

**BERNARD CHOUVIER
PATRICIA ATTIGUI**

L'entretien clinique

2^e édition

ARMAND COLIN

Conception de couverture : Hokus Pokus créations
Illustration de couverture : © Fotolia

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Armand Colin, 2016 pour la 2^e édition
© Armand Colin, 2012

Armand Colin est une marque de
Dunod Éditeur, 11 rue Paul Bert, 92247 Malakoff Cedex

ISBN : 978-2-200-61607-6

www.armand-colin.com

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

SOMMAIRE

Présentation des auteurs	17
Introduction générale : sens et portée de l'entretien dans la pratique clinique (Bernard Chouvier)	19
PREMIÈRE PARTIE : CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE L'ENTRETIEN CLINIQUE (Bernard Chouvier)	117
1 La singularité de l'approche clinique	119
1. Les idées fondamentales	19
2. Champs tensionnels à l'œuvre dans la relation clinique	23
2 Aux commencements de l'entretien	129
1. Objectifs et enjeux de la rencontre clinique	29
2. Le cadre et le métacadre de l'entretien	39
3 Les spécificités de la position clinique	145
1. Le savoir clinique	45
2. Les trois types d'entretien	46
3. Le savoir observer	47
4. Les interventions du psychologue	52
5. La prise en compte des défenses	58
6. Transfert et contre-transfert	62
7. La double écoute	63
DEUXIÈME PARTIE : LES DIFFÉRENTS TYPES D'ENTRETIEN CLINIQUE	165
4 L'entretien en périnatalité (Joëlle Rochette-Guglielmi)	167
1. Les thérapies d'interprétation	67
2. Les thérapies d'attention	68
3. Les thérapies groupales ou à modalité ritualisante	69
4. Une sémiologie dyadique	71
5. Les affres de la création de l'espace dyadique primaire	72
6. Situation clinique	74
5 L'entretien psychanalytique groupal familial (Christiane Joubert)	183
1. Les fondements théoriques et méthodologiques	83
2. Le cadre groupal familial	86

- 3. Les consultations et l'indication de soins psychiques 87
- 4. Situation clinique 89

6 L'entretien avec l'enfant (Bernard Chouvier) 97

- 1. La rencontre avec l'enfant : problème actuel et capacité d'autonomie 97
- 2. La position d'enfance du clinicien 99
- 3. Jeux et dessins dans l'entretien avec l'enfant 100
- 4. Alliance thérapeutique avec l'enfant et alliance thérapeutique avec les parents 104
- 5. À l'épreuve de la temporalité : avant l'après-coup 105
- 6. Situation clinique 106

7 L'entretien avec l'adolescent (Bernard Chouvier) 113

- 1. Dépendance et autonomie 113
- 2. La quête de l'identité sexuelle 116
- 3. Traumatophilie et conduites ordaliques 117
- 4. L'idéalité et le groupe 119
- 5. La prise en charge et les lieux institutionnels 122
- 6. Situation clinique 122

8 L'entretien clinique et la psychothérapie de l'adolescent (Thomas Rabeyron) 129

- 1. Processus de l'adolescence en souffrance 129
- 2. L'aménagement du cadre 131
- 3. Principes de l'entretien psychothérapique 133
- 4. Situation clinique 138

9 L'entretien avec l'adolescent aux prises avec sa violence et la violence de l'environnement (Angélique Gozlan) 143

- Introduction 143
- 1. L'agir adolescent 144
- 2. L'adolescent et la violence de l'environnement 145
- 3. La destructivité du cadre de l'entretien 147
- 4. Processus psychiques en jeu dans la relation transféro-contre-transférentielle 151
- 5. La victimisation de l'adolescent en situation de violence 154
- 6. Pour une créativité dans la violence 157

10 L'entretien avec le sujet âgé (Jean-Marc Talpin) |161

1. Le cadre institutionnel des entretiens 162
2. La demande d'entretien 163
3. L'espace et le temps de l'entretien 165
4. Le corps dans l'entretien 167
5. Structure d'âge et organisation des transferts 169
6. L'entretien avec le sujet dément 171
7. Les visées des entretiens avec les sujets âgés 172
8. Situation clinique 172

TROISIÈME PARTIE : LES PRATIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'ENTRETIEN CLINIQUE |179

11 L'entretien psychologique à l'hôpital général (Nathalie Dumet) |181

1. Des spécialités médicales à l'unité du sujet malade 181
2. À la rencontre du malade 184
3. Situation clinique 192

12 L'entretien aux confins de la psychose (Patricia Attigui) |199

1. Préambule 199
2. Les semblances du connu et la vérité du lointain 202
3. L'écrit clinique et le récit du cas 203
4. Le transfert au cœur de l'entretien 204
5. De la crainte de l'effondrement à l'inquiétante familiarité 207
6. L'entretien, lieu de construction de l'espace psychique 209
7. Le désir du thérapeute : filtre et moteur de l'entretien 211
8. Appréhender les fondements réels du délire 211
9. L'entretien, par-delà la mémoire 216

13 L'entretien en prison (Magali Ravit) |219

1. Contexte de la rencontre clinique 220
2. Dispositif des entretiens cliniques 222
3. Relation thérapeutique et travail de mentalisation 224
4. Situation clinique 229

14 L'entretien dans la problématique addictive (Anne Brun) |235

1. Addiction et perspective psychosomatique : le lien corps/psyché 235
2. La dynamique transféro-contre-transférentielle 238

3. De la désaffectation au partage d'affect	240
4. Les différents types de cadres-dispositifs d'entretien	241
5. Les interventions du clinicien	242
6. Situation clinique	242
15 L'entretien avec le sujet suicidant (Joanne André)	 249
1. Le cadre hospitalier	250
2. La situation et les enjeux de l'entretien clinique	253
3. Situation clinique	257
16 L'entretien en réanimation médico-chirurgicale adulte (Raphaël Minjard)	 263
1. La demande	265
2. Vie psychique et réanimation	265
3. Errer et être là	268
4. Percevoir ou la fonction de témoin	270
5. Faire des histoires symbolisantes : le travail de passeur	271
6. Peut-on penser une méthodologie de l'entretien spécifique en réanimation ?	272
7. Situation clinique	274
8. Compréhension et analyse	276
Conclusion	 279
Bibliographie	 281
Index	 295

PRÉSENTATION DES AUTEURS



ANDRÉ Joanne, psychologue clinicienne, maître de conférences en psychopathologie psychanalytique, Université Paris Descartes.

ATTIGUI Patricia, psychologue clinicienne, psychanalyste, professeur de psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2.

BRUN Anne, psychologue clinicienne, psychanalyste, professeur de psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2.

CHOUVIER Bernard, psychologue clinicien, psychanalyste, professeur émérite de psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2.

DUMET Nathalie, psychologue clinicienne, professeur de psychopathologie clinique du somatique, Université Lumière Lyon 2.

GOZLAN Angélique, docteur en psychopathologie et psychanalyse, psychologue clinicienne, chercheuse associée à l'Université Lumière Lyon 2 et à l'Université Paris 7.

GUILLIER-PASUT Nathalie, psychologue clinicienne, chargée de TD, Université Lumière Lyon 2.

JOUBERT Christiane, psychologue clinicienne, psychanalyste de familles et de couples, psychanalyste de groupe, professeur de psychologie clinique, Université de Toulouse Jean Jaurès.

MINJARD Raphaël, psychologue clinicien, maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2.

RABEYRON Thomas, psychologue clinicien, maître de conférences en psychologie clinique, Université de Nantes.

RAVIT Magali, psychologue clinicienne, expert près la cour d'appel de Lyon, maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique, Université Lyon 2.

ROCHETTE-GUGLIELMI Joëlle, psychologue clinicienne, psychanalyste, maître de conférences associée en psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2.

TALPIN Jean-Marc, psychologue clinicien, professeur de psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2.

INTRODUCTION

GÉNÉRALE

SENS ET PORTÉE DE L'ENTRETIEN DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

Depuis quelques décennies, la pratique du psychologue clinicien s'est considérablement étendue. Il n'est quasiment plus de secteur social qui ne bénéficie de la présence d'un clinicien, sur les lieux mêmes ou en différé pour une reprise élaborative avec les équipes de terrain.

Dès les années 1970, la psychologie clinique, ayant fait ses preuves dans le champ psychiatrique, commençait à trouver des applications aussi bien dans le domaine de la santé que dans celui du travail. Le besoin de prendre en compte la personne comme une unité subjective, au lieu de se limiter à ses troubles somatiques ou à ses motivations, s'est fait sentir de façon pressante et a créé de nouvelles fonctions pour le clinicien. Aujourd'hui, c'est l'ensemble du corps social qui est concerné. L'armée, la police, les prisons, les banques et même, depuis peu, les casinos emploient des psychologues cliniciens pour faire face à des problèmes aussi aigus que divers. Sans parler du secteur libéral qui, compte tenu d'une demande croissante, s'est également accru de façon notable.

Une telle extension professionnelle ne va pas sans poser de problèmes. N'y a-t-il pas un risque de dilution des principes de la clinique devant une généralisation pratique ? Le tranchant de la méthode ne s'érousse-t-il pas au contact de situations professionnelles si différentes ?

Un autre aspect épineux est celui de la formation. Dans le domaine judiciaire, par exemple, n'est-il pas nécessaire que le clinicien reçoive des enseignements sur la criminologie ? Ne convient-il pas également de développer plus avant des spécialités en gérontologie et dans le domaine des addictions, notamment ?

Quoi qu'il en soit de ces questions cruciales qui préoccupent toutes les instances formatrices, il importe de définir et de cerner les tâches essentielles et premières qui caractérisent la pratique de la psychologie clinique. Les deux outils qui sont incontournables et ne font l'objet d'aucune controverse, ni d'aucune polémique, sont *l'entretien clinique* et *l'examen psychologique*¹.

Cet ouvrage a pour but de dégager les aspects fondamentaux de la méthode clinique, tels qu'ils sont mis en pratique dans le champ clinique en prenant appui sur les acquis de la psychanalyse. Dans la mesure où la clinique s'attache à l'ensemble de la personne, elle ne saurait laisser de côté cette dimension centrale de la vie psychique découverte et mise en lumière par Freud qu'est *l'inconscient*. Pas de psychologie clinique légitime sans prise en compte des différents niveaux de la vie psychique et, en premier lieu, de celui qui a si longtemps été oublié par la psychologie parce que méthodologiquement difficile d'accès puisque, par principe même, il échappe à la conscience qui veut en prendre connaissance. La psychanalyse nous a donné les moyens d'accéder de manière indirecte à l'inconscient et il n'est pas possible de concevoir une psychologie clinique authentique sans l'apport du savoir analytique sur les fonctionnements en profondeur de l'appareil psychique. Cette approche est certes plus complexe qu'une pure et simple psychologie de la conscience mais, on le comprend, elle est indispensable pour fonder une écoute réelle et ouvrir à une aide, un accompagnement ou un suivi thérapeutique.

L'entretien est à la base de la formation du psychologue clinicien. Il vectorise toute rencontre et se fonde sur l'outil premier mis à la disposition de chacun, la *parole*. Et c'est justement cette évidence première qui en constitue le premier obstacle épistémologique. Puisque tout le monde est doué du verbe, tout le monde est compétent à manier l'entretien et il n'est pas besoin de formation particulière pour savoir parler et écouter. Chacun aurait ainsi la compétence psychologique dans la mesure où il a la compétence langagière. Les choses sont en réalité un peu plus compliquées que cela et quiconque a dialogué avec une personne dépressive de son entourage a pu s'en rendre compte de façon manifeste. Très vite, la conversation s'enlise dans la plainte ou le ressassement et il n'est plus d'autre issue que de mettre fin à un échange pénible et douloureux, ne débouchant sur aucune solution pratique. La nécessité d'une compétence acquise et non plus naturelle se fait jour dès lors qu'on souhaite réellement qu'un processus de changement se mette en place pour la personne qui est en souffrance. La reconnaissance même de *l'être en souffrance* d'un sujet est d'ailleurs le premier pas de la démarche clinique elle-même.

1. Outre cet ouvrage, les éditions Armand Colin proposent dans la même collection *L'examen psychologique au fil des âges*, sous la direction de M. Ravit.

Dans une *première partie*, nous allons présenter et analyser les caractéristiques générales de l'entretien psychologique basé sur une méthode clinique et mettant en œuvre, selon un axe psychodynamique, les données du savoir psychanalytique. Illustré par des exemples simples et concis, chaque chapitre s'efforce de définir et de développer les concepts organisateurs de l'approche théorico-clinique de l'entretien, selon une perspective strictement praticienne.

Le chapitre 1 revient sur les *données fondamentales de la méthode clinique*, à savoir l'intériorité comme point de vue dominant, l'unicité indivisible de la personne et la totalité définissant l'approche clinique. Le clinicien met en avant la question de la présence et il privilégie la compréhension à l'explication. Ce qui est essentiel dans sa démarche, c'est la tenue paradoxale à laquelle il est confronté entre l'universalité du fonctionnement psychique et la prise en compte centrale de la dimension propre de chaque situation particulière. Seront abordées les questions de l'empathie et de l'identification, ainsi que la nécessaire implication réciproque du clinicien et du consultant durant l'entretien.

Dans le chapitre 2, il s'agit de se centrer sur *l'importance de la demande* et de définir très précisément *le cadre et le métacadre* de l'entretien. Le concept de *rencontre* et celui de *Stimmung* permettent de cerner au mieux les enjeux profonds du fonctionnement psychique. La neutralité et la bienveillance seront également abordées.

Les *spécificités de la position clinique* sont traitées au chapitre 3. On distingue trois types d'entretien : directif, semi-directif et non directif. Le sens de l'observation est particulièrement sollicité et il est partie intégrante du savoir clinique. Il importe également de repérer la manière dont le clinicien intervient et de voir comment se mettent en place le transfert et le contre-transfert durant l'entretien. Le psychologue doit prendre en compte les attitudes défensives qui se manifestent dans l'entretien, tout en les respectant. Il est à l'écoute à la fois de ce que dit le consultant et de ce qu'il lui fait ressentir affectivement.

La *deuxième partie* est consacrée à la spécificité de l'entretien selon les différents âges de la vie. Si les données fondamentales de l'entretien demeurent inchangées, un certain nombre de paramètres nouveaux demandent à être considérés. La dimension plurielle de l'entretien est le premier registre à souligner. Le clinicien n'a plus seulement affaire à une personne individuelle, indépendante et autonome, mais il est confronté à une écoute groupale et multidimensionnelle. Soit plusieurs sujets sont présents au cours de l'entretien, comme dans la consultation parents-bébé ou dans la thérapie familiale, soit le clinicien doit fédérer et orchestrer des entretiens à plusieurs niveaux, comme par exemple entre la famille d'une part, l'enfant ou la personne âgée dépendante d'autre part. Le praticien est amené à jouer sur ces différents niveaux, afin

d'assurer l'approche la plus appropriée de la souffrance du sujet lui-même, comme aussi de celle du groupe familial.

Il est évident que le nombre des aspects qui permettent de différencier des types particuliers d'entretien en fonction de l'âge est d'une extrême étendue. Nous nous sommes limités, au cours de ces sept chapitres, aux distinctions basiques afin de repérer au mieux ce qui peut influencer, dans l'entretien, du fait du degré de maturation psychique du sujet que le clinicien a en face de lui.

Une première question est celle de savoir quel est le degré de compréhension langagière du sujet. Le bébé est par définition un *infans*, c'est-à-dire quelqu'un qui ne possède que peu ou pas le maniement du langage. Il n'en est pas moins une personne qui demande à être reconnue pour telle. Entrer en communication avec lui nécessite d'user des divers canaux sensoriels. De plus, cette communication gagne à être médiatisée et les manières en sont multiples. Le chapitre 4 s'attache à mettre en lumière ces diverses questions, en insistant particulièrement sur les liens avec la mère et aussi avec le père.

L'enfant, comme le bébé, n'existe pas seul. Son lien avec les parents et la fratrie est au cœur même de sa problématique. *L'entretien familial* répond précisément à ce type d'exigences. Le chapitre 5 en déplie les différents aspects et niveaux, tout en mettant tout particulièrement l'accent sur la dimension groupale qui nécessite une approche spécifique.

L'entretien avec l'enfant ayant acquis l'usage de la parole demande à prendre en compte le sens propre que revêt le langage selon le niveau de développement. L'accès au sens et le caractère fonctionnel des mots varient beaucoup en fonction de la maturation psychique. Le chapitre 6 met en avant tous ces éléments en proposant les lignes principales qui organisent la rencontre avec l'enfant. La mise en œuvre du jeu et du dessin sont deux prérequis de la dynamique de cet entretien.

Avec l'adolescent, l'entretien prend une autre tournure. La quête de l'identité qui l'anime passe d'abord par un processus d'autonomisation. Comment se dégager de l'influence des parents et des substituts parentaux ? À travers l'écoute qu'il lui prodigue, le clinicien cherche à consolider les assises narcissiques de l'adolescent pour lui permettre d'accéder à la maturation (chapitre 7). L'étayage d'une médiation adaptée est à créer dans l'espace clinique pour être en correspondance avec la nécessaire présence du groupe des pairs. L'accompagnement de l'adolescent nécessite un certain nombre d'aménagements du cadre clinique (chapitre 8). Le chapitre 9 se consacre à l'entretien clinique avec l'adolescent lorsqu'il est aux prises avec sa violence et avec la violence de l'environnement.

Quant à *l'entretien avec la personne âgée* (chapitre 10), il est fortement dépendant du cadre institutionnel dans lequel il a lieu. Il importe que le psychologue

tienne compte des circonstances extérieures et qu'il s'appuie sur les membres de la famille, surtout lorsque l'âgé souffre d'absences et de troubles mémoriels. Le renforcement des enveloppes psychiques aide à protéger contre la dépressivité et à prévenir le *syndrome de glissement*.

La présentation et l'analyse de situations cliniques singulières servent non seulement à illustrer la démarche spécifique en jeu, mais aussi à mettre en perspective les concepts théoriques et les données développementales relatives aux différents âges de la vie. Les exemples d'entretiens choisis sont directement issus de la pratique, tout en infléchissant quelque peu les données réelles par souci déontologique, nécessité méthodologique et besoin didactique. Les commentaires qui suivent les différents cas sont autant de pistes réflexives et associatives. Ils n'ont aucune finalité exhaustive et sont essentiellement formulés pour ouvrir à l'échange clinique, aussi bien du côté de la psychopathologie que de la compréhension méthodologique de la dynamique d'un entretien.

La *troisième partie* se centre exclusivement sur les diverses pratiques de la psychologie clinique au sein des institutions où est dispensé le soin psychique. Il s'agit de mettre en évidence à la fois la persistance du modèle psychodynamique de l'entretien, sa résistance à toutes les circonstances extérieures qui le malmènent et sa souplesse adaptative face aux nécessités institutionnelles. L'entretien peut fluctuer dans ses modalités, il peut varier selon le contexte, sans toutefois déroger à ses principes internes et à la logique constructive dont il émane. Nous avons choisi de retenir six types d'approche de l'entretien, en lien avec les lieux professionnels les plus connus dans lesquels exercent les psychologues cliniciens. Nous ne nous attarderons pas spécialement sur les psychopathologies rencontrées, mais nous insisterons sur les enjeux propres de la pratique des entretiens dans de tels lieux.

L'arrivée du psychologue clinicien à l'*hôpital général* (chapitre 11) a eu des effets réels sur la manière de concevoir l'approche des troubles somatiques. Qu'il s'agisse du traitement de l'angoisse face aux soins chirurgicaux et hospitaliers ou des effets dépressifs liés à une dynamique somato-psychique, l'écoute clinique retrouve sa signification primitive et favorise l'ouverture communicationnelle.

Le lieu traditionnel exigeant la présence du psychologue clinicien est l'*hôpital psychiatrique* (chapitre 12). Bien qu'une telle institution ait beaucoup changé, les patients présentant des troubles psychotiques demeurent la population la plus souvent traitée. Que ce soit à l'intérieur des murs ou que ce soit à l'extérieur, dans des structures intermédiaires, l'entretien demande à être abordé de façon particulière, dans la mesure où il s'inscrit au sein d'un dispositif global de soin. D'un côté, le besoin d'un traitement pharmacologique appelle une approche médicale de type psychiatrique et de l'autre, les effets déstructurants de la psychose, tant au niveau

corporel qu'au niveau social, nécessitent une logique de prise en charge groupale centrée sur l'utilisation de médiations thérapeutiques.

Dans le *cadre pénitentiaire* (chapitre 13), l'entretien prend une tout autre dimension, compte tenu des contraintes imposées par l'enfermement. Le clinicien, comme le détenu, est soumis aux strictes règles de la prison, et ce contexte donne aux entretiens une teneur singulière. Certes ils ont lieu à la demande du sujet incarcéré, mais il faut toujours avoir à l'esprit qu'ils reposent sur une structure paradoxale, à savoir l'émergence d'une parole libre dans un contexte qui ne l'est pas. L'écoute clinique est assujettie à ce contexte coercitif, dont elle peut malgré tout se dégager en s'appuyant sur les effets de contenance et de sécurisation narcissique générés par la situation d'enfermement.

Dans un *centre spécialisé sur les addictions* (chapitre 14), service d'alcoologie ou lieu d'accueil et de traitement de la toxicomanie, l'entretien occupe une place privilégiée. La rencontre avec le psychologue permet une évaluation partagée du désir de sevrage et des capacités subjectives d'y parvenir. La rencontre clinique est l'occasion d'une prise de conscience de la situation, sans toutefois préjuger de la possibilité de l'engagement dans un processus thérapeutique. La dépendance et l'accoutumance rendent difficile et chaotique la mise en place d'entretiens thérapeutiques réguliers et durables, seule condition nécessaire pour la réussite d'un traitement.

La présentation des lieux institutionnels spécifiques dans lesquels ont lieu les entretiens cliniques et qui influent sur leur déroulement se poursuivra par l'analyse d'un service particulier de l'urgence, *l'accueil des sujets suicidants* (chapitre 15). De la recherche du sens à donner à un tel acte, à l'amorce d'un processus thérapeutique fondé sur la scène suicidaire, la démarche pour se dégager de la spirale de la souffrance est souvent longue et coûteuse sur le plan psychique.

Enfin, le dernier chapitre (chapitre 16) nous propose une méthode d'entretien clinique pour le psychologue en réanimation auprès de patients au moment de l'éveil de coma.

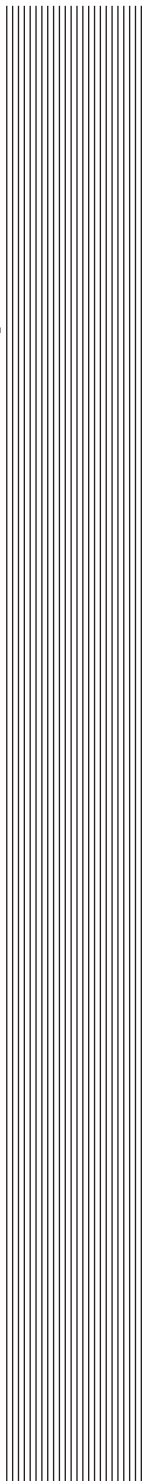
Comme dans la partie précédente, les cas choisis pour mettre en évidence la spécificité de chaque situation sont présentés et analysés de façon claire et précise, au plus près du vécu transférentiel et contre-transférentiel de chaque expérience. Bien que leur valeur paradigmatique soit réelle, ils ne préjugent en rien de l'extrême diversité des situations et des contextes possibles.

À travers les différentes rencontres relatées, le lecteur prend connaissance d'une grande variété de situations et de cas possibles et il est en mesure de se rendre compte de la complexité clinique de la démarche d'entretien et de son extrême fécondité. Rencontre singulière ou plurielle, l'échange avec le psychologue clinicien est toujours l'occasion d'une reprise de soi pour le sujet et de la découverte, sinon

de l'exploration, des parts d'altérité qui l'habitent. L'entretien clinique représente le lieu unitaire de la rencontre dans lequel le sujet peut se rassembler et amorcer une appropriation subjective de ses difficultés psychiques, dans une dynamique qui ne s'entreprind qu'en liaison étroite avec une équipe soignante soucieuse autant du devenir individuel que des relations intersubjectives des patients entre eux et avec les membres de l'institution.

PREMIÈRE PARTIE
**CARACTÉRISTIQUES
GÉNÉRALES
DE L'ENTRETIEN**

Bernard Chouvier



CHAPITRE 1

LA SINGULARITÉ DE L'APPROCHE CLINIQUE

1. LES IDÉES FONDAMENTALES

2. CHAMPS TENSIONNELS À L'ŒUVRE DANS LA RELATION CLINIQUE

1. LES IDÉES FONDAMENTALES

Ce qui définit avant tout l'entretien clinique, c'est sa singularité, qui peut être reprise sous la forme suivante :

- *trois concepts* (l'intériorité, l'unicité et la totalité),
- *deux attitudes* (la présence et la compréhension),
- *un paradoxe* (sur la base d'une rencontre intersubjective, être en lien avec l'autre tout en percevant l'altérité fondamentale de sa différence).

1.1. L'INTÉRIORITÉ, L'UNICITÉ ET LA TOTALITÉ

Le premier concept est celui de *l'intériorité*, c'est-à-dire le point de vue du sujet lui-même. Dans le travail clinique, toute situation est appréhendée de l'intérieur, telle que le sujet la vit ou est censé la vivre au-dedans de lui. Notre objet de centration en tant que clinicien est celui-ci. Prenons par exemple la situation du suicide au travail : il y a bien entendu des données sociologiques, statistiques, extérieures à ce propos. Mais que s'est-il passé pour que l'employé en vienne à supprimer son existence ? Envisager la situation sous l'aspect de l'intériorité, c'est essayer d'écouter le sujet, de comprendre la logique interne qui l'aura poussé au suicide.

Comprendre, oui, mais aussi en tenant compte du fait que chacun des sujets que nous rencontrons est unique. *L'unicité* de tout être humain est une vérité clinique, mais c'est également un principe méthodologique fondamental. Aucun d'entre nous n'a la même histoire, ou plutôt chacun vit les choses différemment. Chaque vécu est

singulier, chaque pathologie est exprimée personnellement de façon distincte. Une formulation clinique rapide et approximative serait de dire par exemple : « C'est un cas d'hystérique. » En réalité, il y a *des* hystéries et chaque situation individuelle diffère des autres de manière plus ou moins grande. Il est important pour le clinicien d'être vierge de tout savoir lors du premier contact et d'être sensible à ce que chaque personne rencontrée ressent subjectivement.

« Tout m'intéresse. » Ainsi pourrait être formulé le credo du clinicien : appréhender la vie psychique de l'autre dans sa *totalité*. Ce point de vue holistique – du grec *holos* signifiant « tout » – suppose une considération globale de la réalité psychique, qui refuse de parcelliser ses connaissances sur ce que le sujet dit, qui s'oppose à une centration sur tel ou tel aspect de la vie de celui-ci. Le clinicien n'a pas une *compétence en tout* mais, en revanche, il adopte la *référence au tout* du sujet comme le centre même de sa démarche. Il ne s'agit pas d'épuiser tous les aspects de la vie psychique, l'identité professionnelle, l'identité relationnelle, l'appartenance familiale ou autres, mais de chercher intuitivement ce qui fait lien entre toutes ces dimensions. Cette posture est indispensable dans le travail du clinicien, en tant qu'elle met en lumière l'importance pour celui-ci de demeurer « sans désir et sans mémoire » (W.R. Bion, 1970), c'est-à-dire de conserver une position « d'attention flottante », sans être sous le joug de valeurs ou règles morales, quelles que soient les siennes propres. Ceci se caractérise concrètement par l'absence de prise de position quant aux conflits du sujet. Sans données privilégiées ni hors sujets ni encore exclusives, le travail du clinicien consiste à laisser libre cours à la parole du consultant, *hic et nunc* dans la rencontre clinique.

Ces trois registres basiques de l'intériorité, de l'unité et de la totalité débouchent sur deux attitudes caractéristiques de l'entretien clinique.

1.2. LA PRÉSENCE ET LA COMPRÉHENSION

La présence est une donnée essentielle et particulièrement significative de ce qui constitue l'entretien. Être présent, pour le clinicien, c'est être attentif à ce qui se dit et à ce qui se passe dans l'infraverbal, la mimo-gestuelle, les regards, l'intonation de la voix et l'ensemble de ce que nous apportent nos sens. Mais c'est aussi être attentif à ses propres mouvements psychiques, à ses propres éprouvés face à la situation et à ses associations. En d'autres termes, être présent pour rencontrer l'autre et ressentir les choses au plus profond de l'expérience, dans une attention psychique en résonance intime avec ce que l'autre dit, ne dit pas, semble dire ou voudrait dire. À l'écoute d'un discours logorrhéique ou monotone par exemple, face à un écran de mots pouvant empêcher la rencontre, qu'est-ce que je vis de ce que l'autre me dit ?

Pourquoi m'arrive-t-il de divaguer ? Quels sont les processus transférentiels et contre-transférentiels en jeu dans ces « moments de rencontres » (D.N. Stern, 1985) ? Ce qui est primordial effectivement, c'est ce qui se joue dans l'ici et maintenant entre les deux psychés qui se font face, qui se confrontent, sans toutefois jamais s'affronter. L'ensemble de ces données psychiques, qui mobilisent des mouvements affectifs aussi bien positifs que négatifs, délimite des enjeux existentiels cruciaux. Le consultant est à même de faire l'expérience de ses propres limites, comme de l'authenticité de ses choix identitaires, pendant ce temps privilégié de l'échange avec le clinicien, cet autre qui met à sa disposition ses capacités d'écoute et d'attention.

Cette réflexion autour de la présence peut être mise en lien avec une autre dimension importante dans la posture professionnelle du clinicien : *la compréhension*. Au sens étymologique du terme, « comprendre », c'est « prendre avec ». Chercher à comprendre, c'est saisir dans son ensemble la complexité de l'autre sans vouloir néanmoins la maîtriser, c'est aller vers l'autre ou laisser venir à soi ce qui est dit. Comprendre, ce n'est pas expliquer, ce n'est pas trouver des modes d'explication théorique au fonctionnement psychique du sujet, mais c'est être impliqué dans la relation. Comprendre se fait dans un échange, en lien avec une pensée et avec une personne : c'est le processus d'une écoute globale dans un rapport direct de psyché à psyché.

L'entretien clinique se définit comme une rencontre intersubjective, au cours de laquelle c'est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité. Le contact s'établit au sein précisément de cette communauté humaine que révèle la rencontre. Le « je » du consultant entre en relation immédiate avec le « je » du récepteur-clinicien.

1.3. LE PARADOXE ENTRE COMMUNAUTÉ ET ALTÉRITÉ

Cette communication, qui se définit par le rapproché des personnes dans l'instant, en l'absence de tout intermédiaire, et qui s'opère sur le fond d'une compréhension universelle, se trouve cependant confrontée au « mur de l'altérité ». Nous ne pouvons jamais atteindre cette altérité, différence infranchissable entre soi et l'autre, entre deux psychés individuelles.

Le clinicien va constamment naviguer entre ces deux pôles, entre universalité et altérité, dans cette opposition entre la reconnaissance de l'autre et son impossibilité de communiquer totalement avec lui, en composant avec cette distance irréductible. Cet « obstacle épistémologique » central et nécessaire dans la connaissance intersubjective (G. Devereux, 1972) peut se formuler de façon paradoxale : *être en lien avec l'autre tout en percevant l'altérité fondamentale de sa différence*.

Le clinicien, par son attitude propre qui tient compte à la fois de ses compétences acquises et de son expérience, favorise de façon maximale l'ouverture et la proximité

psychique avec le consultant, sans perdre de vue qu'il existe toujours une barrière naturelle qui le sépare irrévocablement de l'autre. Cet autre qui est en face de soi dans la consultation, que l'on peut reconnaître comme un *alter ego* mais qui n'en reste pas moins un *étranger* du fait même qu'il n'est pas identique à soi.

La situation clinique met en lumière de manière manifeste ces jeux d'opposition entre ce qui est en propre à un sujet, ce qui en fonde l'identité et ce qu'il découvre inconsciemment au fond de lui, qui lui paraît incompatible avec cette même identité. L'intersubjectivité clinique offre à chacun des deux partenaires de la relation l'occasion d'éprouver ce en quoi il se sent « étranger à lui-même » (J. Kristeva, 1988) et qui peut générer en lui un sentiment d'angoisse que l'attitude du clinicien a pour fonction de tempérer. « Je est un autre », constate judicieusement A. Rimbaud (1871). Il ne faut cependant pas oublier de compléter cette formulation en précisant que *tout autre est aussi un je* avec lequel il est possible de communiquer. L'entretien clinique est la preuve concrète et patente que l'incommunicabilité, pour profonde qu'elle soit, est pourtant surmontable. C'est en quelque sorte le pari fondateur de toute rencontre clinique.

Le choc de la rencontre est celui de « la première fois ». L'autre est là, assis en face de soi, angoissé de ne pas connaître les règles du jeu de l'entretien. Et de son côté, le clinicien éprouve une certaine appréhension, car il ne sait rien de cet inconnu qui vient le voir, ni ce qu'il est, ni ce qu'il attend de lui. Bien que les raisons soient différentes, l'expectative, comme l'incertitude, est commune. L'instabilité de la relation qui s'instaure est la condition de la rencontre. Sitôt la relation s'oriente vers du connu, le risque de la familiarité prend place et la banalisation du contact menace. Si, d'un côté, le clinicien doit être *surpris* (Th. Reik, 1935) pour que sa perspicacité clinique soit mise en éveil, de l'autre, le consultant doit rester inquiet pour laisser apparaître l'acuité de ses difficultés, sans pour autant être plongé dans l'insécurité. La présence sereine du clinicien procure un aspect rassurant suffisant pour qu'un climat de confiance s'installe, tout en laissant la place nécessaire pour que le mal-être puisse surgir et trouver des moyens d'expression adéquats. Et, à l'opposé, le praticien est sûr de lui sans manquer d'être intrigué et de se laisser déstabiliser par le caractère curieux et inattendu de ce que livre le consultant. Pour le dire autrement, le praticien présente une quiétude qui rassure et une présence distante qui inquiète, tout en éprouvant intensément l'impression d'étrangeté que lui procure cet autre qui vient lui parler d'une souffrance lui appartenant en propre et étant, à la limite, irréprésentable et incommunicable.

Par conséquent, l'entretien clinique est la rencontre possible et souhaitée entre deux points de vue dissemblables qui cherchent leur convergence. Il serait erroné de parler de *techniques* de l'entretien, car ce serait réduire ses enjeux à de simples

questions de savoir-faire et de méthodes. Il est préférable de parler d'un *art*, dans la mesure où il est question de l'application subjective de données théoriques, de préceptes déontologiques et d'une expérience avérée de l'humain.

2. CHAMPS TENSIONNELS À L'ŒUVRE DANS LA RELATION CLINIQUE

À partir du paradoxe central entre l'universalité et l'altérité dans l'échange, deux champs tensionnels fondamentaux sont à décliner : d'une part, celui de *l'asymétrie* et de *l'implication réciproque* dans la relation clinique et d'autre part, celui de *l'identification*, de *l'intuition* et de *l'empathie*.

2.1. ASYMÉTRIE DE RELATION ET IMPLICATION RÉCIPROQUE

Même si, nous l'avons vu, l'entretien porte sur la relation humaine, au cœur d'une égalité subjective, il y a toujours une inégalité, une asymétrie dans la position de chacun des partenaires. Le sujet vient voir un clinicien, sujet « supposé savoir » dirait J. Lacan, c'est-à-dire quelqu'un qui a été formé à des pratiques de l'entretien et qui possède un certain savoir clinique. En ce sens, il est possible de dire que la connaissance de soi passe par le recours à une personne extérieure, « qui connaît pour soi », c'est-à-dire qui a la connaissance du fonctionnement psychique et qui, « moi-auxiliaire » au sens de Freud, permettra un étayage intersubjectif aidant le sujet à maîtriser les forces internes qui le dépassent et qui créent chez lui de véritables souffrances. En d'autres termes, la subjectivité se construit dans l'intersubjectivité, dans cette dialectique entre soi et l'autre.

Cette asymétrie de la relation entre écoutant et écouté est indispensable dans le travail clinique : il y a quelqu'un qui écoute et quelqu'un qui vient déposer une plainte, une souffrance, une demande. Le sujet recherche une écoute spécifique, qui n'est ni celle d'un parent ni celle d'un ami proche. L'écoute du clinicien se différencie en ce sens qu'elle introduit un écart, une distance qui doit permettre un recentrement du consultant sur lui-même. Le clinicien n'est pas connu du consultant, il est pour lui un étranger, avec lequel du coup il va pouvoir instaurer une relation totalement nouvelle, qui ne préjuge en rien de ses fonctionnements habituels ni des « travers » relationnels qui lui sont familiers.

Ce sera dans cet échange asymétrique qu'une élaboration pourra peu à peu se déployer, ce sera en même temps dans l'implication réciproque de chacun, du consultant et du clinicien. L'implication de ce dernier se définit d'abord par la négative. Le cadre de cette rencontre clinique n'est pas, en effet, celui d'un entretien-conseil. Le clinicien répond au sujet sur le mode de l'écoute réceptive, sans

prendre parti ni donner de marche à suivre. S'impliquer consiste pour le clinicien à prêter son appareil psychique à l'autre durant le temps de l'entretien. À avoir une fonction contenante de la parole qui lui est adressée pendant l'entretien, à tenter de comprendre ce que l'autre vit, dans une présence physique, en chair et en os. C'est la présence du clinicien qui détermine son implication : il n'est pas un miroir neutre qui renverrait au sujet l'image de ce qu'il voit et entend. Non, il reçoit cette image, il contient cette parole et il est là, dans sa corporéité et dans toute sa vie psychique propre, avec ses réactions personnelles qui ne seront pas des réactions d'imitation ou de contagion. C'est dans cette distance décisive par rapport à la parole de l'autre que la compréhension de la situation peut progressivement prendre forme dans la psyché du consultant. Cet écart, à mi-chemin entre la présence et le retrait, laisse ainsi au consultant la place pour *penser*, c'est-à-dire pour construire progressivement sa propre réponse, ses propres solutions aux impasses et aux problèmes qui sont les siens. Par exemple, une personne dépressive, qui vient déposer pendant un entretien son mal de vivre et ses malaises au quotidien, parvient peu à peu à se retrouver elle-même, à renouer avec son soi d'autrefois (son *old-self*, pour reprendre l'expression anglaise) et ainsi à pouvoir ouvrir la voie à une reconstruction lente et progressive de soi.

2.2. EMPATHIE, INTUITION ET IDENTIFICATION

Ce second champ tensionnel est essentiel dans la dynamique de l'entretien clinique, l'identification et l'empathie étant des conditions nécessaires à l'implication réelle du psychologue dans sa rencontre avec un sujet.

Écouter l'autre, c'est pouvoir se mettre à sa place pour comprendre de l'intérieur, pour revivre, dans son appareil psychique propre, ce qu'il a pu vivre et éprouver. C'est la capacité d'*empathie* – du grec *en*, « dans » et *pathein* « éprouver, souffrir » – la capacité d'« identification projective positive », au sens de M. Klein (1921), de pouvoir se mettre à la place de l'autre, en se projetant dans sa vie, dans la relation présente, au moment où il nous parle (P. Attigui, A. Cukier et coll., 2011).

Où s'origine cette capacité d'empathie ? Les travaux neuroscientifiques ont montré le rôle des neurones miroirs dans le cerveau humain au cœur de la relation mère/bébé et la manière dont, dans une spirale interactionnelle (S. Lebovici, 1983), le bébé réagit aux sourires, aux regards de sa mère, celle-ci réagissant également aux pleurs de son bébé. Cette découverte fondamentale a mis en évidence qu'il n'y a pas de « fusion » mère-bébé au sens premier du terme, mais qu'il s'agit d'une communication intense, réactive et interactive de leurs deux appareils psychiques, le bébé en lien constant avec les stimulations sensorielles de son environnement maternel.

La capacité d'empathiser trouve donc sa source dans ces données fondamentales de la communication originaire avec autrui, ainsi que dans celles du lien d'attachement (J. Bowlby, 1969) et de la relation de proximité ou non du bébé avec son environnement premier. Si ces données ont été faussées, défailtantes, empiétées ou carencées, une difficulté, voire une impossibilité d'empathiser, se développe, dans les situations de psychopathie notamment.

Deux dimensions sont à cet égard à distinguer dans l'empathie : la *dimension cognitive* d'abord, qui permet de se saisir des représentations du sujet, de ses idées, de ses points de vue... mais également, liée à la première, une *dimension affective*. Empathiser est aussi tenter de ressentir, d'appréhender ce que le sujet lui-même ressent, sans pour autant se laisser déborder par ses croyances et ses affects. Appréhender, ressentir ce que l'autre lui-même ressent...

On entend souvent dire qu'« être psychologue, c'est avoir de l'intuition ». Comme dans toute expression populaire, il y a une part de vérité dans cette formulation. L'intuition est en effet une autre manière, plus traditionnelle, de désigner la réalité psychique que recouvre l'empathie. *In-tueor* en latin signifie « fixer », « porter attentivement un regard sur », « voir à l'intérieur ». L'intuition, bien qu'elle implique une sorte d'instan-tanéité, se décompose en trois temps principaux (J. Guillaumin, 1968) qu'il importe de bien distinguer pour s'imprégner de la logique implicite du processus qu'elle met en jeu.

Dans un premier temps en effet, le clinicien s'oublie pour être entièrement dans les propos que l'autre exprime, absorbé qu'il est dans le souci de rendre compte au plus près de son vécu, de restituer le plus authentiquement ses éprouvés. Le psychologue se rend le plus possible disponible à la réalité psychique de l'autre. Il *est* dans l'autre, en lieu et place de l'autre, en miroir en quelque sorte avec lui.

Dans un second temps, il éprouve dans son propre appareil psychique les affects et les émotions de l'autre, mais à distance, c'est-à-dire qu'il les évalue à l'aune de ses propres affects et émotions éprouvés lors de circonstances similaires. Cependant, il ne se laisse pas envahir par ses vécus, il est en mesure de les contenir sans se laisser déborder par eux.

La référence à soi permet ainsi une compréhension à la conduite observée chez l'autre, jusqu'à ce que les significations obtenues soient réimputées par la suite de manière structurante à la personne observée, par un mouvement projectif et non plus assimilateur ou identifiant.

Seront donc restitués à l'autre, dans un troisième temps, ses propres éprouvés, mais remaniés et quelque peu recadrés de telle sorte que celui-ci ait le réel sentiment d'avoir été entendu, sinon parfaitement compris.

Un tel ajustement intersubjectif peut être immédiat ou se déployer en plusieurs étapes successives, l'important étant que la communication puisse s'accomplir, pas