

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et d'orthophonie



Examen clinique

Polycopié de cours préparé par :

Dr. BENAMSILI Lamia

Destiné aux étudiants de 2^e année Master

Psychologie clinique

Année universitaire 2025-2026

Programme

Intitulé du master : Psychologie clinique

Semestre : Trois

Intitulé de la matière : Unité d'enseignement méthodologique

Intitulé du cours : Examen clinique

Crédit : 04

Coefficient : 02

Objectifs de l'enseignement : (En trois lignes maximum, énoncez les qualifications que l'étudiant devrait acquérir après avoir réussi cette matière)

L'étudiant sera capable de reconnaître les différentes techniques de collecte et d'organisation des informations relatives à un cas afin de poser un diagnostic et de formuler un plan de traitement.

Connaissances préalables requises : (description détaillée des connaissances requises qui permettent à l'étudiant de poursuivre cette matière, deux lignes au maximum).

L'étudiant doit être familiarisé avec les concepts de base de la psychologie clinique, de la psychopathologie, de la méthode clinique, ...

Contenu des matières : (Il est obligatoire de préciser le contenu détaillé de chaque matière en référence au travail personnel de l'étudiant)

1- Définition de l'examen clinique

2- Techniques d'examen clinique :

- L'observation : Sa définition, ses types,
- L'entretien :
 - Entretien clinique pour la recherche scientifique
 - Entretien d'embauche
 - Entretien d'embauche -Entretien de conseil
 - Entretien pour le diagnostic et le traitement d'une pathologie

- Types d'entretiens selon les orientations théoriques
- Difficultés rencontrées dans la conduite de l'entretien clinique

3- Le bilan psychologique

عنوان الماستر: علم النفس العيادي

السداسي: الثالث

اسم الوحدة: وحدات التعليمية المنهجية

اسم المادة: الفحص العيادي

الرصيد: 04

المعامل: 02

أهداف التعليم: (ذكر ما يفترض على الطالب اكتسابه من مؤهلات بعد نجاحه في هذه المادة، في ثلاثة أسطر على الأكثر)

يمكن الطالب التعرف على مختلف التقنيات جمع المعلومات عن الحالة وترتيبها من اجل التشخيص ورسم خطة علاجية .

المعارف المسبقة المطلوبة : (وصف تفصيلي للمعرف المطلوبة والتي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم، سطرين على الأكثر).

على الطالب أن يكون مكتسب للمفاهيم الأساسية لعلم النفس العيادي، علم النفس المرضي، المنهج العيادي،...

محتوى المادة: (إجبارية تحديد المحتوى المفصل لكل مادة مع الإشارة إلى العمل الشخصي للطالب)

- تعريف الفحص العيادي

- تقنيات الفحص العيادي:

-الملاحظة: تعريغها، أنواعه،....

-المقابلة:

-المقابلة العيادية من أجل البحث العلمي

-المقابلة من أجل التوظيف

-المقابلة من أجل التوجيه

-المقابلة من أجل التشخيص المرضي والعلاج

-أنواع المقابلات حسب الاتجاهات النظرية

-الصعوبات التي تواجه سير المقابلة العيادية

-الحوصلة النفسية **Bilan psychologique**

طريقة التقييم: مراقبة مستمرة، امتحان.... إلخ (يُترك الترجيح للسلطة التقديرية لفريق التكوين)

المراجع: (كتب، ومطبوعات ، مواقع انترنت، إلخ)

-حجازي مصطفى(1993): الفحص النفسي ، دار الفكر اللبناني- بيروت.

02- عطوف محمود يسين(1986): علم النفس العيادي، دار العلم للملايين- بيروت.

03- لويس كامل مليكه(1996): علم النفس الإكلينيكي، مكتبة النهضة المصرية. مصر.

04- الأنصاري بدر محمد(2002): مقاييس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الإسكندرية.

05-Bottero .A et Coll(1992) : **psychiatrie de l'adulte**. maloine, Paris

06- Bourcet.S(2001) : **Stratégies thérapeutiques**, Ellipses, édition marketing.

07- Diatkine.R_Vincent.M(1994); **Psychiatrie de l'enfant**.Puf, Paris.

- 08- Laland.P- Grunberg.F(1992) : **Psychiatrie clinique, approche contemporaine**, Géatan Morin, Quebec.
- 09-Lambotte.M.C et coll (1995): **La psychologie et ses applications pratiques**, Editions de Fallois
- 10- Pincus.H.(1998) :**DSM4**.Paris.
- 11-Royer.J(1977) : **La personnalité de l'enfant a travers le dessin du bonhomme**, Editest, Bruxelles.
- 12-Samacher.r (1998) : **Psychologie clinique et psychopathologie**, Editions

05-Bottero .A et Coll(1992) : **psychiatrie de l'adulte**. maloine, Paris

06- Bourcet.S(2001) : **Stratégies thérapeutiques**, Ellipses, édition marketing.

07- Diatkine.R_Vincent.M(1994); **Psychiatrie de l'enfant**.Puf, Paris.

08- Laland.P- Grunberg.F(1992) : **Psychiatrie clinique, approche contemporaine**, Géatan Morin, Quebec.

09-Lambotte.M.C et coll (1995): **La psychologie et ses applications pratiques**, Editions de Fallois

10- Pincus.H.(1998) :**DSM4**.Paris.

11-Royer.J(1977) : **La personnalité de l'enfant a travers le dessin du bonhomme**, Editest, Bruxelles.

12-Samacher.r (1998) : **Psychologie clinique et psychopathologie**,
Editions Bréal.

- Dickens P. Tournois J. Flieller A. et Kopj-P., la psychométrie, Paris Puf, coll. « le psychologue », 1994.

- Benedetto P., Introduction à la psychologie, les Savoirs, De nombreux exemples concret, les méthodes, Paris, Hachette, 2004.

- Bernard Robinson, psychologie clinique, de l'initiation à la recherche, Belgique, de boeck, 2005.

- Clapier-Valadon S., les théories de la personnalité, Paris Puf, 1986.
 - Doron Roland et Parot Françoise, dictionnaire de psychologie, Paris, quadrige/puf, 2007.
 - Pedinielli J. L., introduction à la psychologie clinique, Paris, Dunod, 1996.
 - Perron R. et coll., la pratique de la recherche en psychologie clinique, Paris, Dunod, 1997.
 - Perron R., (1975-1976), «Dire et ne pas dire, de l'analyse structurale du récit à l'étude de son élaboration défensive», in *bulletin de psychologie*, n°29 (8-13), pp. 611-622.
 - Perron R., (1979), «Les problèmes de la preuve dans la démarche de la psychologie dite clinique, plaidoyer pour l'unité de la psychologie», in *psychologie française*, T.24, n°1, pp. 37-47
 - Pratiques psychologique, Revue européenne des pratiques en psychologie, version Française élaborée pour la société Française de psychologie, par Pierre Vrignaud, Dana Castro, Jean-Luc Mognet, Recommandations internationales sur L'utilisation des tests, Version 2000.
 - Lagache D., L'unité de la psychologie, Paris, Quadrige/Puf, 1993.
- 2-Bourguignon Odile, la Déontologie des psychologues, Paris ARMAND COLIN, -2006.
- Boekholt Monika, épreuves thématiques en clinique infantile- approche psychanalytique, Paris, Dunod, 2006. -Bulletin de psychologie, no 406, 45, mars-juin 1992.
- Pelsser R., (1989), «Qu'appel-t-on symboliser ? Une mise au point», in *bulletin de psychologie*, T, XLII, n° 392, pp. 714-726.
- Perron R., (2003), *La passion des origines, être et ne pas être*, Paris, Delachaux et Niestlé
- Perron R., (2010), *la raison psychanalytique, pour une science du devenir psychique*, Paris, Dunod.

Shentoub V. et al., (1990), *Manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

Shentoub V. et Rauch De Traubenberg N., (1982), «Test de projection de personnalité», in *E.M.C. Psychiatrie*. pp. 2-6.

Shentoub V., (1981), «TAT test de créativité», in *psychologie française*.26 n°1, pp. 66-70.

Traubenberg N. R., (1982), «Activité perceptive et activité fantasmatique au test de Rorschach, le Rorschach : Espace d'interaction », in *psychologie française*, n°28, pp. 100-103.

Traubenberg N. R., (1983), *La pratique du Rorschach*, Paris, PUF.

Table de matières

Introduction du cours	1
Cours n°1 : Introduction à la notion d'examen clinique	2
1- La psychologie clinique	2
2- Le travail du psychologue clinicien	2
3- L'examen clinique	3
1-1- Le terme « examen » :	3
1-2- Le terme « clinique » :	4
1-3- Le terme d'examen clinique :	4
1-4- Objectifs et intérêts de l'examen clinique :	5
1-5- Contextes et situations de l'examen clinique :	7
1-6- Cadre de l'examen clinique :	7
1-7- Étapes d'un examen clinique :	7
1-8- Examen clinique selon les âges :	8
1-8-1- Avec le bébé :	8
1-8-2- Avec l'enfant :	10
1-8-3- Avec l'adolescent :	13
3-8-4 Avec l'adulte :	14
3-8-5- Avec le sujet vieillissant :	16
3-8-6- Avec le couple :	17
4- Examen clinique en psychiatrie vs examen clinique en psychologie	18
5- Démarche psychiatrique vs démarche psychologique et psychopathologique :	20
Cours n°2 : Les techniques de l'examen clinique	24
1- L'observation clinique :	25
1-1- Historique de l'observation :	25
1-2- Définition de l'observation :	27
1-3- Définition de l'observation clinique :	27
1-4- Paramètres de l'observation clinique :	28
1-5- Objectifs de l'observation clinique :	29
1-6- Les méthodes d'observation de la personnalité :	29
1-6-1- L'observation en situation de résolution de problèmes :	29
1-6-2- L'observation du comportement en situation d'entretien	30
1-7- La constellation transférentielle observateur—observé :	30

1-8-	Rédiger l'observation clinique :	30
1-9-	Types d'observation clinique :	30
1-9-1-	L'observation clinique nue, l'observation clinique armée et l'observation assistée	31
1-9-2-	L'observation clinique directe et l'observation clinique discrète :	31
1-9-3-	L'observation clinique naturelle (ou libre), l'observation participante et l'observation clinique systématique :	32
1-10-	Cadre théorique et observation clinique :	33
1-11-	Exemples d'observation clinique :	33
2-	L'entretien clinique :	34
2-1-	Historique de l'entretien :	34
2-2-	Définition de l'entretien :	35
2-3-	Définition de « clinique » :	35
2-4-	Définition de l'entretien clinique :	35
2-5-	Objectifs de l'entretien clinique :	36
2-6-	Types d'entretien :	37
2-6-1-	Entretien de recherche :	37
2-6-2-	Entretien dit d'anamnèse :	40
2-6-3-	Entretien pour le diagnostic et le soin :	41
2-6-4-	2-6-4 -Entretien de soutien :	43
2-6-5-	Entretien d'embauche :	43
2-7-	Déroulement d'un entretien clinique :	44
2-8-	Entretien clinique selon l'âge :	46
2-8-1	Entretien avec le bébé et ses parents :	46
2-8-2-	Entretien avec l'enfant :	46
2-8-3-	Entretien avec l'adolescent :	48
2-8-4-	Entretien avec l'adulte :	48
2-8-5-	Entretien avec la personne âgée :	49
2-9-	Difficultés entravant l'entretien clinique :	51
2-10-	Entretien clinique et référentiels théoriques :	51
2-11-	Attitude du clinicien (ou posture du clinicien) :	52
3-	Les tests, les échelles, les questionnaires et le dessin :	53
3-1-	Les tests :	53
3-1-1-	Historique des tests :	53

3-1-2-	Définition du test :	54
3-1-3-	Objectifs des tests :	55
3-1-4-	Exemples de tests :	57
3-2-	Les questionnaires et les échelles :	59
3-2-1-	Définition des termes de questionnaire et d'échelle :	59
3-2-2-	Objectifs des questionnaires et des échelles :	59
3-2-3-	Exemples de questionnaires et d'échelles :	60
3-3-	Le dessin :	65
3-3-1-	Définition du dessin :	65
3-3-2-	Objectifs du dessin :	66
3-3-3-	Types de dessin :	66
Cours n° 3 : Le bilan psychologique		69
1-	Définition du « bilan » :	69
2-	Définition du « bilan psychologique » :	69
3-	Les motifs du bilan psychologique :	71
4-	Apports du bilan psychologique :	73
5-	Objectifs du bilan psychologique :	74
6-	Les temps du bilan psychologique :	75
7-	Le compte rendu :	76
7-1-	Définition du compte rendu :	76
7-2-	Caractéristiques du compte rendu :	76
7-3-	Objectifs du compte rendu :	77
7-4-	Types de compte rendu :	77
7-4-1-	Les comptes rendus oraux :	77
7-4-2-	Le compte rendu écrit :	78
7-5-	Rédaction du compte rendu :	79
7-6-	Exemples de comptes rendus :	81
8-	Illustrations de bilans psychologiques :	90
8-1-	Bilan psychologique de Noémie 16 ans (Emmanuelli et Louet, 2015):	90
8-2-	Bilan psychologique de Thomas à 4ans, à 7 ans et à 9 ans (Azoulay, 2013):	97
Conclusion du cours		113
Liste des références :		115

Introduction du cours

La psychologie clinique est une spécialité théorique et pratique. Elle se compose de trois volets : le volet scientifique (le savoir), le volet technique (méthodes : recherche, diagnostic, thérapie) et le volet pratique (application du savoir).

Dans cette présente matière destinée aux étudiants en deuxième année master et intitulée « **examen clinique** », nous nous situons dans le deuxième volet relatif à l'aspect technique de la psychologie clinique.

Le contenu répond au programme officiel fixé par la tutelle, enrichi d'un cours introductif, d'exemples et d'illustrations (qui peuvent être présentés en PowerPoint ou en version papier, en cours ou en TD), permettant à l'étudiant une meilleure assimilation du contenu et une application du savoir dispensé, renforçant ainsi ses acquisitions, et en offrant à la fin une bibliographie solide, renvoyant notamment aux ouvrages internationaux de référence.

L'objectif de cette matière est de faire connaître à l'étudiant les différentes techniques permettant le recueil des informations concernant un cas et leur mise en forme dans le but de poser un diagnostic et de proposer une prise en charge, car l'examen clinique comporte deux dimensions étroitement intriquées : diagnostique et thérapeutique.

Pour ce faire, l'étudiant doit avoir acquis les concepts fondamentaux de la psychologie clinique, de la psychopathologie et de la méthode clinique.

Cours n°1 : Introduction à la notion d'examen clinique

Avant d'envisager de présenter la notion d'examen clinique, nous avons jugé utile de préciser quelque peu le champ de la psychologie clinique dans lequel se déploie ce dispositif :

1- La psychologie clinique

Le terme « psychologie clinique » est apparu dans les années 1890, simultanément en France, en Allemagne et aux Etats-Unis (Ciccone, 1998, p.9).

Tout d'abord, le terme de « psychologie clinique » désigne à la fois une méthode et une discipline de la psychologie, associées à une pratique professionnelle spécifique (Décaudin & Ghiglione, 2013, p.22).

Daniel Lagache définit la « psychologie clinique » comme une discipline fondée sur l'étude approfondie des cas individuels. Son objet est l'étude de la conduite humaine individuelles et de ses conditions, en un mot l'étude de la personne totale en situation (cité par Ciccone, 1998, p.10).

De plus, la psychologie clinique a pour base l'étude intensive des cas individuels, c'est-à-dire l'étude de la conduite individuelle et de ses conditions (entourage actuel, histoire de la vie, personnalité dans ses aspects somatiques et psychologiques). La psychologie clinique a donc pour objectif principal les conduites individuelles, adaptées et inadaptées (Samacher, 2005, p.55).

Pour Ciccone (1998), la psychologie clinique est une science du psychisme humain. Elle consiste en l'étude du psychisme humain de son fonctionnement et de ces processus.

Ainsi, la psychologie clinique est une branche de la psychologie ayant pour objet l'étude la plus exhaustive possible des processus psychiques d'un individu ou d'un groupe dans la totalité de sa situation et de son évolution. Elle est amenée à étudier les conduites humaines individuelles, normales et pathologiques » (Bioy & Fouques, 2016, p.2).

De ce fait, la dimension de l'évaluation du fonctionnement psychique appartient à la pratique du psychologue clinicien.

2- Le travail du psychologue clinicien

On peut regrouper les activités du psychologue clinicien autour de trois pôles : l'évaluation et le diagnostic, la pratique des thérapies, le conseil et l'intervention institutionnelle. Encore

conviendrait-il d'y ajouter l'activité de recherche et de formation des autres psychologues, voire des autres professionnels avec lesquels il travaille (Pedinielli, 2012, p.83).

De ce fait, la pratique de l'examen psychologique occupe une place à part dans la pratique du psychologue clinicien.

3- L'examen clinique

1-1- Le terme « examen » :

Un examen est défini dans le dictionnaire médical comme suit « *investigation et observation, en s'aidant ou non d'instruments, d'un individu* » (Quevauvilliers, 2009, p.344).

Le terme d'examen (du latin exigere : balance) relève d'un modèle médical et/ou pédagogique, ce qui renvoie aux deux champs d'application privilégiés de l'examen psychologique : celui de la psychopathologie et celui de la psychologie scolaire. Un examen médical désigne « *l'ensemble des investigations, cliniques et techniques, menées pour apprécier l'état de santé d'une personne* » (Arbisio, 2003), alors qu'un examen scolaire désigne une « *série d'épreuves destinées à déterminer l'aptitude d'un candidat à rentrer dans une école, à obtenir un titre, un grade, une fonction* » (Le Petit Robert). On y trouve l'idée de processus d'observation fine, attentive et soigneuse, de mouvement dynamique, visant une appréciation diagnostique pour venir en aide, mais également de moyens techniques mis en œuvre pour y parvenir (Voyazopoulos, Vannetzel & Eynard, 2011, p.74).

Un « examen » est défini dans le dictionnaire de psychologie comme suit « *une opération par laquelle on juge des connaissances, des habiletés, des traits de personnalité caractérisant un individu, à des fins descriptives, pronostiques ou diagnostiques* » (Doron & Parot, 2013, p. 283)

L'« examen » demeure le terme historique, celui de Binet, pour désigner « *l'acte professionnel médiatisé par les tests et son occurrence est élevée dans les écrits concernant l'utilisation des outils psychométriques. L'examen fait donc référence à un processus, à une démarche en cours* » (Bachelier & Cognet, 2017, p.24).

De plus, il possède deux connotations qui peuvent en brouiller le sens dans l'esprit des psychologues et des sujets reçus : la première est en lien avec le modèle médical. Qu'il soit réalisé à mains nues (inspection, palpation, percussion et auscultation) ou à l'aide de matériel (échographie, écho-Doppler, radiographie, scintigraphie, endoscopie, IRM, scanner, etc.) l'acte professionnel médical est identifié sous le terme générique d'examen ; il s'agit d'une série d'investigations qui ont pour but d'apprécier la santé ou, le plus souvent, de mettre en évidence

la maladie. La seconde, en lien à la scolarité, est synonyme d'épreuve scolaire. La plus connue de celle-ci, le baccalauréat, sanctionne la fin des études secondaires (Cognet & Bachelier, 2020, p.6).

1-2- Le terme « clinique » :

L'étymologie du terme « **clinique** » : En grec ancien, il signifie en même temps *se coucher* (participe passé : *être couché*) et *se pencher*. Il renvoie en français à des mots comme **incliner**, **décliner**, **inclinaison**, **déclinaison**, etc. η κλινη signifiant en grec *le lit*, κλινικη signifie déjà en grec ancien : (*soin*) *qui se pratique au chevet (du malade)* (Robinson, 2005, p.15).

Le terme « clinique » provient de la tradition médicale. En médecine « clinique » (du grec cliné, « lit ») désigne :

1- Qui concerne l'enseignement de l'art médical donné auprès du lit du malade

2- Qui peut être effectué, ou constaté par le médecin, au lit du malade, sans le secours d'appareils ou de méthodes de laboratoire 3- sens figuré : a- Enseignement de l'art médical donné auprès du lit du malade et ensemble de connaissances acquises de cette manière b- Service hospitalier où se donne cet enseignement et local spécialement affecté à cet usage (Pedinielli, 2012, p.33).

Marty (2009) rapporte que la « clinique » se définissait autrefois comme « *méthode d'observation permettant ensuite une description fine des choses observées* » (Marty, 2009, p.55).

Le terme « **clinique** » est également défini dans le dictionnaire de psychologie comme suit « *méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet* » (Sillamy, 2003, p.58).

Le terme « **clinique** » en psychologie clinique renvoie donc à « *des interventions que l'on effectue pour comprendre et aider psychologiquement le sujet qui le demande, qu'il souffre d'un trouble psychique ou non (donc qu'il soit malade ou non)* » (Bouvet, 2018, p.13).

1-3- Le terme d'examen clinique :

L'examen clinique est donc « *cette rencontre originale, unique ou plus souvent répétée au fil du temps, qui fait appel à la disponibilité, à la sensibilité et à la réceptivité du clinicien. Sont aussi mises au travail ses qualités d'observation et d'écoute, l'attention portant à part égale sur ce qui est montré, agi et ce qui est verbalisé ou tu par le sujet, dont l'expression orale prend de plus en plus de place et d'importance au fil des années. L'art du thérapeute, supposé*

s'affiner avec l'expérience, consiste à aménager et adapter le cadre de la consultation à son patient afin que s'établisse une relation, puis se développe une communication aussi riche, authentique et constructive que possible » (Bochereau, Guedeney & Corcos, 2011, p.1).

De ce fait, le terme d'examen clinique renvoie à l'investigation approfondie de cas individuels et à tous les secteurs de la conduite humaine, qu'elle soit adaptée ou inadaptée.

1-4- Objectifs et intérêts de l'examen clinique :

Historiquement, l'objectif de l'examen psychologique clinique contribuait à l'identification des symptômes et à l'établissement d'un diagnostic psychopathologique. De plus, appliquée à l'examen clinique, la notion d'utilité est directement mise en lien avec la conduite d'un traitement psychologique. L'examen clinique utile est celui qui permet de décrire efficacement le fonctionnement du sujet pour personnaliser les décisions d'orientation. En effet, selon les psychologues, l'examen clinique permet de :

- Répondre à des questions cliniques spécifiques ;
- Apporter des informations sur la structure de personnalité et son fonctionnement habituel ;
- Faciliter la réflexion sur les indications et le suivi thérapeutique ;
- Proposer à certains sujets une thérapie brève à partir de la restitution des résultats et des entretiens qui les accompagnent (Castro, 2016)

Ajouter à cela, l'examen clinique utile favorise l'échange et la communication entre praticiens de la même discipline, par un langage commun, qui soutient la compréhension des phénomènes clinique. Enfin, il confère aux psychologues cliniciens une spécificité professionnelle clairement identifiée (Castro, 2016).

Ainsi, l'examen clinique en psychologie ne se réduit donc pas à l'identification de symptômes. Il fait partie du processus de prise en charge, c'est-à-dire qu'il permet non seulement d'éclairer les différents aspects psychopathologiques du patient en même temps qu'il contribue à enrichir le travail de concertation des praticiens en facilitant l'articulation de leur intervention (Ravit, 2020, p.163).

De plus, la pratique de l'examen clinique en psychologie est l'occasion de temps de rencontres avec le sujet afin de mieux comprendre ce qui l'agit, ce qui le fait souffrir, et de mettre en lumière les ressources psychiques dont il dispose (Poupart, 2022, p.189).

Enfin, l'examen bien conduit fournit en conclusion toutes les indications utiles quant aux modalités d'aide à mettre en œuvre. À cet effet, l'examen s'inscrit dans la totalité d'une situation dans laquelle un trouble éclot. Les conditions qui le voient éclore sont la première source d'interrogation du clinicien (Jumel, 2017, p.12).

Par ailleurs, l'examen psychologique en milieu professionnel sert à recruter, orienter, promouvoir, reconvertir, reclasser (Moulin, 1992, p.10).

De ce fait, l'objectif de l'examen clinique est de comprendre le fonctionnement psychique d'un sujet afin de permettre des prises en charge thérapeutiques, de remédiations, une orientation adaptée.

1-5- Contextes et situations de l'examen clinique :

Les contextes de l'examen clinique en psychologie, ou plutôt de l'appréciation du fonctionnement psychique, sont variés, pouvant s'exercer dans le cadre d'une institution de soin comme les services de consultation et/ou d'hospitalisation adulte ou infanto-juvénile, de soin médico-éducatif, ou dans le champ d'une expertise judiciaire, pour n'en citer que certains (Poupart, 2022, p.196).

1-6- Cadre de l'examen clinique :

Il est indispensable de cerner les contours spatiaux, temporels, matériels de la ou des rencontres nécessaires à la réalisation de cet acte professionnel. En d'autres termes, il est nécessaire de caractériser le cadre de l'examen par la mise en place d'un ensemble de dispositions, d'engagements et de limites.

La définition du cadre de l'examen clinique peut alors prendre la forme d'un triptyque :

- 1- Le premier volet : évoquant le contexte de la rencontre avec le sujet : pourquoi pratiquer un examen psychologique ? Qui en est à l'origine et quelle en est la demande ? Qui sera le destinataire des conclusions du bilan ?
- 2- Le deuxième volet : présentant l'environnement du bilan : tout d'abord l'aspect spatial (le lieu des rencontres), puis temporel (combien de séances sont prévues ? Quelle sera la durée de chacune d'entre-elle ?) et enfin matériel (quels outils le psychologue pense-t-il utiliser ?).
- 3- Le troisième volet : est une synthèse des deux premiers volets, une co-construction entre le sujet, ou le tiers parlant en son nom dans le cas d'un enfant, et le psychologue, un engagement qui attribue clairement les limites possibles et acceptables par les deux parties (Cognet & Bachelier, 2020, p.36).

Le cadre se définit donc avant tout comme un acte de parole, une convention verbale, un accommodement librement consenti qui établit les modalités pratiques et psychiques du dispositif de l'examen clinique.

De plus, le cadre de l'examen clinique se construit aussi dans le respect de règles déontologiques.

1-7- Étapes d'un examen clinique :

L'examen clinique comprend cinq étapes principales :

1. L'analyse de la demande, de l'histoire de vie du sujet, de son écosystème et de ses difficultés.

2. La description, porte d'entrée vers les étapes ultérieures, des éléments d'anamnèse, des observations cliniques, des données chiffrées, des forces, des faiblesses, des particularités des contenus de réponse, en bref, de la singularité du sujet.
3. La compréhension intime du sujet qui résulte de la mise en tension des attitudes ou des performances observées lors de l'examen avec celles rapportées par la famille ou l'école, des observations cliniques avec les résultats chiffrés, des résultats ou observations issus des différentes épreuves de l'examen entre elles.
4. L'interprétation qui replace les freins ou les facilitateurs, les difficultés ou les forces, la souffrance ou l'énergie, dans la dynamique développementale du sujet.
5. Les recommandations qui mettent l'accent sur le pronostic et les leviers thérapeutiques (Cognet & Bachelier, 2020, p.12).

1-8- Examen clinique selon les âges :

Dans sa pratique, le psychologue clinicien est confronté à des demandes de consultation qui peuvent prendre différentes formes, selon qu'elles concernent un bébé, un enfant, un adolescent ou un adulte :

1-8-1- Avec le bébé :

L'examen psychologique du bébé se définit comme *« l'évaluation du développement de l'enfant de moins de trois ans, évaluation de ses compétences cognitives et psycho-affectives. Il s'agit d'un dispositif à la fois d'évaluation et d'observation. Il a la particularité de ne pas se centrer uniquement sur le sujet de l'évaluation puisqu'il a lieu en présence de la ou des figures d'attachement de l'enfant »* (Ravit, 2020, p.14).

Ravit (2020) indique que l'examen psychologique du bébé s'inscrit toujours dans le temps présent de la rencontre et ne peut être prédictif du développement ultérieur. De plus, la demande de l'examen psychologique du bébé n'est évidemment jamais formulée par le sujet de l'évaluation mais aussi très rarement par ses parents parce que cette pratique reste encore méconnue du grand public. La demande parentale va plutôt être transmise à un professionnel, sous forme d'inquiétudes, concernant le développement de leur enfant.

En outre, l'examen psychologique nécessite, selon Ravit (2020), de recevoir la famille ou les personnes en charge de l'enfant, préalablement à la passation des épreuves (tests d'efficiences et tests projectifs). Un examen psychologique comporte au minimum trois rendez-vous : un premier qui est communément désigné par entretien préliminaire ; un second qui est organisé

autour de la passation des tests et une troisième rencontre qui permet la restitution orale et écrite de l'observation réalisée. Parfois une quatrième rencontre est nécessaire lorsque, par exemple, l'ensemble des épreuves n'a pu être administré en une seule fois ou lorsque le bébé n'était plus dans un état de bien-être suffisant pour investir les exercices proposés.

L'entretien préalable a plusieurs objectifs : d'une part, il s'agit de reprendre avec la famille la demande qu'elle a formulée lors de la prise de rendez-vous. Si cette demande ne leur appartient pas et qu'elle leur est imposée, le clinicien va chercher à évaluer la manière dont ils peuvent s'approprier, pour eux, ce temps d'observation autour de leur enfant. Lors de ce premier entretien, c'est également l'occasion de faire l'anamnèse de l'enfant et de reprendre l'histoire de la grossesse, de la naissance et des difficultés rencontrées par la famille. Enfin, cet entretien permet également d'expliquer la manière dont va se dérouler la passation des épreuves, de montrer la pièce où cela va se dérouler et de tenter d'instaurer un climat moins anxiogène autour de la prochaine rencontre.

La passation des tests : l'examen psychologique est habituellement entendu comme la passation d'épreuves d'efficiences associées à des épreuves projectives afin d'avoir accès à une compréhension du fonctionnement psychique d'un sujet à savoir à la fois ses compétences cognitives et son fonctionnement psycho-affectif (complémentarité des épreuves). Exemples : La Malette Projective Première Enfance (MPPE) et les épreuves projectives disponibles pour jeune enfant, l'échelle Brunet-Lézine, etc.

La restitution du bilan psychologique : la restitution est en général à la fois orale et écrite. Elle a pour objectif de rendre compte de la compréhension du psychologue du développement de l'enfant à l'instant de l'évaluation. Cette restitution s'adresse d'abord avant tout aux parents, même si le bilan leur a été imposé. Le psychologue doit s'assurer que ces derniers vont être en mesure de comprendre l'écrit qui a été rédigé. Lors de cet entretien, laisser la place aux ressentis des parents face au bilan qui a été effectué nous paraît important. Ensuite, il est nécessaire de reprendre pour chaque épreuve utilisée son fonctionnement et ce qu'elle évalue et la manière dont elle est construite. À partir de cette introduction, le psychologue va reprendre point par point les résultats de l'enfant et la compréhension qu'il en a, les hypothèses et les interrogations qu'il formule. Lorsque le psychologue a fait un compte rendu écrit, il semble important de le lire avec les parents.

Ravit (2020) toujours, conseille d'appréhender le développement du bébé à travers des épreuves à la fois cognitives et projectives pour leur complémentarité dans l'appréhension du développement dans son ensemble. Elle aborde également la pratique du test Brunet-Lézine,

d'abord parce qu'il reste à ce jour le test le plus communément utilisé par les psychologues, ensuite et surtout parce qu'il autorise une lecture clinique des résultats. Elle rappelle qu'il est important que le regard du clinicien se porte sur le développement de l'enfant à l'instant T de l'évaluation, et de ce fait l'observation du développement ne peut soustraire le bébé de l'environnement dans lequel il évolue, puisqu'un certain nombre de compétences sont observables dans l'interaction entre le bébé et sa figure d'attachement. Certaines de ces compétences, non observables au cours de l'examen psychologique, sont même directement évaluées par le parent présent. De plus, au-delà de la simple mesure des compétences, l'observation de l'interaction « figure d'attachement-bébé » permet de porter un regard clinique sur la qualité des liens primaires dont on connaît à présent l'importance sur le développement.

1-8-2- Avec l'enfant :

L'examen psychologique de l'enfant est « *une interaction entre deux protagonistes, le psychologue et l'enfant, dans une situation plus globale qui inclut également souvent la famille et parfois les institutions qui interviennent auprès de l'enfant* » (Ravit, 2020, p.60).

Ravit (2020) dégage les étapes suivantes :

L'analyse de la demande et l'entretien préliminaire : en clinique infantile, un tiers- très souvent une institution-est à l'origine de la demande. Le contexte est toujours singulier. Nous pouvons citer quelques exemples : demande d'un éclairage par un service hospitalier concernant un enfant pour qui la question de l'hospitalisation en pédopsychiatrie se pose, demande d'un service de l'Aide Sociale à l'Enfance avant une orientation d'un enfant, demande de l'école, demande d'un psychothérapeute, etc. en fonction de la nature, le dispositif de l'examen doit être adapté.

Un entretien préliminaire fait partie intégrante de l'évaluation. Pendant la rencontre, le clinicien est attentif à ce qui se dit, mais également à la manière dont l'enfant s'exprime. L'entretien est également un moment où l'enfant a la possibilité de jouer et de dessiner, ces deux médias tenant lieu d'intermédiaire entre le corps et le langage. Les aspects psychomoteurs sont le reflet du fonctionnement psychique.

De plus, c'est seulement après cette première rencontre que le clinicien est en mesure de déterminer les épreuves qui constituent l'examen psychologique.

Passation des épreuves : si la passation est certes rigoureuse et cadrée, une souplesse est nécessaire. Dans la majorité des situations, la méthodologie de l'examen psychologique comprend une épreuve graphique (D10, dessin de la famille, dessin libre), des épreuves

projectives (Rorschach associé à une épreuve thématique : CAT, TAT ou Patte-Noire), et une épreuve intellectuelle (WPSSI ou WISC selon l'âge KABC, NEMI, etc). Peuvent s'y joindre en fonction de la demande, la figure complexe de REY et des épreuves d'inspiration piagétienne.

L'analyse et la mise en perspective des différentes épreuves : la synthèse des différents tests doit être organisée de façon à extraire et mettre en perspective les éléments apportés par chacun. la synthèse du fonctionnement psychique de l'enfant aux différentes épreuves consiste ainsi, en tenant compte de cette complémentarité, à aller chercher dans les différents tests les éléments correspondants aux besoins de l'analyse, et à les organiser suivant des axes rendant compte de l'organisation de l'enfant dans une perspective psychodynamique.

La restitution : évoquer les enjeux de la restitution de l'examen psychologique amène à distinguer les éléments transmis oralement et le compte-rendu écrit, transmis à la famille et aux différents partenaires qui interviennent autour de l'enfant. La restitution orale est un exercice complexe. Il s'agit de restituer le contenu, sans faire effraction, mais en invitant l'enfant à s'intéresser à sa vie intérieure. Il importe aussi de répondre à la demande de compréhension de la famille sans empiéter sur l'intimité de l'enfant. Il convient de rassurer l'enfant sur ses compétences mais aussi de l'éclairer sur ses difficultés. Avec les parents, la dynamique relationnelle est toujours complexe. Le compte-rendu oral doit s'effectuer dans un aller-retour entre les éléments recueillis au cours du bilan et les aspects que les parents sont prêts à envisager. En nous appuyant sur les éléments cliniques recueillis, la restitution permet, sans banaliser la gravité des situations, d'interroger les modalités de prise en charge psychothérapique éventuelle. Le compte-rendu écrit, quant à lui, varie suivant le contexte de passation de l'examen psychologique, en fonction de l'origine de la demande et de l'utilisation qui pourra en être faite.

Pour Roman (2016), l'examen psychologique de l'enfant est dominé par la dimension de son immaturité. Dans ce contexte, c'est assurément l'adulte qui occupe une fonction de porte-parole de l'enfant et/ou de son symptôme. Si cet adulte, dans la plupart des cas, se trouve être le ou les parents de l'enfant, il est souvent lui-même porteur d'une demande émanant d'un tiers ; à cet égard, l'institution scolaire, et particulièrement l'école primaire, représente une instance de prescription centrale.

L'enjeu central, selon toujours Roman (2016), que représente la première rencontre de l'enfant, dans la mesure où elle devra permettre de situer non seulement le registre de la demande explicite présentée par les parents et l'implicite qui l'accompagne, mais également dans quelle

mesure cette demande concerne l'enfant en tant que sujet. On comprend alors que la prise en compte de la demande dans le cadre de l'examen psychologique de l'enfant nécessite d'être en mesure de tenir en tension une préoccupation pour la dimension familiale de l'expression symptomatique d'une part, et pour la place et le soutien du sujet singulier d'autre part.

Dans ce cadre, plus l'enfant est jeune, plus le cadre de l'examen doit être adapté. Cognet et Bachelier (2020) proposent ceci :

- Un examen à la temporalité propre

Cet aménagement du cadre consiste à réaliser l'examen psychologique sur un nombre assez élevé de séances, par exemple trois ou cinq. Celles-ci sont évidemment plus courtes et leur fréquence peut-être d'une ou deux par semaine. De plus, chaque séance est assortie, lorsque cela est possible, de moments de retours avec la famille, en présence de l'enfant : des interrogations sont posées, des remarques sont débattues et l'évolution en famille ou à l'école est évoquée.

Tout l'intérêt de cette modalité d'examen psychologique réside justement dans l'évolution constatée tout au long des séances. Il ne s'agit pas de séances d'accompagnement psychologique, de thérapie, mais de séances d'évaluation où sont repérés à la fois les processus de fonctionnement et les moments d'évolution et de progrès.

Grâce à la répétition des séances, le psychologue développe une empathie qui lui permet de mieux comprendre le vécu, les positions, la dynamique du sujet et des relations familiales. Il est important que le praticien, dans ses propositions d'aménagement du cadre du bilan psychologique, ait assez d'expérience afin de proposer un environnement d'évaluation sécurisant.

- Un examen en présence de la famille

Ce type de démarche concerne particulièrement les enfants les plus jeunes pour lesquels le professionnel peut proposer de réaliser l'examen psychologique en présence d'un ou des deux parents. La passation réclame alors beaucoup de doigté de la part du clinicien qui doit faire face à deux voire trois sujets, dont certains, souvent les plus grands, expriment des inquiétudes voire de l'anxiété.

Ainsi, selon toujours les mêmes auteurs, la démarche doit être double : toujours empreinte d'une grande attention afin de ne pas trop entamer la confiance en soi de l'enfant ainsi que le narcissisme familial et d'apporter un éclairage réel et fécond sur le développement de l'enfant,

ses forces, ses difficultés, voire ses troubles. Jamais un examen ne doit se conclure sur un constat de « défectologie » sans proposer des voies d'aide ou d'examen complémentaires. C'est vrai pour tous les âges, mais, serait-on tenté d'écrire, encore plus indispensable dans le cas des jeunes enfants. Respecter l'enfant, sa famille, être mû par une grande bienveillance, ce n'est pas développer une approche compassionnelle qui masquerait la réalité, c'est au contraire apporter un éclairage sur le réel, propre à tracer des voies développementales. Les familles et les professionnels attendent de l'examen psychologique du jeune enfant une appréciation précise des forces, des faiblesses et de la dynamique sous-jacente (Cognet & Bachelier, 2020, p.18).

Enfin, les enjeux de la synthèse et de la transmission des données du bilan sont bien sûr au premier plan de la situation de consultation de l'enfant, et la clinique invite à porter une attention particulière à ce temps de développement de la personnalité dans l'énoncé qui en est proposé, tant à l'adresse de l'enfant qu'à celle de ses parents (Roman, 2016, p.51).

1-8-3- Avec l'adolescent :

Si le cadre de l'examen psychologique avec l'adolescent se nuance en fonction du contexte (orientation scolaire, éclairages cliniques, préconisations thérapeutiques, recherche, etc), Ravit (2020) dégage cinq grandes étapes à la conduite de cet examen :

- 3- Le ou les entretiens préliminaires ;
- 4- La construction du dispositif (choix des outils, organisation de la temporalité...) ;
- 5- La passation des épreuves (sur plusieurs rendez-vous en fonction du nombre) ;
- 6- Le traitement des observations, la synthèse des éléments recueillis ;
- 7- La restitution.

L'objectif essentiel de l'examen psychologique à l'adolescence est de pouvoir faire la différence, faire la part entre une adolescence floride, originale, brillante et une adolescence marquée par l'effondrement, la rupture et l'entrée dans la pathologie. Dans ce contexte, la demande de consultation de l'adolescent se présente, le plus souvent, sur fond de crise dans le lien entre cet adolescent et ses parents, et sur fond de souffrance, dont les signes empruntent parfois à la violence (troubles du comportement, consommation de toxiques, agirs auto- ou hétéro-adressés...) et le plus souvent à un malaise plus ou moins diffus avec ses traductions en termes relationnels, d'humeur et/ou d'investissement scolaire (Roman, 2016, p.52).

L'examen psychologique se révélera donc être un outil puissant pour répondre à cette question, à la condition d'en adapter la démarche en associant étroitement l'adolescent à la définition des

objectifs, en lui présentant les outils utilisés, le rationnel et en lui faisant, au fur et à mesure de l'avancée de l'examen, des retours sur ce qu'indiquent les résultats chiffrés et la clinique. Cette démarche avec l'adolescent, nous la nommons co-examen. Il s'agit d'une adaptation du cadre de l'examen afin de provoquer un effet bénéfique grâce à une forte implication dans le processus du bilan. Bien entendu, ce co-examen, le plus souvent réservé aux adolescents, doit être mené avec bienveillance. Si des points faibles peuvent être repérés, ils ne doivent, en aucun cas, être les plus nombreux ou les plus décisifs pour l'avenir du sujet. La tonalité générale de cet examen est colorée d'empathie et d'étayage, l'accent étant mis sur les points forts ou les écarts significatifs entre des capacités cognitives plus élevées et un rendement scolaire plus faible (Cognet & Bachelier, 2020, p.20)

En effet, la mise en œuvre de l'examen psychologique de l'adolescent nécessite, pour le psychologue, l'établissement d'une double alliance, introduisant une dimension de paradoxalité:

- Une alliance avec les parents, le plus souvent porteurs de la demande de consultation, et, selon le type de lieu de consultation, engagés dans le financement de celle-ci ; cette alliance implique l'instauration d'une confiance suffisante sur fond du renoncement des parents à une emprise sur l'adolescent initiant, le cas échéant, un processus de séparation, véritable deuil des objets de l'enfance, à entendre ici du point de vue des parents ;
- Une alliance avec l'adolescent, qui ne peut s'actualiser que par un processus de transformation d'une demande issue de son environnement en une demande suffisamment investie sur le plan personnel, qui s'inscrive dans le projet d'un soutien du processus de subjectivation à l'adolescence (Roman, 2016, pp.52-53).

De plus, l'entretien avec l'adolescent s'élabore en fonction des caractéristiques propres à cette période. En particulier, même si la demande émane d'un tiers, il importe, de veiller à redonner à l'adolescent une place centrale dans le dispositif. C'est pourquoi, quel que soit son âge et sauf conditions exceptionnelles, l'adolescent est reçu seul lors de l'entretien de l'examen psychologique ; contrairement à l'exploration préliminaire autorisant pour une part la présence d'un autre (parents, éducateurs, tuteurs...) (Ravit, 2020, p.123).

3-8-4 Avec l'adulte :

L'hypothèse générale qui régit la pratique de l'examen psychologique de l'adulte tient dans le fait que celui-ci serait porteur de la demande adressée au psychologue. Si cette hypothèse peut

être retenue lorsque la consultation est sollicitée par le sujet lui-même, dans un cadre libéral ou institutionnel (comme un centre de consultation médico-psychologique), elle s'avère discutable:

- 3- Lorsque la demande est portée par un tiers (pression de l'entourage, adresse d'un médecin psychiatre) ;
- 4- Lorsque la demande s'inscrit dans un cadre institutionnel (hospitalisation psychiatrique par exemple) ;
- 5- Lorsque l'examen psychologique est prescrit sous contrainte, dans le cadre d'une expertise judiciaire en particulier (Roman, 2016, p.56).

On peut considérer qu'en tout état de cause, c'est la dimension du contrat qui prévaut dans une pratique de l'examen clinique de l'adulte.

Dans la pratique, l'examen psychologique de l'adulte se déroule selon plusieurs étapes :

- 6- L'entretien préliminaire : porte à la fois sur le cadre de vie actuel du sujet, mais il est aussi une invitation à formuler ses difficultés. Ce premier entretien doit permettre d'évoquer certains pas de l'histoire infantile, adolescente et adulte. Le repérage de contextes particuliers (séparation, deuils, évènements traumatiques) apporte une série d'informations qui doivent être entendues comme participant à l'élaboration d'une mise en question. Ce premier entretien se définit dans ses particularités intrapsychique et intersubjective mobilisées dans le cadre spécifique de la rencontre. Il s'agit ici d'accueillir, sans jugement, sans présupposés, ce que le sujet peut traduire et dire dans une dynamique associative.

En fonction de la demande explicite et des échanges avec le sujet, ce premier entretien permet de choisir les tests les plus à même de procéder à une évaluation.

- 7- La passation des tests : Rorschach, TAT, WAIS, MMPI, etc. les préférences de ces outils sont liées, à la formation universitaire des psychologues, à la complémentarité de ces outils qui permettent un travail interprétatif quantitatif et qualitatif, à la nécessité de croiser les variables pouvant mettre en perspective des informations relatives au fonctionnement cognitif et aux modalités psychiques de symbolisation.
- 8- La restitution : c'est un moment crucial au cours duquel le psychologue reprend l'analyse des tests dans un langage simple et peu technique. Il est indispensable que les éléments apportés puissent servir à la compréhension du sujet. La restitution doit permettre au

sujet de l'éclairer en fonction de sa demande, de sa souffrance, de ses aménagements symptomatiques. Si la visée d'un examen psychologique n'est pas thérapeutique, elle peut s'inscrire dans un projet de soin. En fonction de la demande, la restitution faite aux équipes et au médecin doit permettre un éclairage à la fois global mais aussi précis que possible sur les difficultés internes du sujet, ses ressources et capacités à partir desquelles un travail est possible.

Comme pour tout examen psychologique, le temps de transmission apparaît central, voire organisateur dans le projet de l'examen psychologique. Dans la pratique clinique auprès de l'adulte, la question du diagnostic psychopathologique se trouve souvent au premier plan, autour d'une demande qui porte bien souvent, de manière plus ou moins implicite, sur sa participation à la « folie » : l'enjeu central paraît ici de mettre l'accent sur une dynamique des processus (points de fragilité et potentiels dont témoigne la vie psychique). Il ne s'agit pas tant de se défausser de l'énoncé d'un diagnostic que de signifier que celui-ci une valeur ni absolue ni définitive : l'énoncé d'un diagnostic s'inscrit nécessairement dans un espace de sens, celui du sujet et de son histoire, et dans l'espace de la relation ouvert par l'examen psychologique au sein duquel il émerge (Roman, 2016, p.58).

3-8-5- Avec le sujet vieillissant :

L'examen psychologique dans cette situation doit s'adosser aux connaissances théoriques actualisées du vieillissement psychique, cognitif, et à la pluralité des méthodes singulières qui lui sont ancrées, des tests intégrant le bilan neuropsychologique aux épreuves projectives permettant une investigation des modalités du fonctionnement psychique et d'organisation de la personnalité.

L'entretien préliminaire permet de se présenter au patient, d'expliquer les objectifs de l'examen, d'indiquer son déroulement, de le dédramatiser si besoin, et d'analyser la demande. De plus, l'anamnèse inclut l'identification des grands événements qui ont jalonné l'existence du sujet (relevant de sa vie affective, professionnelle, sociale...), complétés par ses données socio-culturelles (âge, sexe, niveau culturel...) et la recherche de comorbidité psychiatrique, somatique, neurologique et celle des traitements médicamenteux ou non (Ravit, 2020).

La passation des épreuves : le bilan repose sur plusieurs méthodes qui présentent chacune des intérêts. On peut citer le bilan du fonctionnement cognitif et le bilan du fonctionnement psycho-affectif par échelles et questionnaires.

La demande d'un examen psychologique est parfois explicitement formulée par certaines personnes âgées soucieuses de leur état de santé, ou a lieu parce qu'un tiers s'inquiète pour elles ; leurs enfants, leur conjoint, des soignants, des médecins, etc (Ravit, 2020).

La restitution des résultats d'un examen est un moment d'une grande importance. Le psychologue va évoquer avec le patient ce que lui, en tant que professionnel, a compris de ses ressources et de ses fragilités, de ses angoisses et de ses doutes. De plus, transmettre des données demande des efforts de clarté, de lisibilité, de rigueur. La formulation du rapport prend en compte son destinataire, ses attentes, son mode de pensée. De ce fait, le psychologue se doit de dire au patient, d'une façon compréhensible et psychiquement audible pour lui, ce qu'il a pu saisir de ses ressources et de ses fragilités (Ravit, 2020).

3-8-6- Avec le couple :

Un examen psychologique du couple est une évaluation menée par un psychologue pour comprendre le fonctionnement du couple, identifier les sources de difficultés et évaluer les points forts afin de proposer des options pour améliorer la relation ou d'orienter vers un traitement adapté.

L'examen clinique du couple trouve sa justification à la fois en amont et en aval de la thérapie ou du traitement de la relation du couple. A cet effet, plusieurs instruments d'évaluation ont été conçus soit pour être utile cliniquement, soit dans des interventions de soutien ou de conseil dans le but de dépister des difficultés relationnelles afin de prévenir une dégradation irréversible de la relation ou le développement d'un trouble chez l'un ou les deux partenaires, soit dans des prises en charges thérapeutiques afin de spécifier des buts de traitement ou d'évaluer le changement ou l'amélioration de la relation (Favez, 2013, p.49).

3-8-7- Avec la famille :

Un examen psychologique de la famille est une démarche clinique visant à évaluer le fonctionnement d'une famille.

Les apports de l'évaluation de la famille sont multiples : Tout d'abord, cela permet d'aboutir à un diagnostic fonctionnel, si l'on ne peut évaluer une pathologie familiale, il est par contre possible d'évaluer le fonctionnement de la famille comme terrain potentiel du développement d'une pathologie individuelle. En plus, l'évaluation de la famille permet d'indiquer dans quelle mesure les relations intrafamiliales sont liées avec le trouble présenté par une personne et ainsi évaluer si une thérapie de famille est indiquée. L'évaluation peut également être orientée vers

l'intervention, en aidant à déterminer des pistes de travail. De plus, l'évaluation en elle-même peut être utilisée comme levier thérapeutique (Favez, 2010, pp.329-330).

4- Examen clinique en psychiatrie vs examen clinique en psychologie

La psychiatrie est une discipline médicale destinée à l'étude, à la prévention et au traitement des maladies mentales (Geoffroy, 2017, p.1).

L'examen clinique en psychiatrie consiste à « procéder à un inventaire détaillé, minutieux, exhaustif des signes mais aussi de saisir de manière globale, synthétique le sujet dans une situation donnée. Le recueil des informations n'est pas lié seulement à la rigueur de l'enquête clinique, mais à la qualité des contacts, de l'échange, de l'écoute du clinicien, qui au mieux, doit permettre au malade d'exprimer ses difficultés, ses sentiments, ses convictions. L'examen clinique psychiatrique est fondé sur la rencontre médecin-malade, d'où l'intérêt de savoir analyser les modalités de cette rencontre de cet échange intersubjectif » (Pewzner, 2003, p.19).

Henri Ey (1989) insiste sur l'importance de la relation médecin-malade dans l'examen clinique en psychiatrie.

Pedinielli (2005) écrit à ce propos « l'examen des psychiatres consiste à rechercher des signes – c'est-à-dire d'éléments ayant un sens pour le spécialiste- qui permettent d'inférer et de discuter l'existence de troubles, de traits, d'états, d'évènements » (Pedinielli & Fernandez, 2005, p.81).

Pewzner (2003) précise que l'examen clinique comporte plusieurs temps : 1-l'observation des signes, du comportement, du langage ; 2- la reconstitution de l'histoire de la maladie, par l'anamnèse (renseignement fournis par le sujet sur son passé et sur l'histoire de sa maladie) (Pewzner, 2003, p.4).

Guelfi (2012) note que l'examen clinique en psychiatrie vise à recueillir des signes cliniques dans le but d'établir un diagnostic, dévaluer le pronostic et d'orienter une thérapeutique (Guelfi & Rouillon, 2012, p.122).

Geoffroy (2017) note que l'examen clinique en psychiatrie a pour objectif général le repérage des signes et symptômes psychiatriques afin de poser un diagnostic qui permettra de réaliser une prise en charge adaptée. Il suit un raisonnement médical à la recherche de symptômes (c'est-à-dire description d'une expérience subjective par le patient) et de signes (c'est-à-dire manifestation clinique observable et objectivable) qui permettent au médecin de définir des syndromes, puis de poser un diagnostic de trouble ou de maladie. Les différentes étapes de

l'examen psychiatrique sont décrites en suivant un raisonnement médical classique en trois phases :

- Phase descriptive avec recherche systématisée de signes et de symptômes ;
- Phase syndromique, qui permet le regroupement de ces signes et symptômes en grands syndromes ;
- Phase de diagnostic de trouble psychiatrique prenant en considération des critères d'évolution temporelle, ainsi que les conséquences fonctionnelles retrouvées chez le patient. Enfin, l'examen physique a une place importante dans l'examen clinique psychiatrique et comporte de nombreux intérêts : repérer des signes physiques associés aux troubles psychiatriques ; repérer des comorbidités non psychiatriques ; repérer rapidement les complications ; aider au choix du traitement psychotrope ; et surtout orienter vers un diagnostic différentiel.

L'examen psychologique est défini comme « *une démarche diagnostique intégrative qui utilise l'ensemble des outils disponibles au psychologue (et par outils nous entendons aussi l'entretien) pour tenter de cerner la nature des troubles dont souffre le sujet, en comprendre la dynamique, en déterminer la portée, en évaluer la gravité, et, au-delà des troubles eux-mêmes, pour repérer les secteurs d'activité psychique et les processus potentiellement inscrits dans une dynamique de santé* ». (Andronikof & Lemmel, 2003, p. 1).

Il est également défini comme « *une modalité d'exploration de l'état mental et du fonctionnement psychique du sujet par l'intermédiaire d'outils spécifiques, les tests, l'examen psychologique facilite le travail du praticien dans la mise en place d'interventions ciblées* » (Hodges cité par Castro, 2006, p.1).

Ainsi, l'examen psychologique est donc « *une démarche globale d'évaluation et de compréhension des troubles et des conduites mentales d'une personne* » (Benony, 2002, p.9).

De plus, l'examen psychologique vise à la compréhension la plus exhaustive et la plus fine possible du fonctionnement psychologique du sujet examiné. (Andronikof & Fontan, 2014, p.404).

En effet, un examen psychologique approfondi aboutit à une appréciation diagnostique fine concernant le mode de fonctionnement psychique du sujet examiné (Debray, 2000, p110).

Dans la pratique clinique, l'examen psychologique permet une évaluation des registres du fonctionnement psychique dans une visée diagnostique et pronostique qui va conduire à proposer des modalités de prise en charge (sociale, thérapeutique, éducative) (Ravit, 2020, p.9).

L'examen psychologique comprend cinq étapes principales :

- **L'analyse de la demande** : de l'histoire de vie du sujet, de son écosystème et de ses difficultés ;
- **La description** : porte d'entrée vers les étapes ultérieures, des éléments d'anamnèse, des observations cliniques, des données chiffrées, des forces, des faiblesses, des particularités des contenus de réponse, en bref, de la singularité du sujet.
- **La compréhension** : intime du sujet qui résulte de la mise en tension des attitudes et des performances observées lors de l'examen avec celles rapportées par autrui, des observations cliniques avec les résultats chiffrés, des résultats ou observations issus de différentes épreuves de l'examen entre elles.
- **L'interprétation** : qui replace les freins ou les facilitateurs, les difficultés ou les forces, la souffrance ou l'énergie, dans la dynamique développementale du sujet ;
- **Les recommandations** : qui mettent l'accent sur le pronostic et les leviers thérapeutiques (Cognet & Bachelier, 2020, p.12).

L'examen psychologique nécessite une expérience clinique et des compétences techniques (Pedinielli & Fernandez, 2005, p.14).

De ce fait, l'examen clinique en psychiatrie ou en psychologie ne peut être réalisé que dans l'intérêt du sujet et sur une demande (demande d'aide, de conseil, de diagnostic, orientation, etc).

5- Démarche psychiatrique vs démarche psychologique et psychopathologique :

La clinique médicale englobe la sémiologie, mais aussi la démarche qui va du recueil des signes à leur association en syndromes et à la découverte de la maladie. En d'autres termes, la clinique c'est le « primat du voir », du « nommer » et elle suppose le silence des théories.

La psychologie clinique se démarque de la médecine et de la psychiatrie ; elle place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses conceptions. Si elle retient de la médecine le contact avec le malade et le rôle de l'observation, elle s'en distingue car elle refuse de désubjectiver la situation, comme le fait la médecine. La reconnaissance de la maladie, d'un « tableau clinique », implique le relevé de signes, isolés, puis regroupés en tableau, alors que la psychologie clinique replace les éléments observés dans l'histoire du patient et de sa singularité (Pedinielli, 2012, p.34).

Pewzner (2003) définit **la démarche psychiatrique** en quatre moments : **la sémiologie, la nosographie, l'étiopathogénie et la thérapeutique**. Elle écrit à ce propos « la sémiologie est

la science des signes. Le regroupement de plusieurs symptômes s'appelle un syndrome, ce dernier peut prendre une valeur diagnostique. Lorsque les signes ont été répertoriés, il s'agit de les classer : c'est le temps de la nosographie, qui renvoie à la classification des maladies. Lorsqu'on a nommé et classé les réalités observées, la question du pourquoi et du comment vient à se poser : l'étiopathogénie (= étude des causes et des mécanismes) qui reste un problème fort complexe dans le champ de la psychiatrie. Ensuite vient la thérapeutique » (Pewzner, 2003, pp.4-5).

Gueniche (2007) définit la **démarche psychopathologique** comme une démarche portant autant sur l'observation que sur l'entretien clinique et le bilan psychologique qui, lui associe en particulier les investigations intellectuelles et de personnalité.

Exemple : la sémiologie porte sur l'observation du signe, elle est descriptive (l'insomnie, par exemple) alors que la discussion psychopathologique s'intéresse à son interprétation, à sa valeur (comment et pourquoi l'insomnie ?), elle est interprétative (Gueniche, 2007, p.8).

Exemple : l'entretien clinique et l'observation du comportement de l'enfant au cours des entretiens peuvent suffire à porter un diagnostic psychiatrique, mais ils ne permettent pas de comprendre l'ensemble du fonctionnement psychologique de l'enfant. Or, si l'on ne comprend pas comment les symptômes observables s'intègrent dans le fonctionnement cognitif, affectif et relationnel de l'enfant, on risque fort d'être incapable de mettre en œuvre une prise en charge efficace (Petot, 2018, p.13).

Pour Pirlot (2013) la sémiologie ne doit pas se priver des apports des « appareils théoriques » dans notre domaine : la psychopathologie et la métapsychologie (Pirlot, 2013, p.9).

En effet, pour Lagache, le diagnostic psychologique, différent du diagnostic psychiatrique, consistait en une activité allant bien au-delà de « l'identification de la maladie et de la dénomination du cadre dans lequel il convient de ranger le malade ». Il visait « la description de la situation problème du consultant », dans la perspective de ses relations avec son entourage, de sa personnalité et de son histoire, et ce, à des fins d'intervention thérapeutique ou rééducative (Lagache, 1949). Dans cette voie, pour les psychologues contemporains, « le diagnostic doit permettre de décrire un sujet et les problèmes qu'il présente, de classer le problème et de définir sa forme spécifique ainsi que ce dont il se différencie (diagnostic différentiel), d'étudier le développement, l'origine et les mécanismes des problèmes, de faire un pronostic et de poser une indication » (Pedinielli, 1994). Il ne s'agit pas seulement de reconnaître une maladie au niveau du diagnostic sémiologique et de l'analyse des syndromes, mais de reconnaître

également les particularités du fonctionnement psychique du sujet consultant, ressaisies dans une histoire et dans un réseau intersubjectif, lui-même pris dans un contexte environnemental et social élargi. Ce sont ces particularités qui donneront sens aux manifestations symptomatiques : nous nous situons au niveau du diagnostic des processus, ou encore fonctionnel, qui caractérise l'analyse psychopathologique (Pardinielli, 1994 ; Perron, 1997) (Voyazopoulos, Vannetzel & Eynard, 2011, pp.9.-91).

Le diagnostic psychologique repose généralement sur la description précise du fonctionnement de la personne (plaintes, problèmes, manière de résoudre, contexte), une explication (analyse du développement, des origines de la personne), la localisation de l'éventuel trouble dans une classification, le pronostic et l'évaluation des interventions (Pardinielli & Fernandez, 2005, p.88).

Si le diagnostic psychiatrique relève d'une approche médicale et consiste à mettre un nom sur des troubles dont souffre le sujet, c'est-à-dire à les faire entrer dans une catégorie ou une classe de maladie dont on connaît les mécanismes évolutifs et parfois l'étiologie, le diagnostic psychologique, lui, va s'attacher à individualiser le sujet au sein de cette catégorie. Le diagnostic psychiatrique recherche le général, le diagnostic psychologique, le particulier. Ce sont deux démarches complémentaires qui devraient toujours être associées (Andronikof & Lemmel, 2003, p.2).

Pardinielli et Fernandez (2005) sont d'accord avec cette idée de complémentarité. Ils écrivent à ce sujet « il ne fait aucun doute que le psychologue doit connaître la sémiologie psychiatrique, être en mesure de la repérer chez certains patients et la préciser grâce à ses propres concepts et outils et qu'il doit la compléter par une sémiologie psychologique s'il y a lieu (dans le domaine de la personnalité par exemple). Certains domaines (comme l'intelligence) nécessitent obligatoirement l'utilisation de tests ou d'échelles, l'analyse du discours spontané ne fournissant que l'indice du trouble » (Pardinielli & Fernandez, 2005, p.81).

Il convient de distinguer l'analyse sémiologique de l'analyse psychopathologique. L'analyse sémiologique s'attache à la description de la symptomatologie actuelle dont sont précisés les caractères, l'évolution, les éventuels facteurs déclenchants ou apaisants, les conséquences sur le sujet et son entourage, tandis que l'analyse psychopathologique est toujours d'une grande complexité et doit donner lieu à de fréquentes réélaborations. Elle s'appuie sur une conception dynamique du développement et du fonctionnement psychique ; elle refuse les simplifications des théories organo- ou sociogénétique comme les excès des théories psychogénétiques (Mille & Benoit, 2011, p.95).

Braconnier (2006) est du même avis que les auteurs cités dans les paragraphes précédents. Il distingue entre la démarche diagnostique en psychiatrie et en psychologie clinique. Il écrit à ce sujet « la démarche médicale et psychiatrique repose sur le modèle médical cherchant à déterminer des troubles, sur le constat des signes cliniques repérables, répétés et comparables d'un individu à l'autre, permettant de parler de syndrome ou de maladie (description + classification). Tandis que **la démarche en psychologie clinique** repose sur : la description approfondie du sujet, **description et interprétation** des modes d'interaction du sujet avec le monde qui l'entoure et **l'analyse** du fonctionnement intrapsychique du sujet (Braconnier, 2006, pp6-7).

Par ailleurs, la psychologie clinique ne se différencie pas seulement de la psychiatrie, mais aussi de la psychanalyse. Dans ce cadre, Doron (2001) écrit ceci « la pratique du psychologue clinicien est aussi une pratique armée. Elle se construit à partir d'instruments scientifiquement validés extérieurs à la seule dimension du transfert et du contre-transfert. Les outils privilégiés qui permettent une investigation de la personnalité sont les épreuves projectives dans le système d'interprétation est basé en grande partie sur le modèle psychanalytique. La psychologie clinique peut être irriguée par d'autres modèles, et d'autres méthodologies comme par exemple l'utilisation des échelles d'évaluation » (Doron, 2001, p.8).

Enfin, rappelons que l'examen clinique s'inscrit dans **une démarche déontologique**. Le psychologue est seul compétent pour choisir les outils et les méthodes qu'il juge nécessaire, suffisants, utiles et valide dans le cadre de son exercice professionnel (Bénony, 2005, p.121).

De ce fait, la démarche du psychologue clinicien est différente de la démarche du psychiatre et du psychanalyste.

Cours n°2 : Les techniques de l'examen clinique

Les techniques d'un examen clinique en psychologie renvoient aux modalités d'investigation auxquelles a recours le psychologue clinicien dans son travail. Elles permettent de recueillir des données sur le patient et dont le but ultime est de se prononcer sur la nature du fonctionnement psychique du patient, de sa normalité ou de sa pathologie, en vue d'une prise en charge adéquate de la problématique posée lors de la rencontre psychologue-patient.

Pedinielli (2012) écrit à propos de la méthode clinique ceci « *par méthode clinique on peut entendre aussi bien l'ensemble des techniques utilisées dans la pratique des cliniciens que la démarche clinique centrée sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication. En outre, la méthode clinique ne correspond pas aux mêmes techniques s'il s'agit de recherche ou bien d'intervention pratique (diagnostic, évaluation, thérapie...)* » (Pedinielli, 2012, p.33).

Le psychologue choisit lui-même l'outil qui correspond le mieux à la situation-problème et bien sûr au sujet avec lequel il doit réaliser le bilan.

Concernant ces méthodes et ces outils, on peut les organiser schématiquement en deux grandes approches dites quantitatives et qualitatives. Le clinicien fera appel à elles en fonction de la population concernée et du contexte dans lequel il évolue, chacune d'elles ayant des intérêts et des limites, leur croisement étant en outre souvent très utile.

L'approche quantitative a pour objectif de quantifier la vie psychique, qu'il s'agisse des comportements, des cognitions ou des émotions. L'objectif est d'approcher la vie psychique d'une manière qui se veut objective. Dans cette perspective, il s'agit de dégager des variables, poser des hypothèses et les tester dans le but de limiter les biais éventuels. Les outils classiques que l'on utilise dans une approche quantitative sont les échelles, les tests et les questionnaires.

L'approche qualitative quant à elle vise à rendre intelligible la vie psychique du sujet et prend en compte l'effet de l'observateur dans les productions du sujet observé. Cette approche est essentielle pour comprendre une personne dans sa totalité en tenant compte également du fait qu'elle a une histoire et une subjectivité uniques (Rabeyron, 2018).

Ainsi, le psychologue utilise essentiellement quatre techniques : L'observation, l'entretien, les tests et échelles, le dessin et le jeu (Capdevielle & Doucet, 2004, p.76).

Petot (2008) estime que seules les méthodes de la clinique « armée », c'est-à-dire les techniques d'entretien, les questionnaires et les tests, mises au point par des générations de psychologues cliniciens, permettront de faire apparaître la souffrance cachée du sujet. Elle écrit à ce sujet

« l'observation clinique directe, sans utilisation d'instruments spécialisés, si approfondie qu'elle soit, ne donne qu'une représentation très incomplète de la pathologie et du fonctionnement mental des sujets présentant des troubles psychologiques. L'entretien clinique et l'observation du comportement au cours des entretiens peuvent suffire à porter un diagnostic psychiatrique, mais ils ne permettent pas de comprendre l'ensemble du fonctionnement psychologique (Petot, 2008, p.VII) et elle ajoute qu'ainsi les psychologues sont donc en mesure d'ajouter, à la liste des symptômes psychiatriques les plus courants, un assez grand nombre de manifestations qui ne sont observables qu'au moyen de leurs instruments spécialisés (les tests psychologiques) (Petot, 2008, p.VIII).

De ce fait, dans un examen clinique, le recueil d'informations se fait à partir de trois méthodes principales : l'observation, l'entretien et le questionnaire. C'est au psychologue de privilégier une méthode ou une autre, en fonction de plusieurs paramètres, même si celle-ci sont bien souvent complémentaires.

En outre, pour décrire et comprendre le fonctionnement mental et les comportements humain dans leur globalité, le psychologue clinicien dispose notamment de trois techniques : l'observation clinique, l'entretien clinique et les tests psychologiques.

1- L'observation clinique :

1-1- Historique de l'observation :

Depuis leurs débuts au XIXe siècle, les sciences du comportement et la psychologie ont eu recours à différentes techniques d'observation, en oscillant entre plusieurs approches.

À la fin du XIXe siècle, lorsque Wundt ouvrit un des premiers laboratoires de psychologie au monde, la technique la plus courante était la méthode réflexive d'observation sur l'état psychologique interne. Dans les années 1910, des critiques se sont élevées pour dénoncer la subjectivité de cette technique et des approches plus objectives fondées sur l'observation du comportement externe se sont imposées. Dans les années 1930, des nouvelles méthodes d'échantillonnages sont apparues (par exemple Olson & Cunningham, 1934) pour étudier quantitativement les comportements. À partir de cette période, l'observation qualitative s'est développée notamment en anthropologie et en sociologie, devenant la principale méthode de travail du terrain. Elle a été introduite en psychologie sous le terme « d'observation participante » pour décrire et analyser le comportement. Dans les années 1960-70, l'observation a fini par céder du terrain en psychologie devant le développement d'autres techniques comme les tests psychologiques ou le questionnaire (Norimatsu & Pigem, 2008, p.9).

Le travail de terrain n'a pas pour autant disparu et il est resté largement majoritaire en éthologie (science du comportement animal). Cette discipline s'est développée dans les années 30 et a connu sa consécration scientifique avec l'attribution de trois prix Nobel en 1973 à von Frisch, Tinbergen et Lorenz. Elle repose depuis le départ sur l'observation directe du comportement. Ce sont les travaux de Tinbergen et Lorenz qui ont contribué, par la rigueur méthodologique de leur approche expérimentale et par l'utilisation de statistiques, à conférer un statut scientifique à la discipline. Depuis les années 80, le « travail de terrain » à l'aide de la méthode d'observation

directe est revenu sur le devant de la scène en psychologie (Norimatsu & Pigem, 2008, p.10).

1-2- Définition de l'observation :

Le mot « observation » affirme l'idée d'extériorité ; il vient du latin «ob» (en face, à l'encontre) et «servare» (regarder, protéger, conserver) et possède plusieurs 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 (Pardinielli & Fernandez, 2020, p.7).

L'observation est « *l'action de regarder avec attention les êtres, les choses, les évènements, les phénomènes, pour les étudier, les surveiller, mieux les connaître, en tirer des conclusions. Le terme observation désigne à la fois l'activité d'identification et la description des comportements : recueil des signes de souffrance diagnostique* » (Pardinielli & Fernandez, 2005, pp.9-10).

L'observation est ainsi définie comme « *l'action de considérer avec une attention suivie la nature, l'homme, la société, afin de mieux les connaître* » (Pardinielli, 2012, p.57).

Le processus d'observation requiert :

- Un acte d'attention qui élargit ou focalise la perception sur certains objets ou aspects de ces objets. Le degré d'attention peut varier comme le montre la richesse de la langue française : apercevoir, percevoir, entrevoir, voir, regarder, considérer, examiner, découvrir, repérer, remarquer, surprendre, débusquer, dévisager, toiser, lorgner, épier, espionner, guetter, viser, suivre, surveiller ;
- Un acte « intelligent », « cognitif » : dans le champ perceptif qui s'offre à lui, l'observateur sélectionne un petit nombre d'informations pertinentes. Ce mécanisme de sélection opère en référence à l'expérience antérieure ; il n'y a donc pas d'observation entièrement naïve (Pardinielli & Fernandez, 2020, p.8).

De ce fait, l'acte d'observation est donc une activité sélective. Cet acte d'observation commence donc par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation.

1-3- Définition de l'observation clinique :

L'observation clinique privilégie la dimension expérientielle de l'être humain. Le champ de l'observation clinique concerne aussi la socialité, les interactions, les interrelations, mais il concerne surtout l'intériorité du sujet, sa subjectivité. Pour ce qui est de la dimension sociale, c'est l'intersubjectivité que visera l'observation clinique (Ciccone, 1998, pp.33-34).

L'observation clinique consiste à relever des phénomènes comportements, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs afin de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé (Pedinielli & Fernandez, 2005, pp.13-14). Elle inclut également l'observation des symptômes et des signes pathologiques. L'observation des symptômes est non seulement utile au clinicien pour établir un diagnostic et avoir une représentation globale du fonctionnement psychique du sujet, mais permet également la recherche du sens du symptôme (Ciccone, 1998, pp.62-63).

On observe aussi d'autres signes verbaux et non verbaux.

En outre, l'observation clinique vise un objet : le psychisme et ses processus, qui n'est pas observable en soi, mais seulement à travers ses effets (Ciccone, 2019, p.7). De plus, l'objet de l'observation clinique est avant tout la réalité psychique (Ciccone, 1998, p.57).

De ce fait, l'observation clinique se fonde sur l'observation fine des individus et des situations et sur la retranscription de leur histoire sous la forme d'« étude de cas ». Ainsi, dans le cadre d'un examen psychologique, l'observation du sujet s'effectue pendant la passation des tests et pendant l'entretien.

1-4- Paramètres de l'observation clinique :

L'observation clinique n'est pas une activité neutre puisqu'elle sélectionne, réduit et reconstruit les données perceptives. La perception est donc ici un élément important. De plus, Le détail et l'attention sont deux paramètres qui orientent plus précisément l'observation clinique. Le détail, ou plus exactement le souci du détail, consiste à s'intéresser avec minutie à la multitude d'éléments cliniques présentés par le patient. Une certaine finesse clinique est nécessaire pour pouvoir faire « parler » le réel clinique en restant, dans un premier temps, attaché aux faits eux-mêmes sans interprétation. De ce point de vue, le clinicien opère comme un tamis au sein duquel il verra apparaître des éléments cliniques qui ne deviendront intelligibles que dans un second temps. En ce sens, le clinicien est donc son propre instrument de mesure dont l'une des fonctions est la collecte des différents faits cliniques. Ce souci du détail s'associe à la capacité de développer une attention soutenue qui soit fluide et réactive. Le déplacement de l'attention peut porter aussi bien sur des éléments externes, relatifs au comportement verbal et non verbal du patient, que sur sa propre subjectivité (Rabeyron, 2018).

1-5- Objectifs de l'observation clinique :

L'observation clinique, qui vise la singularité et la totalité, permet au clinicien d'avoir une représentation concrète de la façon dont ce sujet fait face aux problèmes auxquels il est confronté (nature de ses angoisses, effets des mécanismes de défense, modalités de relation aux autres). Le « regard clinique » a surtout pour but la recherche du sens des symptômes (travail de symbolisation, de parole à partir du symptôme). En effet, une observation clinique de la réalité psychique et de la subjectivité, tenant compte de l'observation des symptômes, des associations, des messages verbaux et non verbaux, du transfert et du contre-transfert, conduit à une interprétation qui donne un sens aux événements et aux phénomènes cliniques observés (Pedinielli & Fernandez, 2020, pp.22-25).

1-6- Les méthodes d'observation de la personnalité :

Parmi les différentes méthodes élaborées pour apprécier le comportement dans une situation d'observation, nous citerons deux d'entre-elles :

1-6-1- L'observation en situation de résolution de problèmes :

Certaines situations dans lesquelles les sujets sont confrontés à la résolution de tâches se prêtent bien à une démarche d'évaluation. C'est le cas de tâches cognitives, dont l'administration individuelle permet de recueillir d'autres indices que ceux relevant du domaine cognitif. Procéder ainsi s'inscrit dans la démarche de l'examen psychologique clinique : processus intellectuels et fonctionnement conatif sont considérés comme interdépendants. Wittersheim (1980), suite à des observations cliniques, montre que certains comportements aux tests cognitifs et psychomoteurs peuvent être associés à des conduites éthyliques. Par exemple dans le test B101 de Bonnardel, qui consiste à réaliser des figures géométriques à partir d'un ensemble de cubes bicolores, leur comportement est généralement typique : ils ont plutôt tendance à ne pas suivre les consignes malgré le rappel de l'évaluateur, à se fâcher et à critiquer le matériel. Au test des réactions complexes de Bonnardel (coordination des mouvements), les éthyliques manifestent plus fréquemment des jurons, des rires, des critiques, des velléités d'abandon, etc. L'interprétation clinique des échelles de Wechsler (WAIS, WISC) fournit des éléments similaires de compréhension de la personnalité (Kellerman et Burry, 1985). Certains subtests sont ainsi sensibles à l'intrusion de l'anxiété (information, arithmétique, mémoire de chiffres, vocabulaire, cubes et assemblages d'objets). D'autres, comme compréhension et arrangement d'images, donnent des indications sur le degré d'intériorisation des normes

sociales. Enfin, le niveau d'impulsivité des sujets peut affecter les scores obtenus dans les subtests d'arithmétique et d'arrangement d'images (Bernaud, 2008, p.74).

1-6-2- L'observation du comportement en situation d'entretien

L'entretien en situation duelle peut répondre à plusieurs fonctions qui dépassent largement l'évaluation de la personnalité. L'analyse de l'entretien joue sur deux registres : les informations verbales découlant des questions posées et des manifestations spontanées des sujets ; les informations non verbales concernant le langage corporel, les attitudes et comportements manifestés durant l'entretien. C'est en recoupant ces deux registres qu'une évaluation de la personnalité sera produite (Bernaud, 2008, p.76).

1-7- La constellation transférentielle observateur—observé :

Rabeyron (2018) indique que l'observateur observe l'observé en train de l'observer et que l'observé observe l'observateur en train de l'observer. Le processus d'observation est donc bidirectionnel et il se produit des effets de miroirs à l'infini entre la subjectivité du clinicien et celle de son patient. En effet, lorsque le clinicien observe son patient, il s'observe lui-même, compte tenu du fait que le patient est en train de l'observer. Chacun explore donc spontanément la psyché d'autrui. C'est la raison pour laquelle le clinicien sera attentif à la dynamique transférentielle (transfert et contre-transfert).

1-8- Rédiger l'observation clinique :

Pour être analysables, les données d'observation clinique doivent avoir été notées, enregistrées ou mises en forme par la description détaillée de ce que le clinicien a vu ou entendu, regardé ou écouté. Il faut :

- 1) décrire les éléments de la situation, les vêtements des personnes, les objets manipulés, le décor de la rencontre et les interactions ;
- 2) décrire les enchaînements d'actions qui font la situation observée, le détail des gestes, l'ordre des prises de parole, les compétences, les arguments sollicités ;
- 3) s'entraîner à prendre en note une conversation enregistrée est un bon exercice préparatoire (Pedinielli & Fernandez, 2020, p.37).

1-9- Types d'observation clinique :

Nous allons dans ce qui suit citer quelqu'un :

1-9-1- L'observation clinique nue, l'observation clinique armée et l'observation assistée :

L'observation nue est la méthode du clinicien pur, elle ne nécessite de sa part que le bon fonctionnement de ses organes des sens, vision et audition, avec comme aide éventuelle une feuille de papier et de quoi écrire. Elle peut se pratiquer tant au cours de l'entretien que lors de la passation des tests ; l'observateur tâche de capter tout ce qui émane du sujet, gestes, mimiques, exclamations, silences, tremblements...à la fin, il se retrouve avec une quantité plus au moins importante de notations. Cette masse d'informations constitue la matière première qu'il faudra de traiter.

L'observation armée : les armes sont ici des dispositifs d'enregistrement, soit auditifs (magnétophone), soit audio-visuel (caméra, caméscope) ; le sujet est filmé pendant l'examen.

L'observation assistée : les psychologues s'aident de grilles ou de guides d'observation qui leur permettent d'éviter les oublis et de quantifier les comportements ou points de vue de leur fréquence d'apparition (Moulin, 1992, pp.23-24).

1-9-2- L'observation clinique directe et l'observation clinique discrète :

Avec **l'observation clinique directe passive**(caractérisée par la neutralité et la discrétion), le clinicien se familiarise avec le milieu et les membres de ce milieu, qui lui-même se familiarise avec sa présence (ce qui permet de diminuer l'anxiété, la méfiance, l'hostilité des futurs observés). En psychologie clinique, les observations directes concernent, par exemple, l'observation éthologique, l'observation systémique, l'observation des interactions mère-bébé, l'observation psychanalytique du nourrisson qui est une observation directe des comportements, des interactions verbales et non verbales (comportementales – visuels, tactiles, gestuels, – affectives, fantasmatiques – par exemple, comment une mère développant un fantasme, du fait de son histoire infantile, révèle ce fantasme dans ses interactions et va indiquer au bébé la place qu'il doit y prendre : bébé persécuteur par exemple) (Pardinielli & Fernandez, 2020, p.41).

L'observation clinique directe « incognito » consiste à observer sans avoir de relation avec les sujets observés, de façon à supprimer les problèmes d'interférence, la modification des conduites observées par le clinicien. Celui-ci est dissimulé, caché (Pardinielli & Fernandez, 2020, p.42).

L'observation clinique directe, sans utilisation d'instruments spécialisés, si approfondie qu'elle soit, ne donne qu'une représentation très incomplète de la pathologie et du fonctionnement mental des enfants présentant des troubles psychologiques (Petot, 2018, p.13).

1-9-3- L'observation clinique naturelle (ou libre), l'observation participante et l'observation clinique systématique :

On distingue généralement l'observation clinique naturelle, libre ou en extériorité de l'observation clinique systématique :

L'observation naturelle ou libre: La situation choisie est celle d'un milieu authentique : cours de récréation, self réservé aux malades de psychiatrie, groupe de travail en entreprise, milieu familial, etc. Elle permet d'apprécier le comportement naturel tel qu'il se manifeste dans le milieu habituel du sujet (Pardinielli & Fernandez, 2020, p.42).

Le but de l'observation naturaliste est d'observer des individus dans leur milieu naturel (à l'école, à la maison, sur le lieu de travail) afin de décrire et de quantifier leurs comportements spontanés. Dans ce type d'observation, l'observateur tente de minimiser autant que possible l'effet qu'il peut avoir sur les comportements de l'individu observé. Il n'est donc pas rare que l'observateur soit caché derrière une vitre sans tain ou qu'il enregistre le comportement des individus à l'aide d'une caméra cachée (Borst & Cachia, 2016, pp.18-19).

L'observation participante est utilisée quand le chercheur étudie des comportements qui nécessitent de se rapprocher des individus observés. Dans le cadre de l'observation participante, le chercheur a un rôle actif et les individus observés ne sont pas systématiquement informés que le chercheur les observe, et ce, afin que leurs comportements restent le plus naturels possible. Le fait de dissimuler aux participants qu'ils sont observés soulève bien évidemment un certain nombre de questions éthiques relatives notamment au respect de la vie privée et au consentement éclairé du participant. Le code éthique de la recherche en psychologie, que le lecteur peut consulter sur le site de l'American Psychological Association¹, encadre strictement ce type d'observations et prévoit notamment que le consentement des participants soit obtenu à la fin de l'étude (Borst & Cachia, 2016, p.19).

L'observation clinique systématique ou contrôlée : Elle répond à un souci de maîtrise de la situation : un décor artificiel est planté, des tâches sont prescrites et les sujets sont observés pendant un temps limité. Elle existe aussi en situation naturelle. Elle permet d'enregistrer le comportement tel qu'il se présente. Elle porte sur un grand nombre d'individus. Plus le nombre d'observations est important, plus il permet d'avoir des données normatives. Pour être systématisée, l'observation doit être standardisée, ce qui est possible grâce à l'utilisation d'échelles cliniques, de questionnaires, d'entretiens enregistrés ou de la vidéo. Ce type

d'approche permet d'intégrer une démarche quantitative avec l'utilisation de statistiques descriptives (Pedinielli & Fernandez, 2020, p.43).

De ce fait, l'observation est dite « naturaliste » quand l'observateur n'interagit pas avec les individus observés et ne modifie pas la structure de la situation d'observation. L'observation est « participante » quand l'observateur interagit avec les individus observés, l'observateur pouvant, dans certains cas, devenir un membre du groupe observé.

Dès lors, on distingue l'observation naturelle ou libre de l'observation systématique. Dans le premier cas, la situation choisie est celle d'un milieu authentique : cours de récréation d'une école, groupe de travail en entreprise, milieu familial, etc. Cette forme d'évaluation est indiscutablement celle qui offre le meilleur niveau de validité écologique, c'est-à-dire qu'elle permet d'apprécier le comportement naturel tel qu'il se manifeste dans le milieu habituel du sujet. Cependant, la présence de l'observateur est susceptible d'introduire une modification de la conduite qui rend cette dernière bien moins naturelle que ce que l'on escomptait. L'observation systématique ou contrôlée répond pour sa part à un souci de maîtrise de la situation : un décor artificiel est planté, des tâches sont prescrites et les sujets sont observés pendant un temps limité. On se rapproche ici davantage de l'expérimentation (Bernaud, 2008, p.66).

1-10- Cadre théorique et observation clinique :

Pour Rabeyron (2018), l'observation sera ainsi fortement orientée en fonction du modèle théorique de référence du clinicien qui le conduira à porter davantage son attention sur certains éléments plutôt que sur d'autres. Par exemple, dans une perspective systémique, le clinicien sera particulièrement attentif aux relations entre les personnes, tandis que, dans une perspective plus psychanalytique, le clinicien prêtera naturellement plus attention aux processus intrapsychiques.

Pour Marty (2009), l'observation clinique présuppose un cadre théorique qui organise le dispositif même de l'observation. En effet, il n'y a pas d'observation naïve : tout recueil de données s'appuie sur une grille de lecture implicite ou explicite, sur un corpus théorique qui permet de travailler le texte brut de la clinique.

1-11- Exemples d'observation clinique :

- **Exemple d'observation, d'identification et de description des comportements (dépression) (Pedinielli et Fernandez, 2020) :**

Madame X est âgée de 55 ans. Elle entre dans la pièce en traînant les pieds. Elle s'assied, immobile. Son regard ne quitte pas un point vague, non loin de ses pieds. Elle consulte, car elle a perdu tout élan vital, elle doute sans cesse d'elle-même (« tout ce que je fais me paraît insurmontable »). Elle se plaint d'une grande fatigue qui ne cède pas au repos. Son ton est monotone, son timbre parfois éteint. Son débit verbal est ralenti. Les échanges sont laconiques. Les propos sont brefs et entrecoupés de pauses ou de soupirs. Le mutisme n'est pas rare. Le contact est difficile, elle répond le plus souvent par oui ou par non ou se borne à ébaucher quelques signes ou marmonner une idée sur un ton presque inaudible. Elle comprend et entend les questions, fait un effort manifeste de concentration pour y répondre, sans toujours parvenir à exprimer des idées. Les mouvements et les gestes de Madame X sont rares et lents. Elle a beaucoup de mal à se mettre au travail et son attention se relâche facilement, ses performances s'en ressentent. Elle a la tête vide et a du mal à réfléchir. Elle manque souvent de volonté pour agir. Elle reconnaît aussi ne plus avoir aucun appétit, se réveiller fréquemment la nuit et avoir des céphalées plus fréquentes qu'auparavant. Elle refuse de sortir et de participer à ses activités habituelles, n'a plus de plaisir à se rendre à des repas amicaux et familiaux. Elle a tendance à s'isoler. Mme X ne se lave plus, ne s'habille plus, se désintéresse de tout et geint en permanence.

Madame X présente de nombreux symptômes caractéristiques d'une dépression : humeur dépressive (diminution du plaisir ou de l'intérêt porté aux choses et aux activités), insomnies, ralentissement moteur (démarche, posture, mimiques), idéique (pensée, flux associatif, monoïdéisme, anidéisme), troubles conatifs (trouble de la volonté, rétrécissement conatif) et cognitifs (attention affaiblie, difficultés de concentration).

De ce fait, l'observation clinique reste la base de la clinique. Elle représente une démarche heuristique et holistique, tendant à rendre compte de la complexité des dimensions subjectives d'une situation humaine.

2- L'entretien clinique :

2-1- Historique de l'entretien :

Le principe de l'entretien peut remonter jusqu'à la Grèce antique à partir des dialogues socratiques (Barbillon & Le Roy, 2012, p.8).

Un entretien clinique est avant tout un entretien. Secondairement, il possède des caractéristiques spécifiques qui le font qualifier de « clinique ». Donc pour définir l'entretien clinique il convient d'abord de définir l'entretien en général :

2-2- Définition de l'entretien :

L'entretien est « *une situation où apparaissent des interactions essentiellement verbales entre deux personnes en contact direct, avec un objectif préalablement posé au moins par l'une d'entre elles* » (Bernard-Tanguy & Reniers, 2021, p.49).

L'entretien est « *situation et acte de mise en relation. La situation de relation entre deux sujets par la parole et le langage est la plus saisissable de l'extérieur, elle correspond à l'approche la plus conventionnelle de l'entretien : deux personnes en train de se parler. Plus cliniquement il convient de préciser qu'un lien intersubjectif spécifie la relation entre les personnes engagées dans l'entretien* » (Jacobi, 2007, p.8).

Ainsi, l'entretien peut être défini comme « *une rencontre entre au moins deux sujets, dont l'un est un professionnel exerçant dans le cadre de cette rencontre une de ses fonctions professionnelles et dont l'autre reconnaît cette fonction* » (Bouvet, 2018, p.9).

De ce fait, l'entretien est une situation d'échange verbal entre deux ou plusieurs personnes dans le but d'obtenir des informations.

Voyons maintenant ce que le terme clinique signifie ici :

2-3- Définition de « clinique » :

L'adjectif « clinique » a un sens médical assez large et un sens psychologique plus étroit. Au sens médical, « clinique », dont l'étymologie signifie « au lit du malade », correspond à toutes les actions qui ont lieu avec un sujet malade (comme une intervention clinique, un acte clinique...) ou à propos de la maladie (comme une recherche clinique biomédicale, par exemple). Au sens plus étroit où on l'entend en psychologie clinique, comme dans l'entretien clinique, il s'agit des interventions que l'on effectue pour comprendre et aider psychologiquement le sujet qui le demande, qu'il souffre d'un trouble psychique ou non (donc qu'il soit « malade » ou non) (Bouvet, 2018, p.14).

2-4- Définition de l'entretien clinique :

L'entretien clinique se propose comme le dispositif fédérateur de la démarche de consultation et, au-delà, de la démarche d'examen psychologique (Roman, 2016, p.17).

L'entretien clinique est « *la technique principale sur laquelle s'appuie le psychologue. Il se fonde sur la parole* » (Capdevielle & Doucet, 2004, p.76).

L'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme « *l'entretien par lequel le psychologue comprend la vie psychique et favorise l'évolution psychique d'un sujet le plus souvent en difficulté psychologique, dans le cadre d'une relation d'aide psychologique* » (Bouvet, 2018, p.14).

L'entretien clinique est « *une situation de communication particulière entre un clinicien et un patient. Il s'agit d'une interaction, essentiellement verbale, entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé* » (Mirrabel-Sarron, 2014, p.14).

L'entretien clinique se définit comme « *une rencontre intersubjective, au cours de laquelle c'est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité. Le « je » du consultant entre en relation immédiate avec le « je » du récepteur-clinicien* » (Chouvier & Attigui, 2016, p.24).

L'entretien clinique ne s'apparente pas à une conversation ordinaire, il s'agit d'un dialogue asymétrique entre un sujet et un professionnel (Bénony & Chahraoui, 2013, p.14).

L'entretien clinique est utilisé dans la pratique (diagnostique ou thérapeutique) que dans la recherche, mais sa forme et sa finalité ne sont pas les mêmes (Pardinielli, 2012, p.39).

Dans l'entretien clinique, les informations ne sont pas seulement véhiculées à travers le discours (communication verbale) mais aussi à travers la communication non verbale. Les manifestations non verbales peuvent donner des précieuses informations. Exemples : les mimiques du visage, le regard, les gestuelles, les postures, la communication tactile, l'aspect vocal, les manifestations neurovégétatives (rougeur, pâleur, etc), l'investissement de l'espace, etc (Bénony & Chahraoui, 2013, pp.22-23).

De ce fait, l'entretien clinique est un outil fondamental de l'examen clinique. Il est un dispositif de base en psychologie clinique. Il est également au cœur de la méthode clinique.

2-5- Objectifs de l'entretien clinique :

L'entretien est la partie clinique qui consiste en une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie, permettant de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie, qui a conduit à l'examen. Mettant le sujet dans une situation particulière (situation d'examen), elle donne ainsi des éléments d'observation du comportement qui, associés aux éléments du discours et éventuellement aux indications du bilan psychologique (tests), peuvent permettre d'établir un diagnostic et de mettre en place une psychothérapie (Samacher et al, 2005, p.380). Son objectif également est de comprendre la dynamique et le fonctionnement

psychique propre à une personne particulière en tenant compte de l'histoire personnelle, de la structure de personnalité et de l'environnement social (Samacher et al, 2005, p.385).

Ainsi, l'entretien poursuit plusieurs objectifs : faire connaissance avec le sujet et/ou le tiers demandeur de l'examen clinique, élaborer la demande, obtenir des informations permettant d'insérer l'examen psychologique, qui se déroule ici et maintenant, dans le continuum du développement du sujet, repérer des signes cliniques, construire des hypothèses qui participeront à l'orientation de l'examen. Il se doit aussi d'établir une situation de confiance qui permet à la famille du jeune consultant et au sujet lui-même d'exprimer leurs interrogations, leurs doutes, leurs attentes (Cognet & Bachelier, 2020, p.52).

De plus, l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se concentrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. 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 (Benony & Chahraoui, 2013, p.12).

Enfin, l'entretien clinique permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu (Samacher et al, 2005, p.379). L'entretien constitue l'une des méthodes permettant d'avoir accès à des informations, relatives notamment à la biographie, aux événements de vie, aux croyances, aux représentations et aux émotions des individus (Borst & Cachia, 2016, p.31).

De ce fait, l'entretien clinique constitue une source de données utiles au psychologue pour l'établissement du diagnostic.

2-6- Types d'entretien :

2-6-1- Entretien de recherche :

Si le terme « entretien » a été défini dans ce qui précède, nous avons jugé utile de définir le terme de « recherche ». La recherche désigne *« l'ensemble de travaux qui ont pour objectif l'acquisition de connaissances nouvelles dans un champ scientifique donné, ici la psychologie clinique. La recherche en psychologie clinique travaille à partir d'hypothèses en lien avec son objet d'étude, qu'il s'agit d'infirmer ou de confirmer à l'aide d'une méthodologie rigoureuse »* (Bioy & Fouques, 2016, p.56).

L'entretien de recherche n'a ni visée diagnostique ni visée thérapeutique (Chiland, 1983, p.139). L'entretien de recherche fait partie des moyens d'enquête les plus utilisés et sans doute les plus pertinents pour l'approche de certains problèmes.

Il convient de rappeler également que l'entretien trouve son utilité à tous les niveaux d'une recherche. Le chercheur peut avoir recours à cet outil lorsqu'il possède peu d'informations sur sa thématique. Dans ce cas l'entretien répond à un usage exploratoire permettant d'étayer sa connaissance et formuler sa problématique et/ou ses hypothèses. L'entretien peut également avoir sa place lorsque la problématique de recherche et les hypothèses sont clairement formulées. Il sera utilisé comme un outil principal de recueil des données. Le chercheur peut également avoir recours à l'entretien afin d'obtenir un complément d'information venant éclairer les résultats d'une recherche déjà effectuée (Barbillon & Le Roy, 2012, p.9).

En fonction de son objectif, le chercheur peut utiliser plusieurs types d'entretiens :

Entretien structuré (directif ou fermé) : également appelé entretien standardisé est un outil de recherche couramment employé en recherche quantitative.

Samacher et al, (2005) notent qu'on parle d'entretien directif, lorsque le psychologue détermine lui-même les thèmes de l'échange et induit les réponses de l'interviewé. Ceci suppose un protocole d'entretien prédéterminé qui délimite le champ d'investigation.

Vallerand et Hess (2000) soulignent que dans une entrevue structurée, l'ordre et la formulation des questions sont prédéterminés. La tâche de l'interviewer consiste donc à lire les questions dans cet ordre préétabli. Il est possible que des choix de réponses -également préétablis- soient proposés dans le cas des questions fermées. L'avantage principal d'effectuer de telles entrevues en face-à-face est que la présence de l'interviewer peut encourager et motiver le répondant. De plus, dans le cas où une question serait mal comprise, l'interviewer peut répéter ou clarifier la question qui pose problème. Ces clarifications devraient elles aussi être préétablies par le chercheur.

L'entretien structuré se distingue du questionnaire à questions ouvertes par sa forme orale. Le cadre oral est en effet à privilégier afin de faciliter l'expression du discours pour des thématiques complexes. Aussi, lors d'un entretien, le chercheur peut aider le sujet grâce à des relances ou des reformulations, ce qui n'est pas possible dans le cadre des questionnaire (Barbillon & Le Roy, 2012, p.25).

Entretien semi-structuré (semi-directif):

Le second type est l'entretien semi-directif qui a pour but d'obtenir, dans un temps relativement court, des renseignements précis et déterminés sur l'histoire et la vie actuelle du sujet. Cette démarche est déjà qualitative et tout en laissant une liberté relative à l'expression personnelle, elle met en jeu un certain nombre de questions incontournables, qui devront permettre un recueil de données psychiques et psychopathologiques suffisantes en lien avec des exigences sociales contraignantes. Il s'agit par exemple d'un entretien de recherche, dont le programme et la grille d'entretien sont déterminés à l'avance, ou d'une expertise psychologique dans le cadre d'un conflit familial ou d'une affaire judiciaire, ou encore d'un entretien préliminaire à un examen psychologique général (Chouvier & Attigui, 2016, p.53).

L'entretien semi-directif nécessite une connaissance préalable de l'objet de recherche qui permet de le structurer en thématiques qui seront regroupées dans un guide d'entretien. Ainsi, ce guide se compose de différentes thématiques que le chercheur souhaite voir aborder lors de l'entretien. Ces thématiques identifiées peuvent être déclinées en sous-thématiques. Notons que le guide est structuré en fonction des hypothèses du chercheur. En d'autres termes, le guide d'entretien correspond à la traduction de la problématique et des hypothèses de recherche en thématiques et sous-thématiques sur lesquelles le sujet produira un savoir. Ce dernier constituera le matériel de base nécessaire pour alimenter les analyses qui s'en suivront (Barbillon & Le Roy, 2012, p.21).

Vallerand et Hess (2000) soulignent que les entrevues semi-structurées contiennent certaines questions centrales qui seront posées de la même façon lors de chaque entrevue. Cependant l'interviewer est libre de poser les questions dans l'ordre qui lui semble le plus appropriée. De plus, l'interviewer peut poser des questions supplémentaires, par exemple afin d'approfondir un sujet. L'avantage principal de cette méthode est qu'elle procure à l'interviewer une plus grande flexibilité dans la réalisation de l'entrevue. Elle permet donc au répondant de répondre à plus d'une question lors des questions ouvertes. De façon générale, cette approche est plus flexible, mais ouvre un peu plus grande la porte aux biais induits par l'interviewer. De plus, il est probable que certaines informations ne soient recueillies qu'auprès d'un sous-échantillon de répondants qui ont choisi de fournir des informations plus détaillées.

Enfin, cet entretien a pour but de permettre au psychologue clinicien de poursuivre sa réflexion scientifique (repérer des « fils rouges », c'est-à-dire trouver des pistes de compréhension de la problématique) tout en laissant se déployer le discours du patient. Il ne doit pas interférer dans le discours, tout en favorisant l'expression de problématiques (à l'occasion de relances, de

reformulations, ou de questions destinées à obtenir plus de précisions). Son attention flottante, son intuition en lien avec les hypothèses cliniques servent de soubassement à la conduite de l'entretien (Samacher et al, 2005, p.383).

Entretien non structuré (non directif) : Vallerand et Hess (2000) soulignent que lors d'entrevues informelles (non structurées), ni l'ordre des questions ni la formulation de celles-ci ne sont prédéterminés et l'interviewer est complètement libre de poser les questions sous une forme ouverte. Evidemment, plusieurs chercheurs qui emploient une telle approche vont tout de même composer préalablement une liste de vérification leur permettant d'assurer qu'ils vont bel et bien couvrir tous les sujets nécessaires lors de l'entrevue.

Parmi les objectifs de l'entretien non directif, on cite :

- Explorer une thématique dont on ne dispose que de peu d'informations ;
- Mettre à jour les connaissances initiales sur une thématique de travail ;
- De manière annexe : favoriser l'introspection du sujet ;
- Comprendre comment le sujet organise sa pensée ;
- Avoir accès au ressenti du sujet sur la thématique traitée (Barbillon & Le Roy, 2012, p.17).

2-6-2- **Entretien dit d'anamnèse :**

le terme d'anamnèse est particulièrement utilisé en médecine, il signifie l'histoire de la maladie et de ses antécédents, c'est-à-dire l'ensemble des renseignements directement issus de la mémoire du patient, mais aussi du dossier médical. En psychologie, anamnèse prend le sens large de l'histoire du sujet : le développement personnel, le poids de l'environnement, les antécédents familiaux et toujours l'histoire de la plainte et des symptômes.

En ce sens, l'entretien d'anamnèse consiste essentiellement à aller à la rencontre du sujet, en lui offrant l'opportunité de dévoiler sa singularité et d'exprimer sa façon singulière de se vivre, de percevoir le monde, de comprendre ses difficultés actuelles et passées, et de donner un sens à ses symptômes (Poupart, 2022, p.193).

Au cours de l'entretien dit d'anamnèse, ou l'histoire de vie de l'enfant ou de l'adolescent est évoquée avec la famille, quelques thèmes peuvent être amenés par le professionnel afin d'aider à la réminiscence des souvenirs quelques fois anciens, oubliés ou encore qui ne semble pas importants à rappeler. Propositions de thèmes selon Cognet et Bachelier (2020) :

- Antécédents périnataux significatifs, grossesse, accouchement pathologique, prématurité ;
- Accidents neurologiques, maladies chroniques, hospitalisations précoces ;
- Développement moteur, station assise, marche ;
- Acquisition de la propreté ;
- Acquisition du langage (deux mots vers un an, association de deux mots vers l'âge de deux ans) ;
- Troubles du développement : troubles du sommeil, rempli sur soi, mauvaise humeur et colère, auto et hétéro-agressivité ;
- Facteurs sociaux, économiques et culturels, niveau d'études des parents, bilinguisme, mais aussi tous les événements graves, hospitalisation, décès ;
- Risques de maltraitance ou de privation ;
- Mode de garde préscolaire ;
- Organisation de la vie familiale de l'enfant, séparation, résidence alternée ;
- Scolarité ; comportements lors de l'entrée en maternelle, efficience des premiers apprentissages ;
- Troubles de l'attention/concentration ;

Ces thèmes sont des repères, non exhaustifs, qui ne doivent pas être évoqués sous la forme d'une liste fermée ou d'un questionnaire à renseigner, mais qui peuvent être insérés, naturellement, dans l'entretien avec la famille.

2-6-3- Entretien pour le diagnostic et le soin :

L'entretien en vue de diagnostic et à visée de soin nécessite la maîtrise des connaissances en psychopathologie.

L'entretien de diagnostic concerne la maladie. Les troubles (ou la maladie) sont à appréhender dans son histoire actuelle et passée et dans sa structure. Les entretiens cliniques d'investigation ont pour objectif de produire des connaissances afin de permettre une prise de décision concernant la personne. W. Huber spécifie que l'évaluation psychologique n'est pas un simple recueil mais également une élaboration des données. Il s'agit donc de faire des hypothèses, grâce aux informations qu'il apporte dans l'entretien, sur l'organisation psychique du sujet et ses défaillances mais aussi sur le sens qu'il donne à son histoire personnelle et familiale. Il s'agit aussi, en fonction de ces données, d'élaborer avec l'usager un projet thérapeutique. Ces entretiens d'investigation s'inscrivent en général dans une démarche de bilan (passation de

tests, d'échelles, etc.) mais peuvent se suffire à eux-mêmes à la condition que l'investigation ne repose pas sur un seul et unique entretien (Proia-Lelouey, 2023, p.53).

Dans ce cadre, l'entretien d'investigation et de diagnostic : Le premier entretien est l'entretien d'investigation ou d'accueil. Il a pour objet de définir et de déterminer le problème du sujet. Il permet d'analyser la demande et de déterminer la nature de l'intervention (Aubret & Blanchard, 2010, p.149). En effet, le premier entretien en vue du diagnostic clinique va non seulement évaluer la symptomatologie, mais aussi la demande du sujet. En fonction de ces deux dimensions, le thérapeute opérera une orientation du patient (Mirabel-Sarron & Vera, 2014 p.30).

De ce fait, l'entretien pour le diagnostic en psychologie est un échange structuré entre un psychologue et un patient pour recueillir des informations détaillées sur la vie psychique, l'histoire personnelle et les symptômes de ce dernier, dans le but de comprendre sa situation, d'évaluer la nature et la sévérité de ses difficultés, et d'orienter la prise en charge thérapeutique.

Dans ce cadre, **l'intervention psychologique** peut s'envisager selon deux formes : centrée sur une situation problème ou sur la dynamique inter et intrasubjective de la personne. La première approche renverrait à des entretiens d'accompagnement psychologique et la seconde aux entretiens psychothérapeutiques (Proia-Lelouey, 2023, p.69).

En identifiant l'entretien clinique à la situation psychothérapique, en le situant dans la relation de soin, on estime que son but est de laisser parler l'autre, de lui permettre de parvenir à parler s'il a des difficultés à le faire (Chiland 1983). Ce n'est qu'un des aspects de l'entretien clinique puisque le travail du psychologue est aussi de réunir des éléments en vue de l'appréciation d'un problème, ce qui nécessite une technique de recueil respectant le sujet qui n'est pas toujours demandeur de parole. Dans ce type d'entretien à vocation diagnostique, la position des interlocuteurs est loin d'être symétrique, le clinicien est responsable du cours de l'entretien qui doit aboutir à un diagnostic ou à une évaluation permettant une décision, alors que l'entretien psychothérapique suit le fil du discours du sujet (Pardinielli, 2016).

De ce fait, l'entretien est à la base de toutes les psychothérapies associant la parole au dispositif thérapeutique. L'entretien clinique psychothérapeutique est un échange asymétrique entre un psychologue et un patient, visant la prise en charge de la souffrance psychologique de ce dernier.

2-6-4- 2-6-4 -Entretien de soutien :

Les entretiens de soutien qui ne visent pas de changement psychologique (contrairement aux psychothérapies) consistent souvent en une attitude d'écoute, de conseils et de réassurance qui peut être assez semblable d'un courant à l'autre (Bouvet, 2018, p.18).

2-6-5- Entretien d'embauche :

Au cours des étapes de la sélection du personnel et généralement au cours même de l'examen psychotechnique, un entretien est ménagé par le responsable de la sélection avec le ou les candidats à un poste de travail. C'est un entretien qui est appelé « entretien d'embauche » (Mucchielli, 2016, p.83).

L'entretien destiné à permettre un recrutement mérite cependant une attention clinique. Les psychologues sont notamment sollicités pour effectuer — à titre d'experts ou de consultants des entretiens destinés à formuler un avis à un employeur décidé à embaucher. La réalisation de cet entretien et la formulation de l'avis apparaissent strictement liées à la définition du poste, au profil de l'emploi recherché, aux types de tâches qui seront confiés au futur recruté. En d'autres termes, l'entretien d'embauche n'est possible que s'il est précédé d'un autre entretien ou même d'une série d'entretiens avec les employeurs, avec les futurs collègues du recruté. L'estimation des attentes de l'employeur constitue un des éléments essentiels de l'entretien d'embauche. L'entretien d'embauche commence bien avant l'entrevue avec les postulants à l'emploi. La compétence clinique du psychologue peut être à cet égard déterminante, même pour des postes d'exécution très cadrés, elle devrait permettre une reconnaissance, une prise de conscience pour les prescripteurs de recrutement. L'écoute clinique du praticien vise à assurer une conscientisation du projet, du programme sous-tendu par la décision de procéder à un recrutement. Dans l'idéal, nous pouvons considérer que le rôle de conseil en recrutement s'effectue exclusivement auprès de ceux qui commandent le recrutement (Jacobi, 2018, p.85).

Ainsi, les entretiens d'embauche sont largement utilisés en entreprise dans le cadre du recrutement du personnel. Les entretiens d'embauche constituent souvent pour le psychologue d'entreprise, ou le responsable de la gestion des ressources humaines, l'élément décisif dans sa prise de décision en matière de sélection. La situation de sélection peut se définir comme le choix parmi plusieurs candidats de celui qui correspond le mieux au profil du poste à pourvoir. Un tel profil suppose que le poste peut être décrit en fonction de plusieurs dimensions indépendantes. On évaluera les caractéristiques individuelles de chacun des postulants vis à vis de ces différentes dimensions (Benedetto, 2007, p.26).

2-7- Déroulement d'un entretien clinique :

Tout entretien clinique a lieu dans un cadre qui détermine partiellement son cours. Le cadre est composé d'éléments matériels (le bureau, les meubles, la disposition spatiale des meubles dans le bureau...); temporels (la durée de l'entretien, le rythme des rendez-vous); institutionnels (objectif, organisation et dynamique institutionnelles); administratif et financier (le mode de prise en charge, le tarif, les règles de paiement...); juridique (la législation pénale de protection des personnes), éthique (respect du Code de déontologie du professionnel) (Bouvet, 2018, p.28).

De plus, deux concepts hérités de la pensée psychanalytique – **la neutralité bienveillante et l'attention flottante** – décrivent plus précisément certaines spécificités du positionnement clinique. Ainsi, le psychologue clinicien n'invoquera pas habituellement sa propre vie et ses difficultés durant un entretien (même s'il peut exister certaines variations entre les écoles psychothérapiques sur ce point). Il se positionnera d'une manière neutre vis-à-vis de ses propres valeurs et croyances, qu'elles soient religieuses, morales ou politiques. Il s'agit donc, dans la mesure du possible, de ne pas imposer ses a priori et sa représentation du monde dans le but de modeler le patient à son image. La neutralité bienveillante est fréquemment associée à une deuxième notion, l'attention flottante. Le clinicien doit également garder une forme de distance associative qui favorise le fait d'être imprégné par la vie psychique du patient (Rabeyron, 2018).

Après avoir précisé le cadre au sein duquel se déroule l'entretien clinique ainsi que certains concepts qui orientent le positionnement sous-jacent, voici à présent quelques éléments concernant la conduite d'un entretien clinique :

On distingue habituellement trois types d'entretiens selon le gradient d'intervention du psychologue :

- **L'entretien directif** correspond à un entretien mené par le psychologue. Celui-ci pose des questions précises dans le but d'obtenir certaines informations. Ce type d'entretien sera privilégié durant les temps d'évaluation et dans le cadre de recherches cliniques.
- **L'entretien semi-directif** laisse quant à lui une plus grande liberté au patient. Le psychologue pose des questions orientées mais ouvertes, laissant une marge de manœuvre plus importante. Là encore, il s'agit d'une approche plutôt utilisée dans le champ de l'évaluation et de la recherche.

- **L'entretien non directif** conduit à diminuer largement les interventions du clinicien. Cette approche est la plus utilisée en entretien psychothérapique.

On pourra voir alterner ces registres au sein d'un même entretien. Il pourra arriver que le clinicien devienne plus directif lorsqu'il souhaite en savoir davantage sur un élément donné (symptôme, événement de vie, etc.). À l'inverse, il se pourra que le clinicien intervienne peu et se laisse bercer par l'associativité de son patient. Il n'existe pas de règle prédéterminée concernant ce gradient de directivité et le fait d'intervenir ou non est le fruit du ressenti et de l'expérience, voire du style du clinicien (Rabeyron, 2018, p.121).

Au cours de l'entretien, le clinicien intervient de différentes manières. Il commence par **l'entame** qui oriente le début de l'entretien, s'agissant habituellement d'une formule suffisamment large pour laisser au patient la possibilité d'évoquer ce qu'il souhaite aborder (« qu'est-ce qui vous amène ? »). Il peut même s'agir d'un premier silence, pensé alors comme premier contenant destiné à recueillir un contenu à venir. L'entame peut également faire le lien avec l'entretien précédent et favoriser ainsi une forme de continuité d'un entretien à l'autre. Il convient d'être très attentif à cette entrée en matière car elle est le premier maillon de la chaîne associative qui se déroulera durant l'entretien et son influence est primordiale. La conduite de l'entretien se caractérise également par la manière dont le clinicien **va ponctuer** les échanges. Il peut s'agir d'interventions discrètes (le fameux « hum... hum... ») qui montrent au patient qu'il est compris et écouté, ou d'interventions plus précises qui visent à expliciter le propos et à exprimer la surprise du clinicien face à certains éléments évoqués. Lorsque le patient se trouve en difficulté dans ses associations, le clinicien ne manquera pas de proposer une relance qui peut ouvrir vers de nouvelles perspectives à explorer. D'autres formes d'interventions plus spécifiques peuvent être relevées. Ainsi, lors d'une **reformulation**, le psychologue reprend ce que vient de dire son patient en des termes légèrement différents. Ceci permet au clinicien de montrer au patient qu'il a bien saisi ce qui l'anime mais aussi de le reformuler d'une manière un peu décalée. **Les interprétations** sont des interventions plus élaborées qui consistent à relier différents éléments cliniques proposés par le patient. Elles visent à accroître la réflexivité du sujet et à l'orienter dans la compréhension des processus psychiques qui l'animent (Rabeyron, 2018, pp.122-123).

De ce fait, la conduite de l'entretien clinique à proprement parler sera orientée par des principes déjà évoqués : reprise claire du cadre, alliance thérapeutique, neutralité bienveillante, attention flottante sont autant d'ingrédients de base du positionnement clinique aidant le patient à se sentir en confiance et en sécurité. Le clinicien devra être

attentif au fil associatif du patient : lapsus, actes manqués, expressions étranges, blancs de la pensée, etc.

Ainsi, la pratique de l'entretien clinique associé à l'observation implique une formation clinique et pratique poussée et longtemps contrôlée.

2-8- Entretien clinique selon l'âge :

2-8-1 Entretien avec le bébé et ses parents :

Le bébé n'existe que dans le contexte de la dyade mère-bébé. On peut donc pas concevoir un entretien sans les parents, d'autant que les désordres liés aux désharmonies interactives parent-enfant sont particulièrement mobilisables à cet âge du côté de l'enfant comme du côté des parents en fonction des aménagements psychiques que la venue du bébé nécessite. Les troubles ne situent non pas chez les parents ni chez les enfants mais dans leur relation, dans leurs interactions, dans leurs liens fantasmatiques (Benony & Chahraoui, 2013, p.86).

2-8-2- Entretien avec l'enfant :

L'entretien avec l'enfant présente une réelle spécificité, qui tient compte de la plasticité du psychisme de celui-ci et de son niveau d'évolution développementale. En fonction de l'âge de l'enfant, suivant qu'il se trouve dans la période dite de la petite enfance, de la moyenne enfance ou de la latence, la rencontre se déroule de manière différente et les modes d'intervention du clinicien sont utilisés chacun singulièrement (Chouvier & Attigui, 2016, p.110).

De ce fait, la nature de l'entretien dépend vraiment de l'âge de l'enfant, sa maturité, mais les fonctions de l'entretien demeurent les mêmes : évoquer la demande, voire l'élaborer, informer le sujet sur le cadre de l'examen voire de le modifier, lui permettre de s'exprimer sur sa vie, ce qu'il comprend de ses difficultés et sur ses souhaits. Le jeune sujet qui rencontre un psychologue dans le cadre de l'examen clinique, éprouve le plus souvent des inquiétudes liées à cette situation inédite. Il a donc besoin tout d'abord d'être rassuré, il importe donc d'être délicat, au plus proche du sujet, de ne surtout pas aller trop vite. Les thèmes abordés sont multiples, mais ils concernent habituellement quatre grands domaines de la vie du sujet : la famille élargie, l'école, les relations d'amitié et la vie interne. Le cours de l'entretien peut être discursif ou plus structuré, mais dans tous les cas, le clinicien doit faire preuve d'une grande attention aux propos tenus, il doit montrer un réel intérêt pour la vie qui est exposée devant lui (Cognet & Bachelier, 2020, p.55).

De plus, la conduite de l'entretien avec un enfant et sa famille est particulièrement difficile et nécessite une longue expérience pratique. Une connaissance approfondie du normal et du pathologique chez l'enfant est impérative ainsi qu'une expérience solide dans la manière de communiquer avec l'enfant (Benony & Chahraoui, 2013, p.87).

De ce fait, l'entretien clinique avec les enfants, par rapport à ceux avec les adultes, est particulier pour plusieurs raisons. Tout d'abord la relation dissymétrique entre le clinicien et le sujet est accentuée par la différence de statut adulte/enfant. L'attitude du psychologue doit donc le placer comme un adulte (ayant, du fait de son rôle social, autorité, savoir et pouvoir sur l'enfant) mais un adulte particulier (compréhensif, aidant, ne jugeant pas ni ne punissant, avec qui on peut parler librement de tout...). Ensuite, l'enfant dépend juridiquement de ses parents ou de son tuteur légal. Ainsi, tout travail psychologique doit obligatoirement obtenir leur autorisation avant de s'engager, il est donc impossible de faire l'impasse sur un travail avec les parents. De plus, l'enfant est dépendant affectivement de son environnement, en particulier familial. Ainsi, son état psychique est en grande partie lié aux problèmes qui peuvent se poser dans son environnement (conflit, violences, divorce, décès, maladie...). Ce qui justifie aussi la prise en compte de l'entourage, en particulier des parents. Enfin, en général la demande de consultation n'émane pas de l'enfant lui-même mais de l'institution scolaire, ou du médecin de famille et parfois des parents eux-mêmes. Le clinicien devra donc en tenir compte. Par ailleurs, l'enfant est en développement, il grandit et change autant physiquement que psychiquement. Ainsi, le psychologue devra s'adapter à l'âge de l'enfant qu'il reçoit pour créer les conditions d'un travail clinique constructif (Bouvet, 2018, p.293).

Quand le clinicien voit l'enfant pour la première fois, celui-ci est généralement accompagné d'un de ses parents ou des deux. Les possibilités sont alors diverses pour le clinicien. Il peut voir les parents seuls sans l'enfant, puis voir l'enfant seul. Il peut aussi décider de voir les parents et l'enfant en même temps. Ou de voir l'enfant seul puis les parents... Toutes les configurations sont possibles. Cependant il est important de voir les parents, de voir l'enfant seul quand c'est possible, et de voir les parents avec l'enfant. Voir les parents est important d'abord pour se présenter à eux, ensuite pour obtenir d'eux des informations et des avis sur les difficultés de l'enfant et, enfin, pour créer une relation de collaboration ou, en tout cas, de confiance, pour qu'ils puissent accompagner le travail clinique ou qu'au moins ils ne l'empêchent pas (Bouvet, 2018, p.294).

2-8-3- Entretien avec l'adolescent :

L'entretien clinique avec l'adolescent confronte à un certain nombre de difficultés aussi bien sur le plan de la pratique que de la théorie.

Pour une part l'entretien avec les adolescents mineurs ressemble à celui avec les enfants (dissymétrie accrue dans la relation par rapport à l'adulte), dépendance légale (et économique) aux parents, niveau variable de développement de l'adolescent. Cependant, concernant la dépendance affective, l'adolescent diffère de l'enfant en ce qu'il est dans une phase de son développement où, précisément, il est très ambivalent vis-à-vis de cette dépendance : il s'efforce de s'en libérer mais il est encore très attaché à ses parents. Ces entretiens ressemblent aussi à ceux avec les adultes, en ce que les sujets dans l'adolescence aspirent souvent à être traités comme des adultes responsables, autonomes et indépendants de leurs parents (sans l'être totalement pour autant). Ils sont ainsi dans une phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Ce qui oblige le clinicien à entendre ces deux aspects (dépendance et indépendance, enfant et adulte) et à les prendre en compte dans ses attitudes et ses interventions (Bouvet, 2018, p.302).

De plus, l'entretien avec l'adolescent tient davantage du dialogue que de l'association libre. Il peut arriver qu'il soit nécessaire de ne pas recevoir de manière trop rapprochée l'adolescent afin de lui laisser le temps de « digérer » les entretiens. Le premier contact est souvent essentiel de ce point de vue. Il s'agit de n'être soi-même « ni trop chaud, ni trop froid », permettant d'être aussi bien une surface de projection qu'un contenant pour la psyché adolescente. Le tact aura également son importance, d'autant plus grande qu'il implique souvent une temporalité courte auprès de l'adolescent qui attend lui-même une réponse du tac au tac. Il s'agit donc de respecter l'écosystème psychique de l'adolescent en acceptant son désir de parler ou non ainsi que son mode d'expression privilégié. En ce sens, il convient d'être aussi peu directif que possible de manière à se présenter comme un adulte dont le positionnement est différent de ceux qu'il peut avoir l'habitude de côtoyer (Rabeyron, 2018).

2-8-4- Entretien avec l'adulte :

L'adulte peut plus facilement que l'enfant formuler une demande explicite.

L'entretien clinique avec l'adulte confronte à de multiples expressions psychopathologiques. Il pourra s'agir de troubles névrotiques, psychotiques, de l'humeur, des conduites alimentaires, de nature psychosomatique, attaques de paniques, addictions, situations de burn out, de harcèlement, etc. Les lieux où pourra se dérouler l'entretien avec le patient adulte seront

également très variés, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique ou l'hôpital général, de différents lieux de vie et structures médico-sociales, de la prison ou des lieux dédiés à la consultation (centre médico-psychologique, cabinet libéral, clinique privée, etc.). En comparaison de la clinique de l'enfant et de l'adolescent, les troubles de l'adulte sont souvent plus installés et chroniques. Par ailleurs, les effets d'« écho » sont plus fréquents avec la vie personnelle du clinicien s'agissant d'un échange d'adulte à adulte. Sur le plan psychopathologique, l'entretien clinique avec l'adulte sera également l'occasion d'apprécier plusieurs éléments de son fonctionnement psychique et leur évolution tout au long du suivi :

- les symptômes (quelle est l'expression symptomatique du patient ?),
- les angoisses (quelle est la nature prédominante de ses angoisses ?),
- les mécanismes de défense (comment se défend-il face à sa souffrance et ses angoisses ?),
- les inhibitions (en quoi est-il empêché de faire certaines choses ?) (Rabeyron, 2018).

2-8-5- Entretien avec la personne âgée :

À l'échelle de la psychologie clinique, la clinique du sujet âgé est récente. L'entretien en psychologie du sujet âgé nécessite pour le psychologue de s'adapter à cette population.

Les personnes âgées ne sont pas souvent les demandeuses de l'entretien, ce qui fait que l'on en rencontre assez rarement dans les pratiques libérales ou en CMP, à moins que ce ne soit à la suite d'une hospitalisation. Les demandes directes se font plus fréquemment dans les « Centres mémoire », avec une attente et une offre explicitement centrées sur les troubles cognitifs ; alors les entretiens encadrent et accompagnent les bilans cognitifs. Il en va généralement de même dans les dispositifs de prévention, principalement proposés par les mutuelles à leurs adhérents au moment de leur retraite. Dans tous ces cas, il s'agit d'entretiens peu nombreux et peu étalés dans le temps ; si un suivi s'avère utile, les sujets sont orientés vers des dispositifs ad hoc. Les entretiens s'inscrivent donc le plus souvent dans le cadre du passage du sujet âgé dans une institution (Chouvier & Attigui, 2016).

Seront ici distinguées d'une part les hospitalisations de courte ou de moyenne durée, d'autre part les hospitalisations longues et les entrées dans des lieux de vie (Chouvier & Attigui, 2016).

Les entretiens lors d'hospitalisation en service de gériopsychiatrie (ou à défaut de psychiatrie) relèvent des pratiques classiques des psychologues avec, nous le verrons plus loin, un certain nombre de spécificités liées à la situation : soutien à domicile, entrée en institution, dépendance motrice et/ou sensorielle et/ou cognitive et/ou affective... De nombreux services

dans les hôpitaux généraux accueillent des patients âgés pour des problèmes somatiques de divers ordres, relevant souvent de la polypathologie ou encore de l'accident, à commencer par les chutes. La prise en charge purement médicale s'avérant bien souvent insuffisante, nombre de services ont recours à des psychologues, soit en appui sur d'autres services soit, de plus en plus souvent, en créant des temps de psychologue. L'âgé n'est que rarement le demandeur de l'entretien et l'attente institutionnelle est forte. Dans ce cadre, le psychologue a à penser à des entretiens brefs (car les séjours ne durent pas longtemps) et ciblés. De plus, ces entretiens, que ce soit en court séjour ou en service de soins de suite et de réadaptation (SRR), ont une fonction d'accompagnement, de transition (Chouvier & Attigui, 2016).

Ces entretiens peuvent aussi s'inscrire dans le cadre d'une institution qui devient le lieu de vie du sujet âgé, ce qui comporte toujours une dimension traumatique, même lorsque l'âgé en est demandeur (en particulier lorsqu'il se vit comme étant en insécurité chez lui, que ce soit à la suite d'une perte, d'une chute, d'une agression...). L'entretien psychologique peut avoir lieu lors de l'entrée du sujet ou ultérieurement, en particulier si apparaissent des difficultés d'adaptation, c'est-à-dire de deuil et d'investissement (Chouvier & Attigui, 2016).

En effet, comme bien d'autres populations, les sujets âgés ne sont que rarement demandeurs d'entretiens psychologiques, au moins dans un premier temps, un peu par méconnaissance de ce qu'ils recouvrent, beaucoup par inquiétude (qu'imaginent-ils ? que projettent-ils ?), donc par résistance (Chouvier & Attigui, 2016).

De plus, la fréquence des entretiens va dépendre principalement de deux éléments : l'indication clinique et la disponibilité du psychologue, critères qui interviendront aussi quant à la durée de chaque séance et de l'ensemble du suivi. L'indication clinique est à évaluer au cas par cas, une fréquence trop faible gênant l'investissement et la mobilisation psychique du patient (mais aussi du psychologue), une fréquence trop importante (au moins une fois par semaine) pouvant, elle, susciter une angoisse difficile à contenir, ce qui aura en outre des effets sur le retour institutionnel quant au travail du psychologue.

Cette fréquence est aussi liée à la quotité de temps de travail du clinicien qui va du temps complet à des temps très partiels. La durée du suivi dépend elle aussi d'abord de l'indication clinique et de la visée de ces entretiens : dépassement d'un moment de crise, travail ponctuel, travail plus approfondi autour d'un bilan de vie... S'y ajoutent des dimensions plus sociales, tel le fait que l'âgé n'a pas d'autres visites : ceci fait sans doute dévier la dimension clinique de l'entretien, mais fait aussi ressortir le psychologue comme objet s'offrant à l'investissement de l'âgé (Chouvier & Attigui, 2016).

La durée de chaque séance dépend elle aussi de la disponibilité, réelle mais aussi psychique, du clinicien : il est des patients avec lesquels quarante-cinq minutes peuvent paraître particulièrement éprouvantes, ce qui est à analyser contre-transférentiellement. Elle dépend aussi de la capacité d'investissement des patients. Quoi qu'il en soit, il importe de fixer une durée à ces entretiens (Chouvier & Attigui, 2016).

2-9- Difficultés entravant l'entretien clinique :

Les difficultés de l'entretien clinique proviennent du psychologue et/ou de son patient. En effet, la conduite d'un entretien clinique est difficile, demande de l'expérience, des connaissances théoriques toujours réactualisées et du sens clinique.

2-10- Entretien clinique et référentiels théoriques :

L'entretien clinique est une situation de communication entre un clinicien et un patient. Ce mode de communication dépendra de la théorie (non directivité, psychanalyse, etc) choisie par le professionnel, du praticien lui-même et du patient.

Ainsi, il n'existe pas de clinique – donc pas d'entretien clinique – sans présupposés théoriques : le psychologue se réfère à des conceptions de l'entretien, mais aussi du discours et de la parole, qui orientent ses interventions (Pardinielli, 2016, p.38).

Dans ce cadre, chaque entretien clinique est marqué par le courant théorico-clinique du clinicien qui le mène. Parmi les courants principaux il y a le courant psychanalytique, le courant cognitivo-comportemental (TCC) et les approches familiales systémiques.

Pour Poussin (2005), la question du choix référentiel ne doit pas dépendre de l'idéologie du psychologue mais de l'analyse de la demande du patient.

Dans l'entretien psychanalytique, l'objectif est de rendre au moi sa fonction d'organisation de l'appareil psychique. Les mécanismes de défense participent à ce travail, mais l'une des principales ruses de l'Inconscient est la « transfert ». Il y a transfert parce que l'Inconscient tend à ramener le sujet vers le temps idéal d'avant la connaissance de la castration. Puisque le « sujet » est unique, seul le transfert, par son analyse, permet au psychanalyste de travailler. Car il n'existe pas pour le psychanalyste le savoir objectif et le seul savoir possible réside dans la connaissance de sa propre subjectivité (Poussin, 2005, p.14).

Passons dans le bureau du psychologue TCC. L'ambiance y est tout autre, le psychologue est actif, il intervient et dirige l'entretien. Il pose des questions souvent très précises au patient, il le sollicite souvent et lui demande son avis. Il explique ses hypothèses de travail et propose

des techniques psychologiques qu'il met en œuvre avec le patient. Il utilise des outils d'évaluation (questionnaires et autres). Les thèmes abordés concernent les problèmes du patient, leur évolution et la mise en œuvre de la thérapie (Bouvet, 2018, p.16).

De plus, pour Mirabel-Sarron et Vera (2014), les entretiens comportementaux et cognitifs sont des entretiens à médiation verbale qui, la plupart du temps, se déroulent en situation duelle, en face à face. Les informations reçues seront conceptualisées en fonction des théories de l'apprentissage. Le style est de préférence basé sur un questionnement inductif, afin de recueillir des informations anamnestiques et sémiologiques. Par ailleurs, En TCC, le premier entretien est un entretien clinique classique dont le style sera plutôt circonstancié et narratif. L'objectif de cet entretien est la prise de contact avec le patient. D'une part, il permet d'établir un diagnostic symptomatologique et, d'autre part, de faire préciser la souffrance du patient et ce qu'il attend de l'entrevue. Le style sera essentiellement imprégné de questions fermées centrées sur les critères diagnostics et l'histoire de la maladie. Les références nosologiques les plus utilisées sont les critères du manuel diagnostique américain des troubles mentaux DSM et ceux de la classification de l'organisation mondiale de la santé, la CIM.

Qu'en est-il du psychologue familial systémicien en entretien ? D'abord, il reçoit des familles, il interagit donc avec plusieurs personnes. Son attitude est active, il questionne les membres de la famille. En particulier, ses questions circulaires amènent les membres de la famille à se positionner sur ce que les autres disent, il est directif et il propose des hypothèses à la famille ainsi que des actions à faire dans ou hors des séances (Bouvet, 2018, p.16).

Ainsi, selon le courant auquel appartient le clinicien, ses entretiens seront marqués par des attitudes, des techniques et une ambiance assez différente. Il est donc réducteur de décrire l'entretien clinique comme s'il n'y avait pas de différence significative entre les cliniciens, en particulier en fonction de leur courant d'appartenance. Quoi qu'il en soit, pour un professionnel, l'important est de se former correctement dans au moins un référentiel théorico-clinique, d'y acquérir des repères solides et de progresser grâce à la formation continue. En plus de cela, il est bienvenu qu'il complète sa formation par d'autres approches ou, au minimum, qu'il reste curieux et ouvert envers les autres courants et leurs avancées.

2-11- Attitude du clinicien (ou posture du clinicien) :

Tout psychologue doit aborder la rencontre avec le patient avec : disponibilité (se rendre disponible), neutralité (absence de jugement, de critique ou de remise en cause. La neutralité

ici n'est pas l'indifférence, elle doit être bienveillante), empathie (ressentir le vécu de la personne, mais sans confusion avec le sien propre. C'est une capacité d'identification au sujet tout en étant à distance et en gardant sa propre identité). L'attitude clinique du psychologue est régie par la déontologie et l'éthique. Au cours de la rencontre, il installe un cadre contenant. Le psychologue reçoit et écoute le discours de la personne mais aussi le suscite et en permet le développement. Il ne s'agit pas seulement d'une écoute, mais aussi un recueil d'informations. La qualité de l'entretien dépend de la qualité de la relation, mais aussi des qualités personnelles et professionnelles du psychologue (ses compétences techniques et son éthique) (Tourrette, 2014, p.21).

Bénony (1999) de son côté cite les attitudes suivantes : non-directivité (attitude par laquelle le thérapeute se refuse à indiquer au client une direction quelconque. Attitude respectueuse, empathique, compréhensive). Respect (attitude déontologique et éthique impliquant le respect du sujet). Neutralité bienveillante (ne pas formuler de jugements, de critiques, de désapprobations. Toutefois, cela n'est pas de la froideur). Empathie (comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet) (Bénony, 1999, p.19).

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 (Bénony & Chahraoui, 2013, p.10).

De ce fait, l'attitude clinique exige : la non-directivité, le respect, la neutralité bienveillante et l'empathie.

3- Les tests, les échelles, les questionnaires et le dessin :

3-1- Les tests :

3-1-1- Historique des tests :

La méthode des tests est née dans la deuxième moitié du XIX^e siècle au moment où la psychologie tente de se donner un statut scientifique. Francis Galton estimait que « jusqu'à ce que les phénomènes d'une branche quelconque de connaissances aient été soumis à la mesure et au nombre, cette branche de connaissances ne peut assumer le statut et la dignité d'une science ». Il mettait ainsi l'accent sur la nécessité d'utiliser les méthodes quantitatives pour décrire des phénomènes psychologiques. Vers 1884, il se servit de méthodes mathématiques et statistiques pour décrire et analyser des différences individuelles sur des temps de réaction et autres aspects sensoriels (ECPA, 2015, p.3).

En 1890, James Mc Keen CATTELL, le premier, utilisa le terme de « test mental » pour désigner une série d'épreuves visant à étudier les différences individuelles d'étudiants. Ces premières épreuves étaient destinées à mesurer des fonctions sensori-motrices élémentaires, telles que la perception, la sensation de la douleur ou encore le temps de réaction. En 1905, à la demande du gouvernement français, le psychologue Alfred Binet développa la première échelle d'intelligence pour enfants. Les travaux de Binet marquèrent un tournant dans l'utilisation des tests. En effet, jusqu'à la fin du XIXe siècle, la méthode des tests avait pour objet l'étude des différences individuelles concernant des caractéristiques psychophysiologiques ou sensori-motrices. Le test d'Alfred Binet proposa pour la première fois une application pratique des tests dans la détection du retard mental chez les enfants et la prédiction de la réussite scolaire. En 1916, Terman utilisa les travaux de Binet et construisit le premier test d'intelligence mesurant le QI (Quotient Intellectuel) (ECPA, 2015, p.4).

La première guerre mondiale marqua un autre tournant dans l'utilisation de la méthode des tests. En 1917, l'armée américaine se servit systématiquement de tests mentaux pour recruter un million et demi de soldats et désigner ses cadres. Les tests de personnalité commencèrent alors à se développer ; les psychologues de l'armée construisirent un prototype afin d'identifier les personnes sérieusement perturbées psychiquement, mais il faudra attendre la seconde guerre mondiale pour un développement plus rapide. Après la seconde guerre mondiale, les tests se généralisèrent au niveau international et relevèrent de tous les domaines (santé, travail, éducation) (ECPA, 2015, p.5).

Aujourd'hui, les tests bénéficient d'un franc succès et continuent de se développer grâce aux travaux de recherches de nombreux auteurs.

3-1-2- Définition du test :

La méthode des tests est « *une partie de la méthode psychométrique qui est l'ensemble des procédés aboutissant à une description quantitative des lois psychologiques* » (Bénony, 2005, p.33).

Un test est « *une mesure psychométrique. Il constitue une des techniques de mesures pratiquées en psychologie* » (Demont, 2009, p.42).

Un test mental est « *une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement ; ce comportement est évalué par comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation permettant ainsi de classer le sujet examiné soit quantitativement soit typologiquement* » (ECPA, 2015, p.5).

Le test est sans doute l'outil qui paraît spécifique du psychologue, puisqu'il est le seul à posséder les connaissances permettant l'interprétation. Il y a de nombreux tests : les tests d'aptitude (ou instrumentaux) qui visent à décrire un phénomène précis et bien circonscrit (attention, mémoire), les tests de développement qui visent à analyser l'évolution des compétences (graphiques, motrices), les tests d'intelligence (ou cognitifs) et les tests de personnalité qui se décomposent en tests objectifs comme les inventaires de personnalité et en méthodes projectives.

De ce fait, le test est un outil standardisé.

3-1-3- Objectifs des tests :

Les tests permettent d'évaluer les caractéristiques propres d'un sujet en référence à une population donnée, dans un ou plusieurs domaines de développement, afin de voir où le sujet se situe (Bernard-Tanguy & Reniers, 2021, p.148).

Le but des tests est de faire apparaître ce que les entretiens ne permettaient pas de repérer précisément (informations non accessibles à l'écoute), de fournir des résultats valides et objectifs, c'est-à-dire non soumis à la subjectivité du psychologue et d'enrichir le bilan clinique (ils ont alors le statut d'examen complémentaire) (Pedinielli, 2012, p.52).

En effet, les tests psychologiques sont utilisés pour rendre compte, notamment, de l'efficacité ou de la capacité d'individus pour des types d'activités déterminées. Ils sont particulièrement mobilisés dans le domaine du développement et du fonctionnement cognitif et des connaissances (Aubret & Blanchard, 2010, p.48).

Même pour un clinicien chevronné, capable d'apprécier de nombreuses caractéristiques sans les tests, les épreuves standardisées apportent des précisions et parfois des surprises. Les tests ont l'avantage d'être un médiateur objectif qui peut être confronté au rôle de l'intuition dans l'analyse clinique. Le recueil de différents types d'informations permet de limiter le risque d'erreur. Ces informations doivent être replacées dans leur contexte clinique, thérapeutique (influence de traitements médicamenteux éventuels, psychothérapies en cours, etc) et socioculturel (Albaret, Giromini & Scialom, 2018, p.12).

Les psychologues sont donc en mesure d'ajouter, à la liste des symptômes psychiatriques les plus courants, un assez grand nombre de manifestations qui ne sont observables qu'au moyen de leurs instruments spécialisés (Petot, 2018, p.14).

De plus, si l'examen clinique ne se résume pas à la passation de batteries cognitives, d'épreuves évaluant une fonction particulière ou encore de tests de personnalité, il ne s'imagine pas sans eux. Certes, l'entretien est un outil puissant qui fait partie intégrante de l'examen comme le jeu ou le dessin pour les sujets les plus jeunes, mais l'examen psychologique n'existe et ne se conçoit que par l'utilisation de tests psychologiques sensibles, scientifiquement validés, attrayants et stimulants pour les enfants et adolescents.

Un psychologue ne se réduit certainement pas à un technicien ni à un psychométricien qui appliquerait des tests. Avant tout, quel que soit son champ professionnel, il se définit comme un clinicien, au contact direct des jeunes consultants, de leurs souffrances, de leurs maux, de leurs troubles. Il utilise, pour comprendre le fonctionnement psychique de ces sujets toujours singuliers, l'entretien et les épreuves psychologiques. Il a l'ardente obligation de bien choisir ses outils (Cognet & Bachelier, 2020, p. XIV).

En outre, les tests sont des instruments dont la pratique demande de l'expérience et de la technicité (formation spécifique théorique et méthodologique) (Demont, 2009, p.42).

À titre d'exemple, Grégoire (2004) écrit « les tests d'intelligence doivent être replacés dans le cadre plus général de l'examen diagnostique, aux côtés des autres outils et méthodes utilisés par les psychologues. Ces tests ne sont que des instruments au service des praticiens. Ils ne prennent leur véritable valeur que s'ils sont appliqués à bon escient et si leurs résultats sont interprétés avec intelligence par un psychologue compétent » (Grégoire, 2004, p.244), avant d'ajouter « quelles que soient leurs qualités intrinsèques (des tests), ce ne sont que des outils au service des praticiens qui ont la responsabilité d'en faire le meilleur usage possible » (Grégoire, 2009, p.11).

En effet, l'utilisation de tests ou d'épreuves psychologiques répond à un besoin d'investigations qui devraient être circonscrites par des hypothèses nées de l'enquête précédente, et qui devraient s'ordonner avec l'analyse progressive des données nouvelles. En tout état de cause, les tests ne constituent dans cette approche qu'une partie circonscrite de l'examen. Ils ne sont pas pratiqués de façon aveugle, mais éclairés par ce qui les précède, chaque étape de leur application trouvant sa justification de ce qui anticipe et justifiant ce qui la suit (Jumel, 2017, p.13).

Ainsi, les professionnels de la santé (psychiatres, psychologues, etc.) utilisent des tests afin d'évaluer des phénomènes pathologiques sur le plan affectif ou neurologique. Dans le domaine de l'éducation, les tests sont utilisés pour évaluer des niveaux de développement, des acquis scolaires ou des centres d'intérêts. Dans le domaine du travail, la méthode des tests est

largement utilisée et connaît un essor constant. Les tests sont utilisés dans le cadre de recrutements, bilans professionnels, mobilité et dans toutes les problématiques de gestion de carrières. Dans le cadre du recrutement, les tests sont utilisés pour établir un pronostic sur les performances d'un candidat dans un emploi donné (ECPA, 2015, p.2).

Enfin, ces méthodes offrent un éclairage complémentaire, souvent plus précis, présentant un caractère plus systématique et plus étayé que ce que ne sont en mesure de fournir un entretien ou une observation spontanée. Il s'agit alors, dans ce cas, de confirmer des éléments pressentis ou bien encore de découvrir véritablement un aspect du fonctionnement psychologique que l'entretien n'avait su mettre en évidence (Bernaud, 2014, p.5).

Toutefois, la majorité des praticiens s'accorde pour considérer que les tests ne sont que l'une des composantes de l'examen clinique, un complément, mais ne dispense en rien de la clinique. Le psychologue doit non seulement connaître les avantages et les limites inhérentes aux outils qu'il utilise mais aussi avoir une connaissance approfondie des modalités de passation du test et des processus que le test explore et révèle (Capdevielle & Doucet, 2004, p.77).

De ce fait, les résultats d'un test n'ont aucune valeur en soi, s'ils ne sont intégrés dans la dynamique de l'entretien. Les tests ne sont pas nocifs ou dangereux en soi, c'est la manière dont ils sont utilisés qui peut l'être. Ils sont à envisager comme médiateurs de la rencontre avec le sujet et sont secondaires à l'entretien et l'observation cliniques.

3-1-4- Exemples de tests :

- Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant : KABC

Nous avons décidé de présenter ce test car il sert le travail du clinicien, l'enfant et les professionnels qui ont la charge de l'aider.

Le KABC est constitué de 18 subtests au total, dont le nombre administré varie selon les âges. Le nombre de test va de 7 (à 3 ans) à 10 (pour les plus de 7 ans). Les 18 subtests sont regroupés en 5 échelles. La passation des épreuves est aisée et facilitée par des feuilles de réponses complètes qui guident efficacement l'examineur. Le praticien pourra se laisser guider par ces feuilles de réponses et le manuel, pour livrer chiffres, graphiques, comparaisons et conclusions très lisibles résumant au mieux les aptitudes mises à l'épreuve chez l'enfant.

Le KABC-II se compose d'échelle de connaissances, d'échelle séquentielle, d'échelle simultanée, d'échelle d'apprentissages et d'échelle de planification.

Le KABC a des avantages certains pour les enfants issus de minorités, particulièrement quand il s'agit de faire un diagnostic dans une perspective pédagogique et d'orientation, ainsi que pour l'évaluation d'enfants envoyés en consultation pour des problèmes d'apprentissage. L'évaluation devant déboucher sur une remédiation. L'examen clinique par le KABC débouche sur un projet thérapeutique car c'est le but même de ce type d'examen. Autrement dit, l'outil sert à appréhender la source de difficultés scolaires, et à définir ce qu'il reviendra à l'école d'entreprendre pour y remédier (Jumel, 2014).

- **Figures complexes de Rey : test des figures complexes A et B**

En 1942, Rey et son équipe ont proposé un test consistant à copier puis à reproduire de mémoire un tracé géométrique complexe. Ils ont composé ce test pour les besoins de certaines expertises psychologiques.

La Figure complexe est une épreuve d'organisation perceptive, celle-ci étant culturellement déterminée, actualisée par une activité graphique elle-même culturellement orientée. La Figure de Rey a été conçue par son auteur avec le projet d'évaluer les pertes supposées de mémoire de patients victimes de traumatismes crâniens. Elle devait permettre de distinguer les pertes de mémoire réelles des expressions d'une insuffisance d'élaboration perceptive (Jumel, 2014).

Ce test fait appel à l'intelligence générale du sujet, ainsi qu'à ses aptitudes à la structuration perceptive. Il évalue l'activité perceptive et graphomotrice ainsi que la mémoire de travail, l'attention, les capacités de synthèse et la rétention mnésique. L'épreuve permet au praticien de faire le point sur le niveau intellectuel et perceptivo-moteur du sujet, et également de déceler les troubles congénitaux ou acquis de la structuration spatiale ». L'objectif est de repérer les enfants en difficultés. La Population ciblée est : les enfants dès 4 ans, adolescents et les adultes.

- **Tests projectifs :**

On peut considérer que la démarche de l'examen psychologique, spécialement dans la mobilisation des épreuves projectives, est triple :

— d'une part, un objectif de (re)mobilisation psychique, le dispositif des épreuves projectives pouvant être compris comme une situation d'excitation à même d'appeler une réponse marquée par la qualité des investissements psychoaffectifs du sujet ;

— d'autre part, un objectif d'évaluation de la qualité des processus psychiques, dans le contexte du développement psychoaffectif, dont rend compte la dynamique des productions projectives;

– enfin, un objectif de construction psychopathologique, qui ouvre sur une inscription dynamique et nosographique des troubles présentés par le sujet (Roman, 2016, pp.20-21).

Ainsi, les méthodes projectives représentent une médiation intéressante dans le bilan psychologique, car elles constituent un support pour l'expression. L'association du Rorschach et d'une épreuve thématique sollicite donc différents registres de problématique, et la confrontation des deux épreuves est toujours cliniquement intéressante.

La place et l'apport des épreuves projectives dans l'examen psychologique ne sont plus à démontrer. Elles sont en effet très pertinentes dans l'évaluation du fonctionnement psychique, contribuant ainsi à l'établissement d'un diagnostic clinique et psychopathologique, au service de la mise en œuvre d'un traitement psychothérapeutique.

3-2- Les questionnaires et les échelles :

3-2-1- Définition des termes de questionnaire et d'échelle :

Les questionnaires ou échelles d'évaluation sont « *des outils cliniques standardisés permettant de répondre à des questions que le clinicien est amené à se poser après l'entretien clinique* » (Bénony, 2005, p.73).

Concernant ces instruments, Ionescu (2013) cite les qualités psychométriques de ces derniers : la fidélité, la validité et la sensibilité (Ionescu, 2013, p.104).

Ces trois qualités métrologiques renvoient à ceci :

La validité : l'échelle mesure bien ce pourquoi elle est constituée et rien d'autre (validité des items et sur la note globale) ;

La fidélité : implique que l'échelle donne des résultats comparables dans des situations identiques (fidélité test-retest, fidélité interjuges) ;

La sensibilité : dépend de la capacité à noter des variations entre des états différents (Pedinielli, 2012, p.55).

3-2-2- Objectifs des questionnaires et des échelles :

L'intérêt de ces techniques (échelles, questionnaires, etc) est de faire apparaître des éléments difficiles à percevoir dans un entretien (exemple : s'il est facile de reconnaître les signes dépressifs à l'écoute seulement, il est en revanche plus délicat de mesurer leur intensité sans ces techniques). En outre, ces techniques donnent des résultats chiffrés qui permettent des

comparaisons (du sujet par rapport à lui-même : avant et après traitement) (Pedinielli, 2012, p.55).

De plus, la méthode du questionnaire est un moyen d'investigation de la personnalité. Cette méthode s'est généralisée après-guerre : elle a permis le développement de recherches, l'élaboration de théories et d'instruments d'application qui se sont avérés d'un grand intérêt pour faire progresser la connaissance sur les fondements de la personnalité ainsi que certaines applications psychologiques (Bernaud, 2008, p.62).

Toutefois, il faut rappeler ici que l'approche quantitative ne peut se substituer à l'approche psychopathologique globale insérant des données historiques et psychodynamiques et dont l'entretien clinique constitue le support fondamental (Bénony, 2005, p.120). En effet, les échelles, comme les tests, réduisent les objets cliniques à ce qui est mesurable et ne donnent qu'un éclairage très partiel qui doit être complété par les données de l'entretien (Pedinielli, 2012, p.55).

3-2-3- Exemples de questionnaires et d'échelles :

- Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents : WISC

Nous avons fait le choix de présenter cette échelle car elle demeure le test le plus utilisé internationalement avec les enfants. De plus, les échelles de Wechsler sont des épreuves très cliniques.

Les épreuves de Wechsler, qui sont le plus souvent au centre de l'examen clinique, promeuvent une approche globale de la complexité du sujet.

Parmi les échelles de Wechsler, le WISC, destiné aux enfants et adolescents, qui couvre la période entre 6 et 16 ans, est le plus courant, sans doute tout simplement parce que l'examen psychologique est surtout mis en œuvre avec des enfants et de jeunes adolescents. Mais, quelle qu'en soit l'origine, nous pouvons penser que cette épreuve reste aussi populaire auprès des psychologues parce qu'elle est un instrument qui correspond bien à leurs besoins et à leurs attentes sur un plan clinique. En d'autres termes, elle permet d'apporter des éclairages pertinents sur les questions que se posent les praticiens dans le cadre du bilan (Arbisio, 2021, p.96).

Wechsler était un psychologue américain d'origine roumaine, né en 1896, et décédé en 1981. Docteur en philosophie de l'université de Columbia en 1925, deux expériences, éminemment cliniques, essentielles pour lui, le conduiront à créer ses échelles. Jeune psychologue, Wechsler

a eu l'occasion de tester plusieurs centaines de jeunes recrues avec les Army tests. Cette influence est pour lui déterminante : Wechsler conservera dans son échelle plusieurs épreuves venant des Army tests, dont il garde le principe, même s'il en modifie les contenus. L'autre expérience est celle de la pratique psychiatrique. À partir de 1932, Wechsler est psychologue à la consultation d'adultes de l'hôpital psychiatrique Bellevue, à New York, qu'il ne quittera qu'en 1967. Il est parallèlement professeur de psychologie clinique à l'université de New York (Arbisio, 2021, p.97).

Wechsler commence par mettre au point une échelle pour adultes, la Wechsler-Bellevue, qui est publiée en 1939. Elle devient la WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) en 1955. Mais le succès rapide de la première échelle pour adultes le conduit à créer une adaptation destinée aux enfants, le WISC, dès 1949. Depuis, les échelles de Wechsler sont révisées régulièrement. Après le WISC, le WISC-R, destiné aux enfants de 6 à 16 ans, a été édité en 1974 et le WISC-III, troisième version révisée, a été établi en 1991 aux États-Unis. À chaque fois, des adaptations ont été faites également en France : le WISC-III, révisé au cours des années 1994-1995, a été publié en 1996, et le WISC-IV en 2005. Le WISC-V a été publié en 2016. Il faut signaler l'existence d'une échelle destinée aux enfants d'âge préscolaire, qui a été créée en 1967, la Wechsler Pre-school and Primary Intelligence Scale (WPPSI). La dernière version française révisée, WPPSI-IV, a été publiée en 2014.

Présentation du WISC V :

Le WISC-V est la cinquième édition française de l'Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants, publiée en 2016. Il s'agit d'un instrument clinique d'administration individuelle qui évalue l'intelligence des sujets âgés de 6 ans à 16 ans 11 mois.

La structure du WISC V :

L'Indice de Compréhension Verbale est composé des subtests suivants :

- Similitudes : questions dans lesquelles on demande à l'enfant en quoi deux choses se ressemblent ;
- Vocabulaire : définitions de mots ;
- (Information : questions portant sur des informations variées) ;
- (Compréhension : questions portant sur des situations de la vie courante).

L'Indice Visuospatial est composé des subtests suivants :

- Cubes : reproduire des figures à l'aide de cubes ;
- Puzzles Visuels : Retrouver trois pièces, parmi six possibilités, qui permettent de reconstituer un puzzle complet.

L'Indice de Raisonnement Fluide est composé des subtests suivants :

- Matrices : des matrices incomplètes sont représentées : l'enfant doit sélectionner la partie manquante parmi cinq réponses possibles.
- Balances : une ou des balances à plateaux sont présentées avec un poids manquant : l'enfant doit choisir le poids qui permet d'équilibrer les plateaux ;
- (Arithmétique : problèmes arithmétiques à résoudre mentalement.)

L'Indice de Mémoire de Travail est composé des subtests suivants :

- Mémoire des chiffres : l'enfant doit répéter des séries de chiffres ;
- Mémoire des images : l'enfant doit mémoriser une série d'images, qu'il doit ensuite retrouver dans le bon ordre, parmi d'autres images ;
- (Séquence Lettres-Chiffres : l'enfant doit répéter des séquences de lettres et de chiffres, en ordonnant les chiffres dans l'ordre croissant, puis les lettres dans l'ordre alphabétique).

L'Indice de Vitesse de Traitement est composé des subtests suivants :

- Code : substitution d'un symbole à un autre, à faire par écrit ;
- Symboles : retrouver des symboles ;
- (Barrage : l'enfant doit barrer des images pendant un temps limité).

Les subtests du WISC V :

1. Les Cubes
2. Les Similitudes
3. Les Matrices
4. La Mémoire des chiffres
5. Le Code
6. Le Vocabulaire
7. Les Balances
8. Les Puzzles Visuels
9. La Mémoire des images

10. Les Symboles

11. L'Arithmétique

- **Échelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire : WPPSI**

L'échelle WPPSI-IV est la dernière-née des épreuves Wechsler, communément appelées « outils W » (édition américaine en 2012, édition française en 2014). Il s'agit d'une épreuve d'évaluation du fonctionnement cognitif des jeunes enfants de 2 ans et demi à 7 ans 7 mois. L'enjeu de cette quatrième version a été de faire évoluer la structure sous-tendant la construction du WISC-IV et la WAIS-IV (en quatre indices) en introduisant de nouveaux indices (Cognet & Bachelier, 2020, p.219).

Cinq dimensions du modèle CHC ont été retenues : l'intelligence fluide (Gf), correspondant à l'IRF (Indice de raisonnement fluide), l'intelligence cristallisée (Gc), correspondant à l'ICV (Indice de compréhension verbale), la mémoire de travail (Gsm), correspondant à l'IMT (Indice de mémoire de travail), la vitesse de traitement (Gs), correspondant à l'IVT (Indice de vitesse de traitement) et l'aptitude à percevoir et à transformer des stimuli visuels (Gv), correspondant à l'IVS (Indice visuospatial) (Cognet & Bachelier, 2020, p.219).

La WPPSI-IV est composée de deux batteries distinctes en fonction de l'âge de l'enfant. Les cahiers de passation sont spécifiques à l'âge. Si la plupart des épreuves sont présentées dans les deux batteries, le QIT n'est pas composé des mêmes subtests.

Il existe trois types de subtests dans la WPPSI-IV :

1. Les subtests principaux, regroupant les épreuves à administrer pour calculer le QIT et les indices.
2. Les subtests supplémentaires correspondent aux subtests qui peuvent remplacer les subtests principaux dans le cas d'une substitution (les règles sont strictes et les possibilités figurent dans le Manuel d'administration et de cotation, page 32). L'intérêt de leur administration dépasse évidemment largement leur fonction de suppléance.
3. Les subtests optionnels désignent les autres subtests. L'interprétation des scores à ces subtests permet d'enrichir la compréhension globale du fonctionnement cognitif de l'enfant. La catégorie à laquelle appartient le subtest varie en fonction de l'âge et de l'indice considéré (Cognet & Bachelier, 2020, p.220).

- Nouvelle échelle métrique de l'intelligence : NEMI

La NEMI-2 a été mise au point par Georges Cognet et publiée en 2006. Elle naît d'un constat : la Nouvelle Échelle métrique de Zazzo (1966) n'est pas neuve. Elle n'a pas été révisée depuis sa création.

La NEMI-2 est désormais constituée de sept échelles :

- « Connaissances », « Comparaisons », « Matrices analogiques » et « Vocabulaire », soit quatre échelles « obligatoires » à la détermination d'un « indice d'efficiency cognitive » ;
- « Adaptation sociale », « Répétition de chiffres », et « Représentations visuo-spatiales » (« Copie de figures » ou « Comptage de cubes »), soit trois échelles facultatives.

Chacune des échelles permet de situer la performance du sujet selon sept classes normalisées, déterminant une note standard allant simplement de 1 à 7. La somme des notes ainsi obtenues pour les quatre premières échelles permet seule la détermination d'un « indice d'efficiency cognitive » (Jumel, 2014).

- Échelle de comportement adaptatif Vineland

Les échelles de comportement adaptatif Vineland, seconde édition (VABS-II), sont des échelles de mesure administrées individuellement aux personnes de 1 à 90 ans. Ces échelles existent en deux versions : la forme pour l'entretien et la forme destinée au parent/ à l'intervenant.

La capacité d'une personne à se débrouiller dans la vie implique un grand nombre d'aptitudes (et de comportements importants, tels que respecter les règles, reconnaître et exprimer des sentiments, prendre soin de sa santé, voyager seul ou gérer son argent, par exemple. Tous ces comportements et aptitudes sont liés au comportement adaptatif ou à la performance de la personne dans les activités de la vie quotidienne qui lui permettent de prendre soin d'elle-même et d'entrer en contact avec les autres. En savoir plus sur le comportement adaptatif d'une personne nous aide à en avoir une image précise. Parallèlement aux informations précises relatives à son niveau de fonctionnement cognitif, de performance scolaire et de santé physique, la connaissance du comportement adaptatif d'une personne nous aide à planifier sa scolarité ou sa formation et à adapter son environnement, selon ses besoins spécifiques aussi bien à la maison, à l'école qu'au travail (Sparrow, Cicchetti & Balla, 2015).

À cet effet, un grand nombre de tests, d'évaluations et de méthodes d'évaluation permettent de mesurer les aptitudes d'une personne. Généralement, pour déterminer le niveau de comportement adaptatif et cerner les compétences adaptatives d'une personne, on demande à

un proche, un parent, un conjoint, un frère ou une sœur, un enfant majeur ou un intervenant, de décrire les activités de la personne dans sa vie quotidienne. La performance de la personne dans ses activités est ensuite comparée à celle de la personne du même âge, afin de déterminer les domaines dans lesquels elle montre des compétences et des comportements typiques de son âge, et les domaines dans lesquels elle a besoin d'assistance pour acquérir les compétences qui ne sont pas encore acquises. Dans la Vineland II, ces comportements et ces compétences sont classés en quatre grands domaines : Communication, Vie quotidienne, Socialisation et Motricité. Chacun de ces quatre domaines principaux du comportement adaptatif comprend des sous-domaines d'aptitudes associées. Les résultats obtenus à la Vineland II indiquent dans quel domaine la performance de la personne est supérieure à la moyenne, dans la moyenne ou en dessous de la moyenne par rapport à celle du groupe normal national (Sparrow, Cicchetti & Balla, 2015).

Les échelles du comportement adaptatif Vineland II présentent cinq niveaux d'adaptation : faible, inférieur à la moyenne, dans la moyenne, supérieure à la moyenne, élevé.

Enfin, cet outil permet une évaluation, à tous les âges de la vie, de l'autonomie des enfants et des adultes avec ou sans handicap. Il met en perspective la manière dont la personne s'adapte aux exigences de son environnement, quel que soit son niveau cognitif et l'origine de son handicap, il révèle le niveau d'aide nécessaire pour les actes indispensables de la vie quotidienne, pour accéder à l'inclusion sociale, scolaire ou professionnelle. Pour les maisons de handicap et les différents services d'aide, ce sont des informations indispensables pour rendre compte des besoins de la personne et pour établir les plans de compensation. Il également un outil très pertinent pour le suivi longitudinal des personnes avec un trouble du développement, pour montrer leur évolution dans le temps, les progrès réalisés ou les décalages qui parfois augmentent en comparaison avec leur classe d'âge (Sparrow, Cicchetti & Balla, 2015).

3-3- Le dessin :

3-3-1- Définition du dessin :

Dessiner relève principalement d'une activité motrice. Il s'agit alors d'une expression graphique des capacités de représentation mentale.

Le dessin est, entre autres, défini comme une projection de sa propre existence et de celle des autres, ou encore comme le sentiment que l'enfant a de lui-même et des autres. Si l'on trouve

davantage d'expression par le dessin chez l'enfant, c'est bien souvent en raison des compétences dont il dispose. En effet, l'enfant traduit mieux ce qu'il ressent par l'image que par l'écriture ou le chant ou d'autres techniques expressives qu'il ne maîtrise pas encore et qui nécessitent un apprentissage. Le dessin, qu'il soit libre, spontané ou orienté par une consigne vers une thématique singulière, est un outil utilisé chez de jeunes enfants vers 3 ans et quelle que soit la problématique investiguée (précocité intellectuelle, autisme infantile, difficulté relationnelle, etc. ; Emmanuelli et Suarez Labat, 2010).

3-3-2- Objectifs du dessin :

Désormais, l'utilisation du dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent semble un outil essentiel à la compréhension fine du sujet (Vinay, 2020, pp.4-5).

Parce que le dessin correspond à une activité essentiellement enfantine, dans l'examen psychologique de l'enfant ou de l'adolescent, il peut s'avérer être un outil précieux d'informations sur le ressenti du sujet, sur sa part psychique intime et sur ses capacités relationnelles (Vinay, 2020, p.10).

Toutefois, l'utilisation du dessin ne se retrouve pas seulement dans l'approche de l'enfant où elle est fréquente, mais aussi chez l'adulte dans un but d'évaluation (notamment des apraxie) ou d'expression (en cas d'impossibilité d'exprimer certaines difficultés). Le dessin est utilisé comme un élément d'évaluation, de diagnostic, mais également comme un moyen thérapeutique (Pedinelli, 2012, p.61).

3-3-3- Types de dessin :

Le dessin libre : Dans ce que nous nommons le dessin libre, nous comprenons d'une part le dessin réalisé spontanément par l'enfant, tout simplement parce qu'il aura à un moment donné besoin d'exprimer par le dessin ce qu'il ne peut exprimer verbalement, et, d'autre part, le dessin envisagé ou souhaité par l'adulte mais sans consigne thématique spécifique. L'utilisation du dessin libre dans l'examen psychologique constitue un indicateur des niveaux cognitifs, perceptifs et affectifs de l'enfant. En considérant cette épreuve comme une épreuve projective, nous lui conférons une valeur d'appréciation subjective dans laquelle la personnalité de par sa nature complexe et variée peut s'exprimer à des niveaux subconscients et inconscients (Vinay, 2020).

Le dessin du bonhomme : le dessin d'un bonhomme a ceci de spécifique qu'il est à la fois dessin de l'autre universel et dessin de soi tel que le corps en est perçu. Dans l'examen psychologique de l'enfant ou de l'adolescent, nous utiliserons le dessin du bonhomme avec

comme présupposé que l'œuvre ainsi produite est le reflet de l'élaboration psychique du soi de l'enfant. Le dessin du bonhomme est donc chargé affectivement. Le corps ainsi dessiné est une traduction des représentations symboliques des relations du sujet avec son environnement, relationnel, affectif, social, familial, etc. Non seulement, par son bonhomme, l'enfant traduit sa perception de son corps propre et de son identité physique, mais aussi, il nous indique sa représentation de sa place dans le monde. Le dessin du bonhomme peut alors être compris comme une épreuve graphique à caractère projectif (Vinay, 2020).

Le dessin de la maison : La maison permet généralement d'identifier son habitant. Elle fournit une image de celui qui l'investit et favorise le bien-être et la protection en garantissant une solidité face aux agressions du monde extérieur. Elle témoigne de la façon de vivre d'une société ainsi que de l'agencement relationnel entre les générations. Le dessin de la maison nous informe à propos de la construction psychique interne et relationnelle de l'enfant ou de l'adolescent (Vinay, 2020).

Le dessin de famille : Dans le cadre de l'examen psychologique, il peut être intéressant pour l'évaluation clinique de proposer la consigne du dessin de famille. Une production ainsi réalisée correspond à un test de personnalité où l'interprétation sera fondée sur les mécanismes associés à la projection. Les relations familiales vont imprégner l'enfant dans la construction de ses modèles internes opérants et le dessin témoignera de son système d'attachement, hyperactivé, inhibé ou sécurisé. La consigne consistant à demander à l'enfant ou à l'adolescent de dessiner une famille reste relativement simple et peu structurée pour que celui-ci s'y projette facilement. Des hypothèses cliniques à propos des besoins, fantasmes, régressions de l'enfant pourront être posées en étroite relation avec le système familial. Bien plus que la véritable famille, le psychologue s'intéressera aux caractéristiques de cette famille graphique, puis, dans l'après-coup, il pourra effectuer des comparaisons avec la famille réelle, constatant éventuellement par là même les dissemblances et les ressemblances. Une attention particulière sera portée au premier personnage dessiné, cette primauté lui conférant une valeur symbolique significative pour le dessinateur. Bien évidemment, la place projective consciente de l'enfant dans le dessin viendra compléter les hypothèses interprétatives.

Le dessin de l'arbre : Le dessin de l'arbre, symbole tour à tour de nombreuses valeurs de l'existence, est une épreuve projective dans laquelle entrent en compte de multiples traits de personnalité. Le test du dessin de l'arbre s'adresse à des enfants comme à des adultes qui peut-être auront davantage de facilité à produire un arbre symbole de leur existence plutôt qu'une maison ou un bonhomme et sa famille. Toutefois, le dessin de l'arbre chez l'enfant ou

l'adolescent nous fournira un nombre important d'informations, notamment en relation aux différents événements de vie et traumatismes de la trajectoire individuelle (Vinay, 2020).

De ce fait, l'examen clinique mené avec des outils et techniques validés permet d'appréhender les compétences de la personne évaluée, d'identifier et de circonscrire ses difficultés afin de poser un diagnostic psychologique.

Cours n° 3 : Le bilan psychologique

Le bilan psychologique est une démarche très répandue en psychologie. En effet, le psychologue doit souvent recourir à ce type de pratique d'évaluation. Il s'agit d'un acte professionnel devenu, à côté des activités psychothérapeutique et institutionnelle, spécifique au psychologue clinicien, au point d'en constituer aujourd'hui une des caractéristiques identitaires. Personne d'autre ne peut le pratiquer sans trahir sa pertinence. Toutefois, cette compétence ne peut être acquise que par un apprentissage associant théorie et pratique. Le bilan psychologique s'adresse à un enfant, un adolescent ou un adulte ou une personne âgée. Ils comportent divers motifs (difficultés scolaires, relationnelles, affectives ou comportementales) et objectifs (évaluer le niveau intellectuel ; comprendre le fonctionnement psychique ; poser un diagnostic ; faire un pronostic sur l'évolution psychologique ; éventuellement donner un avis sur l'orientation, etc).

1- Définition du « bilan » :

Le terme bilan Vient du latin *bilancia* qui signifie balance. Selon le dictionnaire, ce terme définit « *le résultat d'une opération généralisée* » (Romano, 2014, p.46).

Ainsi, « Bilan » vient d'un mot italien du XVIe siècle, *bilancio*, dérivé de *bilanciare*, « balancer » en français. *Bilanciare* signifie aujourd'hui en italien « équilibrer », au sens d'équilibrer des comptes. Il s'agit donc d'un mot cousin de « balance », par exemple dans l'acception comptable de ce terme. En effet, le bilan évoque le résultat d'une opération. Au sens propre, il s'agit du bilan financier, c'est-à-dire du tableau qui vient représenter l'actif et le passif d'un commerce ou d'une entreprise, à un moment précis. Au sens figuré, on fait le bilan des dernières années, ou bien le bilan de sa vie... Ce mot de bilan contient l'idée que l'on s'arrête à un moment donné pour faire le point (Arbisio, 2021, p.18).

De plus, le terme bilan désigne un résultat, un constat, un résumé de la situation. Il indique également une notion de retour au passé. Le terme bilan évoque en psychologie un arrêt, un retour sur soi, un moment dans le déroulé de sa vie (Cognet & Bachelier, 2020, p.8).

2- Définition du « bilan psychologique » :

Hubert (1995) définit le bilan psychologique comme suit « *une situation évaluative dans laquelle le psychologue a recours à un certain nombre de méthodes et d'instruments qu'il choisit en fonction du problème posé et dont il apprécie les informations selon certaines règles. Il s'agit d'épreuves dont l'administration, la cotation et l'interprétation sont largement*

standardisées et dont on connaît par ailleurs les qualités métrologiques » (cité par Facy, 2007, p. 183).

Un bilan psychologique est « *une tentative d'« état des lieux », réalisée à un moment donné. Un bilan est proposé en réponse à une demande qui traduit toujours une situation problème » (Jumel & Savournin, 2013, p.5).*

Le bilan psychologique est « *la synthèse effectuée par le psychologue au terme d'un examen approfondi d'un sujet. L'examen comprend un entretien clinique, l'observation du comportement, des tests d'aptitude et de personnalité. Cette synthèse est rédigée. La déontologie requiert qu'un compte rendu oral en soit communiqué au sujet » (Doron & Parot, 2011, p.89).*

Le bilan est « *l'ensemble des données recueillies grâce aux moyens utilisés. Il représente l'ensemble des techniques permettant la réalisation de l'étude de cas. Il doit rendre possible la reconnaissance du sujet et de son problème à partir de l'interprétation de comportements, de discours significatifs, et permettre une analyse de la relation » (Pedinielli, 2012, pp.88-89).*

Bioy et Fouques (2016) définissent le bilan psychologique comme « *la mobilisation d'outils d'évaluation de la dynamique intellectuelle, affective et émotionnelle chez un individu (entretien clinique, tests, échelles) afin de déterminer son profil psychologique ainsi que l'ensemble des autres éléments qui ont trait à sa vie psychique. Le bilan psychologique permet, au final, d'évaluer une situation psychologique, voire une psychopathologie, d'établir la situation du patient au regard de la façon dont celle-ci est perçue par lui, et d'envisager des modalités d'interventions thérapeutiques et/ou psychothérapeutiques qui paraissent les plus adaptées » (Bioy & Fouques, 2016, p.56).*

De ce fait, le bilan psychologique constitue l'activité spécifique des psychologues cliniciens, qui sont les seuls formés à cette pratique. La pratique du bilan psychologique implique une démarche clinique nécessitant une prise en compte de la complexité dynamique du fonctionnement psychique du sujet.

3- Les motifs du bilan psychologique :

La pratique du bilan psychologique est à la fois plus reconnue et plus fréquente avec les enfants qu'avec les adultes. De plus, les bilans psychologiques pour les enfants connaissent actuellement une faveur croissante. Ils peuvent être demandés pour des raisons diverses. Si la majorité des demandes concerne les difficultés scolaires, elles peuvent également être motivées par des problèmes de comportement dans la famille, des difficultés relationnelles ou de communication. Ou bien les parents perçoivent un mal-être chez leur enfant, à travers différents symptômes : énurésie, tics, agitation et instabilité, troubles du sommeil ou souffrance psychosomatique. En effet, les bilans sont presque toujours demandés pour des enfants présentant certains symptômes, mais dans un contexte où la souffrance psychique de l'enfant est peu ou mal perçue (Arbision, 2021, pp.1-11).

La pratique du bilan psychologique est courante et fait l'objet d'une demande sociale importante, notamment pour les enfants qui présentent des difficultés scolaires, relationnelles, affectives ou comportementales. Différents types de demandes sont à l'origine d'un bilan psychologique, comme notamment la demande d'aide à une prise de décision concernant l'orientation scolaire d'un enfant, d'éclairage sur une situation problématique, d'identification d'un ou des troubles de l'apprentissage, de précision ou de confirmation d'un diagnostic, ou d'orientation de l'enfant vers un accompagnement psycho-thérapeutique ou médicosocial spécifique. Les parents peuvent également souhaiter obtenir un rapport, des conseils et une meilleure compréhension du fonctionnement de leur enfant (Brodard, Giroudeau, Quartier & Roman, 2019, p.384).

Ainsi, le bilan peut être demandé par :

- 3- Une instance institutionnelle : école, entreprise, justice, hôpital, etc. en vue d'orientation scolaire, professionnelle, d'une sélection d'embauche, d'une expertise d'un détenu, d'un diagnostic,
- 4- Des particuliers comme des parents qui ont besoin de connaître l'avis d'un expert pour mieux situer la ou les difficultés de leur enfant ou pour servir leur propre ambition par rapport à l'enfant,
- 5- Des adultes qui désirent comprendre leurs propres problématiques, etc (Samacher et al, 2005, p.398).

Pour l'enfant, le bilan psychologique constitue « *un outil d'investigation de l'organisation de la pensée et des mouvements identificatoires précoces* » (Emmanuelli & Suarez-Labat, 2010, p.7).

Le bilan psychologique peut être proposé par le psychologue afin de faire le point, à un moment donné, sur le fonctionnement intellectuel et psychique d'un enfant. Quand il est proposé, le bilan doit donc permettre d'apporter des éléments face à une situation-problème qui concerne l'enfant. La situation-problème peut apparaître telle aux parents de l'enfant, à son enseignant, à un ou plusieurs professionnels de la santé, à des travailleurs sociaux mandatés ou non par la justice qui accompagnent l'enfant. La situation-problème peut prendre la forme d'un questionnement sur l'attitude ou le comportement de l'enfant vis-à-vis de lui-même, de ses pairs ou des adultes, sur ses difficultés insistantes dans les apprentissages, sur la démotivation de l'enfant pour la chose scolaire, sur un décalage manifeste de l'attitude de l'enfant par rapport aux enfants de la même classe d'âge... ainsi posé, le bilan psychologique apparaît comme un outil qui va permettre d'observer et d'analyser le fonctionnement intellectuel et psychique d'un enfant dans le but d'éclairer la situation-problème et afin d'envisager des solutions pour la dépasser (Jumel & Savournin, 2013, p.6).

En effet, la plupart du temps, le bilan est demandé parce que le développement de l'enfant pose problème. Les adultes entourant l'enfant voudraient préciser la nature des difficultés et identifier les possibilités d'intervention les plus adaptées pour venir en aide à l'enfant (Noel, 2007, p.8).

À l'adolescence, les motifs d'un bilan psychologique sont divers. Mazeau et Réveillere (2001) citent ceci : Les signes d'appel justifiant un bilan peuvent être : désinvestissement, refus, échec scolaire, demande d'orientation, symptomatologie anxieuse et dépressive, dépression masquée, équivalents dépressifs, difficultés comportementales familiales (conduites régressives, opposition-tyrannie relationnelle), difficultés comportementales et d'adaptation sociale dans le champ scolaire, problème de compliance/ traitement, conduite de type addictif, épisode psychotique aigu.

Pour l'adulte, les deux auteurs cités en haut notent que les signes d'appel justifiant un bilan peuvent être : problème de maintien de l'intégration dans le milieu du travail, orientation professionnelle, symptomatologie dépressive et anxieuse, crise existentielle, démarche de procréation, vieillissement, solitude, isolement, manque de réalisation affectivo-sexuelle, recherche génétique, difficultés familiales et de couple, conduites addictives, somatisations, troubles du sommeil, accompagnement de fin de vie.

Par ailleurs, une immense partie des recherches sur le bilan psychologique de l'adulte âgé s'avère à l'heure actuelle exclusivement consacrée à la mise au point d'épreuves neuropsychologiques pertinentes pour contribuer d'une part au repérage de fragilités cognitives et au diagnostic éventuel de pathologies cérébrales susceptibles d'être à l'origine des troubles présentés par les patients, pour évaluer d'autre part, par dispositif de test/retest, l'efficacité de traitements médicamenteux ou de prises en charge thérapeutiques à visée de réhabilitation cognitive, individuelles ou groupales. Les tests ainsi mis au point se révèlent d'une utilité précieuse dans la pratique clinique quotidienne des consultations pour troubles cognitifs, pour préciser une étiologie (notamment lorsqu'elle implique des processus organiques morbides insidieux), spécifier les atteintes conséquentes, leur étendue, leur gravité, repérer les ressources susceptibles d'être toujours et encore mobilisées, et proposer des modalités de prise en charge thérapeutique pertinentes. Or les motifs qui conduisent des femmes et des hommes vieillissants à rencontrer un psychologue, notamment pour souffrance anxieuse et dépressive, ne relèvent pas tous, loin de là, du seul registre de l'atteinte organique avérée (Verdon, 2012, p.4).

Dès lors, le bilan est mis en œuvre pour répondre à une demande ou à une question. Il peut avoir une visée diagnostique ou pronostique selon la demande.

4- Apports du bilan psychologique :

Pour Ravit (2020), les apports du bilan psychologique opèrent à plusieurs niveaux. Il s'agit d'abord de la mise en place d'une méthode d'investigation permettant le décryptage rigoureux et précis des processus de pensée analysés et interprétés selon les épreuves choisies. Le bilan psychologique constitue donc un temps d'observation et d'ouverture sur les modalités de fonctionnement psychique aussi bien dans leurs aspects « normaux » que dans les registres psychopathologiques plus variés. Dans la pratique clinique, le bilan psychologique permet une évaluation des registres du fonctionnement psychique dans une visée diagnostique et pronostique qui va conduire à proposer des modalités de prise en charge (sociale, thérapeutiques, éducatives). Dans la recherche, les perspectives dégagées par le bilan psychologique sont susceptibles d'apporter un éclairage nouveau permettant de saisir certaines manifestations cliniques des problématiques considérées.

Pour Emmanuelli et Suarez-Labat (2010), le bilan constitue aussi un laboratoire de mise en évidence de certaines avancées théoriques. La clinique du bilan, par la diversité des situations qu'elle propose et la pluralité des aspects du fonctionnement psychique qu'elle met au jour subtilement, offre en effet à la théorie des illustrations éclairantes, et soutient des recherches portant sur des sujets cliniques divers.

5- Objectifs du bilan psychologique :

Le bilan psychologique a pour but d'apporter des réponses à des questions qui concernent le fonctionnement psychique d'un sujet à partir d'hypothèses formulées par le psychologue. Le bilan psychologique devrait donc tendre vers une description dynamique et compréhensive de la personne. C'est une démarche qui vise plusieurs objectifs :

- évaluer le niveau intellectuel ;
- comprendre le fonctionnement psychique ;
- poser un diagnostic ;
- faire un pronostic sur l'évolution psychologique ;
- éventuellement donner un avis sur l'orientation (Facy,2007, p.183)

Castro (2006) de son côté énumèrent les objectifs suivants :

- répondre à des questions cliniques spécifiques ;
- apporter des informations sur la structure de personnalité et son fonctionnement habituel ;
- faciliter la réflexion sur les indications et le suivi thérapeutiques ;
- favoriser l'échange et la communication entre praticiens d'une même discipline, par un langage commun, qui soutient la compréhension des phénomènes cliniques ;
- conférer aux psychologues cliniciens une spécificité professionnelle clairement identifié (Castro, 2006, p.4).

Dans cette perspective, le bilan psychologique utile est celui qui permet de décrire efficacement le fonctionnement du sujet pour personnaliser les décisions d'orientation. À cet effet, la complexité, l'hétérogénéité, la sévérité des problèmes psychiques individuels, sont des facteurs qui augmentent l'utilité clinique de l'examen psychologique.

De son côté, Grégoire (2009) dégage quatre fonctions essentielles remplies par un examen intellectuel : le diagnostic de certains troubles, la prédiction des performances futures, le recueil d'informations cliniques et la satisfaction d'exigences administratives (Grégoire, 2009, p.11).

Quant à Emmanuelli (2011) et Emmanuelli et Azoulay (2012), ils mettent l'accent sur la richesse des apports du bilan psychologique mené dans une perspective clinique en appui sur la théorie psychanalytique.

Samacher et al (2005) indiquent que l'objectif d'un bilan psychologique est d'arriver à appréhender les diverses aptitudes, les problématiques, les caractéristiques de la personnalité d'un individu venu consulter pour diverses raisons en vue d'une prévision d'adaptation scolaire, professionnelle, sociale, familiale, et/ou en vue d'une éventuelle proposition d'intervention thérapeutique.

Bioy et Fouques (2016) estiment que l'objectif d'un bilan est de répondre avec des arguments psychologiques à une demande d'exploration diagnostique le plus souvent afin de contribuer à la définition d'un projet thérapeutique. Pratiquer un bilan psychologique (aussi appelé examen psychologique) revient à répondre à une (ou des) question(s), là où les outils tels que l'observation et l'entretien ne suffisent pas à apporter les éléments suffisants :

- Pour contribuer au diagnostic ;
- Pour définir une intervention ou stratégie thérapeutique ;
- Pour évaluer des changements après prise en charge (Bioy & Fouques, 2016, p.69).

À titre d'exemple, le bilan psychologique en clinique infantile et dans la clinique de l'adolescent, quel que soit le lieu de sa pratique, fait l'objet d'attentes diverses et pas toujours clairement explicites ni explicitées par les différents protagonistes de la démarche. Il n'en reste pas moins que la question du diagnostic semble toujours y être inscrite et, d'une certaine manière, celle-ci convoque aussi la perspective pronostique (Emmanuelli & Louet, 2015, p.7).

Le bilan psychologique est utile dans la clarification diagnostique et l'orientation thérapeutique.

6- Les temps du bilan psychologique :

Une passation du bilan psychologique comporte plusieurs temps, complémentaire et indispensables : l'entretien préliminaire (ou entretien préalable), évaluation et passation, la restitution.

Ainsi, le bilan est composé de plusieurs étapes qui doivent être respectée pour une pratique pertinente de ce dernier :

- 1- Analyse de la demande ;
- 2- Entretien d'anamnèse ;
- 3- Choix et passation des tests ;
- 4- Analyse des données ;
- 5- Pistes interprétatives ;

6- Restitution orale ;

7- Compte rendu écrit (Bernard-Tanguy & Reniers, 2021, p.153).

Ainsi, le bilan psychologique comporte les étapes suivantes : le recueil des données au cours des entretiens et de l'application des tests ; l'interprétation de ces données et enfin la restitution des résultats aux demandeurs.

7- Le compte rendu :

On ne peut concevoir un bilan psychologique sans son compte rendu :

7-1-Définition du compte rendu :

Le compte rendu du bilan est la synthèse qui va permettre d'éclairer le destinataire et de lui donner un avis à partir d'un diagnostic et de la formulation d'un pronostic. Il est donc important que ce compte rendu ne se réduise pas à une étude de cas, mais donne l'avis du psychologue sur la question posée, étayé par les éléments réunis lors du bilan. Le psychologue doit décrire, de la manière la plus transparente possible, les critères, la méthodologie et la manière qui lui ont permis de parvenir à ses conclusions (Facy, 2007, p.186).

7-2- Caractéristiques du compte rendu :

Cognet et Bachelier (2020) dégagent les caractéristiques suivantes :

-Un compte rendu est légitime : il est l'objet d'une attente du consultant, de sa famille et des professionnels concernés. Il clôt le processus d'examen clinique. Il fait le point, la synthèse du travail effectué, la description du fonctionnement cognitif et psychique, il peut aussi proposer des hypothèses étiologiques, voire un diagnostic, mais peut-être surtout, il ouvre des pistes, il pointe des leviers de remédiation, il recommande des interventions et il oriente les aides.

-Un compte rendu s'inscrit dans une perspective diachronique : il propose une observation détaillée, données chiffrées ou tout du moins quantitatives à l'appui, d'un moment du développement. Il répond au présent à des attentes certes différentes selon les protagonistes, mais dans le même mouvement, il engage l'avenir : tout d'abord par l'orientation qu'il donne aux aides à venir, et ensuite par le point de repérage essentiel, fiable qu'il procure dans le cas où une investigation ultérieure s'avère nécessaire. Il s'inscrit ainsi dans une perspective diachronique.

-Un compte rendu vise l'utilité : il doit toujours avoir comme visée ultime l'intérêt du sujet. L'utilité réside le plus souvent dans la présentation mesurée, bienveillante, éclairée du fonctionnement psychique afin que les mesures proposées soient les plus pertinentes possibles.

L'utilité du bilan psychologique, se situe aussi dans les indications thérapeutiques, les recommandations d'aide au sens large qui émanent du processus de l'examen clinique.

-Un compte rendu donne à voir la méthode de travail du psychologue : le compte rendu ne se réduit pas au seul sujet. Il indique, il montre, voire démontre, même si cela n'est pas son objectif explicite, la démarche du psychologue : les épreuves choisies en fonctions des questions posées, la méthode de l'examen clinique qui part de l'observation, de la description, pour arriver à la compréhension et aux interprétations et à partir de ces éléments la construction des recommandations si nécessaire.

-Un compte rendu n'est pas une restitution : le travail de l'examen clinique correspond à une rencontre entre au moins trois personnes : le sujet de l'examen, le ou les tiers responsables ou concernés et le professionnel. Il s'agit d'une situation d'interaction. Il ne s'agit pas ici d'une juste restitution sous la forme d'un compte rendu.

7-3- Objectifs du compte rendu :

Qu'il soit oral ou écrit, l'objectif premier du compte-rendu est d'informer les intéressés des résultats de l'examen psychologique en rapport avec leurs préoccupations, c'est-à-dire de répondre à leur demande initiale (Voyazopoulos, Vannetzel & Eynard, 2011, p.325).

De plus, le compte rendu écrit doit être remis et lu à l'enfant et à ses parents le jour de restitution. Il clôt le bilan, met fin au contrat préalablement engagé entre ces quatre mêmes acteurs lors de l'entretien préliminaire (Goldman, 2018, p.27).

7-4- Types de compte rendu :

7-4-1- Les comptes rendus oraux :

Le compte rendu oral à destination du sujet : le premier de tous les comptes rendus est à destination du sujet, quel que soit son âge. Le propos est évidemment adapté à l'enfant et à l'adolescent, en fonction de son âge et de ses capacités de compréhension. Il peut-être plus informel et ponctuer chaque séance de l'examen psychologique. À la fin de chacune d'entre-elles, il nous semble opportun de rappeler la demande, d'évoquer la démarche du psychologue et les réponses du sujet, leur qualité, leur justesse. Le compte rendu oral peut aussi prendre place, très logiquement, en fin d'examen et proposer au jeune sujet, dans un langage clair et approprié, un rappel de la démarche de l'examen psychologique, depuis la demande initiale jusqu'au bilan des capacités, le cas échéant la mise en évidence des freins à l'expression de celles-ci, sans oublier ce qui relève de la singularité de son fonctionnement

psychique. Cette première partie du compte rendu oral doit être impérativement suivie d'une seconde qui met l'accent sur les points d'appui, les leviers d'aide, les améliorations attendues et les éventuelles recommandations à faire à la famille et aux professionnels.

Le compte rendu oral à destination de la famille : que l'examen soit demandé ou non par la famille, celle-ci a bien entendu donné son accord préalable, un compte rendu oral lui est destiné. Le compte rendu oral à la famille reprend les termes de la demande, l'analyse qui en a été faite lors du premier entretien, la démarche de l'examen psychologique, sa temporalité, les outils utilisés, les problèmes rencontrés et les questions qui se sont posées, l'attitude du jeune sujet durant les séances et aborde la compréhension de ce que le psychologue a pu tirer de ces observations. Ce compte rendu oral prépare le compte rendu écrit dont la réalisation interviendra dans un second temps.

Le compte rendu oral à des tiers : celui-ci ne peut être fait qu'avec l'accord des responsables légaux de l'enfant ou de l'adolescent. À partir de là, des comptes rendus oraux pourront être partagés en réunion de service, avec un enseignant, par téléphone avec un autre professionnel.

7-4-2- Le compte rendu écrit :

Avec la rédaction du compte rendu écrit s'achève vraiment le processus de l'examen psychologique. Le compte rendu écrit s'avère presque toujours chronophage et son coût cognitif demeure élevé pour le praticien, qui fait un travail intense de remémoration, d'interprétation des différentes données cliniques et quantitatives, de synthèse et de passage à l'écrit. Bien souvent, le compte rendu écrit d'un examen psychologique est une obligation professionnelle.

Du côté du psychologue, le compte rendu écrit amène à peser les mots, à choisir les plus précis et à éliminer les plus vagues.

Du côté du sujet et de sa famille, il permet une relecture à distance, la recherche d'une précision qui à l'oral n'avait pas été saisie, la compréhension dans l'après-coup à l'occasion d'une évolution ou d'un incident, et, si, nécessaire plusieurs années plus tard une comparaison reste possible avec un second bilan.

Du côté des autres professionnels, psychologues compris, le compte rendu prend place, en institution, dans le dossier du patient. Il est alors consultable et se révèle très utile dans l'organisation des aides. Les autres professionnels, peuvent s'y référer, même des années plus tard.

7-5- Rédaction du compte rendu :

Les mentions obligatoires et indispensables dans un compte rendu écrit selon Cognet et Bachelier (2020) sont les suivantes :

- Nom et Prénom du psychologue ;
- Son numéro ;
- Identification de sa profession ;
- Coordonnées professionnelles ;
- Object de son écrit ;
- La mention Confidentiel ;
- Destinataire du compte rendu ;
- Date et signature.
- À ces mentions ajoutons celles qui semblent également indispensable, toujours selon Cognet et Bachelier (2020) :
- Identité complète du sujet (nom, prénom, date de naissance, âge) ;
- Si c'est un jeune sujet, précisez la classe suivie et l'établissement scolaire. Si c'est un adulte, précisez le niveau d'instruction et la profession ;
- Le motif de consultation ;
- Un rappel de l'histoire de vie du sujet, ou tout du moins ses grandes lignes afin de contextualiser la compréhension et les interprétations issues de l'examen psychologique ;
- Dans le corps de l'écrit, ou en exergue en début du compte rendu, les acronymes des tests utilisés ainsi que leurs noms exacts doivent être portés à la connaissance du lecteur ;
- Et bien entendu, tous les éléments d'interprétation des profils obtenus, les axes d'exploration complémentaire, éventuellement les résultats chiffrés accompagnés de leur grille d'interprétation statistique, en résumé tout ce qui fait corps et l'intérêt du bilan psychologique doit être présenté en priorisant les éléments importants au détriment des éléments secondaires ou anecdotique ;
- Enfin, une conclusion qui s'apparente plutôt à une synthèse fidèle de ce qui a été écrit et qui peut permettre une appréhension rapide des éléments les plus importants du compte rendu. Cette conclusion contient en son sein des éléments d'intervention et des recommandations d'aide et de prise en charge, si nécessaire.
- Idéalement donc, un compte-rendu de bilan psychologique doit récapituler :

- L'objet du bilan (autrement dit la liste des symptômes) ;
- L'analyse des différents tests ;
- Une conclusion générale devant accueillir plusieurs composantes qui permettront au clinicien de faire évoluer, tout en la rédigeant, sa propre compréhension du lien entre le monde interne de son patient (dévoilé par les tests) et sa réalité symptomatique ;
- Quelques mots sur la façon dont ses épreuves ont été réalisées ;
- Une synthèse des éléments qui ont été recueillis grâce à l'analyse des protocoles ;
- Le croisement entre ces éléments et ceux de la réalité recueillis ou perçus au cours de l'entretien préliminaire : ces liens alimenteront l'hypothèse étiologique ;
- Une explication éclairée du conflit en jeu derrière chaque symptôme de l'enfant ;
- Puis des perspectives thérapeutiques ciblées (Goldman, 2018, p.28).

L'ensemble du bilan psychologique pourra difficilement figurer sur moins de quatre pages et nécessiter moins de trois heures de travail et d'élaboration et de rédaction (sans compter l'investigation cognitivo--intellectuelle) (Goldman, 2018, p.29).

En résumé, **le compte rendu contient les différentes parties suivantes** :

- 1- Présentation du sujet
- 2- Présentation de la problématique à l'origine de la demande (qui demande ? Pourquoi ? et à quoi va servir le bilan ?)
- 3- Présentation des résultats
- 4- Conclusion (synthèse des données, présentation des hypothèses, réponse à la problématique) (Turon-Lagot, 2015, p.238).

De ce fait, le bilan est un acte sérieux, qui mobilise connaissances et expérience : il faut insister sur la nécessaire qualité de la formation. Le compte rendu se doit d'être clair, concis et adapté à la singularité du sujet, qui mettrait en perspective des éléments cliniques de l'histoire de vie, avec les données chiffrés et qualitatives issues du processus d'examen psychologique, qui se terminerait par une réponse la plus précise et la plus fine possible à la question initiale de la demande, et qui spécifierait le cas échéant, des recommandations utiles et appropriées.

De plus, la pratique du bilan psychologique exige une solide compétence théorico-clinique. Le bilan psychologique est utile dans la clarification diagnostique et l'orientation thérapeutique.

7-6- Exemples de comptes rendus :

- **Compte rendu détaillé de Gaby, 11 ans présentant une déficience intellectuelle légère (Jumel, 2014) :**

Motif de l'examen :

Gaby a 11 ans.

Il est l'aîné et a longtemps était le seul enfant de la famille, une petite sœur est née il y a quelques mois. Les deux parents sont à la maison.

Gaby fréquente une classe d'inclusion scolaire (CLIS) de type 1, qui réunit des enfants présentant un retard mental. Il y est pour la troisième année.

Les débuts de la scolarisation ont été difficile, il a été rapidement en échec et déscolarisé par sa famille pour une scolarité par correspondance. La famille refusait le projet CLIS 1. Il faisait à ce moment-là l'objet d'un suivi par un service spécialisé de l'éducation nationale pour l'aide psychomotrice, du fait de séquelles d'hémiplégie. Il a un usage très restreint de son bras droit, sa main inactive reste en permanence sous la table.

Il était par ailleurs, à ce moment, sous traitement antiépileptique. Il a finalement été accueilli en CLIS après une période transitoire pendant laquelle son temps était partagé entre CLIS et CNED.

Selon son enseignante, c'est un enfant actif en classe, mais lent. Il a besoin d'être rassuré par la présence et la parole d'un adulte et paraît témoigner d'une grande immaturité. Les niveaux scolaires indiquent un retard scolaire supérieur à deux ans.

Il est examiné pour aider à la décision d'orientation en fin d'année.

Choix des épreuves :

La batterie de tests d'efficiency retenue est le KABC-II. Cette batterie est relativement récente, elle a peu de chance d'avoir été précédemment administrée dans une autre structure extérieure à l'éducation nationale. Par ailleurs, elle permet d'aborder les efficiences de l'enfant à une certaine distance des exigences verbales habituelles dans les autres batteries de test : nous savons en effet que cet enfant est mal à l'aise dans le maniement du langage.

La batterie a été administrée en trois fois, après une passation d'épreuves scolaires (Bat élém). Ces trois rencontres ont été nécessairement, du fait de la lenteur de l'enfant lors de la passation.

Comportement :

La lenteur s'observe dans toutes les situations. Les temps de latence initiaux peuvent être longs, les questions doivent être parfois répétées, et l'enfant rassuré par un ton neutre qui ne le bouscule pas.

Le test de lecture nous a renseignés sur son niveau réel de lecture : Gaby déchiffre lentement. Il n'a pas la maîtrise des sons d'écriture complexe, et le sens ne lui permet guère de suppléer les manques dans le déchiffrement.

Il se montre docile, plutôt accommodant, malgré les difficultés très vites présentes. Cependant, il peut contester très vite ce qu'on lui propose, ou affirmer de manière assez nette que le moment est, selon lui, mal choisi pour des tâches exigeantes : « *Oh, je n'ai pas envie d'écrire des logs mots, je suis feignant aujourd'hui !* ». Souriant, il paraît content de venir, et se montre sensible à l'intérêt qu'on lui porte. Il témoigne à l'occasion que l'humour est là.

Résultats :

- 1- Efficience globale : l'efficience moyenne est logiquement à plus de deux écarts-types de la moyenne, et classerait l'enfant dans le groupe des retards mentaux légers. Mais on constate que les niveaux de réussite sont très différents selon les épreuves. En revanche, les différences ne sont pas très importantes d'un indice à un autre. Or les indices notent les aptitudes.
- 2- Comparaisons inter-échelles : la meilleure note standard obtenue correspond à un âge de développement de 11 ; 4, donc à son âge réel. La moins bonne correspond à un âge de développement de 6 ans 6 mois, et donc à 4 ans de moins que son âge réel. Ces écarts très importants concernent des épreuves proches puisqu'elles concourent toutes les deux à l'évaluation du même indice Gv (traitement visuel dans la théorie CHC). Il y a plus d'un an d'écart en âge de développement entre les épreuves « suites de mots » d'une part, et « mémoire des chiffres » d'autre part, des écarts qui interrogent pour des épreuves qui concourent ensemble à l'évaluation du même indice de « processus mentaux séquentiels » ou « mémoire à court terme ». Il y a plus de 4 ans d'écart en âge de développement entre l'épreuve des « triangles » et l'épreuve de « reconnaissance de formes », toutes deux épreuves de l'échelle « processus mentaux simultanés » ou « traitement visuel » ce qui est considérable. L'écart est encore très important, de deux ans d'âge de développement, entre « mémoire associative » et « mémoire associative différée » qui devraient entretenir une

vraie proximité si l'on s'en tient au seul matériel, et au fait qu'elles concourent toutes deux à l'évaluation de l'indice « apprentissage » ou « mémoire à long terme ».

- 3- Opposition fluide Gf/Cristallisé Gc : les épreuves qui se présentent comme épreuves de connaissances (indice Gc) réussissent mieux que les autres à Gaby. Les scores sont cependant de plus de deux ans inférieurs au médian de son groupe d'âge.
- 4- Opposition séquentielle Gsm/simultané Gv : les épreuves séquentielles ont dans l'ensemble des scores inférieurs aux épreuves simultanées, l'épreuve des triangles mise à part.

Analyse des résultats :

Les traits saillants ainsi décrits permettent donc quelques hypothèses. Le plus proche de son âge réel pour son niveau de réussite est l'indice Gv (traitement visuel). 3 épreuves sur 4 réussissent ici. Une seule le trahit, l'épreuve des Triangles. Il s'agit d'une épreuve de construction progressive : un modèle est montré, réalisé par un dessin bicolore employant toujours les mêmes matériaux de base pour la construction. Les triangles se distinguent des autres épreuves de l'indice Gv en ce qu'ils exigent la coordination de gestes d'un corps vertical, unissant selon l'axe vertébral ce qui se passe à la main gauche avec ce qui se présente à la main droite. L'élément de base pour la construction, la première unité de construction que l'enfant réalise d'item en item, réside dans l'assemblage de deux triangles pour la réalisation d'un troisième, semblable mais double des deux petits dans sa surface et chacune de ses dimensions. « Triangles » exceptée, les épreuves de l'indice Gv sont les mieux réussies de l'ensemble. Inversement, les épreuves de l'indice Séquentiel/Gsm opposent de vraies difficultés à l'enfant. Elles apparaissent clairement dans l'épreuve « mémoire des chiffres ». Les échelles « apprentissages » et « connaissances » sont les moins péjoratives. Nous avons par ailleurs, la confirmation de ces capacités d'apprentissage dans les notes obtenues dans l'échelle « connaissances ». Elles restent à un peu moins de deux écarts types de la moyenne des enfants de son âge.

Conclusion :

Les épreuves KABC-II classent Gaby dans la catégorie des enfants déficients intellectuels léger. Les notes d'indices qualifiant des aptitudes intellectuelles sont relativement homogènes, cependant que l'on peut constater des écarts importants entre échelles concourant à la mise en œuvre d'une même aptitude. Ces écarts paraissent liés à des difficultés relatives au travail de représentation mentale, ainsi qu'à un manque d'appui des représentations sur le développement du schéma corporel.

L'ensemble des modalités d'élaboration de réponses dans nos tests est apparu tributaire d'une organisation mentale gouvernée :

- 5- D'un côté par une certaine vigilance perceptive qui permet à l'enfant de s'ancrer solidement dans la réalité,
- 6- Tandis qu'elle laisse peu d'accès aux réalités psychiques internes

Cependant les capacités d'apprentissage existent, exigeantes quant au temps qui leur sera nécessaire. Les connaissances usuelles ainsi acquises ne sont pas celles d'un enfant déficient.

- **Compte rendu de l'examen psychologique de Samson, 4 ans et demi réalisé par Delphine Bachelier (Cognet et Bachelier, 2020) :**

Delphine BACHELIER

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

ADELI

Adresse

Tel : /Mail@.....

Document confidentiel

Compte rendu rédigé à l'attention de Monsieur et Madame X

À transmettre à des tiers sous leur responsabilité

Compte rendu d'examen psychologique-neuropsychologique

Samson X

Rencontres avec Samson : sur 4 séances

Date de naissance : -/-/---

Age : 4 ans 6 mois

Date de restitution des résultats : -/-/---

Contexte de l'évaluation

Les parents de Samson ont souhaité lui proposer cet examen psychologique afin de faire le point sur ses forces et ses fragilités personnelles. Les membres de l'équipe pédagogique de l'école maternelle X les soutiennent dans leur démarche. Samson semble en effet présenter « un rythme de développement bien à lui ». Les enseignants évoquent notamment un « besoin d'être

davantage accompagné que les autres pour accomplir les activités scolaires ». Une fragilité au niveau de la motricité fine (tenir son stylo, découper...) est également évoquée. Madame X rapporte par ailleurs que si les premiers mots de Samson ont été prononcés à 14 mois, il n'est réellement entré dans le langage qu'en février de l'année de son entrée en maternelle. Monsieur X observe, tant au niveau de la personnalité que de la communication, beaucoup de similarités entre son fils et lui-même.

Les parents de Samson le décrivent comme un petit garçon « calme, observateur, sensible et empathique ». Madame X remarque qu'il peut « rester concentré longtemps sur une tâche qui l'intéresse », qu'il peut avoir tendance à se montrer rêveur et qu'il « apprécie que les choses soient ritualisées ». Il peut avoir tendance à « se mettre un peu en retrait ».

Samson a un petit frère de deux ans, Marius, avec lequel il se montre très protecteur. Monsieur X et Madame X s'interrogent sur sa perception du monde qui l'entoure et souhaiteraient mieux le comprendre pour l'aider à s'épanouir. Cet examen psychologique a donc pour objectif d'offrir à Samson et à ses parents un support de réflexion pour mieux appréhender son fonctionnement global. Les tests proposés visent à explorer l'ensemble des domaines de la cognition et la dynamique de sa sphère affective.

Structuration et déroulement de l'examen

L'examen psychologique s'est déroulé en trois fois. Les outils proposés ont été les suivants :

WPPSI-IV : évaluation du fonctionnement cognitif

NEPSY-II : évaluation des fonctions neuropsychologiques (sélection d'épreuves évaluant le langage et les fonctions sensori-motrices)

BOEHM-Maternelle : évaluation de la connaissance des concepts de base

PSA : questionnaire de personnalité « Profil socioaffectif », proposé à chacun des parents pour décrire leur fils

Vineland-II : questionnaire évaluant l'adaptation et l'autonomie en vie quotidienne

Scéno-test : test de personnalité projectif (jeu de construction)

Lors de l'entretien de rencontre, Samson est accompagné de sa mère. On note qu'il s'exprime peu et détourne le regard lorsqu'on lui pose des questions.

En situation de test, Samson s'est peu à peu ouvert et a réussi à investir la relation de manière tout à fait positive. Il a très volontiers participé à tous les exercices proposés et est resté mobilisé

sur les différentes tâches en faisant de son mieux. On note qu'il a besoin d'un certain temps et d'une démonstration concrète de ce qui était attendu avant de pouvoir comprendre les consignes et s'approprier les exercices. Il préfère dire qu'il ne sait pas plutôt que de prendre le risque de se tromper. Samson est un garçon aussi souriant que sympathique.

Résultats

Sphère cognitive

Les batteries d'évaluation du fonctionnement cognitif proposées à Samson font apparaître des performances relativement hétérogènes, situées entre la zone très inférieure de sa classe d'âge (correspondant aux 5 % des enfants de son âge les plus en difficulté) à la zone très supérieure des enfants de 4 ans et demi (regroupant les 5 % des enfants de son âge les plus performants). Samson doit donc composer avec des aptitudes de niveaux très différents pour s'adapter aux situations quotidiennes.

Capacité à percevoir et à analyser les stimuli de son environnement :

Sphère langagière :

Plusieurs éléments nous orientent vers l'hypothèse d'un retard de langage, qu'il conviendrait d'explorer de manière plus approfondie. Si le nombre de mots que Samson a acquis le situe globalement dans la moyenne, son lexique manque de précision et de richesse (il peut par exemple utiliser le mot « chaussure » pour désigner une « sandale » ou une « botte ») et la représentation phonologique qu'il se fait des mots est souvent incorrecte (il perçoit par exemple difficilement la différence entre les mots « chapeau » et « râteau »).

Samson a par ailleurs de grandes difficultés à construire des phrases syntaxiquement correctes. Il garde un langage assez enfantin et peine à agencer correctement les mots.

S'il comprend mieux qu'il ne s'exprime, on note tout de même que de nombreuses notions en lien avec l'espace, le temps ou les quantités ne sont pas acquises ou encore fragiles, ce qui tend à le gêner dans sa capacité à comprendre les consignes complexes qui lui sont données. À titre d'exemple, Samson se fait une représentation incorrecte des mots « le moins, le plus (et par extension le plus court, le plus long, le plus bas, le plus loin), au milieu, la paire » et un peu floue des concepts « devant, autour, le dernier, ensemble, peu ou entre ».

Les tests font également apparaître un probable retard de parole, caractérisé par des simplifications de phonèmes (arbre prononcé ab), des substitutions de phonèmes (train prononcé crin), ou absence de modification de point d'articulation d'une syllabe à l'autre

(couteau prononcé touto), ainsi que de possibles difficultés d'articulation (mais cela reste à confirmer), tous deux fréquemment observés dans les retards de langage.

Sphère visuelle et spatiale :

Samson perçoit et analyse sans aucune difficulté les stimuli visuels et spatiaux de son environnement.

Capacité à se concentrer et à mémoriser les informations :

La capacité de Samson à se concentrer, c'est-à-dire à sélectionner avec précision des petits détails de son environnement, mais également à moduler son niveau de concentration en fonction des exigences de son environnement est très bonne et constitue son principal point fort.

Le nombre d'éléments qu'il peut retenir en mémoire visuelle est tout à fait impressionnant, car seuls 5 % des enfants de son âge obtiennent des résultats supérieurs aux siens. Ceci constitue un élément pronostic très favorable pour les apprentissages.

Niveau de raisonnement et accès à la pensée abstraite :

Le niveau de raisonnement de Samson correspond à ce qui est attendu à son âge. Sa capacité à comprendre des nouvelles règles sur un support abstrait se situe même dans la moyenne forte, ce qui le situe parmi les 15 % des enfants de 4 ans et demi les plus performants. Samson a toutefois besoin d'un temps d'apprentissage avant de pouvoir déployer ses aptitudes. Il est en effet probable qu'il ne comprenne pas entièrement les consignes et qu'il ait besoin d'observer l'autre pour comprendre par analogie. Le temps de réponse peut également être d'autant plus long que Samson n'est pas sûr de lui et qu'il ne s'engage pas spontanément dans les tâches qui lui paraissent difficiles (il préfère dire qu'il ne sait pas).

Pour apprécier toute son agilité intellectuelle, il est évidemment nécessaire de ne pas lui demander de présenter ou de justifier ses réponses à l'oral.

On note par ailleurs que Samson prend le temps de réfléchir avant de répondre et qu'il ne tombe pas dans les pièges.

Vitesse avec laquelle il comprend, traite et répond aux stimulations :

Une fois que la consigne a été comprise, Samson est capable de traiter les informations aussi rapidement que les autres. La seule lenteur qu'on observe est une lenteur motrice, qui n'a rien à voir avec une lenteur cognitive.

Motricité :

Samson n'a pas souhaité poursuivre jusqu'au bout les exercices lui demandant de reproduire des positions de mains et de recopier des figures géométriques.

Les tâches demandant une réponse motrice ont demandé à Samson légèrement plus de temps que la moyenne. Dans des épreuves d'assemblage (de type puzzle ou Kappla), on note une légère maladresse. Les pièces ne sont alors pas très bien alignées ou ont tendance à tomber, car coordonner ses deux mains en contrôlant ses gestes lui demande plus d'efforts que la moyenne.

Procéder à l'ajustement musculaire nécessaire à la bonne utilisation d'un crayon lui demande légèrement plus de temps que la moyenne des enfants de son âge.

On remarque que dans le test explorant l'adaptation générale en vie quotidienne, les parents de Samson n'ont rapporté un niveau d'autonomie à la limite inférieure de la moyenne que dans les tâches mobilisant de la motricité fine (fermer les boutons, utiliser du scotch, tenir son crayon pour dessiner, colorier sans dépasser, découper des formes simples avec des ciseaux...).

Dynamique de la sphère affective et relationnelle

Plusieurs tests ont été proposés à Samson et à ses parents pour mieux comprendre sa dynamique affective, et plus particulièrement ses compétences sociales et son adaptation générale.

Monsieur X et Madame X ont globalement décrit leur fils de manière similaire.

Aucun des scores ne s'écarte significativement de la moyenne, ce qui signifie que son profil met en évidence une maturité affective, une flexibilité et une adaptation dans ses relations aux pairs et aux adultes correspondant globalement à ce qui est attendu à son âge.

On relève toutefois le signe d'une légère tendance à s'isoler des autres. Samson a par exemple tendance à se montrer un peu hésitant avant de s'engager pleinement dans les activités de groupe, peut-être car il est moyennement à l'aise avec le fait de se montrer flexible avec les exigences des autres lorsque cela remet en question ses habitudes. Le profil révèle par ailleurs une sensibilité assez marquée qui peut amener Samson à ressentir plus intensément des sentiments tels que l'anxiété ou la tristesse de son environnement, mais également la joie, le plaisir ou l'enthousiasme.

Au niveau des relations sociales qu'il déploie avec les adultes, il semble avoir davantage tendance à se montrer réticent face à l'autorité plutôt que d'adopter une posture de soumission et d'obéir immédiatement aux adultes.

Enfin, on relève une légère tendance à rechercher la supervision de l'adulte pour bien fonctionner. Samson peut avoir tendance à abandonner les tâches s'il ne se sent pas assez soutenu ou en situation inconnue. Au vu de ses difficultés sur le plan verbal, cette recherche d'accompagnement peut être perçue comme une réponse adaptée pour accéder à la compréhension des consignes.

Son niveau d'autonomie a été évalué par ses parents sur différentes activités.

Les questionnaires révèlent que de manière générale, malgré ses difficultés de langage, Samson est aussi capable que les autres de mener à bien et en autonomie des activités dans lesquelles il doit comprendre ou se faire comprendre.

En synthèse :

L'évaluation cognitive présente globalement un profil de compétences très hétérogène caractérisé par d'excellentes capacités mnésiques, un niveau de raisonnement dans la moyenne supérieure, des capacités de traitement des informations spatiales normales, une fragilité sur le plan moteur (incluant l'articulation ?) et un très probable retard de langage et de parole.

L'exploration de la sphère affective révèle une certaine sensibilité au monde qui l'entoure. Dans ses interactions aux autres, Samson présente une légère tendance à se tenir à distance des groupes pour pouvoir évoluer à son rythme dans des environnements qu'il maîtrise, ainsi qu'une recherche de l'étayage des adultes un peu plus fréquente que ce qui est généralement observé à son âge. Sa posture face aux autres peut être liée à ses difficultés langagières.

On note de manière générale une bonne adaptation et pas de difficulté d'autonomie par rapport aux enfants de son âge (à part pour les activités demandant des compétences en motricité fine). Samson est donc un petit garçon sensible, mais tout à fait équilibré.

Pour pouvoir aider Samson, un bilan orthophonique (pour affiner les hypothèses) et un suivi (pour travailler sur les difficultés de langage) sont recommandés en premier lieu.

Si les fragilités sur le plan moteur persistent et empêchent Samson d'accomplir les activités scolaires (tenue du crayon, découpage...) et quotidiennes (faire ses lacets, fermer les boutons...), un bilan complémentaire par un psychomotricien ou un ergothérapeute pourra être envisagé pour mettre en place un éventuel suivi thérapeutique.

Au vu des nombreuses ressources de Samson tant sur le plan cognitif qu'affectif, nous sommes très confiants pour l'avenir et n'émettons aucun doute sur le fait qu'il surmontera

prochainement les difficultés qu'il rencontre aujourd'hui dès que le suivi orthophonique pourra être déployé.

Delphine Bachelier

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Date et signature

8- Illustrations de bilans psychologiques :

8-1- Bilan psychologique de Noémie 16 ans (Emmanuelli et Louet, 2015):

Présentation du cas et demande du bilan psychologique :

Noémie est une jeune fille de 16 ans scolarisée en seconde professionnelle et pour laquelle le repli social et l'inhibition dans la relation posent question dans un premier temps au médecin traitant qui l'adresse à une pédopsychiatre, elle-même soucieuse, après six mois de suivi, du fonctionnement de pensée et du fonctionnement de la personnalité de l'adolescente. Cette inquiétude suscite la demande d'un bilan psychologique complet. Au plan scolaire, on note surtout des problèmes relationnels anciens, dès l'école primaire, et plus encore depuis la 4e, où elle est décrite comme « éteinte ».

Motif de consultation

Noémie est suivie en psychothérapie par une pédopsychiatre en libéral depuis six mois environ à raison d'une fois par semaine. Elle a été adressée à celle-ci par le médecin traitant suite aux difficultés relationnelles qu'elle rencontre au lycée où elle est scolarisée en 2nde bac professionnel, en gestion administrative. Noémie ne parle à personne, elle aurait ces problèmes depuis l'école primaire. Elle avait un ami avec lequel elle parlait au collège, mais depuis cette année, il ne veut plus lui parler. En 6^e elle a failli être exclue du collège parce qu'elle suivait des filles « punk » et faisait de la provocation.

Depuis la 4e, elle est décrite comme « éteinte », très introvertie. Elle a un frère âgé de 13 ans avec lequel elle serait en conflit ainsi qu'avec son père.

Noémie dit mieux s'entendre avec sa mère mais ne pas lui parler. La psychiatre décrit une adolescente extrêmement inhibée, « phobique sociale », qui l'inquiète beaucoup ; elle ne lui a pas donné de traitement sauf des anxiolytiques qui n'ont eu aucun effet, mais envisage un autre traitement anti-dépresseur.

Noémie présente également des troubles du sommeil importants. Enfin, la psychiatre se pose des questions sur le niveau d'efficiences, la structure de personnalité de Noémie (qui lui aurait dit être psychopathe) et sur le type de suivi à proposer (plus intensif) ainsi que sur son orientation. Elle précise également que la mère de Noémie est très envahissante lors des consultations, qu'elle n'a jamais pu rencontrer son père et que sa grande tante maternelle est schizophrène et a fait de nombreux séjours en hôpital psychiatrique.

Examen psychologique :

Un examen psychologique d'efficiences et de personnalité est proposé dans l'institution (unité pour adolescents) et Noémie sera vue trois fois pour passer un WISC-IV, un Rorschach et un TAT. C'est une adolescente qui vient en consultation accompagnée par sa mère, elle paraît très mal à l'aise dans son corps qu'elle ne semble pas « habiter réellement », elle se déplace de façon mécanique comme si elle était « figée ». Elle a de grosses lunettes sous une frange épaisse et porte des vêtements démodés, presque les mêmes que ceux de sa mère. Celle-ci insiste pour être présente lors de la passation et Noémie est réticente pour rester seule dans le bureau.

Lors de la passation du WISC-IV, Noémie se montre coopérante mais très anxieuse, notamment face aux épreuves chronométrées et à l'épreuve du Complément d'images où elle pose de nombreuses questions quand elle ne trouve pas ce qui manque. Elle a besoin de mon étayage pour s'autoriser à répondre aux questions verbales. Elle obtient des résultats dans la moyenne et relativement homogènes, seules les épreuves d'Identifications de concepts et de Similitudes sont échouées. On note cependant quelques erreurs inattendues : aux Similitudes, erreurs de genre (par exemple, un humeur, une climat), ou des remarques hors cadre, voire inadaptées : « La réalité et le rêve, c'est la même chose car c'est vivre » ; et à l'épreuve de Vocabulaire : « Débrouillard, c'est quand on a besoin de rien », « contraindre, c'est donner un ordre qui se contredit », « l'évolution, c'est qu'il y a trop de monde sur la planète et plus assez de place ». Lors des questions qui renvoient à l'image du corps, Noémie est en difficulté : ainsi, à l'épreuve des Similitudes, elle ne trouve pas le lien entre le coude et le genou ; après un long temps de latence, elle dira que ce sont peut-être des os. À l'épreuve de Complément d'images pourtant bien réussie, Noémie répond sur l'image du visage qu'il manque le maquillage ; elle ne trouve pas non plus ce qui manque sur l'image du profil ni sur celle de la famille. Cependant, malgré ces difficultés, notamment le long temps de latence avant toute réponse verbale, Noémie n'échoue pas dans les épreuves chronométrées alors qu'elle dit pourtant craindre d'être trop lente, comme au lycée.

Elle obtient : à l'indice de Compréhension verbale, 98 ; à l'indice de Raisonnement perceptif, 96 ; à l'indice de Mémoire de travail, 97 ; et à l'indice de Vitesse de traitement, 109 ; ce qui donne un QI total à 100.

Pendant le deuxième entretien qui précède la passation des tests projectifs, Noémie se montre très inhibée, ses réponses aux questions concernant sa famille sont floues, elle ne fixe jamais le regard. Cependant, elle dira après la passation « qu'elle ne se sent pas normale par rapport aux autres, que la psychiatre est gentille et que ça lui fait du bien de parler » ; que « parfois au lycée elle pense qu'on lui en veut, on se moque d'elle parce qu'elle n'est pas à la mode ». Son expression grammaticale est assez énigmatique et contraste avec celle dont elle a fait preuve lors de la passation du WISC à la dernière séance ; elle donne parfois l'impression de ne pas avoir compris la question qu'on lui pose tant la réponse est vague et sans lien avec ce qui lui est demandé (par exemple, elle dit être mal à l'aise en cours, ne pas arriver à parler mais ne comprend pas pourquoi je pose une question sur ses professeurs, ne comprend pas le mot « entente » qu'elle me fait répéter plusieurs fois). Elle est en grande difficulté pour exprimer des affects. Par exemple, elle évoque deux amies qu'elle avait à l'école primaire qui ont déménagé lorsqu'elle était en CM2, mais dit que cela ne lui a rien fait même si après elle ne parlait plus à personne. Le seul élément affectif qu'elle peut transmettre est le fait que son père aurait voulu avoir un garçon et qu'il veut l'obliger à faire du sport qu'elle ne veut pas faire. Quand elle est chez elle, soit elle s'enferme dans sa chambre, soit elle explose en criant et en claquant les portes, « comme son père qui est violent et crie souvent ».

Cependant, elle préfère rester chez elle dans sa chambre le week-end et n'a aucune activité extrascolaire. Elle semble très isolée.

Pendant la passation des tests projectifs, elle peut s'appuyer sur ma présence en posant des questions et dire ensuite qu'elle a l'impression d'avoir « raté les tests de personnalité, surtout le TAT car elle n'a pas d'imagination, elle n'a pas su dire quelque chose à la planche 16 ».

Le Rorschach est passé en 20 minutes, pratiquement sans temps de latence ni retournement jusqu'à la planche IV où Noémie s'arrête, retourne quatre fois la planche et met 36'' à répondre. Elle débute toutes les planches par une question sur la consigne jusqu'à la planche IV (par exemple, pl. I « n'importe quoi ça peut être ? », pl. II « je dois dire dans quel lieu ? Où ça pourrait se passer cette scène ? »). Le nombre de réponses est de 20 avec un refus de la planche IX. Les réponses témoignent dans un premier temps d'une certaine qualité des processus de pensée avec des kinesthésies humaines à la planche I (« une femme qu'on attrape par le bras », puis « un homme qui est en train d'attraper une femme par le bras », et enfin « deux femmes,

y'a un reflet »), et à la planche II (« deux hommes qui se touchent la main »). Cependant, à la planche III, les réponses se dégradent avec l'intégration du rouge dans la réponse humaine (« un bonhomme, je sais pas si c'est un être vivant... on a tiré une balle au milieu sur son ventre, le sang »). À partir de la planche IV, les réponses sont quasiment toutes des réponses de grands ou petits détails sans possibilité pour Noémie de donner une réponse globale. De plus, celles-ci sont le plus souvent des réponses de mauvaise qualité formelle. Le pourcentage de F+ est très faible (44 %), ainsi que le A % (20 %), témoignant de la difficulté de Noémie de perception et d'adaptation à la réalité externe.

L'envahissement par la perception du rouge qui la renvoie à une réponse pulsionnelle mortifère, « du sang », ne lui permet pas de se récupérer aux planches noires suivantes. Celles-ci sont envahies par des représentations partielles humaines localisées dans des petits détails (pl. IV « des mains, des pouces », pl. VI « une main », « des dents », pl. VIII seule banalité dans un premier temps « un animal, y'a ses pattes des deux côtés », « y'a une main, il touche une main des deux côtés »). Toutes les représentations humaines sont des F- associées à des contenus partiels ou irréels (pl. VI « main et dents qui essaient de sortir de la bouche d'un monstre »). Cette désorganisation progressive est essentielle ment aux planches noires et Noémie à la planche VII peut donner une première représentation féminine entière « une femme de profil ». Cependant, celle-ci est de mauvaise qualité formelle et se désorganise à nouveau en plusieurs représentations humaines parcellaires (cheveux, œil, bouche) mal délimitées (« son œil on le voit pas bien »). Ce découpage traduit sans doute une tentative de relier les représentations entre elles, tentative qui échoue le plus souvent, sauf à la planche VIII.

C'est pourtant la couleur rouge qui désorganise le plus Noémie, les couleurs des planches pastel lui permettant des représentations animales de bonne qualité formelle comme à la planche X.

Du point de vue des représentations de relations, celles-ci sont essentiellement narcissiques, spéculaires, bien que sexuées. À la planche I, la représentation féminine est rattachée à celle d'un homme pour devenir une représentation de deux femmes avec un reflet, une tête. À la planche VII, il n'y a qu'une seule femme, dont seul le visage est décrit. Ces descriptions ne révèlent pas un investissement objectal mais une organisation défensive qui semble traduire une angoisse de morcellement du corps. La pensée est ainsi comme parasitée par ces nombreuses réponses humaines essentiellement centrées sur des petits détails, les mains, les réponses globales étant des G simples ou peu élaborés et les réponses de grands détails étant des réponses animales fréquentes (par exemple, papillon planche II, planche V). Les trois kinesthésies du protocole ne témoignent pas d'une capacité créatrice de Noémie, dans la mesure où une des K

est une K où la perception formelle est inadéquate quand elle associe les représentations féminine et masculine (à la planche I), et parce qu'elles se situent en début de protocole et ne se retrouvent pas dans des représentations féminines de relation ni à la planche III ni à la planche VII. Ainsi les contenus peu variés, essentiellement humains, font plus référence aux parties du corps qu'à des personnes humaines entières ($H_d > H$). Les identifications sexuelles sont féminines mais peu investies.

Lors de la passation, Noémie tente de se raccrocher au clinicien par une question en début de planche avant chaque réponse donnée. Ces questions ne vont pas se poursuivre au fur et à mesure de la passation ni à l'enquête. Les mécanismes d'inhibition apparaissent progressivement et Noémie se contente de donner des réponses très détaillées et descriptives jusqu'à la planche IX qu'elle ne peut pas décrire. Ce refus fait suite à l'échec formel de sa tentative de lien à la planche VIII, qu'elle va évoquer à l'enquête dans un tout petit détail dans le blanc (« un pont, une sorte de pont »), représentation échouée également sur le plan formel. L'approche est donc d'abord formelle sans révéler un investissement de la pensée de bonne qualité, pourtant existant à l'épreuve d'efficacité. Si l'enquête ne permet pas à Noémie des réponses de meilleure qualité, elle lui permet une plus grande adaptation (ainsi aux planches V et X où elle peut donner deux banalités en réponses additionnelles). Ses demandes d'étayage n'aboutissent qu'en partie à une récupération.

Le pôle sensoriel est composé d'une seule réponse couleur associée à une kob à la planche III, dans un registre pulsionnel primaire (« on a tiré une balle au milieu, sur son ventre, le sang »). Cette réponse est précédée d'une question sur le caractère vivant du bonhomme, traduisant l'envahissement par la couleur rouge sans capacité de refoulement. Une autre réponse de cette teneur est donnée à l'enquête de la planche II, réponse de petit détail anatomique à propos du rouge (« un cœur avec des petites piques de diable »). Comme on l'a évoqué, cette sensibilité au rouge renvoie Noémie à des perceptions corporelles dans un registre mortifère. Les choix de Noémie vont d'ailleurs dans ce sens, les choix négatifs de la planche II et de la planche IV témoignant pour elle du caractère dangereux des représentations masculines, alors qu'elle relie ses choix positifs à la couleur des planches VIII et X dans lesquelles elle donne des représentations animales. Toute l'énergie psychique de Noémie paraît mobilisée pour lutter contre des menaces d'effraction des frontières corporelles traduisant sans doute ses angoisses de morcellement.

L'hypothèse de fonctionnement au Rorschach relève du registre d'une inhibition non névrotique, les mécanismes de défense contre les angoisses psychotiques paraissant au premier

plan et devoir être confirmés par le TAT. La capacité d'étayage sur le clinicien et la sensibilité sensorielle restent cependant un élément central pendant la passation du Rorschach.

Lors de la passation du TAT la semaine suivante, Noémie fait appel au clinicien avant de raconter une histoire aux deux premières planches de la même façon qu'au Rorschach. Cela lui permet de développer deux histoires adaptées à la consigne et aux sollicitations latentes des planches. À partir de la planche 4, l'ensemble des récits du protocole est très inhibé jusqu'au refus de la dernière planche blanche. L'expression grammaticale de Noémie devient souvent floue, elle hésite, doute notamment lorsqu'il est question des sentiments exprimés par les personnages. Cependant, ses histoires restent le plus souvent cohérentes. Les mécanismes de défense alternent entre des procédés rigides et des procédés d'inhibition.

À la planche 1, Noémie exprime pour le garçon un affect massif de mort de « quelqu'un de sa famille avec qui il s'est disputé », en lien avec un « souvenir plutôt mauvais » lié à son refus de jouer du violon. Elle réussit à proposer une issue dans l'incapacité à en jouer, ce qui peut être une alternative possible à la fin du récit. Cette utilisation de mécanismes rigides et labiles lui permet d'évoquer des affects très forts qu'elle met en opposition avec une représentation de soi négative.

À la planche œdipienne, planche 2, elle décrit deux personnages féminins juxtaposés. C'est seulement après ma question, qu'elle peut évoquer le troisième personnage masculin en attribuant aux trois personnages un lien familial. Cependant, on remarque que la personne féminine du premier plan est anonyme et exprime des affects négatifs sur son lieu de vie ainsi que son souhait de partir pour étudier. La seconde femme est enceinte et l'homme est juste évoqué. La triangulation œdipienne ne semble pas élaborée ici de façon structurante, sans qu'il soit possible de connaître la place de l'homme du fait de l'inhibition.

C'est à la planche 3BM que des affects de tristesse sont exprimés de façon adaptée au contenu latent de la planche. Cependant, ils sont suffisamment forts pour que Noémie nomme à nouveau la mort de la personne en lien avec la perception d'une arme « un couteau » qui devient « un fusil » dans une altération de la perception. Là encore, c'est sur question du clinicien qu'elle peut évoquer un suicide dans une représentation sexuée instable, « il ou elle ».

Après cette évocation massive d'affects dépressifs, Noémie ne donne plus que des récits extrêmement inhibés, dans lesquels soit elle décrit deux personnages féminins dans des liens négatifs mère-fille (planche 7GF, « on dirait que c'est son enfant et que la dame elle le veut... elle a l'air d'en vouloir un, elle a l'air d'aimer les bébés et peut-être qu'elle en veut un ») ou de

rivalité féminine (planche 9GF « ça c'est une femme qui va voir quelqu'un et cette femme on dirait sa servante parce qu'elle a des affaires dans les mains et elle surveille ») ; soit elle donne des représentations très crues dans lesquelles le fantasme d'attaque mortifère (planche 8BM, « un mort qui est en train de se faire ouvrir le ventre ») est dénié par une représentation irréaliste (« c'est un fantôme, il doit connaître la personne en train de se faire ouvrir le ventre »). Les éléments persécutifs qui apparaissent à minima sont le plus souvent en lien avec l'imaginaire maternelle. Les émergences en processus primaires sont assez fréquentes, quasiment dans toutes les planches, et traduisent surtout la massivité de la projection agressive.

Enfin, il existe également des représentations narcissiques négatives en lien avec des angoisses d'abandon : planche 13B « un petit garçon assez pauvre dans un pays chaud. Il a l'air d'être abandonné », ou planche 12BG « un endroit un peu abandonné et le bateau il a servi à des gens et il sert à rien... peut-être à des naufragés ». On peut penser que ces différents éléments sont directement liés à un étayage maternel précaire, et la question de la perte violente et de la survie quand on est à la dérive (les naufragés) est au premier plan.

Celle-ci est illustrée à la planche 13MF après un long temps de latence « on dirait que la dame elle est morte, que son père il est en train de la pleurer », suivi à la planche 19 par « une maison avec de la neige... on dirait des yeux ».

La problématique au TAT s'exprime en termes d'angoisse de perte souvent non élaborable, dans laquelle les émergences projectives viennent envahir l'espace psychique. Cependant, la désorganisation est moins manifeste qu'au Rorschach, et Noémie, malgré l'inhibition, arrive à répondre à la consigne en racontant une histoire souvent bien construite et structurée.

Retour à l'anamnèse et décisions de prise en charge :

À la suite de ce bilan, nous pouvons formuler quelques questions : quels sont les éléments à prendre en compte pour le diagnostic ? Quel est l'impact du niveau de l'efficacité ? Quel type de traitement peut être envisagé ?

Les résultats du bilan sont rapportés à la psychiatre Mme L. qui envisage pour Noémie une hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'adolescent. En effet, Noémie refuse depuis quelques semaines d'aller au lycée, s'enferme chez elle et s'est opposée violemment à sa mère qui ne voulait pas qu'elle manque l'école. Mme L. lui a également donné un traitement anxiolytique à cause de l'accentuation des troubles du sommeil. Sans effet, il a été arrêté. L'hospitalisation devrait permettre à Noémie de créer des liens avec des jeunes de son âge, d'investir des activités hors scolaires, que les parents prennent conscience des difficultés de leur

filles, et peut-être de mettre en place un traitement antidépresseur sous surveillance, pour lever l'inhibition.

Une thérapie familiale est évoquée et doit être discutée avec la famille lors des prochaines séances de thérapie, si le père de Noémie accepte de rencontrer la psychiatre.

Lors de la restitution du bilan en présence de Mme L. et de la mère de Noémie, celle-ci pose des questions sur l'hérédité des troubles de Noémie à cause de sa tante schizophrène (sœur de la mère). Elle-même se décrit avec des troubles de l'humeur. Quand son inhibition est évoquée, Noémie intervient de façon énigmatique pour dire qu'elle n'ose pas s'exprimer « car elle n'est pas en confiance chez elle ». Mme L. s'est posée la question de la violence au sein de la famille et souhaite mettre en place une mesure éducative. La demande d'étayage auprès du psychologue par la psychiatre suscite chez Noémie une réaction positive. Le bilan aura permis une remise en question du traitement insuffisant pour canaliser l'angoisse de Noémie, et celle-ci semble accepter l'hospitalisation et s'approprier la démarche de soin.

8-2- Bilan psychologique de Thomas à 4ans, à 7 ans et à 9 ans (Azoulay, 2013):

Thomas est âgé de 4 ans 7 mois lorsqu'il est reçu avec ses parents au CMPP. Il présente un retard de développement global associé à un retard de langage qui persiste, pour lesquels le pédiatre de PMI s'est inquiété lorsqu'il avait 18 mois. La famille a été adressée dans un service hospitalier de neuropédiatrie pour une série d'examen (caryotype, IRM) qui n'a pas diagnostiqué de cause étiologique. Les parents sont très mobilisés pour engager les différents soutiens thérapeutiques pour leur fils. Ils sont préoccupés par la découverte d'un éventuel handicap.

- Thomas à 4 ans 7 mois : WPPSI-R, dessin du bonhomme, Rorschach, Patte Noire :

Lors de notre première rencontre, je reçois Thomas et ses parents qui sont venus accompagner leur fils. C'est le père qui prendra la parole, en présentant Thomas comme un garçon aux multiples difficultés. La mère est très effacée, laissant son mari mener ses missions de chargé des relations extérieures de la famille.

WPPSI-R :

<i>WPPSI-R</i>	
Échelle verbale	86
Échelle performance	87
QIT	86

Les scores obtenus le situaient dans la limite inférieure de la variation de la normale. Bien que les scores inter échelles apparaissent homogènes, les scores intra-échelles étaient plutôt hétérogènes. Ainsi des secteurs étaient particulièrement investis alors que d'autres presque désertifiés. Thomas s'évadait facilement dans un monde imaginaire lorsqu'il se percevait en difficulté ; par contre, si on lui proposait un étayage, il pouvait tout aussi bien s'en saisir, tout comme se réfugier encore plus dans ses recherches de coexcitation. La dysharmonie s'imposait dès ce jeune âge avec le questionnement de la potentialité psychotique destructrice de sens...

Échelle verbale	88	Échelle performance	87
Information	08	Assemblage d'objets	12
Compréhension	06	Figures géométriques	08
Arithmétique	06	Carrés	05
Vocabulaire	12	Labyrinthes	01
Similitudes	09	Complètement d'images	15
Phrases mémorisées	04		

À l'échelle verbale : 88

Il obtenait son meilleur score au subtest Vocabulaire, il pouvait donner de très bonnes définitions comme : « Un chapeau ? – On le met sur la tête quand il fait chaud », mais il pouvait être également envahi par l'excitation, car un de ses soucis majeurs était d'arriver à juguler cette quantité d'excitation qui balayait bien souvent l'accès à la pensée. Autre exemple, il pouvait fournir à la définition de « bourgeon » la réponse : « un avion qui passe dans le ciel ». Manifestement, il n'en connaissait pas le sens. La fuite vers l'imaginaire était très active face au vide de la pensée. L'accès à la négation et à la différenciation des espaces semblait laisser Thomas dans un grand vide, qu'il tentait de combler par de l'agitation motrice conjuguée à une recherche de coexcitation pour se retrouver mélangé avec l'autre, dans le corps de l'autre. Le recours à l'identification projective pathologique était très fréquent et d'une forte intensité.

Néanmoins, c'était un garçon qui pouvait à certains moments avoir largement accès au sens. Par exemple, aux Phrases mémorisées, après la phrase : « maman travaille beaucoup », il ne pouvait plus répéter que des mots isolés et, progressivement, il s'affalait sur sa chaise ne pouvant lutter contre la chute de tonus, traduction de la perte du lien à l'objet. Au subtest

Compréhension (06), il montrait une grande inhibition, protectrice devant tant de sollicitations fantasmatiques. Aux Similitudes (09), il présentait aussi différents types d'investissements et de désinvestissements : une capacité à s'organiser, à établir des liaisons entre les processus de pensée, un envahissement par l'excitation qui attaquait les limites, le cadre et ses tiers protecteurs, le recours à l'inhibition, l'épuisement des capacités de pensée et ses traductions hypotoniques.

À l'échelle performance : 87

Thomas était plus à l'aise avec la construction des objets concrets, il pouvait davantage se concentrer, beaucoup moins s'évader dans ses productions imaginaires. Il obtenait ses meilleurs scores à l'Assemblage d'objets (12) et au Complètement d'images (15). Lors de ces épreuves il était très vigilant, rapide et très contrôlé. À l'Assemblage d'objets, une sensibilité prédominait à la liaison haut/bas comme à l'assemblage de l'ours. À l'assemblage suivant, en construisant les éléments du visage, il avait ralenti ses assemblages en disant que « C'était Julien, son frère », évocation qui est revenue souvent, surtout dans les dessins où il figurait des confusions entre les deux garçons, sorte de paravent défensif devant des angoisses identitaires, surtout quand il s'agissait de représenter l'image de soi. À l'item « Chien », il essayait de regarder derrière le cache, puis lors de ses tentatives de construction il commentait : « C'est un loup, non c'est un chien, non c'est un lion ! », il avait réalisé l'assemblage en 15" !

Aux Figures géométriques (08), Thomas avait beaucoup de difficultés avec le contrôle pulsionnel de la trace. Il croisait difficilement les axes verticaux et horizontaux, représentant les constructions de l'image du corps et ses projections sur une surface réceptrice, comme G. Haag (2006) l'a souvent démontré. Lorsque j'introduisis une trame sonore accompagnant le pointage des contours des formes géométriques à l'aide de mon index, Thomas s'est aussitôt lancé dans la figuration graphique.

Aux Carrés (05), on retrouvait le même fonctionnement, il s'était collé aux carrés du modèle dès le deuxième item où les carrés devenaient différents (rouge/blanc), d'autant qu'un troisième carré faisait son entrée en scène. Il voulait l'attribuer au modèle, il n'en voulait pas dans son champ. Il reproduisait les constructions en s'appuyant sur mon étayage ferme, une fois ce fond interne consolidé, il a pu établir des stratégies de pensée. À noter que, dans un premier temps, il déployait toute une série de défenses maniaques où il tentait de se retrouver dans des espaces confondus avec le clinicien. De nouveau, la fermeté du cadre et ses qualités à valeur de limites étaient recherchées par Thomas.

Dessin du bonhomme et dessin de famille

Lorsque j'avais demandé à Thomas de dessiner un bonhomme, il m'avait dit aussitôt qu'il allait dessiner son frère et lui (dessin 1). Il avait figuré son frère en commençant par former le rond du visage, qu'il avait pris soin de bien fermer, dessinant des yeux noirs qui signaient l'attention à une substance pourvoyeuse de projection, de renvoi. La bouche était confondue avec le nez. À partir de la figuration de la bouche « cassée », Thomas était devenu comme « chiffonné », il s'agitait beaucoup. Après ce temps d'agitation motrice, il avait pu se lancer dans l'esquisse des membres inférieurs qui apparaissaient sans véritable armature. Pour parer à cette perte de contenance qui signait également la construction partielle des articulations entre image du corps, identifications intracorporelles (Haag, 1991) et relation à la différenciation des espaces et des sexes, Thomas avait entouré son frère d'un halo de contenance. Il s'était immédiatement levé pour aller se regarder dans le miroir d'où il me regardait en arrière-plan, puis il était revenu pour se dessiner avec un corps beaucoup plus structuré que celui prêté au frère. L'on peut penser combien la représentation de soi était collée au double campé par l'image du frère qui lui servait de tremplin, pour se retrouver dans le miroir, récupérer le regard du clinicien, pour retrouver ses capacités de projection sur une surface réfléchissante. Un si long chemin pour arriver à « Je dessine « moi » ».

Le dessin de famille (dessin 2) fut réalisé dans l'ordre suivant : sa mère, son frère, son père. Je lui avais fait remarquer qu'il ne s'était pas figuré. Il s'était mis à regarder derrière lui, dans l'évitement du contact par le regard avec moi-même. Je m'étais mise à me parler toute seule sur un mode psychodramatique :

« C'est curieux de dessiner sa famille sans se dessiner. » Thomas était revenu pas à pas vers moi. Il s'était dessiné imbriquer dans son frère. On retrouvait cette composante du double comme protectrice face à des espaces non suffisamment construits, encore plus intensément ressentie face à l'espace commun comme celui de la représentation du groupe famille, dont les membres étaient figurés sans véritable regard. Les yeux étaient représentés comme « cassés » et vides – comme les bouches d'ailleurs. L'oralité et l'analité étaient en état d'attente de mise en forme des mouvements de communication internes et externes.

Épreuves Projectives

Rorschach

Thomas s'était bien prêté au jeu perception/ représentation à tel point qu'il avait accédé à des théâtralisations ludiques, traduisant l'accès à des représentations kinesthésiques. C'est la

construction du fond psychique qui était d'emblée questionnée en lui, à travers sa sensibilité au blanc et la perception des trous dès la planche I. La recherche d'un fond commun avec l'objet le faisait associer à la projection d'un château à la planche II, qui à la planche III était peuplé d'un monstre. Aux planches suivantes (planches IV, V), il avait théâtralisé la dévoration du monstre dans un jeu « Je te mange, tu me manges ». Il avait demandé à dessiner le monstre et le château. Dans une seconde passation, avaient émergé des angoisses de mort psychique, puis des défenses maniaques avec une recherche de coexcitation avec le clinicien. Ainsi, l'on pouvait entrevoir différents niveaux d'organisations psychiques et cognitifs se déployer, avec la prégnance de mouvements de collage, faute de compte d'auteur propre, collages qui étaient sources de désorganisations signant des espaces et des temporalités confus.

Patte Noire

Dans un premier temps, Thomas n'avait pu accéder à la passation, il s'était très vite retrouvé dans une intense inhibition, ne pouvant plus associer. Je lui avais alors proposé un rendez-vous supplémentaire. Ainsi, il avait fallu deux rencontres pour aborder ce travail. À ce dernier rendez-vous, Thomas était assez joyeux au début de la passation, il avait reconnu Patte Noire comme un garçon de 4 ans, la mère était identifiée comme étant le père, le père avait lui une fonction nourricière. Thomas avait choisi les planches où l'analité était représentée comme mode de relations en alternance avec des planches où Patte Noire était seul, abandonné.

Aucune planche figurant l'oralité et le nourrissage n'avait été choisie, ce qui est rare à cet âge. Seule la fée Cochon apportait des contenants (« une voiture, un bateau ») permettant une potentielle contenance des affects et des espaces, mais avec un évitement des liens à l'oralité pourvoyeuse d'introjections.

Conclusion du premier bilan

Thomas est un garçon qui présente des difficultés d'organisation des processus de pensée dues à des quantités importantes d'excitation, qu'il n'arrive pas à circonscrire du fait d'un pare-excitation précaire.

Ceci l'amène à se réfugier dans l'agitation ou dans un monde imaginaire qui l'éloigne de la réalité. C'est un garçon qui est porteur de potentialités intellectuelles, entravées par une insécurité identitaire et identificatoire, qui demeure encore très soumise à la motricité et au corps. En complément des aides dont il bénéficie déjà, un travail psychothérapique semble indispensable, pour aider Thomas à élaborer toutes ces angoisses du tout-petit et ses différentes structurations et relations qui peuplent ces espaces différenciés.

- Thomas à 7 ans WISC-IV, Figure de Rey-B, épreuves projectives :

Lorsque je revois Thomas, il a bien changé : la qualité de son regard s'est beaucoup modifiée, l'excitation maniaque est beaucoup moins présente, l'espace est investi différemment. Il est suivi en psychothérapie à raison de deux séances hebdomadaires ainsi que deux séances d'orthophonie. Une thérapie familiale s'est aussi mise en place, une séance par semaine lorsqu'il a eu 5 ans. Scolarisé en CP, il est accompagné par une auxiliaire de vie scolaire (AVS) à mi-temps.

Test d'efficiency intellectuelle : WISC-IV :

Épreuves	WPPSI-R 4 ans 7 mois	WISC IV 7 ans	Intervalle de confiance
ICV (Compréhension verbale) Échelle verbale WPPSI-R	86	84	[77-94]
IRP (Raisonnement perceptif)	87	107+20 pts	[97-115]
IMT (Mémoire de travail)	50	[47-65]	
IVT (Vitesse de traitement)	59	[56-75]	
QIT	86	71	[66-79]

À l'échelle de compréhension verbale : 84

Similitudes (11) (09), Vocabulaire (09) (12),

Compréhension (02) (06)

Le score obtenu aux Similitudes (11) montre une construction des espaces différenciés permettant la prise en compte de deux objets différents pour dégager leurs similitudes. L'attention prêtée par Thomas à la recherche des similitudes est fluctuante. Il peut répondre avec cohérence ou s'évader du contexte en répondant à côté, comme à l'item « Saisons » :

« C'est le printemps, la famille des arbres. » Il est sensible à la référence à l'image du corps et ses appuis psychiques, comme à « Coude-genou », il répond : « C'est pour jouer. Il y a un squelette. » On perçoit la fragilité de l'investissement de la liaison représentation-affect et image du corps comme socle des processus de pensée. Il peut me tester à sa manière à plusieurs reprises en faisant semblant de ne pas savoir.

À Vocabulaire (09), la restitution du sens des mots est très dysharmonique. Thomas peut accompagner la définition de mot avec du mime gestuel (mimer l'axe du parapluie pour en donner la définition). A contrario, il peut verser dans l'attaque et la confusion du sens des mots comme à « Obéir » : « c'est pour donner une fessée », ou « Île » : « Il y a une jungle où il y a plein de lions », ce qui relance la construction des limites et la différenciation des espaces. La recherche de la coexcitation est un mode de contention de l'angoisse, qui est suscitée par la représentation de mots, porteuse d'affects de détresse qui versent dans le négatif par le recours à l'agir.

L'accès au subtest Compréhension (02) se déploie également sous le signe de la coexcitation. Thomas ne peut accéder à la cohérence du sens qu'il attaque constamment. L'on perçoit des potentialités psychotiques face à la restitution d'une pensée propre et la sollicitation vers l'espace différencié.

À l'échelle de Raisonnement perceptif : 107

Cubes (06) (05), Identification de concepts (19),

Matrices (08), Complètement d'images (14)

Comme pour sa date d'anniversaire, où Thomas isole les différentes temporalités, il pratique l'isolation des Cubes (06). Il les regarde, sans les mettre en lien, et évite de regarder le modèle, ce que je lui fais remarquer. Mes commentaires semblent l'étayer pour s'engager dans un travail de rassemblement des différentes parties en un tout, mais le jeu se tarit très vite. Il est sidéré par le blanc aux items 6 et 7 qui apparaît comme des trous. On retrouve cette sensibilité au blanc que l'on avait observée au précédent bilan à l'épreuve des Carrés mais aussi au Rorschach. Par ailleurs, Thomas va exceller à l'Identification de concepts (19) et aux

Matrices (08) : la satisfaction le tient, l'objet donné déjà construit, l'image est relayée par l'investissement du perceptif et assure la permanence de l'objet. Au Complètement d'images (14), il est aussi très rapide dans ses réponses et fait preuve d'une grande vigilance face à ce qui manque.

À l'échelle de Mémoire de travail

Mémoire des chiffres (01),

Séquence Lettres-Chiffres (01)

Impossible pour Thomas d'accéder à la Mémorisation des chiffres ou des Séquences Lettres-Chiffres : c'est un secteur sinistré de son fonctionnement psychique et cognitif. Le rythme, avec

la répétition du clinicien incarnant la présentation de l'autre, ne peut s'accorder, au sens de l'accordage affectif de D. Stern. Thomas est très vite perdu, désorienté comme dans un désert, le rythme s'efface.

Figure de Rey-B

Copie : 7 ans : 4'37

Dans un premier temps, Thomas dessine le cercle puis le triangle. Il s'arrête en me regardant après la figuration du bonhomme comme si le travail était terminé. Je lui rappelle la consigne. « Ah oui ! », dit-il. Il retourne sa feuille, se remet au travail de figuration du modèle. Il réalise cercle, triangle, un bonhomme plus structuré, au graphisme plus assuré, puis son regard devient vague... Je lui fais un signe de la main, il sourit, se remet au travail, mais en conservant une distance entre le rectangle et la construction cercle/triangle.

Mémoire : 2'11

La première démarche de Thomas est celle de retrouver un contenant qui est figuré par un rectangle dans lequel il va inscrire des contenus, des traces de mouvements pulsionnels auxquels il essaie de donner une forme. L'écriture est trouvée comme forme rythmique, mais elle finit par se désorganiser et sortir du cadre. La limite est précaire, le but n'arrive pas à être atteint. L'affect et ses mouvements inéluctables ne trouvent pas de mise en forme véritable.

Thomas n'est pas très content de ce qu'il a fait. Il s'agite et commence une recherche de coexcitation. Je lui propose d'essayer de trouver une autre voie pour se remémorer. Il se calme, se remet au travail, toujours en privilégiant le rectangle et en tentant d'organiser des contenus plus en lien, mais qui demeurent très loin du modèle. Ceci laisse à penser la difficulté de conserver les différentes articulations au sein de l'appareil psychique comme organisateur du Moi corporel, fabriquant le squelette interne, mais aussi le principe de réalité (Bion, Meltzer).

Dessin de famille

Thomas dit qu'il va représenter son frère Julien, puis il dit « C'est la famille », en se lançant dans la figuration d'une maison. Il prend soin d'épaissir le toit comme représentant protecteur des pensées et des limites entre le dedans et le dehors. Une cheminée est dessinée à gauche du toit. Deux fenêtres figurent l'idée de l'inscription des liens par la pénétrance du regard possible entre le dedans et le dehors. Mais la structure qui permet la circulation des affects manque, les articulations du « Squelette de la fenêtre » ne sont pas utilisables, puisqu'on ne peut pas les ouvrir. Les croix en X sont des pseudo-axes n'offrant pas d'aller-retour des

projections et introjections. Le bouton est bien figuré, mais où est la boutonnière pour qu'il soit utilisable ? La porte est une forme proche de l'informe. Le primitif des contenus exprime une vectorisation pulsionnelle chaotique, néanmoins avec un mouvement qui cherche ses formes pour l'instant peu utilisables. Dans cette maison, l'affect est un mouvement en quête de forme, aurait dit A. Green (1985).

La dame de Fay : Dessine et écrit « Une dame se promène et il pleut »

Thomas se prête à cette épreuve avec une certaine assurance. Il se lance dans la réalisation de la dame qui est mieux construite que le précédent dessin du bonhomme. L'investissement de l'espace se déploie entre la ligne de ciel et la ligne de terre, traduisant la construction d'un fond dont les espaces relativement différenciés permettent la figuration plutôt stable de la dame, des repères spatiaux de base. Thomas demande des crayons de couleur pour tracer le sol, puis se résigne à figurer la pluie. Il tente d'écrire la phrase : « Une dame se promène et il pleut », en essayant de reproduire des formes qui ressemblent plus à des impressions sensorielles. L'agitation motrice l'envahit à la fin de l'épreuve.

Épreuves projectives

Rorschach

Ce nouveau Rorschach traduit une recherche constante de continuité d'exister. Le climat de la clinique de la passation est resté gravé pour moi à jamais par l'irruption de l'inattendu du « Dessine-moi un squelette » à la planche VII 1. Thomas s'est beaucoup rapproché de moi dès le début de la passation. Allais-je devoir affronter l'adhésivité (Bick, 1968) et la recherche de la coexcitation face à ce matériel potentiellement source de désorganisation ?

Je l'ai laissé se rapprocher malgré tout. On verra bien, m'étais-je dit. À la planche II, j'avais été surprise par la touche finale, « C'est mon squelette », ce que j'avais compris comme : « Ça, c'est moi. » Puis la répétition m'avait confortée dans cette idée quand, à la planche VII, après avoir été confronté à la perception du blanc (Dbl) possiblement perçu comme trou, Thomas se jette sur moi, en me demandant avec insistance : « Dessine-moi un squelette. » Je suis étonnée, émue, enfin bouleversée, confrontée à mes limites : je ne sais pas bien dessiner... Je lui dis : « Alors, je crois que c'est impératif, on y va », et je me lance dans l'entreprise dont Thomas ne perdra pas une miette. J'ai retrouvé une note énigmatique dans le dossier du bilan, un bout de papier où j'avais noté « dessins : Dr G. » et je me suis souvenue que j'avais dit à

Thomas : « Tu sais, je crois que le docteur Giraut sera très intéressé par ton idée de dessiner un squelette, il aime beaucoup les dessins. » Thomas m'avait regardée, un peu étonné par cette référence au tiers utilisée pour contenir mon émotion.

CAT

La perception du lien représentant de l'entre deux est figurée comme une ficelle à la planche 2, dans un premier temps, comme si la chute était imminente faute de squelette, d'armature. La ficelle est finalement perçue comme une corde, mais sans différence de sexe. Ce sont tous des garçons, ce qui permet d'esquiver le mouvement œdipien.

TAT

La fatigue est d'emblée nommée par Thomas aux prises avec le désinvestissement, voire avec la non intégration de l'objet comme source de satisfaction. Le trouble identitaire est massif à la planche 2 face au couple, mais se trouve surmonté par le lien avec la planche précédente : voilà le petit garçon de l'autre femme. La référence à la perte, à la mort est fréquente aux planches où la passivité est plus engagée. L'appui sur les repères des formes de toutes sortes est frappant : la porte, les planches et même le cerveau face au blanc et au froid.

Conclusion du deuxième bilan

Thomas a beaucoup évolué depuis le précédent bilan à l'âge de 4 ans, plus particulièrement en ce qui concerne le contrôle de sa motricité et de l'excitation qui entravait beaucoup ses différents ancrages corporels et psychiques. Il cherche beaucoup moins à se loger à l'intérieur de l'autre pour ne pas se trouver aux prises avec la solitude nécessaire pour penser. Il fait preuve d'une pensée plus autonome tout en vérifiant constamment l'attention de l'adulte et en recherchant des appuis comme « Dessine-moi un squelette ».

8- Thomas à 9 ans 11 mois 3e test WISC IV, Figure de Rey-B, épreuves projectives

Je revois Thomas pour un nouveau bilan psychologique (Temps 3) à la demande du docteur C., médecin consultant. Thomas est devenu un grand garçon qui établit une relation de bonne qualité.

Test d'efficienne intellectuelle : WISC-IV

Épreuves	WPPSI-R 4 ans 7 mois	WISC-IV 7 ans	WISC-IV 9 ans 11 mois	Intervalle de confiance

ICV (Compréhension verbale) Échelle verbale WPPSI-R	86	84	69	[77- 94] [64- 81]
IRP (Raisonnement perceptif)	87	107 +20pts	99	[97-115] [90-108]
IMT (Mémoire de travail)	50	[47-65]		
IVT (Vitesse de traitement)	59	69	[56-75] [64-84]	
QIT	86	71	[66-79]	

Les scores obtenus sont à considérer avec beaucoup de précautions car, même s'ils montrent quantitativement une régression de l'efficacité intellectuelle, Thomas fait davantage preuve de qualités de mises en lien bien plus cohérentes et plus authentiques qu'elles ne pouvaient l'être à l'âge de 7 ans lors du précédent bilan. La question de l'organisation de la mémoire de travail où Thomas ne peut accéder à la mise en séquence des chiffres et des lettres révèle un état émotionnel qui est plus lisible actuellement, entravant l'ordonnement, la classification des éléments. Thomas n'est plus engagé dans la recherche de coexcitation qui traduisait une lutte contre le sentiment de solitude et d'isolement. On retrouve aux épreuves projectives un progrès très important dans l'intégration de l'identité et des identifications, témoin de la construction d'un appareil psychique contenant un squelette interne, ce qui signifie qu'il s'agit de prendre avec précaution les scores obtenus au WISC-IV.

À l'échelle de Compréhension verbale : 69

Similitudes (08), (11), (09), Vocabulaire (01), (09),

(12), Compréhension (05), (02), (06)

Thomas restitue aux Similitudes (08) des réponses bien plus élaborées que celles qu'il ne donnait à l'âge de 7 ans. Ces réponses sont données pour la plupart avec solidité et rapidité, et le refuge dans la superficialité s'est estompé. Il demeure, pour les questions sollicitant davantage l'accès à l'abstraction, des difficultés à construire, structurer la formulation de la réponse. Le score obtenu, il faut le rappeler, le situe par rapport à sa classe d'âge et montre le chemin que Thomas doit parcourir pour accéder à ce qui est attendu à son âge, ce dont il n'est pas si éloigné. Thomas a une bonne compréhension des tâches à accomplir, des mises en lien à construire, pour réunir dans une même catégorie deux choses différentes. On retrouve aussi une

plus grande solidité dans les réponses données par Thomas à Vocabulaire (01) même si les scores sont moindres, car ici c'est le manque de précision dans les définitions de mots qui fait beaucoup chuter les scores à cette épreuve. Au-delà de la précision, on retrouve une difficile intégration des frontières qui est illustrée par des réponses où la transgression des limites est de mise. La compréhension est toujours présente. Rappelons qu'à l'âge de 7 ans, Thomas n'avait pas pu répondre au-delà de l'item 7, car il était trop fatigué, mais aussi trop engagé dans l'excitation bien plus régulée actuellement. On retrouve la même confusion avec «Débrouillard» compris comme « Brouillard ». Ceci serait à investiguer lors du bilan orthophonique. On retrouve également les mêmes modalités de traitement des situations soumises à l'épreuve de Compréhension (05) : la précision des réponses n'est pas suffisamment développée et on observe la transgression des limites traduite sous forme de dénégation.

À l'échelle de Raisonnement perceptif : 99

Cubes (08), (06), (05), Identification de concepts

(08), (19), Matrices (14), (08), Complètement d'images (14)

La grande avancée de Thomas se mesure avec l'intégration des liens logiques que l'épreuve des Matrices (14) investigate particulièrement par un dispositif visuel et perceptif permanent. Thomas craint de montrer ses capacités de jugement, de mises en lien. Il peut être pris dans une émotion profonde lorsqu'il s'agit de faire preuve de fluidité dans l'expérience des mises en processus. Il a pu profiter de l'étayage que je lui ai apporté pour poursuivre et réussir son travail de manière satisfaisante.

Cette grande sensibilité émotionnelle, déjà repérée dès le bilan à l'âge de 4 ans, est beaucoup plus contrôlée actuellement. Thomas peut accéder plus facilement à une authentique position passive, ce qui lui permet de mieux apprendre. Néanmoins, il reste très sensible au jugement d'autrui, ce qui est susceptible d'altérer très rapidement les mouvements d'introjections et d'assimilations. À Identification de concepts (08), Thomas montre une grande fatigabilité.

Toutefois, s'il se lasse vite du jeu de la reconnaissance des liens entre les différents objets dans les différents espaces, cela n'engage pas sa compréhension des liens à faire. Aux Cubes (08), c'est la relation au modèle qui est parfois compliquée :

Thomas évite de regarder le modèle que je lui présente, il tourne en rond, patine, comme s'il mettait en suspens tout lien entre le modèle et sa propre construction. La superficialité rode, elle revient comme un fantôme du passé signant le désinvestissement radical de l'objet. Lorsque Thomas réinvestit le sens de la relation à l'objet comme modèle, il investit pleinement ses

processus de pensée, l'union entre affects et représentations, et se lance très vite dans l'assemblage des différentes parties en un tout. Alors, l'ombre de la superficialité s'éloigne...

À l'échelle de Mémoire de travail

Mémoire des chiffres (01), (01),

Séquence Lettres-Chiffres (01)

Comme au bilan précédent à l'âge de 7 ans, Thomas ne peut accéder à Mémoire des Chiffres (01) à la mise en ordre inverse des chiffres. Thomas fait semblant de chercher et semble soulagé que j'évoque avec lui ce sentiment de patiner qu'il me transmet sans pouvoir comprendre et échanger autour de cela. Il s'agit d'un blocage ancien, masqué du fait d'une excitation qui tenait le devant de la scène. Cette difficulté devrait être mise également au travail dans un bilan orthophonique centré sur l'investigation de la rétention d'informations et la conservation abstraite des données, malgré les changements d'ordre ou de séquence. Thomas n'a pas pu accéder à l'épreuve Séquence Lettres-Chiffres. De ce fait nous ne pouvons calculer le QIT.

Échelle de Vitesse de Traitement : 69

Code (01), (01), Symboles (07), (03)

À l'épreuve du Code (01), Thomas fait du « tourisme » comme si le chronomètre n'existait pas. De nouveau, on remarque des conduites d'évitement du sens que l'on peut considérer comme une variante de la superficialité. L'épreuve des Symboles (07) est plus ludique, Thomas se laissant prendre au jeu de découvrir l'absence ou la présence des signes dans les séries.

Figure de Rey-B

Copie : 7 ans : 4'37, 9 ans : 1'20

J'ai présenté à Thomas la figure B qu'il réussit mieux qu'il ne l'a jamais fait. On mesure le chemin parcouru par Thomas en comparant les deux figures aux différents âges. Thomas a acquis un contrôle du graphisme associé à une bien meilleure organisation perceptive. On peut remarquer que les formes restent un peu collées et que, pour certaines, leurs contours s'effacent au profit d'un contour commun, ce qui crée une sorte de symbiose entre deux formes. L'interpénétration des liens entre les formes reste à ajuster dans une bonne distance. On remarque également la vitesse de reproduction qui s'est beaucoup améliorée.

Mémoire : 7 ans : 2'11, 9 ans : 40" (Dessin 7)

L'épreuve de mémoire est réalisée extrêmement rapidement, en 40". Thomas reprend la même démarche de réalisation. On retrouve ainsi le collage entre le triangle et le rectangle, une frontière pour deux, sans tiers entre les deux. Alors que le carré est beaucoup mieux situé qu'à la copie, avec une bonne distance et une bonne interpénétration.

Épreuves projectives :

Rorschach. Ce qui est frappant si on compare ce protocole avec le précédent à l'âge de 7 ans, c'est la modification de la prise de distance dans la projection des formes.

La stabilité dans le lien perception/projection/représentation permet un jeu possible entre les formes corroborant ce que l'on a pu observer dans la qualité de mises en lien logique au WISC-IV. L'intégration de la distance avec l'objet illustre aussi ce que l'on a remarqué dans la construction d'une identité en voie de décollement d'un espace fusionnel avec l'autre. Thomas accède aux représentations de relations entre des personnages ou des animaux, tout en gardant un contrôle du mouvement projeté, reconstruit à partir d'expériences de satisfaction qu'il peut maintenant davantage conserver. On est aussi frappé par le décentrage du corps vers la pensée, car le protocole à 7 ans montrait une tendance importante à reconnaître des parties corporelles de soi, comme « Dessine-moi un squelette ». Ce « fond de soi » est bien plus établi comme une identité servant d'armature qu'il faut habiter et développer, mais où la sensibilité aux détails reste accrue, restreignant quelque peu, pour l'instant, le déploiement des liens.

CAT

Les mises en récit à l'âge de 7 ans montraient un écart entre soi et l'autre très réduit, ce qui pouvait conduire parfois à des télescopages entre les identités des personnages ou entre les objets et les personnages. À présent, Thomas témoigne de l'écart habité entre les personnages, les objets, comme d'un entre-deux en voie de stabilisation. Les mouvements identificatoires sont encore parfois pris dans la confusion des générations, surtout face au conflit que l'enfant aborde beaucoup plus. La recherche de limites est aussi posée avec la question de la distance par rapport aux images parentales, à l'éloignement de l'intimité du couple parental, qui est perçue mais pas encore suffisamment élaborée. Thomas met en récit les questions qui le taraudent par rapport à la recherche de la capacité à être seul en présence d'un autre.

TAT

Ce qui a aussi beaucoup changé pour Thomas, c'est son rapport à la fatigabilité. La non-conservation du tonus, criante aux bilans précédents, change de nature actuellement. Thomas résiste beaucoup mieux aux déperditions de tonus quand il est confronté à des conflits ou à des

pertes d'objet suggérés par les images que je lui présente. On retrouve une consolidation de l'identité comme au Rorschach. Thomas est toujours gêné de montrer qu'il perçoit bien les sollicitations latentes des images. Il use de plus de mécanismes de défenses engagés dans une plus grande variété, qui attestent d'une plus grande fluidité de la pensée. Le souci pour l'autre, l'identification à celui qui a des problèmes, sont aussi nouveaux, confirmant un changement de cap pour Thomas. Ainsi, l'enfant structure de plus en plus sa géographie intérieure avec le travail induit par la reconnaissance des limites et l'intégration de nouvelles distances entre les personnes.

Conclusion du troisième bilan :

Au fil de ces trois temps, de la petite enfance à l'âge dit « de latence », Thomas montre de grandes avancées dans la construction de son identité et de ses identifications, traduisant également une plus grande intégration du principe de réalité concomitamment avec l'élaboration du Moi corporel et de l'appareil psychique. La variété et la complémentarité des épreuves cognitives avec les épreuves projectives rendent compte au cours de ces trois actes de l'intensité et de la complexité de la dysharmonie qui habite Thomas.

Si l'on reprend la clinique de la passation, l'on perçoit combien Thomas a évolué dans la qualité de la relation qu'il a installée avec le clinicien. La recherche de coexcitation s'est considérablement réduite du fait de l'intégration de capacités propres de régulations émotionnelles, mais aussi de l'intériorisation d'un entre-deux signant une organisation œdipienne potentielle, même si les mouvements psychotiques rodent toujours.

Les différents niveaux de dépression sont aussi en évolution car les mouvements de dépression primaire sont en régression : beaucoup moins de chutes de tonus et leur cortège de manifestations hypotoniques (bâillements incessants, fatigabilité intense). L'accès à une position dépressive prend pas à pas ses droits de cité intérieure.

La réduction des effets des mouvements dépressifs primaires se vérifie par l'amoindrissement de l'épuisement des capacités de pensée. Thomas conserve davantage l'investissement des liens entre processus primaires et secondaires, ce qui ouvre à la création de sources de satisfaction en constituant un véritable creuset identitaire et identificatoire.

Le traitement de l'excitation s'est beaucoup transformé car la direction de l'orchestre pulsionnel intérieur a trouvé ses axes organisateurs, même si la cacophonie est parfois de retour.

Thomas est en pleine élaboration de nouvelles géographies internes et aussi externes. Ces changements se déploient sur un mode dysharmonique mais vers une recherche de cohésion. Le dernier bilan en atteste, un désir d'affirmation du sentiment de soi est omniprésent.

Conclusion du cours

La psychologie clinique utilise trois méthodes d'investigation : observation, entretien et tests. Elles seront utilisées exclusivement par le psychologue clinicien lors de l'examen clinique afin de rendre compte au patient ou un tiers d'un avis. Cependant, le psychologue reste son principal instrument, il observe, écoute et met sa personne, son expérience et sa psyché au service du patient. Les outils à disposition ne sont que les médiateurs de ce travail de co-construction. Au plus près de l'expérience clinique, l'intersubjectivité et l'approche compréhensive constituent les moteurs de l'examen psychologique. Dès lors, Cette pratique clinique s'exerce en deçà d'un acte purement techniciste, puisqu'elle s'inscrit dans une dynamique relationnelle.

L'examen clinique (en psychologie clinique) renvoie à une démarche globale d'évaluation et de compréhension des troubles et des conduites mentales d'une personne en interaction avec une autre (le psychologue). Elle doit conduire à une synthèse précise de la dynamique psychologique spécifique d'un cas en décrivant et en expliquant le jeu des éléments internes proprement psychiques et à l'origine des conduites et comportements individuels. Le psychologue a à sa disposition une série d'entretiens structurés, de tests et de questionnaires précis dont l'utilisation fonde une partie de son travail. Mais il ne devra jamais oublier de réintégrer les données obtenues dans une perspective psychopathologique globale, seul garant de la pertinence du diagnostic psychologique et de l'efficacité des propositions thérapeutiques issues de l'examen.

La dimension relationnelle joue un rôle important dans toutes les situations de la psychologie clinique (observation, entretien, passations des tests). Les notions théoriques utilisées pour rendre compte de ce qui se passe dans la relation clinique sont principalement issues de la psychanalyse (transfert, contre-transfert) et des écrits de Rogers (authenticité, empathie...)

La demande et la dimension relationnelle examiné-examinateur (ou relation transférentielle-contre transférentionnelle) et le cadre clinique (=composantes théoriques (connaissances), matérielles (spatio-temporelles), et pratiques (type et modalités d'intervention) sont donc très importants et à prendre en compte.

La pratique de l'examen psychologique clinique est une donnée essentielle qui caractérise l'activité professionnelle des psychologues cliniciens, dans la mesure où le diagnostic psychologique aboutit à une recommandation de traitement et à une indication thérapeutique adaptée. À cet effet, l'examen clinique nécessite une connaissance approfondie des modèles en psychopathologie, une formation, une expérience clinique et des compétences techniques

(connaissance et maîtrise des méthodes et outils de la psychologie clinique), car il s'agit d'une tâche extrêmement difficile et un acte d'une grande technicité.

Liste des références :

1. Albaret, J-M., Giromini, F., & Scialom, Ph. (2018). *Manuel d'enseignement en psychomotricité. Tome 5 – examen moteur et tests*. De Boeck Supérieur.
2. Andrinikof, A., & Fontan, P. (2014). L'examen psychologique de l'enfant : pratique et déontologie. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 62 (7), 403-407
3. Andronikog, A., & Lemmel, G. (2003). Examen psychologique de l'enfant : approche clinique des processus mentaux. *EMC-psychiatrie*, 37-200-E-30.
4. Arbisio, C. (2013). *Le bilan psychologique avec l'enfant. Clinique du WISC IV* (2 e ed). Dunod.
5. Arbisio, C. (2015). *Clinique du WISC-IV : 5 études de cas*. Dunod.
6. Arbisio, C. (2021). *Le bilan psychologique avec l'enfant. Clinique du WISC V* (3 ed). Dunod.
7. Aubret, J., & Blanchard, S (2010). *Pratique du bilan personnalisé* (2 e ed). Dunod.
8. Azoulay, C. 2013). *Les troubles psychotiques chez l'enfant et l'adolescent. Apport du bilan psychologique*. Editions Erès.
9. Bachelier, D., & Cognet, G. (2017). *Le bilan avec le Wisc-V et ses outils complémentaires : Guide pratique pour l'évaluation*. Dunod.
10. Barbillon, E., & Le Roy, J. (2012). *Petit manuel méthodologique de l'entretien de recherche*. Enrick Editions.
11. Benedetto, P. (2007). *Méthodologie pour psychologue*. De Boeck.
12. Bénony, H. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod.
13. Bénony, H. (2005). *L'examen psychologique et clinique de l'adolescent* (2 e ed). Armand Colin.
14. Bénony, H., & Chahraoui, Kh. (2013). *L'entretien clinique* (2 e ed). Dunod.
15. Bernard-Tanguy, L., & Reniers, D. (2021). *Mini-manuel de psychologie clinique* (2ed). Dunod.
16. Bernaud, J-L. (2008). *Les méthodes d'évaluation de la personnalité* (2 ed). Dunod.
17. Bernaud, J-L. (2014). *Méthodes de tests et questionnaires en psychologie*. Dunod.
18. Bioy, A., & Fouques, D. (2016). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod.
19. Blanchet, A., & Gotman, A. (2001). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (2 e ed). Nathan.
20. Bochereau, D., Guedeney, N., & Corcos, M. (2011). Examen Clinique de l'enfant en pédopsychiatrie. *EMC-Psychiatrie*. 37-210-B-40

21. Borst, G., & Cachia, A. (2016). *Les méthodes en psychologie*. Presses Universitaires de France.
22. Bouvet, C. (2018). *18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Dunod.
23. Braconnier, A. (2006). *Introduction à la psychopathologie*. Masson.
24. Capdevielle, V., & Doucet, C. (2004). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Armand Colin.
25. Castro, D. (2016). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte* (3 ed). Dunod.
26. Cédile, G. (2014). Examen clinique. Dans G. Lopez., & G. Cédile (Dir.), *L'expertise pénale psychologique et psychiatrique* (pp.73-84). Dunod.
27. Chauchat, H. (1995). *L'enquête en psycho-sociologie*. PUF.
28. Chiland, C. (1983). *L'entretien clinique*. PUF.
29. Chouvier, B., & Attigui, P. (2016). *L'entretien clinique* (2 e ed). Armand Colin.
30. Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Dunod.
31. Ciccone, A. (2019). *L'observation clinique* (2 e ed). Dunod.
32. Cognet, G., & Bachelier, D. (2020). *Clinique de l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent. Approches intégrative et neuropsychologique* (3 ed). Dunod.
33. Cottraux, J. (2020). *Les psychothérapies comportementales et cognitives* (7 e ed). Masson.
34. Cyssau, C. (2003). *L'entretien en clinique* (2 e ed). In Press Editions.
35. Debray, R. (2000). *L'examen psychologique de l'enfant. À la période de latence (6-12 ans)*. Dunod.
36. Décaudain, M., & Ghiglione, R. (2013). *Les métiers de la psychologie* (2 e ed). Dunod.
37. Demont, E. (2009). *La psychologie*. Sciences Humaines Editions.
38. Dictionnaire de psychologie Larousse (2003). Larousse.
39. Doron, J. (2001). *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*. Dunod.
40. Doron, R., Parot, F. (2013). *Dictionnaire de psychologie*. PUF.
41. ECPA. (2015). *La méthode des tests. Livre Blanc*. Pearson.
42. Emmanuelli, M. (2011). *Actualité des troubles névrotiques chez l'enfant et l'adolescent. Apports du bilan psychologique*. Erès.
43. Emmanuelli, M. (2017). *L'examen psychologique en clinique : situations, méthodes et études de cas*. Dunod.

44. Emmanuelli, M., & Louet, E. (2015). *Diagnostic et pronostic dans le bilan psychologique avec l'enfant et l'adolescent*. Erès.
45. Emmanuelli, M., & Suaraz-Labat, H. (2010). *L'examen psychologique du jeune enfant. Construction psychique et émergence des processus de pensée*. Edition Erès.
46. Favez, N. (2010). *L'examen clinique de la famille*. Edition Mardaga.
47. Favez, N. (2013). *L'examen clinique du couple*. Edition Mardaga.
48. Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire* (3 e ed). Dunod.
49. Geoffroy, P-A. (2017). Examen clinique de l'adulte en psychiatrie. *EMC-psychiatrie*. [37-102-A-10]
50. Goldman, C. (2018). *Le bilan avec les tests projectifs en clinique infantile*. Dunod.
51. Grégoire, J. (2004). *L'examen clinique de l'intelligence de l'adulte*. Margada.
52. Grégoire, J. (2009). *L'examen clinique de l'intelligence de l'enfant*. Margada.
53. Guelfi, J-D., & Rouillon, F. (2012). *Manuel de psychiatrie*. Elsevier Masson.
54. Henri, Ey (1989). *Manuel de psychiatrie* (6 e ed). Masson.
55. Ionescu, S. (2013). Les instruments de recherche : repérage et choix. Dans S. Ionescu (Dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (4 e ed) (pp.89-109). PUF.
56. Jacobi, B. (2007). *Cent mots pour l'entretien clinique*. Eres.
57. Jumel, B. (2014). *Guide clinique des tests chez l'enfant* (3 ed). Dunod.
58. Jumel, B. (2017). *Aide-mémoire. WISC V*. Dunod.
59. Jumel, B., & Savournin, F. (2013). *L'aide-mémoire du WISC-IV* (2 e ed). Paris : Dunod.
60. Kapsambélis, V. (2012). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte*. PUF.
61. Marty, F. (2013). La méthode du cas. Dans S. Ionescu (Dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (4 e ed) (pp.53-75). PUF.
62. Mille, C., & Benoit, A. (2011). Démarche clinique en psychiatrie de l'enfant : consultation et examen clinique. Dans A. Danion-Grilliat., & Bursztejn, C (Dir.), *Psychiatrie de l'enfant* (pp.90-97). Médecine Sciences Publications Lavoisier.
63. Mirrabel-Sarron, C., & Vera, L. (2014). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive* (4 e ed). Dunod.
64. Moulin, M. (1992). *L'examen psychologique en milieu professionnel*. Presses Universitaires de France.
65. Mucchielli, R. (2016). *L'entretien de face à face* (24 ed). ESF Editeur.
66. Noel, M-P. (2007). *Bilan neuropsychologique de l'enfant*. Margada.

67. Norimatsu, H., & Pigem, N. (2008). *Les techniques d'observation en sciences humaines*. Armand colin.
68. Pedinielli, J-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Armand Colin.
69. Pedinielli, J-L. (2012). *Introduction à la psychologie clinique* (3 e ed). Armand Colin.
70. Pedinielli, J-L. (2016). *Introduction à la psychologie clinique* (4 e ed). Armand Colin.
71. Pedinielli, J-L., & Fernandez, L. (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Armand Colin.
72. Pedinielli, J-L., & Fernandez, L. (2020). *L'observation clinique et l'étude de cas* (4 ed). Armand Colin.
73. Pedinielli, J-L., & Rouan, G. (2003). L'entretien de recherche. Dans C. Cyssau (Dir.), *L'entretien en clinique* (2 e ed) (pp.99-105). In Press Editions.
74. Petot, Dj. (2018). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant* (4 ed). Dunod.
75. Pewzner, E. (2003). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte* (2 e ed). Armand Colin.
76. Pirlot, G. (2013). *Classifications et nosologies des troubles psychiques. Approche psychiatrique et psychanalytique*. Armand Colin.
77. Poupart, F. (2022). *Le cadre clinique et institutionnel du psychologue*. Edition Eres.
78. Poussin, G. (2005). *La pratique de l'entretien clinique* (3 ed). Dunod.
79. Proia-Lelouey, N. (2023). *L'entretien en psychologie clinique*. In Press.
80. Quevauvilliers, J. (2009). *Dictionnaire médical* (6 e ed). Masson.
81. Rabeuron, T. (2018). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Armand Colin.
82. Ravit, M. (2020). *L'examen psychologique au fil des âges : du bébé au sujet âgé*. Dunod.
83. Raymond, S-G. (2003). L'entretien en clinique expertale. Dans C. Cyssau (Dir.), *L'entretien en clinique* (2 e ed) (pp.129-139). In Press Editions.
84. Robinson, B. (2005). *Psychologie clinique*. De Boeck Supérieur.
85. Roman, P. (2016). *Les épreuves projectives dans l'examen psychologique*. Dunod.
86. Samacher, R et al. (2005). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Editions Bréal.
87. Schauder, S. (2007). *Pratique de la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents*. Dunod.
88. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie* (2 e ed). Larousse-VUEF.
89. Sparrow, S., Cicchetti, D-V., & Balla, D. (2015). *Manuel Vineland II*. Pearson.
90. Tournette, C. (2014). *Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement*. Dunod.
91. Vallerand, R-J., & Hess, U. (2000). *Méthode de recherche en psychologie*. Gaëtan Morin éditeur.

92. Vinay, A. (2020). *Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent* (3 ed). Dunod.
93. Voyazopoulos, R., Vannetzel, L., & Eynard, L-A. (2011). *L'examen psychologique de l'enfant et l'utilisation des mesures*. Dunod.