

## **-Les Outils Et Techniques De L'étude De Cas :**

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

### **-L'entretien Clinique :**

L'entretien est utilisé dans un certain nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales : il se révèle un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leur biographie, à leurs représentations personnelles sur tel ou tel problème. Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique, c'est le terme « clinique » qui renvoie à un champ de pratiques spécifiques qui intéressent le domaine des soins en général ; ainsi l'entretien clinique est-il plus spécifiquement utilisé par les psychologues cliniciens, les psychiatres et les psychothérapeutes. Il peut avoir des objectifs différents : une visée diagnostique, une visée de recherche et/ou une visée thérapeutique. Selon les objectifs, la manière d'aborder l'entretien peut varier mais, quelles que soient ses modalités, un certain nombre de règles techniques restent stables, par exemple le style de conduite de l'entretien (non directivité et semi-directivité) et l'attitude du clinicien (attitude clinique : respect, neutralité et empathie).

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

plan conscient et/ou non conscient.

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

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

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

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

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

### **-L'entretien Et Ses Champs D'application**

*L'entretien* peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose *Le Petit Robert*, simplement comme l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Ce terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive. *Clinique* est à l'origine un terme médical issu du grec *klinè* qui signifie « lit ». *L'examen clinique en médecine* désigne donc un type d'examen

qui, littéralement, est fait « au lit du malade » et se distingue des autres examens médicaux dans le sens où il ne nécessite pas d'appareillage technique et se pratique à mains nues comme le fait d'observer, de palper ou d'ausculter le malade. Selon Jean-Louis Pardinielli (1994), le terme « clinique » dans son sens médical signifiait aussi l'enseignement médical donné au lit du malade ainsi que l'ensemble des connaissances acquises au lit du malade. On a ici une spécificité médicale qui consiste à observer un ensemble de signes pour les regrouper ensuite en syndromes. *L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens* a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet - dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Alain Blanchet, 1997). En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. La notion d'entretien clinique est très liée aux travaux de **Carl Rogers (1966)**, psychologue humaniste américain particulièrement intéressé par la dynamique de changement de la personnalité et les valeurs humaines. Après avoir travaillé douze années dans un centre de protection de l'enfance en danger, C. Rogers a développé ses propres points de vue en matière de psychothérapie. Ses contributions essentielles portent sur les notions d'*acceptation de l'autre*, de *centration sur le sujet*, d'*empathie*, de *non-directivité* et de *compréhension*. Son idée générale est que, dans le domaine de la clinique, il faut aborder le sujet sans *a priori* théorique : « *seul le patient sait où et comment il souffre* » (P09) ; il faut donc lui faire confiance, l'écouter pleinement dans une attitude compréhensive et respectueuse qui va lui permettre de développer toutes ses possibilités. La pratique de l'entretien clinique a été également considérablement influencée par d'autres modèles (psychanalytiques, phénoménologiques, psychiatriques, systémiques)

## **-Entretien Clinique Et Psychologie Clinique :**

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

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

## **-Différents Aspects Techniques De L'entretien :**

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

- des objectifs de l'entretien (visée diagnostique thérapeutique, de recherche ou d'orientation);
- des modèles théoriques et de la formation du clinicien ;
- de la personnalité, de l'âge du sujet et des aspects de l'interaction au cours de l'entretien ;
- de la demande (vient-elle du sujet de la famille ? de l'institution ? du chercheur?);
- du moment et des conditions de l'entretien (premier entretien ou suivants,

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

### **-Conduite De L'entretien Clinique**

#### **• Types D'entretien**

*Entretien non directif* : C'est un type d'entretien centré sur la personne au cours duquel, comme son nom l'indique, ce n'est pas le clinicien qui oriente le discours du patient, mais le patient ou le sujet qui parle librement de lui-même en contrôlant et en menant son discours comme il l'entend. Le clinicien pose une question, donne une consigne ou bien circonscrit un thème puis s'efface pour laisser parler le sujet. Celui-ci peut déborder largement par rapport au thème proposé, il peut évoquer ses problèmes de santé, ses souvenirs d'enfance, sa vie familiale, ses problèmes professionnels, et ce sont justement ces associations libres qui intéressent le clinicien qui évite donc de l'interrompre. Le clinicien respecte les moments de silence, les arrêts, les discontinuités, les associations ; «ce qui est important c'est que le sujet dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire et ce qu'il peut dire » (**Chiland, 1989.P23**). Le clinicien se contente d'effectuer des relances, de signifier des approbations dans une attitude respectueuse, compréhensive et empathique. Les relances peuvent prendre différentes formes :hochements de tête, acquiescements, reformulation du dernier mot, de la dernière phrase du sujet, de la pensée ou de l'idée du sujet. Même si ces relances visent initialement un maximum de neutralité de la

part du clinicien, elles ont malgré tout une influence sur le discours produit par le (Blanchet et coll., 1990). Nous verrons quelques aspects de cette influence un peu plus loin. Le clinicien pourra analyser ce type d'entretien en fonction du *contenu manifeste* (ce que dit le sujet) mais aussi en fonction du *contenu latent* (représentations et significations par fois implicites associées au discours). Ce qui sous-entend que le clinicien n'est pas seulement attentif à ce qui est dit mais aussi à la manière dont cela est dit et au moment où cela est dit. En ce sens, les arrêts, les silences, les changements de thématique, les aspects émotionnels sont aussi importants que le récit lui-même : ils rendent compte du fonctionnement véritable du sujet et de la manière dont le sujet se positionne par rapport à son discours. L'entretien non directif représente un intérêt particulier dans le sens où l'on perçoit le système d'associations proposé librement et spontanément par le sujet. Or c'est cette chaîne associative spontanée qui rend compte de l'aspect humain, singulier de chacun, et qui aide le clinicien à forger des hypothèses pertinentes sur la compréhension des facteurs étiologiques associés à tel ou tel trouble. Il faut toutefois faire attention à ne pas considérer l'entretien non directif comme une absence de réaction de la part du clinicien ou bien l'utiliser comme une sorte d'écran pour ne pas entrer en relation avec le sujet. Ce qui est sous-entendu dans l'entretien non directif, c'est davantage une attitude clinique faite de respect et d'écoute bienveillante qu'une absence de parole. Certains patients peuvent, en effet, être surpris par une absence de parole du psychologue et, dans certains cas, l'assimiler à une véritable froideur et à une absence d'empathie de sa part. Au contraire, le clinicien doit être présent, disponible et il fait le choix de la non-directivité en fonction du cadre de l'entretien et de la personnalité du sujet. Certains patients ont besoin d'une écoute plus active et d'interventions plus fréquentes pour se sentir soutenus et pour pouvoir verbaliser ; le clinicien doit donc accepter de modifier les règles techniques si le contexte ne s'y prête pas.

- *Entretien semi-directif* : Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un *guide d'entretien* ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de

laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé.

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

- **Choix D'un Type D'entretien :**

Le choix d'un type d'entretien est lié tout simplement à une situation ou à un sujet (situations, objectifs,...etc). C'est pourquoi le psychologue clinicien ne doit pas adopter une technique rigide qui soit uniquement non directive ou uniquement directive:

- les entretiens à visée diagnostique, à visée d'évaluation psychologique ou encore les premiers entretiens en psychothérapie peuvent nécessiter davantage d'interventions de la part du clinicien pour mieux connaître le sujet ;

- certains patients ont besoin d'être soutenus et ont besoin que le clinicien intervienne davantage ;

- d'autres patients au contraire peuvent ressentir les interventions du psychologue comme une véritable intrusion.

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

- **Attitude Clinique Du Clinicien**

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

- **Non-Directivité**

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

« La non-directivité, c'est d'abord une attitude envers le client. C'est une attitude

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

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

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

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. *Code de déontologie des psychologues*, (1996). Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection, du secret professionnel et implique le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Au niveau de l'entretien clinique, l'on doit appliquer cette position

éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas toujours en soi une valeur négative mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le sujet : dans certains cas, le déni de l'angoisse peut aider le sujet à surmonter momentanément des épreuves pénibles ou traumatiques

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

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