

- L'Entretien Clinique Et Recherche

-Entretien Clinique Et Recherche En Psychologie Clinique :

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

Le schéma de la recherche est le suivant :

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

données issues de sa pratique et, dans un deuxième temps, il affine le niveau d'observation pour ne s'intéresser qu'à certains éléments précis qu'il analyse enfin dans un troisième temps.

• **Entretien Clinique Produit A L'initiative Du Clinicien Chercheur :**

Ici, le chercheur clinicien dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre de chercheur. La demande émane donc du chercheur et non pas du patient. C'est de ce second type d'entretien dont nous parlerons dans ce chapitre.

- **Dimensions éthiques :** Disposer du contenu des entretiens pour faire de la recherche pose naturellement un certain nombre de problèmes et de questions sur le plan éthique (**Bourguignon et Fagot-Largeault, 1995**) : - y a-t-il consentement des sujets pour participer à la recherche ? ;

- quelle est la valeur du consentement de sujets affaiblis, rendus vulnérables par l'état de maladie ? ; - la recherche présente-t-elle un intérêt pour le sujet ? ; - est-elle susceptible d'avoir un effet néfaste sur lui ? ; - a-t-on le droit de disposer d'informations sur la vie des sujets et de les utiliser en vue d'une publication ? ; - quelles sont les conséquences d'une évaluation psychologique sur la personne ? ;

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

être naturellement appliqués dans toute recherche clinique.

- Définition De L'entretien Clinique De Recherche :

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

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

Selon A. Blanchet : « L'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes, etc.). Ou encore d'étudier le fait de parole lui même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication).

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

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

(Marie-France Castarède, 1983):

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

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

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

L'entretien clinique de recherche ne se distingue pas des entretiens d'évaluation et thérapeutiques au niveau de la conduite de l'entretien, des aspects techniques et de l'attitude clinique à adopter. En revanche, l'entretien clinique de recherche se distingue des entretiens d'évaluation et des entretiens thérapeutiques sur trois autres points : - son objectif n'est pas thérapeutique ni diagnostique, mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur ou par un groupe de chercheur, il correspond à un plan de travail que s'est fixé le chercheur : l'entretien vise à répondre à des hypothèses de recherche précises. En ce sens, le discours du sujet est assez délimité autour du thème attendu par le chercheur; - l'entretien clinique de recherche est produit à l'initiative du chercheur. C'est lui qui est en position de demande à la différence de l'entretien thérapeutique où il y a d'abord une demande explicite ou non de la part du sujet. Cela signifie que l'intérêt n'est pas immédiat pour le sujet, même si la recherche elle-même vise à plus long terme des retombées la recherche positives pour le groupe de patients dont est issu le sujet de Toutefois, même si, en théorie, on peut établir les distinctions soulignées ci-dessus, les choses peuvent se passer autrement dans la pratique de recherche. L'entretien clinique de recherche peut entraîner une libération émotionnelle chez des sujets qui n'avaient jamais parlé auparavant de leurs difficultés. D'autres sujets peuvent être renforcés dans leur narcissisme par l'intérêt qu'on leur porte. D'autres encore prennent conscience d'une demande à être examinés au cours de cet entretien. Si certains entretiens se révèlent

bénéfiques, d'autres peuvent perturber le sujet qui peut se retrouver désemparé etangoissé par le récit des événements douloureux qu'il vient de dévoiler et dont il ne sait que faire main tenant. Un entretien clinique de recherche n'est jamais neutre au niveau de ses incidences ; nous travaillons avec nos semblables, avec des êtres humains doués de sensibilité et, qui plus est, avec des sujets en état de souffrance et donc nécessairement vulnérables. Le clinicien doit être attentif aux aspects relationnels, à ce qu'il peut provoquer ou induire chez le sujet ; c'est à nouveau une question de déontologie professionnelle qui rend compte de la complexité et de la difficulté de la recherche dans le domaine des sciences humaines, en particulier de la psychologie clinique et de la psychiatrie.

-Choix Du Type D'entretien :

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

-Selon Le Moment De La Recherche :

Au cours de la phase exploratoire, au début d'une recherche, il s'agit de s'interroger sur la faisabilité de celle-ci et sur la pertinence des hypothèses et des théories référentielles. Le thème de la recherche peut à ce moment être encore assez peu délimité. Si c'est le cas, l'entretien clinique non directif s'impose car il permet un balayage du champ de l'étude : en laissant le sujet s'exprimer et associer librement, on peut voir ce qui surgit spontanément en rapport avec la thématique proposée, ce qui permet au clinicien chercheur d'affiner les hypothèses, de préciser le thème de recherche, de modifier la consigne si elle ne convient pas. Dans un deuxième temps, on peut mettre en place un entre tien semi-directif si l'on souhaite une réponse à des questions plus focalisées et plus précises, ou bien continuer avec l'entretien non directif ; à partir de ce moment, le choix de l'entretien dépend essentiellement de l'information recherchée.

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

questionnaire ou l'entretien à questions fermées ou ouvertes.

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

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

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

- Conduite De L'entretien Clinique De Recherche :

-Guide D'entretien Et Relances : L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un *guide d'entretien* plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (A. Blanchet, 1992). Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la *consigne* à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. A. Blanchet (1985) distingue deux types de consigne : - celles qui induisent un discours d'opinions : « J'aimerais vous »; que vous me parliez de...

« Ce que cela représente pour vous » ;

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

situer chacune dans un registre modal ou référentiel :

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

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

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

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

- Analyse De L'entretien Clinique De Recherche :

Un entretien fournit un certain nombre d'informations qu'il faut essayer de décoder et d'analyser. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'un document écrit, l'idéal étant l'entretien enregistré qui peut se prêter à une analyse scientifique. Toutefois, l'enregistrement pose préalablement une question éthique : le sujet doit être d'accord après avoir été suffisamment éclairé et informé du déroulement de l'étude. Dans les autres cas, le clinicien chercheur peut prendre des notes pendant l'entretien, mais cette méthode comporte un grand nombre de biais et elle empêche le chercheur d'être complètement

disponible à l'expérience du sujet en créant une relation inauthentique. Il peut retranscrire l'entretien immédiatement après, mais là aussi, il peut y avoir un grand nombre d'oublis, de lacunes, de distorsions et de biais liés à la mémoire sélective. L'entretien peut donner lieu à différents types d'analyse : une analyse clinique qualitative, qui peut être descriptive, ou une analyse effectuée sur le modèle de la pragmatique.

-Analyse Clinique Qualitative :

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

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

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

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

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

2-4-2- L'observation Clinique :

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

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

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

L'observation clinique vise à faire l'inventaire du réel par l'activité de perception.

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

Le psychologue clinicien ne diagnostique pas à partir de critères extérieurs purement sémiologiques, objectifs et comportementaux, type manuel D.S.M.

IV

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

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

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

L'observation clinique est un processus organisé schématiquement en deux étapes :

–Un acte d'attention : qui élargit ou focalise la perception sur un certain objet, ou sur : certains aspects de l'objet.

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

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

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

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

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

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

On peut tirer à ce titre deux grandes idées de la psychanalyse : L'hypothèse de l'inconscient, et une rencontre avec le patient que l'on considère à partir de la situation de transfert (sentiments inconscients entre patient et clinicien, plus

précisément actualisation des désirs inconscients dans la relation en terme de transfert, du patient vers le clinicien, et contre-transfert, du clinicien vers le patient). Il s'agit d'une volonté de s'inscrire dans une démarche heuristique qui permet une écoute différente, permet d'aller au-delà de l'immédiateté, du phénomène, du signe, pour accéder à un niveau de sens Autre .

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

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

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

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

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

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

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

Cas de Spitz avec l'hospitalisme. Au lendemain de la seconde guerre mondiale,

René Spitz, psychiatre et psychanalyste, travaillait au sein d'un orphelinat. Son attention fut très vite attirée par le niveau anormalement élevé de mortalité chez les jeunes enfants, en particulier ceux se situant dans une fourchette d'âge comprise entre 5 et 12 mois. Les soins qu'ils recevaient ainsi que les conditions sanitaires de l'établissement étaient pourtant satisfaisants. Il ne semblait donc pas y avoir de cause objective à cette surmortalité. Ceci constitue le point de départ de l'observation, à partir d'une impasse, d'un phénomène inexplicable. Spitz s'aperçut alors que la mort ne venait qu'achever un processus qui exprimait une rupture de la communication de l'enfant avec son environnement : Cela commençait par des problèmes de nutrition jusqu'à un refus complet d'alimentation. Le bébé devenait également inexpressif, bougeait de moins en moins, avec une atonie du corps et du visage. Au bout de ce cycle, l'enfant devenait si vulnérable que n'importe quelle maladie pouvait l'emporter. Spitz parlera alors de syndrome d'hospitalisme pour désigner ce marasme de l'enfant. Cependant, ce syndrome ne touchait pas tous les bébés de la tranche d'âge observée. Ceux qui étaient considérés par le personnel comme les plus difficiles, les plus agités, donc ceux qui sollicitaient le plus l'intervention des infirmières n'étaient pas touchés par ce syndrome. C'était plutôt les bébés que l'on qualifie de « sages » qui étaient concernés. Spitz, à partir de l'observation, en déduit donc que ce qui instituait la différence, c'était la fréquence des interactions que le bébé avait avec les adultes qui s'occupaient de lui, et que ces interactions étaient vitales aussi bien physiquement que psychiquement, apportant l'amour et la sécurité affective nécessaire au développement de l'enfant. De là la formule de Spitz devenue célèbre : « L'amour maternel est aussi important que le lait ».