à la compréhension du problème actuel.

Au tout début, on peut reprendre les caractéristiques de la personne de façon succincte en mettant l'accent sur les éléments importants. Précisons que le sujet peut entrer dans le compte rendu à différents endroits. L'idée générale de cette partie est d'apporter des informations sur le passé de la personne qui permettent de comprendre sa situation actuelle. Les éléments du développement et les événements de la vie de la personne seront abordés, la genèse des troubles actuels, tout en restant attentif aux rapports qui peuvent exister entre ces troubles et les événements évoqués. Les relations avec les parents et la fratrie sont précisées lorsque cela est nécessaire, les tensions ou les liens privilégiés doivent être également relevés, etc. Le niveau de détail peut varier en fonction de l'importance de l'élément considéré en lien avec la problématique du sujet.

Il faudrait en outre mentionner les traitements précédents suivis, leurs résultats, et la manière dont ils se sont achevés, si le sujet était satisfait ou non du travail accompli, les raisons d'arrêt et sur la demande de qui. Les antécédents pathologiques personnels et familiaux doivent aussi être précisée en tentant d'établir des connections avec les difficultés présentes. Ces informations sont utiles pour la construction de la formulation clinique et du diagnostic. Dans le cadre d'un travail avec une équipe pluridisciplinaire, cette section est l'occasion d'intégrer le travail des autres professionnels. Cela doit être fait avec discernement et soin. Quand il existe des contradictions au niveau des points de vue apportés dans les rapports des professionnels, ces derniers doivent alors être énoncés et discutés. Ces contradictions peuvent constituer un enrichissement permettant de mieux comprendre la situation du sujet, lorsque chacun respecte la position de l'autre. Nous tenons à préciser que cette anamnèse se fera en fonction de l'âge et de la situation de chaque cas (Leroux, 2022, pp.17-19).

9.2.4. Aspect général et comportement du sujet

Cette partie permet de donner au lecteur une description vivante de la personne, de son apparence, de sa façon d'interagir et de la manière dont elle s'engage dans le processus d'évaluation psychologique. Des éléments d'appréciation de la motivation de la personne peuvent être apportés, mais le psychologue doit éviter toute interprétation. La ponctualité est pour le psychologue un premier élément d'appréciation. L'apparence du sujet est aussi importante (sa tenue, sa vivacité ou sa lenteur ...) sont autant d'informations utiles. Sa manière de s'exprimer, son aisance dans l'échange verbal ou non doivent être notés. Le niveau de sa compréhension est bien certainement essentiel. Les silences, les changements de direction dans la discussion ou les mouvements d'agitation doivent être pris en compte et mis

en rapport avec le contenu exprimé. Les comportements étranges doivent être également décrits avec précision, car ils peuvent renvoyer à différentes pathologies.

L'attitude du sujet vis-à-vis de la situation d'examen doit être mentionnée. Certaines personnes s'engagent facilement dans les entretiens, alors que d'autres sont plutôt réservées, voire méfiantes. Comme il est important de prendre en compte les écarts qui peuvent s'observer entre les affirmations et les comportements, et aussi tous les changements que peuvent connaître les attitudes du sujet au long des entretiens et des évaluations. Lors de la pratique des tests, la grande motivation du sujet ou son désintérêt et son indifférence vis-à-vis de la situation sur la performance sont des éléments à prendre en considération dans l'analyse, car la performance est faible lorsque la motivation est trop faible ou trop forte. En l'absence de tests, la motivation demeure un élément important. Par ailleurs, quand le sujet présente un trouble sensoriel, ceci peut impacter son niveau de performance, suivant le canal sensoriel sollicité pendant les tests. Le fait qu'une personne échoue particulièrement aux tests qui sollicitent l'audition plutôt que la vision doit attirer notre attention (Leroux, 2022, pp.20-21 ; Pewzner, 2003, pp.20-21).

En somme, ces observations permettent de récolter des données à différents niveaux : dimension corporelle, le niveau d'activité, la coordination motrice, la manière dont le sujet investit le cadre et le psychologue, les réactions aux limites temporelles et spatiales imposées par le rendez-vous, etc. Chez les enfants, le jeu peut apporter un champ d'observation supplémentaire. Ces éléments permettent au lecteur d'avoir une peinture vivante de la manière dont le sujet interagit, pense et vit les situations.

9.2.5. Aspects sémiologiques et analyse psychopathologique

La description clinique de l'état d'un patient peut se faire, selon certains auteurs, à deux niveaux : 1) niveau sémiologique, 2) niveau des processus psychiques du sujet et de sa subjectivité (parfois appelé « analyse psychopathologique » quand il s'agit de sujets en souffrance). Ce recueil et les moyens déployés sont évidemment dépendants de l'approche théorique du clinicien, du motif de la rencontre (expertise, thérapie..), de l'âge du patient, de sa pathologie et de sa situation.

9.2.5.1. Aspects sémiologiques

Dans cette étape dite « analytique », on doit présenter d'une façon succincte toutes les informations recueillies, à partir des différents outils utilisés, sur les différentes fonctions cognitives et psychologiques. Il s'agit ici de mentionner toutes les manifestations les plus visibles, voire spectaculaires chez le patient.

A- Les fonctions cognitives et mentales

-La conscience et la perception : on peut apprécier différents degrés de l'état de conscience, de la conscience claire, dans laquelle le sujet se rend compte de ses propres difficultés jusqu'aux modifications qui atteignent leur maximum, tel est le cas, à titre d'exemple, de la

confusion mentale. Dans ces états lourds, des changements dans la perception du schéma corporel, de l'image du corps ainsi que dans le rapport au réel, seront observés.

-La perception : la perception c'est la prise de conscience de soi et des objets environnants à partir des données sensorielles. Les altérations de perception de la réalité sont la source des hallucinations. Il est habituel de distinguer les hallucinations psychosensorielles, les hallucinations psychiques ou intra psychiques, les hallucinations psychomotrices, le syndrome d'automatisme mental. On suspecte des hallucinations chez le sujet par des attitudes d'écoute, des attitudes imposées ou des attitudes bizarres.

-L'orientation temporo-spatiale : la désorientation temporo-spatiale est l'incapacité partielle ou totale à se repérer dans l'espace et dans le temps. Elle est caractéristique de la confusion mentale. L'existence de ce problème doit inciter le clinicien à rechercher une souffrance cérébrale. La désorientation est parfois visible (ne pas pouvoir reconnaître ses proches, retrouver sa chambre, confusion des dates et des lieux...) ; comme elle peut être discrète, dans ce cas là il faudrait rechercher les symptômes en posant des questions précises.

-La mémoire : les troubles mnésiques ne sont pas uniquement déterminés par des facteurs neurologiques, mais aussi, dans certains cas, par des mécanismes psychologiques. L'examen clinique et quelques épreuves peuvent permettre de définir le type de trouble et de préciser s'il revient à l'organique ou au psychologique.

-Le langage : le langage est essentiel dans la communication humaine, c'est pourquoi il devrait faire l'objet d'un examen minutieux : forme, production, rythme, expression, syntaxe, sémantique, etc. Dans ce cas également, des facteurs neurologiques sur lesquels repose le fonctionnement du langage sont relativement bien connus aujourd'hui, mais nous devons faire savoir qu'il existe certains troubles sans support organique, de psychogenèse stricte (souvent du registre des psychoses, notamment schizophréniques).

-L'intelligence: les observations accumulées pendant les premiers temps de l'examen permettent d'avoir une première évaluation de l'intelligence du sujet. Mais celle-ci doit être confirmée par d'autres épreuves spécifiques.

Nous pouvons retrouver généralement deux situations : soit l'intelligence est dans la limite de la normale, les facteurs psychologiques sont les premiers à être explorés, mais sans pour autant écarter un éventuel facteur organique sous-jacent ou déclenchant ; soit il ya une atteinte ou insuffisance de l'intelligence : il peut s'agir ici d'une débilité intellectuelle ou d'une démence.

-Le fonctionnement de la pensée : le terme désigne l'activité psychique consciente qui traite des éléments apportés par la connaissance, la mémoire, la perception, l'imagination, en combinant les idées (raisonnements, jugements). Ce fonctionnement peut être perturbé à différents niveaux dans son rythme, dans son contenu habituel (idées fixes, idées délirantes...).

B-L'état émotionnel et affectif : cet état est souvent perçu dès le premier contact avec le psychologue. Les signes qui appartiennent au registre émotionnel sont multiples (peur, angoisse, colère, humeur dépressive, pessimisme, douleur morale, humeur expansive, etc.). Les manifestations anxieuses et troubles de l'humeur sont présents dans un grand nombre de troubles, soit isolés, soit associés à d'autres troubles. Il existe des échelles spécifiques qui permettent de les évaluer et de les quantifier (voir les échelles précédemment présentées).

C-Les fonctions psychomotrices : les troubles des fonctions psychomotrices sont facilement observables et même spectaculaires tels que l'agitation, la crise hystérique, les tics, les stéréotypes, etc.

D-Les conduites instinctuelles et sociales : Il s'agit de troubles liés à l'alimentation, au sommeil, au contrôle sphinctérien, à la sexualité ou aux conduites sociales du sujet. Ces troubles peuvent être bruyants ou dissimulés. L'appréciation du caractère normal ou pathologique de ces conduites, nécessite la prise en compte de l'histoire propre à chaque sujet et les circonstances de leur survenue (Besançon, 2005, pp.18-27; Pewzner, 2003, pp.15-21).

En pratique, dans l'étude clinique d'un cas, ne nous limitons pas seulement aux aspects sémiologiques, mais nous tentons aussi de resituer le problème posé dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : histoire personnelle et familiale du sujet, éléments de sa personnalité, modalités de sa relation avec l'entourage, ses représentations, etc.

9.2.5.2. Analyse psychopathologique

Une fois les différents niveaux de l'activité psychique actuelle sont analysés, il importe en vue d'une d'interprétation, de rapporter les symptômes repérés à un type de trouble psychopathologique, à un type de fonctionnement ou d'organisation psychique, permettant ainsi d'établir un diagnostic. Il est à noter que la manière d'approcher la personnalité d'un sujet dépend de la conception adoptée par le clinicien (catégorielle, dimensionnelle, fonctionnelle...).

En guise de rappel, dans la première conception, la personnalité est considérée comme un ensemble de traits qui *« désignent des modalités durables d'entrer en relation avec, de percevoir et de penser son environnement et soi-même qui se manifestent dans un large éventail de situations sociales et professionnelles »* (DSM-V-TR, 2000). Ces traits deviennent pathologiques quand ils sont rigides et inadaptés et génèrent une souffrance cliniquement significative.

Dans la conception psychanalytique, on ne raisonne pas en termes de « traits » mais de *processus (organisation psychique (types d'angoisse, de conflits, de relation d'objet, de mécanismes de défense...), processus de pensée, fantasmatisation, rapport à la réalité, rapport à l'Edipe...), et non seulement d'observation mais aussi et surtout d'interprétation.* Dans cette approche donc, on se centre principalement sur l'analyse des processus

psychiques ; ce n'est que dans un second temps qu'on se servira des résultats obtenus pour établir des ressemblances entre les individus (Bergeret, 1996 ; Perron, 1985).

Certains auteurs (Pedielli et Fernandez, 2020) distinguent deux niveaux d'analyse, à savoir analyse des processus psychiques et analyse de la subjectivité, même s'ils sont en réalité complémentaires. C'est cette conception que nous présenterons dans la partie suivante :

A- Dynamique des processus psychiques

C'est grâce à l'expression libre offerte au sujet qui livre ses sentiments, ses souhaits, ses souvenirs que le clinicien arrive à repérer les éléments de la subjectivité de celui-ci et de son fonctionnement psychique. Cependant, les données obtenues à partir des méthodes projectives peuvent aussi apporter de précieux compléments. Dans le cas, plus particulièrement des enfants et des sujets en grandes difficultés psychologiques, le recours à la technique de l'observation est inévitable.

Le terme processus peut être décrit comme un enchaînement d'opérations ou de faits corrélés ou en interaction et se déroulant dans un ordre précis pour aboutir à un résultat. Parler de processus psychiques, c'est décrire des phénomènes actifs et organisés dans le temps. Tous les auteurs admettent que ces processus psychiques ne sont pas accessibles directement, mais font objet d'interprétation du clinicien. Les termes et leurs caractéristiques sont liés à une théorie du psychisme (Gilliéron, 2004) et ne recouvrent pas toujours les mêmes éléments. Certains auteurs avancent la notion de « structure » sous des conceptualisations différentes («structure» et «structurale» sont deux choses différentes). D'autres parlent « d'organisation » (psychique, libidinale, de la personnalité...) ou simplement de personnalité, de « fonctionnement psychique », de « fonctionnement mental », « d'ensemble des processus » (Pedielli et Fernandez, 2020, p.90). Ces phénomènes psychiques sont dépendants de mécanismes psychiques internes liés à l'histoire infantile et à la résolution des conflits psychiques structurants (séparations, constitution de l'image de soi, œdipe, travail de l'adolescent...).

Le clinicien ne peut donc les repérer directement, ils exigent de sa part un effort de construction, d'analyse et d'interprétation, à partir des différentes données recueillies lors des entretiens et en s'appuyant sur d'autres productions du sujet.

Certains auteurs (Bergeret, Gilliéron) ont mis l'accent sur certains éléments pour reconstituer cette organisation. La tâche du clinicien à ce niveau est de montrer l'originalité de la combinaison réalisée par le sujet, à partir d'éléments qu'on peut retrouver chez tous, ces éléments fondamentaux sont comme suit :

- La symptomatologie (nature, origine, fonction)
- Les mécanismes de défense (types, effets)
- Nature du conflit (niveau, sens)
- Relations d'objet (Oedipe, objet vs narcissisme)
- Types d'angoisse

- ***La symptomatologie***

Dans la conception psychanalytique le symptôme n'est pas un simple dysfonctionnement, mais un phénomène psychique complexe, reflet extérieur et douloureux de phénomènes internes (conflits, traumas...) (Pardinielli et Fernandez, 2020).

Le clinicien ne se limite donc pas seulement à relever les plaintes du sujet et à découvrir ce qui est à l'origine de sa souffrance, mais tente aussi de connaître comment ce symptôme est apparu, ses rapports avec les événements évoqués, sa fonction, ses effets, la manière dont le sujet s'en défend et ses impacts sur la sphère personnelle et familiale de ce dernier. Nous comprenons ainsi qu'il ne suffit pas dans cette partie de décrire et de nommer les signes, la reconnaissance d'un signe suppose une interprétation à partir des différents éléments récoltés.

- ***Les mécanismes de défense***

Ce concept est d'une grande valeur clinique qui n'est plus à démontrer. Les mécanismes de défense constituent une dimension majeure de la personnalité d'un sujet, ils permettent de comprendre le fonctionnement psychologique de celui-ci, aussi bien normal que pathologique.

Les mécanismes de défense désignent l'ensemble des opérations psychiques utilisées par le moi permettant de lutter contre tout ce qui peut mettre en danger l'intégrité de l'individu. La majorité des mécanismes existent chez tous les sujets. Mais c'est surtout la manière de les utiliser, l'âge et le contexte dont dépendra la normalité ou la pathologie (Vaillant, 1993, cité dans Ionescu *et al.*, 2003, pp.21-22). Dans ce dernier cas, ils sont systématiquement et rigidement employés, comme ils entraînent des effets négatifs car ils exigent une grande dépense d'énergie, ce qui rend le maintien de l'équilibre personnel et l'adaptation à l'environnement difficiles.

En psychopathologie, on range habituellement pour les défenses dites « névrotiques » le refoulement, le déplacement, la condensation, la symbolisation, etc., et parmi les défenses dites « psychotiques » la projection, le déni, l'identification projective, etc. Néanmoins, Bergeret (1996, p.43) précise ceci: «il n'est pas rare de rencontrer des organisations structurelles authentiquement psychotiques qui se défendent contre la décompensation grâce à des défenses de mode névrotique et plus particulièrement de mode obsessionnel par exemple (...). D'un autre côté, on connaît des structures authentiquement névrotiques qui utilisent abondamment la projection ou l'identification projective en raison de l'échec partiel du refoulement... ». Ainsi, selon l'auteur, il y aurait donc intérêt à ne parler, dans une description clinique, que de défense de « mode » « névrotique » ou « psychotique » sans anticiper inutilement sur l'authenticité de la structure sous-jacente des sujets examinés.

La reconnaissance des mécanismes de défense dans la clinique quotidienne est une tâche ardue. Cependant, le clinicien peut reconnaître certaines manifestations comportementales et concrètes de ces derniers. Dans la pratique, ce qui est observé, c'est

plutôt les représentations, les idées, les affects, les comportements qui sont utilisés par le sujet pour lutter contre l'angoisse et ce qui peut nuire à l'équilibre personnel. Ces éléments doivent être relevés dans la construction d'une étude de cas.

- ***Le (les) conflit (s)***

Le conflit est une notion centrale en psychanalyse. Selon Perron (1985), « le psychisme est construit sur et par le conflit ; en tant que système, il se différencie et s'organise en sous-systèmes qui gèrent ce conflit ». Ce qui est décrit là par l'auteur, c'est le jeu des processus, qui traduisent la recherche d'équilibration de forces contradictoires.

Un conflit suppose l'existence d'une opposition entre deux ou plusieurs éléments ou forces déclenchant un sentiment de déplaisir (au moins de l'angoisse) que le sujet tente de résoudre notamment par une mise en œuvre de mécanismes de défense.

Plusieurs types de conflits ont été décrits tant chez Freud que chez ses successeurs : « manifeste, conscient ou préconscient, le conflit peut opposer un désir et un devoir, deux désirs contraires ; latent, il fait s'affronter un désir et une défense également inconscients. (...) le conflit sera dit inter systémique lorsqu'il concerne deux instances différentes (...) et intrasystémique lorsqu'il traverse la même instance (conflit inconscient entre deux pulsions, conflit à l'intérieur du moi) » (Marty, 2009, p.118).

Pour les psychanalystes, il existe une différence entre le contenu manifeste du conflit et son contenu latent. Un conflit actuel réactive toujours un conflit ancien qu'on peut découvrir quand une psychothérapie est entreprise. Ainsi, le travail du clinicien consiste, d'une part, à saisir les conflits vécus par le sujet (leur nature, effets, résolutions utilisées...) et, d'autre part, à s'interroger sur la position du sujet par rapport aux grands conflits structurants (œdipien, dépendance et narcissisme...).

- ***Les relations d'objet***

En psychanalyse, on utilise ce concept pour décrire le type de relation que le sujet entretient avec son monde et, notamment, avec les personnes. Il s'agit ici donc de relation d'objet de façon générale, de représentations de relation à un objet réel, qui ne se limite pas seulement à la vie fantasmatique. Lorsqu'on parle de relation d'objet, Bergeret (2004, p.10) précise qu'on parle en fait d'une interrelation dialectique : « est en cause non seulement la façon dont le sujet constitue ses objets (externes et internes), mais aussi la façon dont ceux-ci modèlent l'activité du sujet ».

Les relations d'objet se construisent au cours du développement. Le mode de relation qui se noue entre le sujet et son environnement dépend de son niveau et son type de développement affectif. Certaines d'entre elles réapparaissent dans la pathologie alors qu'elles semblaient auparavant dépassées. Bergeret (1996) oppose trois formes typiques : relation d'objet « fusionnelle », « par étayage » et « génitale ».

C'est l'anamnèse associative et le récit de certains conflits qui constituent le point de départ de la description de la relation d'objet du sujet. Le clinicien passe d'une représentation des différentes relations décrites par ce dernier avec ses objets pour aboutir à une hypothèse sur le type de relation d'objet.

Malgré les divergences existantes entre les théories sur cet aspect, Pedinielli et Fernandez (2020, pp.95-96) affirment que trois points sont déterminants pour comprendre les relations d'objet du sujet :

1-Les investissements - et les désinvestissements (notamment dans le travail de deuil)- ces derniers sont repérables à partir de ce que dit le sujet des autres, des activités, voire des choses, mais aussi des fonctions corporelles. Le clinicien doit porter un intérêt à deux éléments : la nature de l'investissement (amour, agressivité...) et les caractéristiques des objets investis (hétérosexuel, homosexuel...). Cette analyse se réalise très simplement à partir de ce que le sujet évoque, raconte, de ses plaisirs, de ses craintes, de ses relations avec les autres. Cependant, l'inexistence, dans le discours, de certaines choses (absence de paroles sur un traumatisme ou la mort d'un être cher par exemple) n'implique pas une absence d'investissement. Ceci doit donc attirer plutôt l'attention du clinicien et l'inciter à comprendre les raisons.

2-L'équilibre entre investissements narcissiques et objectaux. Concrètement, le narcissisme s'exprime à travers des faits repérables comme l'estime de soi, la dévalorisation, la surestimation, la dépendance à l'autre, etc., mais aussi à partir d'un certain type de relation à l'objet (objet idéalisé ou l'inverse, double de soi-même...).

3-La question de l'Oedipe (de sa structuration ou de son absence) peut être approchée à partir du rapport du sujet aux interdits, à la culpabilité, à la complétude, aux situations de triangulation, de ses capacités de renoncement, de ses rapports aux catégories parentales...

- ***Les types d'angoisse***

L'angoisse est présente dans une multitude d'états psychopathologiques. Sa définition demeure imprécise. Pour certains analystes, comme Bergeret (1996), certaines formes d'angoisse sont typiques de certains fonctionnements psychiques : l'angoisse de morcellement des psychotiques, l'angoisse de castration des névrosés et l'angoisse de perte d'objet des états-limites. Il est important à préciser qu'on ne peut définir le type d'angoisse à partir d'une simple constatation dans le discours du sujet, ceci nécessite au contraire un travail d'analyse, une articulation de plusieurs éléments permettant de faire une hypothèse.

Dans le cas de la structure psychotique, l'angoisse dominante est celle de morcellement (dévoration, perte de consistance, morceaux de corps dissociés, etc.). Le sujet lutte pour préserver son identité. La relation fusionnelle qu'il établit avec l'objet, le confronte au risque de se déchirer lui-même s'il se sépare avec celui-ci. Cette angoisse apparaît tant en situation d'équilibre qu'en situation de décompensation. Mais si cette angoisse en position d'équilibre est bien endiguée par des défenses spécifiques ; dans la position de déséquilibre,

celle-ci se manifeste sous des formes variées (persécution, destruction, éclatement..). Dans ce type de structure, la fragilité et l'inefficacité du moi donnent lieu à des mécanismes de défense rigides, plus archaïques (projection, déni, dédoublement du moi, clivage du moi..) et provoquent des attitudes déréalisantes.

Dans le cas de la structure névrotique, sur le plan du développement, les problèmes mal résolus se situent à une période plus évoluée. L'angoisse dominante est celle de la castration. «Le moi est complet dans l'économie névrotique mais peut demeurer distordu à ses différents niveaux de fonctionnement soit par suite de difficultés survenues au moment de l'Œdipe, soit en raison de fixations pré-génitales venant perturber l'élaboration génitale plus tardive ; mais il n'est jamais clivé » (Bergeret, 1974/ 1996). Il s'agit là d'une métaphore de l'angoisse de perdre l'objet du désir, de renoncer à quelque chose de la complétude. Les névrosés présentent aussi d'autres angoisses, mais comme ils sont dans une logique œdipienne, elles seront considérées comme des angoisses de castration.

Pour l'état-limite, défini par Bergeret (1996, 2004) comme un aménagement, une astructuration de la personnalité pour la distinguer des deux structures déjà mentionnées, l'angoisse est celle de « l'angoisse dépressive » : il s'agit bien d'une angoisse d'abandon, de perte d'objet. Cliniquement, ce type d'angoisse ne prend pas toujours la forme d'une peur de perdre l'autre : « on rencontre aussi des angoisses de néantisation, de persécution. L'important est que le fait de perdre l'objet les confronte au risque de perdre leur identité, de disparition d'eux-mêmes » (Pardinielli et Fernandez, 2005).

Il est important ici que le clinicien laisse le sujet s'exprimer librement, à son rythme, sans se hâter de nommer ce qu'il dit. C'est à partir des peurs et des angoisses concrètes exprimées et celles qui font l'objet d'une élaboration interprétative par le clinicien qu'on peut dégager les types d'angoisses précédemment citées.

B-Analyse de la subjectivité

Pour le clinicien, elle peut se dégager, entre autres, à partir des éléments suivants : la demande, la singularité du symptôme, le vécu et les représentations intimes, l'histoire et l'intersubjectivité.

Sous le terme de subjectivité, le clinicien note tous les éléments qui paraissent spécifiques de la personne rencontrée. Les événements sont certes importants, mais c'est leur vécu qui constitue la part subjective. La part subjective des symptômes, des comportements, des réalités, des autres, ce que le sujet en dit avec ses mots et ses expressions propres. Le clinicien écoute plus l'énonciation (manière dont le sujet se met en scène dans son message), certains mots qui donnent de la force ou atténuent (adverbes par exemple), certaines tournures (forme réfléchie, négation...), les métaphores et autres figures de style et les mots qui expriment les émotions (Pardinielli et Fernandez, 2020, p.104).

Pour *la demande*, il faut repérer la demande explicite (manifeste) pour dégager la demande implicite (latente). Autrement dit, on doit décoder la demande pour savoir la

reconstruire avec ses dimensions inconscientes, son ambivalence et ses répétitions de positions antérieures.

Concernant *le symptôme*, en psychopathologie lorsqu'on parle du symptôme, on a tendance à le réduire à un processus (qu'est-ce qui le produit, quelle est sa fonction, son sens?) et à une catégorie (comme «obsession», «phobie», etc.). Quant à l'approche clinique de la subjectivité, celle-ci vise ce que le symptôme a de particulier et d'original pour chaque patient, et ce, en s'intéressant à l'histoire du patient, la place du symptôme, la manière de l'exprimer, le rapport à l'autre, les souvenirs, les mots utilisés...

L'abord de *l'histoire* peut se faire de plusieurs manières : relevé des faits saillants de la vie tels que le sujet les rapporte et la manière dont il les interprète (analyse *synchronique* puisque importe ce que dit le sujet au moment où il parle), liens que l'on peut établir de l'extérieur dans la linéarité de l'histoire (analyse *diachronique* permettant de faire des hypothèses sur les réactions possibles du sujet, répétitions de l'histoire notées par le clinicien, manière dont le sujet reconstruit son histoire). Le travail du clinicien consiste ainsi à aider le sujet à édifier cette histoire en lui permettant de faire des liens, de qualifier les événements, de situer sa position par rapport à eux, de relever les répétitions (notamment celles qui proviennent de lui), les périodes dont il ne parle pas, mais aussi les liens qu'il ne peut pas faire et d'exprimer les émotions que les éléments de cette histoire suscitent, etc. (Pedielli et Fernandez, 2020, pp.107-108).

L'expérience vécue, l'expérience subjective constitue aussi un élément très important. On considère que le «vécu» de la personne est un bon révélateur de « l'expérience ». La vie de chaque sujet a été traversée d'épreuves, de moments forts, et il a intégré ces éléments dans une représentation globale de lui-même et acquis un ensemble d'éprouvés qui constituent cette expérience. Restituer l'expérience du sujet consiste donc à prêter attention aux mots qu'il emploie pour désigner ses états affectifs, ses ressentis psychiques et corporels, voire s'interroger sur leur présence à partir de contradictions du discours ou du non-verbal. Mais certaines expériences demeurent inaccessibles, et le clinicien risque de plus de confondre les éprouvés du patient avec les siens.

En fin, la notion d'*intersubjectivité* est descriptive qui implique la relation entre deux sujets actifs et autonomes. La psychanalyse et d'autres paradigmes théoriques ont bien montré que la pathologie du sujet ne pouvait être comprise qu'à partir des relations qu'il entretient avec les autres. Ainsi, le trouble de tel enfant ou de tel adulte n'est compréhensible qu'en le situant dans le contexte dans lequel il vit. Et ceci tout en prenant compte des processus de communication et d'interaction avec le clinicien. Au-delà de ces aspects concrets, il y a des aspects fantasmatiques individuels ou groupaux et aussi mythiques que le clinicien est appelé à définir. Mais cela n'est pas vraiment évident.

Le transfert et le contre-transfert sont des aspects très importants dans une relation thérapeutique. Il est à rappeler ici qu'il s'agit de représentations d'affects et de situations, venant du sujet ou du thérapeute, d'une manière automatique et inconsciente. Certaines manifestations transférentielles peuvent apparaître dès le début de la rencontre (les

représentations qu'il donne d'autres cliniciens déjà rencontrés, le type de relation qu'il dit vouloir établir, etc.), alors que d'autres se remarquent un peu plus tard (l'inhibition massive, la verbalisation abondante, les silences, etc.). Pour les manifestations contre-transférentielles, le clinicien peut les repérer en prêtant attention à ce que le sujet lui dit et ses interprétations, et aux réactions et aux affects émanant de sa personne (Pardinielli et Fernandez, 2020, pp.109-113). Mais cette analyse rencontre certainement des entraves.

9.2.6. Résultats des évaluations et intégration

C'est probablement la partie la plus difficile à écrire, car le psychologue doit intégrer beaucoup d'éléments différents qui viennent des résultats aux tests, de l'observation clinique et de l'anamnèse. La manière dont ces éléments sont réunis dépend de la théorie de référence du psychologue. Les résultats des tests utilisés (en précisant leur nature, date d'administration, durée d'examen) doivent être présentés d'une façon organisée de façon à permettre au lecteur de retrouver les éléments pathologiques repérés et aussi les ressources dont dispose le sujet.

Le but de ce travail est d'arriver à un diagnostic (symptomatique, intra psychique) à partir des informations venant des différentes sources (anamnèse, observation clinique, tests) en vue de proposer le traitement le plus adapté.

Il s'agit là d'une hypothèse de travail révisable avec le temps. Au cours de la psychothérapie, le client peut apporter de nouvelles informations ou précise la manière dont il a vécu telle ou telle situation. Ces nouveaux éléments sont intégrés à la formulation clinique qui devient ainsi de plus en plus précise.

9.2.7. Résumé et recommandations

Le résumé donne une vue d'ensemble sur le sujet et sa situation: précise son identité, le problème qui l'a amené à consulter, les éléments clés de sa biographie, les observations du psychologue et les résultats aux tests administrés qui sont succinctement présentés. La formulation clinique et le diagnostic sont également précisés. Comme il suggère aussi les actions à entreprendre.

Conclusion

La méthode de l'étude de cas est une méthode éprouvée et ancienne, notamment en médecine, en psychanalyse et en psychologie clinique, où les patients sont étudiés cas par cas. Les études de cas ont constitué le «noyau vivant» entre pratique clinique et élaboration théorique, favorisant ainsi le va-et-vient théorico-clinique qui permet d'arriver à une modélisation de plus en plus fine de la réalité.

En psychologie clinique, l'étude de cas demeure au cœur de la pratique clinique. Elle est basée essentiellement sur l'observation approfondie de cas individuels, mais recourt aussi à d'autres procédés pour accéder au fonctionnement psychique. Les données recueillies, dont l'objectivité peut beaucoup varier, sont alors organisées selon les problèmes posés par le patient, les buts poursuivis par le clinicien et son option méthodologique. Ces buts peuvent être pratiques et/ou scientifiques, tel était le cas avec les premiers psychopathologues (Freud, Janet, Kraepelin, etc.) au cours de la période de la fin du 19^e siècle et le début du 20^e siècle. La méthode d'étude de cas était en fait l'un des outils privilégiés de la découverte des troubles. Néanmoins, avec l'apparition des taxinomies descriptives (DSM, CIM), les troubles psychopathologiques ne sont pas seulement décrits à partir de la méthode du cas, mais aussi et surtout avec d'autres méthodes dites extensives (recours à l'observation directe des comportements et aux outils statistiques) dont on connaît les insuffisances.

Au niveau de la pratique clinique, depuis quelques décennies, de nouveaux éléments ont été également introduits. L'intérêt des cliniciens est, en effet, orienté vers les études de cas de groupe qui ouvre à d'autres conceptions du sujet et de l'intersubjectivité (voir à ce sujet la psychanalyse de groupe : Kaës, Anzieu..), mais ce type d'études restent rares. Cette nouvelle pratique impose bien évidemment de sortir des habitudes de penser à partir d'un seul individu pour entendre le groupe avec la complexité des flux associatifs et transférentiels simultanés et successifs de la situation plurisubjective. Cela a donné lieu à une nouvelle approche considérée comme une « extension de la psychanalyse » où ni la dimension du groupe ni la dimension de l'individu singulier ne sont sacrifiées (Canet *et al.*, 2007). Dans ce contexte, l'étude de cas repose avant tout sur l'observation clinique, matrice fécondante de toute pratique clinique, et sur le repérage de l'intrication de l'associativité et des transferts. Cette pratique groupale, comme la pratique individuelle, n'est toutefois pas dépourvue de certaines difficultés...

Dans le cadre de la recherche, l'étude de cas est une méthode de recherche naturellement proche du terrain, et elle est particulièrement appropriée et prisée des chercheurs en sciences sociales, principalement dans la perspective de recherche qualitative. Soulignons que dans le cas des recherches quantitatives, on est probablement à la limite de la définition d'une étude de cas, car on est moins attentif aux phénomènes spécifiques, évolutifs et complexes de la situation. Mais dans le cas de la première approche, où elle est le plus utilisée, l'étude de cas permet de rendre compte des phénomènes en les resituant dans leurs contextes, d'éclairer parfois les liens multiples et dynamiques qui unissent les divers éléments

qui les composent et les processus les plus déterminants. Elle est vraiment la seule à rendre accessible une telle vision holistique des phénomènes étudiés.

Dans cette perspective (qualitative), l'étude d'un cas doit répondre à certaines exigences au niveau de la démarche suivie afin d'établir la valeur des conclusions tirées et produire des résultats crédibles. C'est là le défi que cette méthode pose au chercheur. Ces conclusions doivent apporter un éclairage théorique nouveau, capable de provoquer un échange intellectuel, de changer la manière actuelle de penser le phénomène étudié. Ainsi, la double compétence du chercheur est un atout majeur pour atteindre ce but.

Cette méthode peut, en outre, être appréhendée de différentes manières en fonction du paradigme (représente le modèle ou le schéma de conduite de la recherche) épistémologique adopté par le chercheur (paradigme explicatif, compréhensif, descriptif, etc.) où s'inscrivent ses choix théoriques et méthodologiques.

Dans ce support de cours, nous avons tenu à présenter les éléments essentiels de l'étude d'un cas en psychologie clinique tant dans la pratique clinique que dans la recherche, ses techniques et ses épreuves tout en soulignant leur utilité et leurs limites. Nous avons également précisé les rubriques que doit comporter le compte rendu d'un cas en mettant l'accent sur les règles de base à suivre lors de la rédaction.

Au terme de ce travail, nous pouvons affirmer que la méthode du cas est un bon support d'enseignement et de transmission. Et en tant que méthode de recherche, même si elle fait l'objet de critiques (problème de la généralisation des résultats, le manque d'objectivité des chercheurs...), garde sa pertinence. En effet, en plus de l'analyse en profondeur des phénomènes, elle assure une forte validité interne puisque les phénomènes relevés étant des représentations authentiques de la réalité. Notons, à ce propos, qu'ils sont de plus en plus nombreux les spécialistes qui parlent de la nécessité d'établir des critères spécifiques à la recherche qualitative vu qu'elle s'inscrit dans un paradigme de recherche différent, ayant sa propre épistémologie. L'accès au savoir, selon eux, peut emprunter diverses voies, et chacune comporte ses facteurs de contingence¹⁵. Dans notre domaine, l'approche quantitative et l'approche qualitative peuvent cohabiter et se compléter dans un même programme de recherche (approche mixte), ce qui permet d'examiner le même objet sous des angles variés et de pallier, par conséquent, certaines insuffisances de chacune d'elles.

¹⁵- Ensemble de circonstances fortuites échappant à la prévision et à la volonté et pouvant conditionner un facteur principal.

Liste bibliographique

1. Adam, C. (2012). Jalons pour une théorie critique du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). *Déviance et Société*, 36, 137-169. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2012-2-page-137.htm>
2. Albernhe, K. et Albernhe, T. (2004). *Les thérapies familiales systémiques*. Paris : Elsevier Masson.
3. Allard-Poesi, F. (2002). Kurt Lewin : de la théorie du champ à une science du social (pp. 391-411). Dans S. Charreire et I. Huault (dir.), *Les Grands Auteurs en management*. Paris: éditions EMS Management et Société.
4. Angers, M. (1996). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Quebec: Centre Educatif et Culturel inc.
5. Anzieu, D. (1989/2009). L'anamnèse dans la perspective de Freud. Dans *Le travail de l'inconscient* (pp.581-594). Paris: Dunod.
6. Anzieu, D. (1990). Histoires de cas- Comment dire. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, 25-42.
7. Arbut, G. (2016). Spécificités de l'entretien avec un sujet âgé. Dans *Écouter les sujets âgés* (pp.211-229). Toulouse : Erès.
8. Association Américaine de Psychiatrie (APA). (1994/2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM). Paris: Elsevier Masson
9. Association Américaine de Psychiatrie (APA). (2013/2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Elsevier Masson.
10. Bardin, L. (1980). *L'analyse de contenu*. Paris: P.U. F.
11. Barlatier, P.-J. (2018). Chapitre 7. Les études de cas. Dans *Les méthodes de recherche du DBA* (pp.126-139). Caen : EMS. Récupéré de https://www.researchgate.net/publication/327911877_Les_etudes_de_cas
12. Bélanger, J. (1978). Images et réalités du behaviorisme. *Philosophiques*, 5(1), 3-110. DOI: <https://doi.org/10.7202/203085ar>
13. Belarouci, L. (1997). L'adolescent face à sa sexualité. *Pratiques psychologiques*, 00, 46-51.
14. Benabdelkarim, L. (2018). *Le diagnostic en psychiatrie, quelle validité ?* [thèse de doctorat en médecine, Université Claude Bernard-Lyon1, France]. Récupéré de [file:///C:/Users/ECS/Downloads/THm_2018_BENABDELKARIM_Leo%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ECS/Downloads/THm_2018_BENABDELKARIM_Leo%20(1).pdf)
15. Benhaïm, D. (2011). Intersubjectivité et lien Réflexions sur l'Œuvre de René Kaës. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1 (56), 143 -157.
16. Ben Hamida, S. (2019). *Utilisation de l'échelle de Hamilton dans la prise en charge de la*

dépression en soins primaires dans le Maine et Loire, la Sarthe et la Mayenne [thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, France]. Récupéré de <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20137766/2019MCEM10072/fichier/10072F.pdf>

17. Bénony, H. et Chahraoui, Kh. (1999). *L'entretien clinique*. Paris: Dunod.
18. Bénony, H. (2002). *L'examen psychologique et clinique de l'adolescent*. Paris: Nathan.
19. Ben-Porath, Y.S. et Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF: Manual for administration, scoring and interpretation*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
20. Ben Slama, F. (1989). Changements de position et prise de distance. Dans C. Revault d'Allonnes et al., *La démarche clinique en sciences humaines, documents, méthodes, problèmes*(pp.139-178). Paris: Dunod
21. Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique* (3è éd.). Paris: Dunod.
22. Bergeret, J. (dir.). (2004). *Psychologie pathologique, théorique et clinique* (9è éd.). Paris: Masson.
23. Bernaud, J.-L. (1998). *Les méthodes d'évaluation de la personnalité*. Paris: Dunod.
24. Bernaud, J.-L. (2000). *Tests et théories de l'intelligence*. Paris: Dunod
25. Bernier, R. (1991). L'ontogenèse de l'individu: ses aspects scientifiques et philosophiques. *Archives de Philosophie*, 54 (1), 3-42. Récupéré de <https://www.jstor.org/stable/43036798>
26. Besançon, G. (dir.). (2005). *Manuel de psychopathologie*. Paris: Dunod.
27. Besche-Richard, C. et Bungener, C. (2018). *Psychopathologies de l'adulte Approche intégrative*. Paris: Dunod.
28. Bioy, A. et Marquet, M. (2003). *Se former à la relation d'aide. Concepts, méthodes, applications*. Paris: Dunod.
29. Blanchard-Laville, C. (1999). L'approche clinique d'inspiration psychanalytique: enjeux théoriques et méthodologiques. *Revue française de pédagogie*, 127, 9-22. DOI: <https://doi.org/10.3406/rfp.1999.1081>
30. Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire: l'entretien*. Paris: Armand Colin.
31. Bolzinger, C. (2012). La voix du silence en psychanalyse. *Sigila*, 29, 59-69. DOI : 10.3917/sigila.029.0059
32. Bouchard, S. (1990). *Traduction. Fidélité et validité d'un inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété* [mémoire de maîtrise en psychologie, Université Laval, France]. Récupéré de <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/e7fe77d5-4814-42dd-8ada-75668b91e765/content>

33. Boudon, R., Besnard, Ph., Cherkaoui, M. et Lecuyer, B.-P. (2005). *Dictionnaire de sociologie* (2è éd.). Paris: Larousse.
34. Bouvard, M. et Cottraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie* (3è éd.). Paris: Masson.
35. Brazelton, T.-B., Cramer, B., Kreisler, L., Schäppi, R. et Soulé, M. (1983). *La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé ?* (2è éd.). Paris: ESF.
36. Brus, M.O. (2022). Chapitre 4. Anamnèse et alliance. Dans *EFT, Emotional Freedom Technique en 45 notions* (pp.36- 46). Paris: Dunod.
37. Brusset, B. (1994). Diagnostic psychiatrique et psychopathologie. Dans D. Widlôcher, *Manuel de psychopathologie* (pp.65-81). Paris: P.U.F.
38. Brusset, B. (2004). Enquête familiale et anamnèse. Dans S. Lebovici, M. Soulé et R. Diatkine (dir.). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Tome I (pp. 509-517). Paris : P.U.F.
39. Bouvet, C. et Camart, N. (2021). Chapitre 9. L'entretien clinique en pratique. Dans *Les 22 grandes notions de la psychologie clinique et de la psychopathologie* (pp.159-172). Paris: Dunod.
40. Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte, vol. 1, L'Attachement* (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris: P.U.F.
41. Brelet-Foulard, F. et Chabert, C. (dir.). (2002). *Nouveau Manuel du TAT. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
42. Bydlowski, M. (2000). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité* (3è éd.). Paris: P. U. F.
43. Cahn, P. et Spenle, A. (1953). Un test de projection pour enfants : le C.A.T. *Bulletin de psychologie*, 6 (7), 440-446. DOI : <https://doi.org/10.3406/bupsy.1953.6189>
44. Canet, G., Falquet, C. et Lecourt, É. (2007). Enjeux et actualité de l'étude de cas clinique de groupe dans la recherche contemporaine. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 68, 165-178. DOI : 10.3917/rppg.068.0165
45. Carroll, Ch. (2001). *Validation partielle d'une version abrégée du MMPI-2, le mini-clinique, avec une population normale* [mémoire pour l'obtention du grade de maitre en psychologie (M-Ps.), Université Laval, Canada]. Récupéré de <https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp04/MQ60624.pdf>
46. Castillo, M.-C. (2021). L'écoute dans les contextes cliniques : entre art et technique. *Rhizome*, 79, 5-6. DOI : 10.3917/rhiz.079.0005
47. Castro, D. (dir.). (2006). *9 Etudes de cas en clinique projective adulte: questions diagnostiques, troubles de la personnalité, évaluation thérapeutique*. Paris: Dunod.

48. Castro, D. (dir.). (2009). *9 études de cas en clinique projective adulte : Rorschach, TAT*. Paris : Dunod.
49. Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris: Dunod.
50. Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris: Dunod.
51. Chabert, C. et Azoulay, C. (dir.). (2011). *12 Etudes cliniques en psychologie projective. Approche psychanalytique*. Paris: Dunod.
52. Chabrier, L. et Cariou, M. (2006). *Psychologie clinique*. Paris: Hachette Supérieur.
53. Chahraoui, Kh. et Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
54. Champoux, L., Couture, C. et Royer, E. (1992). *École et comportement. L'observation systématique du comportement*. Québec: Ministère de l'Éducation Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires. Récupéré de <https://www.studocu.com/row/document/institut-superieur-des-sciences-humaines-de-tunis/psychologie/l-observation-du-comportement/37724651>
55. Charazac, P. (2012). *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille* (2^e éd.). Paris: Dunod.
56. Chiland, C. (dir.). (1989). *L'entretien clinique* (3^e éd.). Paris: P. U.F.
57. Chouvier, B. (2008). *5 cas cliniques en psychopathologie de l'enfant*. Paris: Dunod.
58. Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris: Dunod.
59. Ciccone, A. (2012). La pratique de l'observation. *Contraste*, 36, 55-77. DOI : 10.3917/cont.036.0055
60. Collerette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 50, 81-89. Récupéré de <http://promothee2004.free.fr/Documents/L/etudedecas.pdf>
61. Corman, L. (1961/1981). *Le test P.N. Manuel 1* (7^e éd.). Paris : P.U.F.
62. Coq, J.-M. (2019). *10 cas cliniques en psychopathologie de l'enfant*. Paris: Dunod.
63. Cramer, B. et Palacio-Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés: études cliniques et technique*. Paris: PUF.
64. Dany, L. (2016). *Analyse qualitative du contenu des représentations sociales*. Récupéré de <https://amu.hal.science/hal-01648424>
65. De Becker, E., François, A., Kinoo, Ph. et Malchair, A. (2015). La question du diagnostic en psychiatrie infanto-juvénile. *La psychiatrie de l'enfant*, 58, 571-594. DOI : 10.3917/psy.582.0571

66. Delhez, R. (2009). Les silences, les moments de malaise, les moments de détresse. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 83, 111-118. DOI : 10.3917/cips.083.0111
67. Doron, J. (1985). Comparaison de l'espace projectif du scéno-test et du dessin. *Bulletin de psychologie*, 38 (369), 323-333. DOI : <https://doi.org/10.3406/bupsy.1985.12672>
68. Doron, J. (2001). *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*. Paris : Dunod.
69. Debray, R. (1987). *Bébés / mères en révolte*. Paris : Le Centurion.
70. Demazeux, S. (2008). Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? *Philon sorbonne*, 2, 67-88. DOI : <https://doi.org/10.4000/philonsorbonne.166>
71. Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.
72. De Vooght, L. (2003). Symptômes négatifs dans la psychose méthode du dictionnaire approches psychanalytique et phénoménologique. *Cahiers de psychologie clinique*, 21, 107-125. DOI : 10.3917/cpc.021.0107
73. Dugnat, M.(dir.) (2001). Comment observer un bébé avec attention ? Avec qui ? Comment ? Quand ? Pourquoi ? Toulouse: Erès.
74. Dumet, N. et Ménéchal, J. (2017). *16 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*. Paris: Dunod.
75. Emmanuelli, M. (2013). L'interprétation des méthodes projectives. Introduction. *Le Carnet psy*, 169,24 -26. DOI : 10.3917/lcp.169.0024
76. Fernandez, L. et Pedinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84, 41-51. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41.htm>
77. Formarier, M. (1991). La science d'hier à aujourd'hui, réflexions autour de sa genèse et de son développement. *Recherche en soins infirmiers*, ARSI, 24, 68-69. DOI : 10.3917/rsi.024.0060
78. Freud, S. (1985). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Essais de psychanalyse* (A. Bourguignon *et al*, trad.) (pp. 47-128). Paris: Payot. (Œuvre originale publiée en 1920).
79. Freud, S. (1990). *Cinq psychanalyses* (M. Bonaparte et R.M. Loewenstein, Trad.). Paris : P.U.F. (Œuvre originale publiée en 1954).
80. Freud, S. (1995). 35e leçon : d'une vision du monde, *Œuvres XIX* (242-268). Paris : P.U.F. (Œuvre originale publiée en 1933).
81. Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

82. Gaillard, F., Colasse, M., Guilhard, C. et Michel, R. (2011). Pertinence et nécessité de l'examen psychologique de l'enfant. Dans R. Voyazopoulos, L. Vannetzel et L.-A. Eynard. *L'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures* (pp. 125-178). Paris: Dunod.
83. Gaspard, C. (2019). La méthode de l'observation pour vos recherches : définition, types et exemples. Récupéré le 02 Novembre 2024 de <https://www.scribbr.fr/methodologie/observation/>
84. Gibeault, A. (2017). Introduction théorique à la question de la remémoration. Société psychanalytique de Paris. Récupéré le 20 janvier 2024 de https://www.spp.asso.fr/textes/textes-et-conferences/rencontres-de-spp/2017_remémoration-dans-la-cure/introduction-theorique-a-la-question-de-la-remémoration/
85. Ghiglione, R. et Blanchet, A. (1991). Analyse de contenu et contenus d'analyses. Paris: Dunod.
86. Gilliéron, E. (2004). Le premier entretien en psychothérapie. Paris: Dunod. « Histoires de cas », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, 1990.
87. Goldman, C. (2014). Le Test de Patte Noire, guide d'interprétation clinique. Paris : Ecpa.
88. Grollier, M. et Doucet, C. (2013). Quel usage du diagnostic pour le psychologue clinicien ? *Cliniques méditerranéennes*, 88, 143-162. DOI : 10.3917/cm.088.0143
89. Gueniche, K. (2005). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris: Armand Colin.
90. Haas, V. (2007). De l'incommunicable à l'intransmissible : la gestion du silence dans l'entretien de recherche. *Recherches qualitatives, Hors-série « Les Actes »*, 3, 232-242. Récupéré de http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/HAAS-FINAL2.pdf
91. Haefliger, E., Zanetti, N. et Crétard, T. (2022-2023). *Cours Conduite de la recherche*. Récupéré le 26 Décembre 2023 de https://edutechwiki.unige.ch/fr/Analyse_de_contenu
92. Hardy, P., Servant, D. et Cialdella, P. (2000). *Échelles d'évaluation de la psychopathologie*. Récupéré le 30 Janvier 2024 de https://fr.slideserve.com/rue/chelles-d-valuation-de-la-psychopathologie-d-apr-s-p-hardy-d-servant-1999-et-p-cialdella-31#google_vignette
93. Honoré de Balzac : présentation de la comédie humaine (s.d.). Récupéré le 20 avril 2024 de <https://www.maxicours.com/se/cours/honore-de-balzac-presentation-de-la-comedie-humaine/>
94. Huber, W. (1987). *La psychologie clinique aujourd'hui*. Bruxelles: Mardaga.
95. Huber, W. (1993). *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*. Paris: P.U.F.
96. Huteau, M. et Lautrey, J. (2006). *Les tests d'intelligence*. Paris: La Découverte.
97. Huys, V. (2021). Le rôle des discours dans la relation de soin. *Espaces Linguistiques*, 2, 35-45. DOI: 10.25965/espaces-linguistiques.344

98. Ionescu, S., Jacquet, M.-M. et Lhote, C. (2003). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique* (2è éd.). Paris:Nathan/VUEF.
99. Jung, C. G. (1958). Définitions. Dans C. G. Jung, *Types psychologiques* (2è éd.) (Y. Le Lay, trad.). Suisse, Genève : Georg & Cie. (Ouvrage original publié en 1921). Récupéré de <http://le---chemin---au---de-la.blogspot.fr/2009/07/individu---individualite---individuaton.html>
100. Kreisler, L., Fain, M. et Soule, M. (1978). *L'enfant et son corps: études sur la clinique psychosomatique du premier âge*. Paris : P.U.F.
101. La définition de Anamnèse (s.d.). Récupéré le 23 juillet 2023 de <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-anamnese.html>
102. Lagache, D. (1973). *L'unité de la psychologie* (3è éd.). Paris : P.U.F. (Ouvrage original publié en 1949).
103. Lagache, D. (1977). *Les hallucinations verbales et travaux cliniques, Œuvres I (1932-1946)*. Paris: P.U.F.
104. Lagache, D. (1979). Psychologie clinique et méthode clinique. Dans D. Lagache, *Œuvres complètes* (tome II). Paris: P.U.F. (Ouvrage original publié en 1949).
105. Lamour, M. et Barraco, M. (1999). *L'observation du bébé. Méthodes et clinique*. Paris: Gaëtan Morin éditeur.
106. Laveyssiere, M.-T. (2003). *Freud. Choix de textes*. Paris: Elsevier Masson.
107. Lavoie, L. (2000). L'accompagnement, l'écoute des valeurs et la pratique de la psychologie des relations humaines. *Interactions*, 4(2), 103-126. Récupéré de https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-etudiant/Revue_Interactions/Volume_4_no_2/V4N2_LAVOIE_Louise_p103-126.pdf
108. Lebas-Fraczak, L. (2021). *Le défi de l'adhésion thérapeutique : place, rôle et effets des silences*. Récupéré de <https://hal.science/hal-03469125>
109. Lebovici, S. et Stoléru, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : les interactions précoces*. Paris: Le Centurion.
110. Leroux, Y. (2022). *Rédiger le compte rendu de bilan psychologique*. DOI:10.13140/RG.2.2.36518.60485
111. Lessart-Hebert, M., Boutin, G. et Goyette, G. (1997). *La recherche qualitative: fondements et pratiques*. Bruxelles: De Boeck.
112. Manet, G. (2020). *Comment conduire une anamnèse en psychothérapie?* Récupéré le 2 décembre 2023 de <https://ghylainemanet.com/comment-conduire-anamnese-psychotherapie-349.html>
113. Manzano (dir.) (1996). *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*. Chêne-Bourg : Médecine et hygiène.

114. Marcelli, D. et Cohen, D. (2009). *Enfance et psychopathologie*. Paris: Elsevier Masson.
115. Marcelli, D. et Cohen, D. (2013). *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Elsevier Masson.
116. Marty, F. (dir.). (2009). *Les grandes problématiques de la psychologie clinique*. Paris: Dunod.
117. Marty, F. (dir.). (2011). *Psychopathologie de l'adolescent : 10 cas cliniques*. Paris: In press.
118. Matza, L. S, Morlock, R., Sexton, C. et Malley, K. (2010). Identifying HAM-A cutoffs for mild, moderate, and severe generalized anxiety disorder: HAM-A severity ranges. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(4), 223-232. DOI : 10.1002/mpr.323
119. Mazet, Ph. et Houzel, D. (1993). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Maloine.
120. Mellier, D. (1995). Le travail de fonction contenante et l'observation du nourrisson selon E. Bick. *Dialogue*, 128, 16-27.
121. Ménéchal, J. (1997). *Introduction à la psychopathologie*. Paris: Dunod.
122. Ménéchal, J. (1999). *Qu'est-ce que la névrose ?* Paris: Dunod.
123. Messu, M. (1991). L'analyse propositionnelle du discours. *Cahier de recherche*, 15, 1-30. Récupéré de <file:///C:/Users/admin/Downloads/C15.pdf>
124. Millet, L. (1993). Conférence: la clinique, histoire, théorie, pratique. *Recherche en soins infirmiers*, 34, 5-13. DOI : 10.3917/rsi.034.0005
125. Mirabel-Sarron, C. et Vera, L. (2014). Les évaluations quantitatives. Quand et comment les utiliser ? Exemples de questionnaires et échelles. Dans *L'entretien en thérapie comportementale et Cognitive* (2^èéd.) (pp.54-76). Paris: Dunod.
126. Mucchielli, R. (1996). *L'observation psychologique et psychosociologique*. Paris: Éditions ESF.
127. Narfin, R. (2012). Les vertus des silences dans la relation de soins. *La revue de l'infirmière*, 61 (177), 49-50.
128. Nicolas, E. (2020). *Les symptômes négatifs de la schizophrénie mesurés à l'aide de la SNS influencent-ils de manière négative l'observance thérapeutique dans cette pathologie ?* [thèse de doctorat en médecine, Université Rouen, France]. Récupéré de <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03033849/document>
129. Noël, D. (2010). Le symptôme dans tous ses états. *Figures de la psychanalyse*, 19, 131-140. DOI : 10.3917/fp.019.0131
130. Norimatsu, H. et Cazenave-Tapie, P. (2017). Techniques d'observation en Sciences humaines et sociales : actes du 52^{ème} Congrès International de la Société d'Ergonomie de Langue Française (SELF) (pp. 529-532). Toulouse, France. Récupéré de <https://univ-tlse2.hal.science/hal-01990071>

131. Numa, W. (2014). *Résumé du cours sur l'entretien clinique*. Université Franco-Haïtienne du Cap-Haïtien (CHCL). Récupéré le 27 juillet 2023 de <https://www.facebook.com/notes/les-m%C3%A9thodes-en-psychologie-cours-dispens%C3%A9-par-m-numa-au-chcl/r%C3%A9sum%C3%A9-du-cours-sur-lentretien-clinique/321749447989165/>
132. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2022). *Classification internationale des maladies (CIM)*. Genève : OMS.
133. Parry, R. (2018). *L'assommoir et «Le Roman Expérimental» d'Emile Zola* [mémoire de maîtrise en arts, Georgia State University, États-Unis]. Récupéré de https://scholarworks.gsu.edu/mcl_theses
134. Pedinielli, J.-L. (2012). *Introduction à la psychologie clinique* (3^è éd.). Paris: Nathan.
135. Pedinielli, J.-L. et Gimenez, G. (2016). *Les psychoses de l'adulte* (3^è éd.). Paris : Armand Colin.
136. Pedinielli, J.-L. et Fernandez, L. (2020). *L'observation clinique et l'étude de cas* (4^è éd.). Paris : Armand Colin.
137. Perron, R. (1985). *Genèse de la personne*. Paris: P.U.F.
138. Perron, R. et Perron-Borelli, M. (1994). *Le complexe d'Oedipe*. Paris: P.U.F.
139. Perry, J.C., Guelfi, J.-D., Despland, J.-N. et Hanin, B. (2009). *Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation* (2^è éd.). Paris: Masson.
140. Pewzner, E. (2000). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris: Dunod.
141. Pewzner, E. (2003). *Naissance et développements de la psychopathologie*. Paris: Dunod.
142. Pichot, P. (1994). *Les tests mentaux* (14^è éd.). Paris: P. U. F. (Ouvrage original publié en 1954).
143. Piot, M.-A. (2010). Le diagnostic en psychiatrie. Dans E. Hirsch, *Traité de bioéthique*, T.2 (pp.360-373). Toulouse: ERES. Récupéré de <https://www.cairn.info/traite-de-bioethique-2-9782749213064-page-360.htm>
144. Planchin, A. (2017). *La place et le rôle du silence dans la relation patient-psychologue en Unité de Soins Palliatifs* [Mémoire de DU Accompagnement et fin de vie, Université Paris 6, France]. Récupéré de <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01616139/>.
145. Pons, E. (2011). L'examen psychologique. Articulation entre éléments diagnostiques et émergence du sujet. *Le Journal des psychologues*, 289, 16-20. DOI : 10.3917/jdp.289.0016
146. Poussin, G. (2005). *La pratique de l'entretien clinique* (3^è éd.). Paris: Dunod.
147. Prat, R. (2005). Panorama de l'observation du bébé selon la méthode Esther Bick dans les pays francophones. *Devenir*, 17, 55- 82. DOI : 10.3917/dev.051.0055

148. Qu'est-ce que les matrices progressives de Raven ?(s.d). Récupéré le 15 janvier 2024 de <https://spiegato.com/fr/quest-ce-que-les-matrices-progressives-de-raven>
149. Rabeyron, T. (2018). *Psychologie clinique et psychopathologie. Cours, exemples cliniques, entraînement*. Paris: Armand Colin.
150. Randin, J.-M. (2008). Qu'est-ce que l'écoute? Des exigences d'une si puissante « petite chose ». *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 7, 71-78. DOI : 10.3917/acp.007.0071
151. Randin, J.-M, Leal, M., Aguet, C., Chaboz, V. et Richter, J. (2014). Aux fondements de l'écoute centrée sur la personne. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 19, 32 -57. DOI : 10.3917/acp.019.0032
152. Rauch de Traubenberg, N. (1990). *La pratique du Rorschach* (6é éd.). Paris: P.U.F.
153. Restoin, A., Montagner, H., Rodriguez, D., Girardot J.-J., Casagrande, C.et Talpain, B. (1984). Ce que peut apporter l'éthologie à la connaissance du développement des comportements sociaux de l'enfant. *Bulletin de psychologie*, 37 (365), 603-619. DOI: <https://doi.org/10.3406/bupsy.1984.13294>
154. Revault d'Allonnes, C. *et al.* (1989). *La démarche clinique en sciences humaines, documents, méthodes, problèmes*. Paris: Dunod.
155. Revault d'Allonnes, C. et Barus-Michel, J. (1980-1981). La psychologie sociale. *Bulletin de Psychologie*, 34(349), 239-246. Récupéré de https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1981_num_34_349_12048
156. Richard, F. (1996). Le diagnostic en situation clinique. *Psychologie clinique et projective*, 2 (1), 125-141. DOI : <https://doi.org/10.3406/clini.1996.1089>
157. Rogers, C.R. (1970). *La relation d'aide et la psychothérapie* (J.-P. Zigliara, trad.). Paris : ESF. (Ouvrage original publié en 1942).
158. Rogers, C. R. (2001). *L'Approche centrée sur la personne* (H-G. Richon, trad.). Lausanne: Éditions Randin (Ouvrage original publié en 1989).
159. Rogers, C. R. (2005). *Le développement de la personne* (2è éd.) (E. L. Herbert, trad.).Paris: Dunod. (Ouvrage original publié en 1967).
160. Roman, P. (2005). La Mallette Projective. Première Enfance (M.P.P.E): un outil clinique pour l'évaluation de la personnalité du jeune enfant. *Devenir*, 17(3), 233-259. DOI: 10.3917/dev.053.0233
161. Roussillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N. et Roman, P. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris: Elsevier Masson.
162. Roustant, O. (s.d.). *L'écoute active. Postures, techniques et outils au service de l'accompagnement de la personne, de la gestion de conflit et de la relation saine*. Réunion.

Récupéré de <https://www.ac-reunion.fr/fileadmin/ANNEXES-ACADEMIQUES/02-MISSIONS-ACADEMIQUES/mission->

163. Roux-Levrat, J. (1995). Le travail de liaison de l'observatrice à la crèche. *Dialogue*, 128,70-92.
164. Samacher, R. (1992). Un bilan psychologique. Pourquoi faire ? *Bulletin de psychologie*, 45 (406), 366-372. DOI : <https://doi.org/10.3406/bupsy.1992.14151>
165. Samacher, R. (2005). *Psychologie clinique et psychopathologique* (2è éd.).Paris: Bréal.
166. Santiago-Delefosse,M. (2000). Conditions d'une spécificité de l'écoute du psychologue. *Bulletin de psychologie*, 53(446), 225-231. DOI : <https://doi.org/10.3406/bupsy.2000.14917>
167. Schauder, S. (dir.). (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*. Paris: Dunod.
168. Schmid-Kitsikis, E. (1999). *Pour introduire la psychologie clinique*. Paris: Dunod.
169. Schmid, P.-F, Zeller, O. et Priels, J.-M. (2009). Interpellation et réponse. La psychothérapie centrée sur la personne: une rencontre de personne à personne. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 9, 48-85. DOI : 10.3917/acp.009.0048
170. Scroccaro, N. (dir.). (2018). *8 cas cliniques en psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte*. Paris: Dunod.
171. Shentoub, V. *et al.* (1990). *Manuel d'utilisation du. T. A. T. (Approche psychanalytique)*. Paris : Dunod.
172. Simon, F. (2017).*Proposition d'une nouvelle méthode de cotation et contribution à la validation du CAT (Children's Apperception Test) pour l'approche clinique du développement de l'enfant et de sa personnalité* [thèse de doctorat en psychologie clinique et pathologique, Université de Lorraine, France]. Récupéré de <https://theses.hal.science/tel-01687275>
173. Sockeel, P. et Marro, C. (2007-2008).*Psychométrie et méthodes des tests* [Polycopié de cours, Licence de Psychologie]. Récupéré de <https://www.studocu.com/row/document/universite-de-yaounde-i/psychologie/psychometrie-et-methode-des-tests/28956071>
174. Sultan, S. (2004). *Le diagnostic psychologique. Théorie, éthique, pratique*. Paris: Frison-Roche.
175. Terradas, M.-M. et Achim, J. (2013). Arrête de faire semblant, on joue pour vrai ! Intégration de techniques d'intervention basées sur la mentalisation à la psychothérapie d'enfants d'orientation psychanalytique. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(2), 439-465. DOI : 10.3917/psy.562.0439
176. Terriot, K. et Ozenne, R. (2015). Wechsler intelligence scale for children, v version (WISC-V). *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 134, 1-8. Récupéré de https://www.researchgate.net/publication/282233542_Wechsler_intelligence_scale_for_childr

env_version_WISCV/link/572901f408aef5d48d2c8f79/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19

177. Vantomme, P. (2020). *Séminaires et cours de méthodologies de recherche. Balise φ 1 : l'analyse de contenu*, 1-19. Récupéré le 19 Novembre 2023 de <http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/COURS/CADRES/BALISE%20PHI.pdf>
178. Vibert, S. (2018). *Liste des tests disponibles*. Institut de Psychologie, Université Paris Descartes. Récupéré de https://psychologie.u-paris.fr/wp-content/uploads/sites/10/2019/05/ListeTests_Disponibles08012019.pdf
179. Vilatte, J.-C. (2007). *L'entretien comme outil d'évaluation. Formation « Evaluations »*, 1-4 décembre 2007. Laboratoire Culture & communication Université d Avignon I. Récupéré le 3 Juin 2023 de https://docplayer.fr/17385217-Formation-evaluation-1-4-decembre-2007-a-lyon-1-entretien-comme-outil-d-evaluation.html#google_vignette
180. Weatherston, D. J. (2003). La santé mentale du nourrisson : une revue de la littérature. *Devenir* 15(1), 49-83. DOI : 10.3917/dev.031.0049
181. Widlöcher, D. (1973). Développement de la personnalité. Point de vue psychanalytique. Dans *Traité de psychologie de l'enfant*, Vol.5 (pp.235-395). Paris: P.U.F.
182. Winnicott, D.W. (1969). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (J. Kalmanovitch, trad.). Paris: Payot.
183. Zech, E. (2020). La relation psychothérapeutique. Dans Mikolajczak, M., Zech, E. et Roskam, I. (dir.). *Burn-out professionnel, parental et de l'aidant : Comprendre, prévenir et intervenir* (pp.119-136). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Annexes

ANNEXE N°1 : SCHEMA DIRECTEUR POUR L'ENQUÊTE FAMILIALE ET L'ANAMNESE

(Dans Brusset, 2004, pp.515-516).

I- HISTOIRE DES TROUBLES

Les symptômes actuels et passés et la ou les consultations antérieures.

II- COMPOSITION DE LA FAMILLE ET CONDITIONS DE VIE

La pratique des thérapies familiales a conduit à souligner l'intérêt de l'établissement du génogramme. Le génogramme, souvent préalable à la thérapie familiale pour y être utilisé comme un instrument dynamique. Codifié par M. Bowen en 1980, c'est un graphique de la structure familiale sur plusieurs générations: il indique les noms, âges et activités de tous les membres de la famille ainsi que les dates des mariages, naissances, séparations, décès, maladies, changements professionnels et résidentiels, et autres évènements significatifs. Une nouvelle formulation: « l'arbre de vie », en est donnée par les travaux actuels de Bobigny (S. Lebovici).

a/ Les parents et éventuellement les grands-parents (profession et niveau d'études).

b /Fratrie et autres personnes en relations proches.

c/ Conditions de vie de la famille (logement, revenus ...).

III -EVENEMENTS MARQUANTS DANS LA VIE DE L'ENFANT

1 /Maladies et interventions chirurgicales.

2/ Séparations du milieu familial (motifs, circonstances, durée, réactions de l'enfant, contacts avec les parents).

3/ Evènements marquants de l'enfant et de la famille (décès, séparation des parents, divorce, etc.).

IV-GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

1 / Conditions physiologiques et pathologiques; état de l'enfant à la naissance (poids, cri, début des tétées, etc.).

2/Conditions psychologiques (enfant désiré ou non, le « vécu » de la mère, etc.).

V- DEVELOPPEMENT DANS LA PREMIERE ENFANCE

1/Développement somatique (développement statur pondéral, incidence des maladies éventuelles dans le premier âge).

2/ Développement psychomoteur.

- Age de la marche ; éventuellement précisions sur les étapes antérieures : tenue de la tête, station assise sans soutien, etc.

-Etapes ultérieures: coordinations psychomotrices complexes, adresse, etc.

-Les régressions : les raisons d'inquiétude qui ont pu survenir tout au long du développement psychomoteur.

3 / Développement du langage (âge et observations).

-Premières vocalisations (babillage). Premiers mots (autres que papa et maman). Premiers assemblages (deux ou trois mots employés ensemble). Phrases complètes (avec relations et constructions grammaticales).

-Usage correct des pronoms (anomalies éventuelles).

-Langage courant (préciser: déformations phonétiques, « langage », etc.).

4 / Développement cognitif.

VI-EVOLUTION DES RELATIONS AVEC L'ENTOURAGE ET DES ECHANGES

AFFECTIFS

1 / Alimentation.

-Premier allaitement: maternel ou artificiel? satisfaction du bébé, rythme sommeil-alimentation, attitude de la mère.

-Sevrage: âge. Acceptation des aliments solides ou résistance à des aliments nouveaux.

-Acquisition de l'autonomie alimentaire: usage des instruments. Choix des aliments. Rythme et des repas.

Confits avec la mère.

2 / Premier sourire intentionnel. Peurs face aux personnes inconnues. Tolérance à l'absence de la mère.

3 / Sommeil: rites d'endormissement et autres rituels.

4 / Acquisition de la maîtrise sphinctérienne.

- Age et stabilité des acquisitions. Principes d'éducation. Docilité de l'enfant.

5 / Réactions aux premiers interdits (notamment ceux qui sont liés à l'acquisition de l'autonomie motrice).

6 / Conduites et intérêt & sexuels.

-Curiosité et questions sur la différence des sexes, sur l'origine des enfants, conduites masturbatoires et manifestations de la sexualité infantile.

-Conduites et perception des rôles masculins et féminins.

VII- LA VIE SCOLAIRE

-Ecole maternelle: âge d'entrée. Premières réactions et adaptation (relations avec la maîtresse).

-Histoire (succession des classes changements, etc.).

-Aides complémentaires.

-Résultats scolaires.

-Projets d'avenir (scolaires, professionnels).

-Attitudes à l'égard du travail scolaire (intérêt, réactions à la réussite ou à l'échec, etc.).

-Relations avec les autres enfants. Caractéristiques des jeux: agressivité, dominance, isolement, etc.

-Autres particularités du « caractère » qui paraissent notables aux parents, ou premières manifestations de l'adolescence.

VIII- LA PLACE DE L'ENFANT DANS LES ATTENTES DES PARENTS ET DANS LA DYNAMIQUE DU COUPLE PARENTAL

-Images attendues de l'enfant, avant la naissance.

-Ressemblance satisfaction et déception devant le sexe de l'enfant, choix du prénom, etc.

-Conceptions et attitudes éducatives (divergences éventuelles entre les parents).

-Préférences et intolérances. Place, rôle et position de l'enfant dans le groupe familial et dans les mythes familiaux.

Ce dernier cadre comprend des données qui ne peuvent habituellement être obtenues qu'au cours de plusieurs entretiens.

ANNEXE N°2 : QUELQUES EXEMPLES DE TESTS ET D'ECHELLES D'EVALUATION (CF.CATALOGUE 2000, ECPA ET EAP)

(Dans Fernandez et Pedinielli, 2006, p.50)

	Evaluation des aptitudes intellectuelles	Evaluation de la personnalité
Adultes	Echelle d'intelligence de Weschsler (WAIS-III), Test d'intelligence de Catell, Test de raisonnement, etc.	Tests projectifs : Rorschach, TAT, Test de l'arbre, Hand test, Test de frustration, etc. Questionnaires : 16PF (modèle de Cattell), MMPI (traits pathologiques), STAI -Y (anxiété), SEI (estime de soi), EPI (modèle d'Eysenk), BDI-II (dépression), etc.
Enfants/ adolescents	Test des cubes de Kohs, Progressive matrice de Raven, Echelle de développement mental de Terman-Merrill, Test sans parole ou Test de niveau mental non verbal, Echelle de développement de la première enfance, Echelle de développement de la pensée logique, Echelles différentielles d'efficacités intellectuelles, Echelle d'intelligence de Weschsler (WIPPSI-R, WISC-III), etc.	Tests projectifs : Test des contes de fées, Le dessin d'une maison, FAT (système familial), Rorschach, CAT, Le dessin de la famille, etc. Questionnaires hétéro-évaluation : Le bestiaire, Echelle de développement psychosocial, Echelle d'évaluation de l'autisme (CARS), etc. Questionnaire auto-évaluation : MMPI - A (traits pathologiques de personnalité chez les adolescents), Echelle composite de dépression pour enfants, Echelle d'anxiété pour enfants, etc.
Personnes âgées	WAIS-III, Batteries de mémoire, de fluidité, de vigilance, etc.	Test projectif : SAT, par exemple. Echelle hétéro-évaluation: ICEP par exemple.

ANNEXE N°3 : LES DIFFERENTES ETAPES DE L'ANALYSE DE CONTENU

(adaptées de Bardin, 1997, 2003; Bauer, 2012; Robert et Bouillaguet, 2007; Schreier, 2014).

(Dans Dany, 2017, p.12)

