

## L'entretien Clinique :

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

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

Il existe une diversité d'approches de l'entretien selon les modèles théoriques. Le modèle psychanalytique met l'accent sur les mouvements inconscients, pulsionnels, les résistances et le transfert dans l'entretien. Pour Freud, l'entretien psychanalytique a constitué une véritable méthode d'investigation du fonctionnement psychique en même temps qu'une méthode thérapeutique permettant d'accéder au matériel refoulé, considéré comme pathogène.

Toutefois, dans la cure analytique, il ne s'agit pas à proprement parler d'un entretien mais plutôt d'une forme de communication particulière. Le modèle phénoménologique et humaniste propose une approche différente qui peut être considérée comme complémentaire : l'accent y est mis sur « l'ici et le maintenant », sur l'expérience « vécue » du sujet, sur le présent et non sur les conflits infantiles. Du point de vue de la technique, la situation de face-à-face est privilégiée. L'approche systémique met l'accent sur les phénomènes conscients et interactifs au sein d'un groupe (par exemple familial) et privilégiera en ce sens les entretiens familiaux. Le modèle cognitif étudie quant à lui les représentations connectées au comportement et aux symptômes sur un plan conscient et/ou non conscient.

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

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

Par ailleurs, l'âge, la personnalité et la psychopathologie sont des critères importants dans la manière d'aborder les dimensions relationnelles nécessaires au déroulement de l'entretien. Entre le bébé qui fonctionne à partir de ses sensorialités naissantes, la personne sénescence confrontée au deuil, le névrosé et ses conflits intrapsychiques, le psychotique et son délire, le malade somatique et la réalité de son corps, il y a lieu d'ajuster et d'aménager l'approche clinique de l'entretien.

La pratique de l'entretien clinique n'a rien d'évident, elle implique à chaque fois l'acquisition de connaissances nouvelles et un questionnement sur elle-même. Le psychologue, lors de l'entretien clinique, fonctionne avec son propre appareil psychique. Cela implique dans sa pratique régulière un minimum de travail sur soi, d'analyse, de maîtrise de

ses propres mouvements psychiques, ce qui pose bien évidemment la question fondamentale de la formation.

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

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

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

L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien. Il fait partie de la *méthode clinique*, qui comprend : - une clinique « à mains nues » (l'observation et l'entretien); -- et une clinique instrumentale (tests projectifs, échelles cliniques, etc.). La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus ou moins prolongée de cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence. Elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité, en situation et en évolution (**Daniel Lagache, 1949 ; Juliette Favez-Boutonnier, 1968**)(Cité par : **Bénony et Cahraoui,1999**), le sujet étant considéré ici comme un être unique, singulier, n'étant semblable à aucun autre. L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un

maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. Par exemple, les difficultés d'un individu ne peuvent prendre sens que si elles sont resituées dans leur cadre de référence : l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité, etc. L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

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

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

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

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

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

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

#### **• Types D'entretien**

- *Entretien non directif* : C'est un type d'entretien centré sur la personne au cours duquel, comme son nom l'indique, ce n'est pas le clinicien qui oriente le discours du patient, mais le patient ou le sujet qui parle librement de lui-même en contrôlant et en menant son discours comme il l'entend. Le clinicien pose une question, donne une consigne ou bien circonscrit un thème puis s'efface pour laisser parler le sujet. Celui-ci peut déborder largement par rapport au thème proposé, il peut évoquer ses problèmes de santé, ses souvenirs d'enfance, sa vie familiale, ses problèmes professionnels, et ce sont justement ces associations libres qui intéressent le clinicien qui évite donc de l'interrompre. Le clinicien respecte les moments de silence, les arrêts, les discontinuités, les associations ; « ce qui est important c'est que le sujet dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire et ce qu'il peut dire »

Le clinicien se contente d'effectuer des relances, de signifier des approbations dans une attitude respectueuse, compréhensive et empathique. Les relances peuvent prendre différentes formes : hochements de tête, acquiescements, reformulation du dernier mot, de la dernière phrase du sujet, de la pensée ou de l'idée du sujet. Même si ces relances visent initialement un maximum de neutralité de la part du clinicien, elles ont malgré tout une influence sur le discours produit par le patient.

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

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

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

#### • **Choix D'un Type D'entretien :**

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

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

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

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

#### - **Attitude Clinique Du Clinicien**

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

##### • **Non-Directivité**

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

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

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

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

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

• **Empathie** : Une dernière dimension de l'attitude clinique est la *compréhension empathique* ; il s'agit de *comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive*. Selon C. Rogers, il s'agit de :

Sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si »... Sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que nous essayons de décrire.

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

« Bonne distance » avec le sujet, devra analyser et clarifier ses propres contre-attitudes et émotions.

- **L'Entretien Clinique Et Recherche** (*cette partie est consacrée pour enrichir le bagage théorique des étudiants*).

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

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

Le schéma de la recherche est le suivant :

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

- Celui-ci pose une question, censé être pertinente, et essaie d'y répondre en mettant en place une procédure pour justifier ses affirmations. Le choix de la procédure de la recherche est déterminée par l'objectif de la recherche et par les hypothèses de travail : il peut s'agir de recherche sur les cas singuliers, d'observations de groupes ou bien d'études longitudinales ;

- L'entretien clinique s'inscrit à ce moment, qu'il peut faire parti des outils clinique destinés à recueillir les données au cours de la procédure. il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles cliniques ou à l'observation clinique directe avec les méthodes vidéo ;

- Après le recueil des données, qui donne lieu à la constitution des documents de travail (entretiens retranscrits), le clinicien chercheur rentre dans la phase de l'analyse en donnant une série de significations au corpus ainsi obtenu et en le resituant par rapport au sujet et à sa problématique.

- **Positionnements Possibles** : Il y a deux positionnements possibles sur le plan de la recherche en psychologie clinique : soit l'entretien clinique s'inscrit dans l'activité ou dans la pratique du psychologue clinicien, soit il a lieu à l'initiative du clinicien chercheur.

• **Entretien Clinique Inscrit Dans L'activité Ou La Pratique Du Psychologue Clinicien** : Il fait partie de l'évaluation psychologique ou bien de la psychothérapie, et ce n'est que dans un deuxième temps que l'entretien est analysé en fonction des hypothèses précises du chercheur-clinicien. Dans ce type de recherche, la position du clinicien est double, il est à la fois praticien et chercheur : dans un premier temps, il relève de manière clinique et globale les

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

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

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

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

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

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

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

- *l'approche expérimentale* (l'école de Würzburg ; K. Bühler, en 1927);

- *l'approche biographique* (W. Dilthey, en 1886);

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

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

- Intégré à la recherche, l'entretien a toutefois un aspect paradoxal « L'entretien dans les sciences sociales est un paradoxe : l'outil irrecevable du point de vue de l'idéal scientifique s'avère irremplaçable pour accéder à des connaissances dont l'intérêt scientifique est manifeste. » .Comme dans l'entretien clinique à visée diagnostique ou thérapeutique, on retrouve dans l'entretien de recherche les mêmes distinctions techniques (même types

d'entretien): - *l'entretien non directif*, où le chercheur donne une consigne de base à partir de laquelle est produit un discours censé répondre aux hypothèses du chercheur ; ensuite, le chercheur n'interrompt pas le sujet et se contente d'effectuer des relances ;

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

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

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

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

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

#### **-Choix Du Type D'entretien :**

Avant de choisir le type d'entretien, le chercheur devra se demander s'il est opportun d'utiliser l'entretien clinique comme méthode de production des données. Ensuite, il choisira le type

d'entretien en fonction de deux critères : le moment de la recherche et l'information recherchée.

**-Selon Le Moment De La Recherche :**

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

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

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

- comment le sujet, par exemple, se représente-t-il sa maladie ? ;

- quelles sont les associations spontanées qui émergent à l'évocation de sa maladie ? Ce type d'entretien va rendre compte de la manière dont le sujet se positionne par rapport à sa maladie. Si le chercheur cherche plutôt à établir des liens entre une situation, un événement particulier et l'origine d'une pathologie, l'entretien prendra nécessairement une forme plus directive dans le sens où ce sont des événements, des faits qui sont recherchés. Il pourra, par exemple, demander au sujet si des événements particuliers lui sont arrivés ces derniers mois, l'hypothèse implicite étant que l'on s'attend à retrouver une relation de causalité entre ces événements et l'origine de la pathologie.

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

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

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

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

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

- l'identité collective du chercheur (ses appartenances sociales et culturelles);

- la théorie et l'idéologie du chercheur (ses références théoriques)

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

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

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

### **-Analyse Clinique Qualitative :**

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

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

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

ensuite étudier les relations. L'analyse pourra aussi mettre en évidence les mots outils et les termes qui structurent le récit ainsi que les stratégies argumentatives du sujet. »

-**Analyse pragmatique** : dans ce cas, l'analyse porte surtout sur les échanges entre les deux interlocuteurs d'un entretien, l'idée étant que ces derniers échangent des « actes et non des énoncés et que les actes projetés par le locuteur sont la plupart du temps implicites (ou actes indirects) et font l'objet d'une interprétation de l'auditeur » (*A. Blanchet, 1997*). Ces analyses quantifiées facilitent évidemment le travail du chercheur, mais elles nécessitent toutefois de bien connaître les théories du discours et leurs liens avec les aspects cliniques et psychopathologiques.)