

LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Lydia Fernandez, , Jean Louis Pedinielli

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers »

2006/1 N° 84 | pages 41 à 51

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41.htm>

Pour citer cet article :

Lydia Fernandez *et al.*, « La recherche en psychologie clinique », *Recherche en soins infirmiers* 2006/1 (N° 84), p. 41-51.
DOI 10.3917/rsi.084.0041

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L A RECHERCHE CLINIQUE

LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Lydia FERNANDEZ,

Maître de Conférences en Psychopathologie et de Psychologie Clinique, Habilitée à diriger des recherches. Université de Provence, Aix-Marseille I, UFR de Psychologie/Laboratoire PsyClé

Jean Louis PEDINIELLI,

Professeur de Psychopathologie et de Psychologie Clinique. Université de Provence, Aix-Marseille I, UFR de Psychologie/ Laboratoire PsyClé

RÉSUMÉ

La psychologie clinique désigne à la fois un domaine (celui de la psychopathologie) et une méthode (clinique) qui s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. Les domaines d'intervention se composent de multiples champs qui ne se limitent ni aux sujets atteints de troubles mentaux ni à la stricte référence à la dimension individuelle. L'évolution de la discipline a entraîné l'apparition de nouvelles pratiques, de nouveaux lieux, de nouveaux objets : aide aux mourants, handicap, marginalité, souffrance sociale..., institutions non psychiatriques (crèche, hôpital général, prison...), moments du développement normal (nourrisson, adolescent, sujet âgé...). Quatre types de recherche existent : la recherche en clinique ; la recherche clinique ; la recherche-action et la recherche évaluative. Les méthodes et les techniques sont : l'observation clinique, l'entretien clinique, les tests et les échelles et les questionnaires.

Mots clés : démarche clinique, script, enseignement médical



Issue d'une activité pratique, apparue en opposition à l'atomisme et la « déshumanisation » de la méthode expérimentale (en psychologie comme en médecine), la psychologie clinique désigne à la fois un domaine et une méthode. Son domaine a d'abord été celui de la psychopathologie (tentative d'interprétation psychologique de la pathologie mentale et/ou interprétation de la pathologie (d'origine psychologique), puis s'est étendu à toutes les formes de conflits individuels, de souffrance et de dysfonctionnements, tant chez les adultes que chez les enfants). La méthode « clinique » - qui s'oppose à la méthode expérimentale - est « naturaliste », se référant à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus, à l'aspect concret des situations, à leur dynamique, à leur genèse et à leur sens, l'observateur faisant partie de l'observation. La méthode clinique va ainsi produire une situation, avec une faible contrainte, pour faciliter et recueillir les productions d'une personne. Cette méthode suppose ainsi la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi sa liberté d'organiser les situations proposées comme il le souhaite. Elle s'appuie sur des techniques utilisées dans le domaine de la pratique (entretiens, observations, tests...) qui ont pour but d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique d'évaluation et de thérapie) ou de problèmes plus généraux et d'en proposer une interprétation ou une explication (théories psychologiques).

DÉFINITIONS DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Lagache (1949), l'un des « inventeurs » français de la Psychologie Clinique estimait qu'elle visait à envisager la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation. Il revendiquait ainsi le domaine de l'humain (« homme en situation ») comme celui de cette discipline et l'étude des cas singuliers comme sa principale méthode. Les principes de la méthode clinique sont donc la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution des conflits. La référence à l'individualité et à la pluralité des fonctions était évoquée par Lagache qui, au-delà d'une méthode, évoquait une position épistémologique et une conception anthropologique du sujet psychologique.

La pertinence pratique de cette conception en fait un modèle indépassable vers lequel devrait tendre tout travail clinique, mais il serait problématique d'y voir une condition obligatoire de toute approche pour qu'elle soit considérée comme clinique. L'état actuel des travaux psychologiques montre que s'il est essentiel de ne pas se fixer sur certains symptômes en ignorant tout de leur contexte et de la manière dont le sujet les perçoit, il est néanmoins possible de recueillir certaines informations sans s'engager dans une étude de cas exhaustive. Si le résultat d'un patient à un test

peut-être dépendant de la situation (rappelant les examens), du sens que le sujet lui donne (mise à l'épreuve, jugement, sanction...), de la relation avec ce que représente le psychologue, si le patient ne peut être défini à partir de ce seul critère (résultats aux tests), il reste que ceux-ci sont un bon indice des performances intellectuelles et qu'ils ne peuvent être rejetés sans risque. Les termes mêmes de la conception de Lagache « sens », « structure », « genèse », « recherche de ce qui motive le conflit » ne correspondent plus à certaines formulations de la psychologie clinique qui s'attache avant tout à décrire les phénomènes et leurs modalités sans considérer que les conflits infantiles causent toutes les manifestations de souffrance. La définition pragmatique la plus large est sans doute celle de Schmitt: « La psychologie clinique est l'application et le développement autonomes de théories, de méthodes et de techniques de la psychologie et de ses disciplines voisines, à des personnes ou groupes d'individus de tous âges qui souffrent de troubles ou de maladies (quelle qu'en soit la cause primaire) qui se manifestent au niveau psychique (comportement et expérience vécue) et/ou au niveau somatique, ou qui semblent menacés par des pareils troubles et maladies. Ce faisant on utilise dans la pratique des méthodes de prévention, de diagnostic, de conseil, de réhabilitation et de thérapie. Des activités pratiques de psychologie clinique s'exercent surtout dans des centres de consultation de toutes sortes, des homes, des institutions médicales hospitalières et ambulatoires, dans la « communauté » et la pratique libérale. La recherche et l'enseignement sont stipulés explicitement comme parties essentielles de la psychologie clinique parce que sans elles une discipline peut rapidement dégénérer en praxéologie ».

Cette particularité sémantique (« clinique » comme domaine et/ou comme méthode) explique que la recherche en Psychologie Clinique correspond à plusieurs types d'activités dont certaines peuvent paraître opposées, selon qu'elles tentent de satisfaire aux exigences de la méthode clinique ou de l'objectivation nécessaire à toute recherche. Mieux, ces différences tiennent aussi aux moments de la recherche (temps exploratoire, temps de la validation d'hypothèses, temps de production d'une théorie...). Mais l'origine de la discipline est aussi déterminante dans les spécificités de la Psychologie Clinique qui, tout en partageant certains de ses principes, se distingue de la clinique médicale (primat du voir et des signes, distance avec l'expérience subjective du malade cf. Foucault, Canguilhem, Leriche). En se référant à Janet et à Freud, à la fois elle se fixe un objectif scientifique et établit une nette dépendance de la pathologie et de la subjectivité. Pratique de terrain, elle est déterminée par le type de problèmes qui lui étaient posés et par le souci de produire une théorie pertinente qui ne soit pas une « praxéologie » (théorie de la pratique).

En tant que praticiens, les psychologues cliniciens se sont vus confier, par la psychiatrie ou les services sociaux, tant les examens psychologiques que l'approche concrète des patients: on demandait en fait aux psychologues cliniciens d'affiner les diagnostics psychiatriques par une perception

fine des phénomènes psychologiques, de comprendre la subjectivité des malades (leur monde intérieur, les déterminismes psychologiques de leurs comportements et de leurs pensées), de prêter une attention à leur histoire singulière, d'aider à la prise en charge. Pour caricaturer, si le psychiatre pouvait dire que tel malade était atteint de schizophrénie, le psychologue tentait de savoir comment il était schizophrène, chaque malade possédant sa spécificité. Cette position a permis à la Psychologie Clinique des allers et retours permanents entre la théorie et la pratique: convoquée au nom d'une théorie psychologique dont la psychiatrie et le travail social avaient besoin, la Psychologie Clinique a produit un savoir empirique, concret (une « clinique » qui a modifié les théories dont elle se servait). Dans cette démarche, elle s'est ouverte à différents systèmes de pensée: la phénoménologie, l'existentialisme, le systémique, la non directivité, l'humanisme, la psychanalyse, puis le comportementalisme et le cognitivisme. Ces doctrines n'ont toutefois pas été fondées dans une théorie unique mais ont représenté des courants de la Psychologie Clinique, courants parfois en conflit ouvert. Il est vrai que les principes de base de la psychanalyse, par exemple, ne sont pas compatibles avec ceux de la phénoménologie ou du cognitivisme.

LA MÉTHODE CLINIQUE EN PSYCHOLOGIE

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires: le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil *in vivo* des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats: le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation.

Le premier niveau de la méthode clinique (recueil des informations) suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite, du moins pour certaines techniques (tests projectifs, jeux, dessins...). Ces techniques sont: l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, les informations pouvant faire l'objet de différentes analyses. Lorsque ces méthodes s'appuient sur un matériel standardisé, lorsqu'elles visent une objectivation (tests, échelles, observations standardisées...), on parle de « clinique armée ». Par opposition la clinique « naturaliste » est parfois appelée « clinique à mains nues ». Le second niveau de la méthode clinique peut être défini à partir de trois postulats: la dynamique, la genèse et la totalité. Tout être humain est en conflit, tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses comportements s'expliquent par son histoire. La méthode clinique qui trouve son origine dans la démarche médicale s'est ainsi édifiée de manière autonome en tentant de sauvegarder à la fois la rigueur de l'approche et la restitution de l'individualité. D'autre part, elle est avant tout celle qui permet au psychologue de parvenir à une évaluation du problème présenté par le sujet et de conduire une intervention efficace. Mais le corpus de connaissances nommé « Psychologie Clinique » suppose la production d'un savoir; des activités de recherche qui permettent d'assurer au domaine clinique un corpus de connaissances, un « logos » autre qu'un ensemble d'informations empiriques tirées de l'expérience des praticiens. Peut donc être considérée comme clinique, la méthode qui vise à recueillir des informations fiables dans le domaine clinique (étude, évaluation, diagnostic, traitement de la souffrance psychique ou des difficultés d'adaptation) et qui réfère en dernière instance ces informations à la dimension individuelle. La méthode clinique se compose d'une série de techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la production des connaissances, certaines visant le recueil du matériel (entretien par exemple) alors que d'autres sont des outils de traitement de l'information recueillie (analyse de contenu par exemple). L'ensemble de ces techniques a pour objet d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique) ou des problèmes qui l'assaillent (production des théories).

DOMAINES ET OBJETS D'INTERVENTION DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Les domaines d'intervention de la Psychologie Clinique, - en tant que pratique ou en tant que théorie - se composent de multiples champs qui ne se limitent ni aux sujets atteints de troubles mentaux ni à la stricte référence à la



dimension individuelle. La Psychologie Clinique – qui, contrairement à certaines doctrines, ne représente pas une doctrine « forte » et unitaire - peut s'intéresser à des situations qui impliquent qu'elle dialogue avec d'autres sous-disciplines de la psychologie, des sciences humaines et des sciences du vivant (y compris la Médecine) et avec différentes théories. Il n'y a pas d'incompatibilité entre la Psychologie Clinique et les autres disciplines puisque, en tant que discipline empirique, elle ne se réfère pas à une doctrine unique.

La pathologie mentale.

La recherche des origines des troubles psychiques est, en psychologie clinique, secondaire car l'étude de la pathologie mentale implique des modes de causalité portant plus sur la maladie que sur le malade. Le modèle bio-médical qui préside à l'étude des maladies laisse peu de place à la dimension psychologique et à la singularité. Les principes directeurs de ce modèle, issus de l'étude des maladies infectieuses et de la méthode expérimentale, sont bien connus. Réductionniste et monocausal, il suppose que les symptômes sont les manifestations d'un trouble (ou d'une maladie) sous-jacent qui peut être décrit en termes d'entité morbide possédant une cause (étiologie) spécifique. L'origine du trouble se trouve dans l'individu et il est provoqué par une rupture de l'équilibre naturel: cette origine (étiologie) est organique.

Les phénomènes psychologiques sont des effets de l'atteinte organique, ou bien ils sont réduits à la conscience et à la volonté qui permettent une alliance thérapeutique (recueil des signes et observance du traitement). Mais dans les troubles névrotiques, du comportement, de la personnalité..., tous les troubles dans lesquels les facteurs psychologiques sont au premier plan, l'utilisation de modèles de causalité multifactorielle (modèle bio-psychosocial) a amené la production de théories psychologiques des troubles et des personnes qui en sont atteintes. La Psychologie Clinique s'est ainsi intéressée à l'expérience subjective des malades et aux processus psychologiques qui interviennent dans les symptômes et les comportements quelle que soit l'étiologie de ces troubles: le psychologique est tout aussi important qu'il soit la cause, la conséquence ou le modulateur d'un trouble. Dans les troubles où l'organicité domine (neuropsychologie, maladies somatiques, certaines psychoses), la Psychologie Clinique analyse ainsi les manifestations psychologiques associées en dehors de toutes références à l'étiologie.

Les objets actuels.

L'évolution de la discipline a entraîné l'apparition de nouvelles pratiques, de nouveaux lieux, de nouveaux objets: aide aux mourants, handicap, marginalité, souffrance sociale..., institutions non psychiatriques (crèche, hôpital général, prison...), moments du développement normal (nourrisson, adolescent, sujet âgé...). Dans le domaine

de la *souffrance*, on relève l'approche des malades atteints de troubles organiques ou handicapés, de patients en traitement. La question n'est donc pas seulement celle de l'origine des maladies mais des comportements, du vécu, des discours, des émotions de ceux qui les approchent: malades, familles de malades, soignants. La psychologie clinique s'intéresse aux rapports que le patient entretient avec sa condition de malade, occasionnellement à la manière dont il participe à l'apparition, au maintien, ou à l'aggravation de sa maladie. Les malades – les familles dans une moindre mesure - édifient aussi, en rapport avec des conceptions culturelles, des théories (« *maladie-du-malade* ») qui rendent compte de l'intériorité corporelle, des relations entre les organes, des sensations ressenties et des causes (événementielles, magiques, traumatiques, psychologiques, biologiques...) de la souffrance. Les différents âges de la vie et leurs difficultés font ainsi l'objet de réflexions en psychologie clinique sans que la référence à la pathologie soit dominante: il y a une clinique du développement normal, tant affectif que psychomoteur ou cognitif. Les relations précoces entre l'enfant et le monde extérieur, l'adolescence, les contraintes de l'entrée dans l'âge adulte, la « crise du milieu de la vie », l'approche de la sénescence, la vieillesse, le grand âge représentent des problèmes auxquels se consacre la Psychologie Clinique. Ces moments du développement possèdent leurs pathologies qui intéressent les psychologues, mais son intérêt se porte aussi sur le développement normal perçu à partir des principes de la Psychologie Clinique: référence au concret, à la totalité des situations, à la singularité. Les *institutions*, leurs modes de fonctionnement et leurs conséquences sur les individus ou les petits groupes représentent aussi un domaine d'intérêt de la Psychologie Clinique: les hôpitaux, les lieux d'éducation, de rééducation, de formation, les lieux de détention, d'accueil de sujets en difficulté... sont étudiés d'autant plus logiquement qu'ils sont des aires de souffrance, de conflits et d'interaction. Toute institution est productrice d'un ensemble de normes, de forme de chronicité, mais peut provoquer une pathologie secondaire qui rend impossible la réalisation de ses objectifs. Les phénomènes économiques actuels, la prise de conscience de l'aliénation des individus par les hiérarchies (harcèlement), les phénomènes d'exclusion ont amené la Psychologie Clinique à s'ouvrir à ces réalités et à se doter d'une dimension sociale. Il en va de même des difficultés sociales entraînées par les transformations économiques (chômage de longue durée, difficultés de reconversion...) et les changements culturels: apparition des conduites à risques, effets des nouvelles modalités de communication, banalisation de comportements interdits, disparition du sentiment de solidarité...

L'institution *judiciaire* et celles qui collaborent avec elle (Aide Éducative en Milieu Ouvert notamment) constituent un autre domaine: victimes, prévenus, détenus, condamnés, enfants maltraités, mineurs en difficulté... Les recherches portent tant sur les modalités et critères des expertises et évaluations que sur les effets des prises

en charge. La psychologie Clinique s'est aussi intéressée au domaine large de l'éducation (enseignement initial, enseignement spécialisé, formation...). Elle étudie plus particulièrement la transmission des connaissances, les attentes des sujets demandeurs d'une formation. Enfin, les *transplantations culturelles* et les phénomènes d'acculturation, suscitent de nouvelles questions: intégration dans la nouvelle culture, conflits entre les générations, mais aussi difficultés à traiter les pathologies. Sous le terme d'« ethnopsychiatrie » se développent des pratiques et des recherches issues de la Psychologie Clinique et permettant de comprendre l'inefficacité de certaines de nos pratiques soignantes et d'en proposer de plus adaptées. Les personnes transplantées proviennent de cultures dans lesquelles existe un savoir empirique sur la folie, des pratiques soignantes; la Psychologie Clinique s'intéresse à la mise en place de techniques permettant de les restituer en tant que sujet dans un cadre thérapeutique cohérent avec leur expérience culturelle. Si l'on se reporte aux travaux publiés récemment sous le terme de « Psychologie Clinique », on perçoit clairement cette évolution de la pathologie mentale vers les situations plus générales de souffrance: les abus sexuels chez l'enfant, l'expertise, la résilience, la vieillesse, les répercussions psychologiques des traitements antirétroviraux, la précarisation du travail, la violence sociale, l'impact de la précarité sur la vulnérabilité, l'impossible séparation des adolescents, le féminin/masculin, la clinique de l'examen en neuropsychologie, la bientraitance.

LES TYPES DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Il existe quatre types de recherche en psychologie clinique: la recherche en clinique – ReC- (objectivante) ;

la recherche clinique – RC- (non objectivante) ; la recherche-action (R-A) en psychologie clinique; la recherche évaluative (RE).

La recherche clinique ou recherche non objectivante (RC)

La RC tente de répéter la démarche clinique où des approches descriptives et interprétatives peu contrôlées semblent fournir des résultats plus intéressants pour les cliniciens. Elle repose sur l'idée que la situation clinique est la source d'inspiration et le lieu d'élaboration de la recherche. Elle porte une attention particulière à l'engagement de l'observateur et procède à une description minutieuse de la spécificité de la situation en se fondant, sur le plan méthodologique, sur des études de cas comme source de connaissance du fonctionnement psychique qui vise à construire en une structure intelligible des faits psychologiques dont un individu est la source (Perron, 1979, Schmid-Kitsikis, 1999).

Ce type de recherche permet une étude approfondie d'un sujet fondée sur une pratique de la communication langagière, satisfait aux critères de reproductibilité et favorise de nouvelles conceptions théoriques. La recherche correspond à une succession d'élaborations conceptuelles, de moments de relation avec les sujets (Giami, 1989) et de retours vers le matériel clinique, l'objectif étant de comprendre certains processus et de formuler des significations. Elle permet d'aborder des phénomènes complexes en évitant leur réduction inhérente à la connaissance de type scientifique. Il n'y a pas une hypothèse formulée au départ mais un corps d'hypothèses avec des questions issues de la pratique qui se posent au chercheur et que la recherche va contrôler à partir du matériel recueilli traité selon les principes de l'analyse clinique.

Les principaux intérêts et les principales limites de la RC sont (Reuchlin, 1992 ; Pedinielli, 1994) (Tableau 1) :

Intérêts	Limites domestiques
<ul style="list-style-type: none"> - la rigueur et l'exigence dans la formalisation des concepts et des élaborations théoriques ; - le dévoilement de la subjectivité (actes de pensée, par exemple) ; - la communication langagière intersubjective (la relation comme mode de savoir) ; - la description et l'explication des phénomènes cliniques (signification des signes cliniques perçus ou des symptômes énoncés, par exemple) ; - une clinique du particulier (par la détermination des données verbales comme la parole du sujet) différente de la clinique du général (par élaboration de résultats issus du recueil de données non verbales) ; - la recherche de la vérité d'un sujet, celle de son désir et de son savoir, (position de sujet du côté de l'indétermination) différente de la vérité scientifique formelle visant l'exactitude des faits (position d'objet du côté de la réalité). 	<ul style="list-style-type: none"> - l'usage excessif de l'inférence inductive ; - la mouvance du cadre théorique avec des propositions théoriques ambitieuses mais invérifiables ; - la définition parfois trop large des objets de recherche aboutissant à un vaste recueil de données ; - l'approximation des résultats assujettis aux interprétations cliniques; - l'absence de stratégies de vérification des hypothèses et de généralisation des résultats ; - la non-reproductibilité de la recherche.



La recherche en clinique ou recherche objectivante (ReC)

La recherche en clinique (ReC) est une recherche planifiée qui se dégage de l'expérience concrète pour prévoir le déroulement d'une recherche en fonction d'un but. Elle implique l'élaboration d'une stratégie de recherche et exclut la reprise spontanée d'un matériel rétrospectif non standardisé (Pediñelli, 1994). La ReC doit être définie comme « un processus de production de connaissances validées et communicables » (Giarni, 1989) à partir de l'étude approfondie du sujet humain considéré dans sa singularité. C'est le sujet acteur dans la situation observée qui est source de connaissance, et c'est bien ce qui spécifie la ReC. L'objectif du chercheur est de produire des connaissances en validant empiriquement des hypothèses issues du matériel clinique ou des conceptions théoriques. Dans ce cas, la ReC s'engage dans une démarche rigoureuse où seuls les travaux de recherches systématiques correspondant à des procédures rigoureuses de recueil, de traitement et de vérification peuvent être considérés comme une démarche scientifique (travail de découverte et de validation – vérification et administration de la preuve par exemple) qui consiste à :

- se poser une question ;
- anticiper la réponse en se mettant en position de pouvoir l'argumenter ;
- poser des hypothèses qui s'inscrivent dans une problématique ;
- satisfaire aux conditions de validité et de réfutabilité ;

- définir clairement des objets (sujets et/ou phénomènes et/ou événements et/ou processus) ;
- utiliser une méthodologie précise, adéquate permettant de recueillir le matériel correspondant au niveau de la recherche et de le traiter convenablement ;
- interpréter les résultats pour répondre de la validité de l'hypothèse et produire une connaissance nouvelle (nouveau phénomène clinique décrit, nouvelle loi, nouvelle interprétation ou nouveau modèle expliquant des phénomènes) ;
- discuter les résultats obtenus avec ceux des autres travaux.

La recherche-action (R-A) en psychologie clinique

La recherche-action (R-A) désigne une recherche théorique qui reste empirique et menée sur le terrain à des fins pratico-pratiques (Resweber, 1995). La démarche est celle d'une réflexion sur l'action menée connexe d'une analyse prospective de l'action à mener. L'intervention poursuivie suppose l'espace réel d'une institution, d'une association, d'un hôpital ou d'un foyer d'accueil. La R-A désigne une logique et une stratégie spécifiques. La logique relève à la fois de la théorie et de la pratique. Elle désigne la mise en discours d'une série d'actions qui n'est pas la simple formalisation de ce qui se trouve dans le champ social. Elle a comme intention de modeler, d'infléchir ou de transformer la réalité économique, éducative, sociale, politique, psychologique ou religieuse. Elle inclut donc pour y arriver une stratégie prévisionnelle (induite d'analyses de situation,

Les principaux intérêts et les principales limites de la ReC (Reuchlin, 1992 ; Pediñelli, 1994, Bourguignon, 1995) sont (Tableau 2) :

Intérêts	Limites domestiques
<ul style="list-style-type: none"> - la production d'hypothèses théoriques qui tient compte de la présentation des phénomènes ; - la formulation de présupposés de travail de recherche en fournissant les observations cliniques les plus pertinentes ; - la vérification et l'articulation des résultats qui, aspirant à l'objectivité, n'ont pas manqué de réduire l'objet et/ou le sujet (prise de recul par rapport aux données de l'expérience pour une meilleure interprétation des résultats) ; - la production d'une recherche « lisible » par les autres disciplines de la psychologie et communicables à la communauté scientifique (transmission d'un savoir sur des réalités, nouveau paradigme, nouveau fait) ; - l'examen et l'établissement des faits à partir de ce qui existe ; - l'apport et l'enrichissement des connaissances par la mise en évidence de facteurs explicatifs (nouveau trouble à expliquer par exemple) ; - les retombées préventives et thérapeutiques de l'observation de sujets humains en situation. 	<ul style="list-style-type: none"> - le souci de l'exactitude et de la réfutabilité au détriment parfois de la dynamique des faits cliniques et de l'interprétation ; - la quantification abusive (la réduction des objets cliniques à ce qui est mesurable) ; - l'incompatibilité avec les modèles phénoménologiques ou psychanalytiques qui procèdent d'un raisonnement hypothético-déductif et ignorent la quantification ; - la faiblesse heuristique et le décalage avec les situations cliniques ; - le souci de l'exactitude au détriment parfois de la vérité et de la réalité des phénomènes cliniques.

menées à coup d'interprétation ou de calculs), opérationnelle (car elle définit un espace référentiel d'actions dont l'efficacité reste problématique), hypothétique et aléatoire (car la décision qui engage l'action s'impose sans que tout risque d'erreur ou d'échec soit éliminé). La R-A naît de la rencontre d'une expérience théorique qui est celle de la théorie de la pratique (réflexion des acteurs sociaux sur les actions qui sont des recherches, des questionnements, des reformulations avec des temps d'évaluation, de critique, de bilan, d'analyse) et d'une expérience pratique (réflexion des acteurs sociaux sur leurs actions prochaines). La R-A est une action de recherche et une recherche d'action. En régulant les rapports de la théorie et de la pratique, elle déroule une démarche propre aux sciences humaines et transposable sur le champ du travail clinique, politique, économique, esthétique. La R-A implique une organisation (espace clairement délimité, calendrier précis, équipements spécifiques). Elle a pour sujet et pour objet des usagers de terrain et des chercheurs professionnels ou experts. Elle déroule le profil d'une *méthode globale* qui correspond à la formalisation de tout travail de formation et est aussi le discours de la méthode: la matrice à laquelle se rattachent les diverses méthodes qui ont cours en sciences humaines (Resweber, 1995).

La R-A en psychologie clinique se rapproche de ce que Barbier (1996) nomme « la nouvelle R-A ». L'objet de la recherche est l'élaboration de la dialectique de l'action dans un processus personnel et unique de reconstruction rationnelle par l'acteur social. Ce processus est émancipateur dans la mesure où les praticiens se responsabilisent en s'auto-organisant en vue de leur propre émancipation par rapport aux habitudes, coutumes irrationnelles et à la systématisation bureaucratique. La nouvelle R-A utilise de multiples techniques d'implication (entretiens; enregistrements audio-visuels, ...). Sa méthode est celle de la spirale avec ses phases de planification, d'action, d'observation et de réflexion, puis nouvelle planification de l'expérience en cours. Le but de la R-A est la transformation radicale de la réalité sociale et l'amélioration de la vie des personnes impliquées. Les bénéficiaires sont les membres de la communauté. Elle exige la participation de tous les membres de la communauté pendant le processus de recherche. Le processus de recherche peut susciter chez les participants une meilleure prise de conscience de leurs propres ressources et les mobiliser en vue d'un développement endogène. La participation de la communauté facilite une analyse plus précise et plus authentique de la réalité sociale.

Cette R-A laisse cependant de côté les dimensions de devenir de l'être humain fondamentales que la psychologie clinique doit explorer. En tenir compte ouvre sur

la recherche-action existentielle (R-A.E) qui est une recherche effectuée par les praticiens à partir de leur propre pratique sur les lieux de leur activité. La R-A devient la science de la praxis exercée par des praticiens au sein de leur lieu d'investissement.

La recherche évaluative (RE)

La RE est « l'utilisation systématique des procédures de la recherche sociale (par exemple, la production de connaissances scientifiques, la vérification d'hypothèses de recherche, l'usage de méthodes scientifiques pures) dans le but d'évaluer la conceptualisation, le protocole, l'implantation et l'utilité des programmes sociaux [et/ou de santé] d'intervention » (Rossi et Freeman, 1993). La RE ne vise pas seulement à porter un jugement sur différentes composantes d'un programme d'intervention à partir de critères objectifs et de méthodes de recherche reconnues dans le champ sanitaire et social mais consiste à porter un jugement dans le but d'améliorer le programme, d'apporter des changements nécessaires, de mieux desservir les clientèles ciblées par les programmes et de guider la prise de décision à l'égard d'une programme pour l'amélioration de l'intervention (Rossi et Freeman, 1993; Tard et al., 1997).

LES MÉTHODES ET TECHNIQUES DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Les méthodes et techniques qualitatives et quantitatives

L'observation clinique

Pour Pedinielli (1994) et Chahraoui & Bénony (2003), le projet de l'observation clinique consiste à « relever des phénomènes comportementaux significatifs, (de) leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte ». Ainsi, le champ de l'observation clinique n'est réduit ni à l'observation des troubles (psychopathologie), ni à l'observation psychanalytique (la réalité psychique). Elle concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions, dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité. Ce projet inclut tout aussi bien l'observation clinique structurée [visant l'objectivation des phénomènes par la mise en œuvre d'un dispositif systématisé de recueil des données (grilles, tests, vidéos)] que l'observation clinique relationnelle [visant la restitution du sens des observables en référence à la singularité du sujet et à l'implication de l'observateur]. Le choix entre ces deux types d'observation met en évidence un rapport à l'objet différent dans la construction du savoir.



Tous ces paramètres définissent, selon un continuum, les caractéristiques de l'observation. La combinaison des différents paramètres entraîne une grande variété des dispositifs d'observation.

Dans la recherche en psychologie clinique, recourir à l'observation clinique relationnelle consiste donc à choisir un dispositif particulier où l'observation est globale, narrative, à forte inférence et à forte implication.

Voici quelques exemples où l'observation clinique plus ou moins systématisée, plus ou moins objectivante a conduit à la production de connaissances intéressantes dans le domaine de la psychologie clinique. Certaines recherches ont utilisé des dispositifs plus ou moins systématisés d'observation des comportements. Elles ont, par exemple conduit à l'élaboration d'outils d'évaluation et de diagnostic de l'autisme infantile: l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS, Schopler, 1980) et l'échelle d'évaluation des comportements autistiques (ECA, Barthélémy & Lelord, 1991).

L'observation systématisée a également joué un rôle important dans la compréhension des interactions précoces mère-bébé (cf. Robert-Tissot et Rusconi Serpa, 2000). Certains travaux empruntent à la fois à l'observation systématisée des comportements (comme en éthologie) et à l'observation psychanalytique (intérêt

pour l'intersubjectivité). Le champ de l'observation prend en compte le niveau comportemental (analyse dynamique des interactions entre l'enfant et la mère), le niveau affectif (dynamique des échanges affectifs et émotionnels) et le niveau fantasmatique (désirs inconscients).

Ces recherches ont permis l'élaboration de grilles plus ou moins structurées visant la systématisation de l'observation (Greenspan and Libermann Observation Scale, 1980; Stern, 1985; Lebovici et al., 1989). Ces techniques, développées par la recherche clinique, ont fourni des indices pertinents pour la compréhension des interactions mère-bébé et pour l'évaluation et le diagnostic en pratique clinique (Pinol-Douriez et al. 1993).

L'entretien clinique

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (Chiland, 1989) où un sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange. Cette position dite « clinique »

Tableau 3 : Caractéristiques différentielles de l'observation clinique structurée et relationnelle selon Kohn & Nègre (1991)

	Observation clinique structurée	Observation clinique relationnelle
Position et activité de l'observateur	Extériorité Focalisation Discrimination	Implication Attention flottante Association
Fonction du dispositif	Recueil standardisé de faits objectifs	Espace d'actualisation des phénomènes cliniques
Production du sens	Sémantisé	Sémiotisé
Type de connaissance	Expérimenté	Expérencié
Visées Principales	Explicative	Compréhensive

Tableau 4 : Paramètres du dispositif et caractéristiques de l'observation (Fernandez & Catteeuw, 2001)

Paramètres du dispositif	Caractéristiques de l'observation
La situation d'observation	*En milieu naturel (jeu d'enfants à l'école) *En milieu aménagé (examen clinique)
Le champ de l'observation	*Globale (attention flottante, sélection non régulière, sensibilité à l'inattendu) *Focalisée (attention fixée, sélection régulière)
La séquence de l'observation	*Narrative (chronologie des observables) *Attributive (présence/absence des observables)
La nature des observables	*Forte inférence (phénomènes transférentiels) *Faible inférence (comportements)
La relation observateur/observé	*Implication (observation participante) *Extériorité (observation structurée)
La visibilité du dispositif	*Visible (prises de notes) *Invisible (glace sans tain)
Visées de l'observation	*Explicative (observation transversale, analyse de l'association entre variables) *Fonctionnelle (observation longitudinale, analyse de la dynamique)

est généralement décrite par les caractéristiques suivantes: la centration sur le sujet, la non-directivité (Rogers, 1942), la neutralité bienveillante et l'empathie.

L'entretien clinique peut être mis en œuvre dans différents contextes et répondre à des objectifs différents: diagnostic, thérapeutique, recherche. L'entretien de recherche peut être utilisé en référence à diverses méthodes - expérimentale, biographique, clinique (Blanchet, 1991) et en référence à différents modèles - psychanalytique, cognitif et comportemental, systémique, phénoménologique, humaniste, ethnopsychiatrique (Cyssau, 1998). Si l'entretien est donc la technique permettant l'objectivation de la subjectivité, les conditions de production et d'analyse des discours interrogent la validité des connaissances produites (Blanchet, 1987). La dénomination « d'entretien clinique de recherche » condense ainsi tous les paradoxes liés à l'utilisation de la méthode clinique (Moro, 1993) comme méthode de recherche. On distingue ainsi trois formes d'entretien clinique de recherche :

- *l'entretien non-directif*: le clinicien-chercheur adopte l'attitude non directive et n'intervient pas sur le cours du discours du sujet;
- *l'entretien semi-directif*: l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique.
- *l'entretien directif* ne peut être considéré comme un entretien clinique puisque sa forme est préalablement déterminée, par le chercheur, en fonction de ses hypothèses. Mener un entretien clinique de recherche consiste donc à recourir à une technique d'entretien de recherche (non directive ou semi-directive) tout en adoptant une attitude clinique dans la relation au sujet (Bénon & Chahraoui, 1999).

Un entretien clinique de recherche peut poursuivre des visées exploratoires, de validation ou d'illustration et donc être plus ou moins directif. Lorsque la visée est exploratoire l'entretien tente, à partir d'une question préliminaire, de balayer le champ des significations et des actes de langages possibles relatifs à cette question. L'entretien non directif est donc le mieux adapté. Cet entretien permettra notamment d'éprouver la pertinence de la question de recherche. Lorsque c'est la validation d'une hypothèse qui est recherchée, l'entretien devient une technique de recueil de données (les faits de parole) s'inscrivant dans une méthodologie explicite. L'entretien semi-directif permet, par l'intermédiaire du guide d'entretien, de recueillir des informations pertinentes, relatives à l'hypothèse. L'entretien non-directif peut aussi être mis en œuvre pour construire un cas clinique, à valeur d'illustration des résultats d'une recherche. Toutes ces visées ne sont pas exclusives et correspondent souvent à des moments différents de la recherche: on explore, on valide puis on illustre.

Les tests

« On appelle test mental une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par une comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant de classer le sujet examiné, soit quantitativement soit qualitativement » (Pichot, 1981). Il existe de nombreux tests disponibles pour la recherche en psychologie clinique. La catégorisation des tests est variable car différents critères peuvent être considérés: aspects formels (matériel, durée...), aspects fondamentaux (conception théorique, qualités métrologiques...), population visée (enfants, adultes, personnes âgées), objet mesuré (sphère cognitive, conative). De nombreux tests sont diffusés par l'EAP et l'ECPA, dont on peut consulter les catalogues ou les sites internet comme www.ecpa.fr.

Les échelles ou questionnaires

Les échelles permettent d'évaluer des construits, non directement observables. Les échelles sont constituées d'un ensemble d'énoncés (les items) qui sont les indicateurs (variables observables) de la dimension psychologique que l'on souhaite mesurer. Par exemple, la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Loas et al., 1995) est une échelle d'auto-évaluation de la dimension psychologique appelée alexithymie (absence de mots pour exprimer les émotions, Sifnéos, 1973). Cette dimension qui n'est pas directement observable (« construit psychologique ») est saisie à partir de 20 items (conduites psychologiques observables), par exemple: « Quand je pleure je sais toujours pourquoi » (item 1).

La passation des échelles d'évaluation peut se faire par auto-évaluation (cotation faite par le sujet) ou hétéro-évaluation (cotation faite par le clinicien). Il peut arriver que ces deux modes de passation ne soient pas convergents. L'auto-évaluation notamment de certains troubles peut conduire à des scores plus élevés que l'hétéro-évaluation. Pedinielli (1995) préconise ainsi l'utilisation conjointe d'échelles en auto et hétéro-évaluation dans les protocoles de recherche.

Nous présentons, à titre d'exemple quelques tests utilisés dans la recherche en psychologie clinique (tableau 5).

En dépit de l'abondante production d'outils techniques, il n'y a pas d'échelles ou de tests « parfaits ». Là encore, il s'agit de choisir la technique en considérant l'ensemble des contraintes et des objectifs propres à la recherche. Les nombreuses échelles d'évaluation, en psychopathologie notamment, ne présentent pas toutes des garanties suffisantes sur leurs qualités métrologiques (Pedinielli, 1995).

Tableau 5 : Quelques exemples de tests et d'échelles d'évaluation (cf. catalogue 2000, ECPA et EAP).

	Evaluation des aptitudes intellectuelles	Evaluation de la personnalité
Adultes	Echelle d'intelligence de Weschsler (WAIS-III), Test d'intelligence de Catell Test de raisonnement, etc.	Tests projectifs : Rorschach , TAT, Test de l'arbre, Hand test, Test de frustration, etc. Questionnaires : I6PF (modèle de Cattell), MMPI (traits pathologiques), STAI -Y (anxiété), SEI (estime de soi) , EPI (modèle d'Eysenk), BDI-II (dépression), etc.
Enfants/ adolescents	Test des cubes de Kohs, Progressive matrice de Raven , , Echelle de développement mental de Terman-Merrill, Test sans parole ou Test de niveau mental non verbal, Echelle de développement de la première enfance, Echelle de développement de la pensée logique, Echelles différentielles d'efficacités intellectuelles, Echelle d'intelligence de Weschsler (WIPPSI-R, WISC-III), etc.	Tests projectifs : Test des contes de fées, Le dessin d'une maison, FAT (système familial), Rorschach, CAT, Le dessin de la famille, etc. Questionnaires hétéro-évaluation : Le bœuf, Echelle de développement psychosocial, Echelle d'évaluation de l'autisme (CARS), etc. Questionnaire auto-évaluation : MMPI - A (traits pathologiques de personnalité chez les adolescents), Echelle composite de dépression pour enfants, Echelle d'anxiété pour enfants, etc.
Personnes âgées	WAIS-III, Batteries de mémoire, de fluidité, de vigilance, etc.	Test projectif : SAT, par exemple. Echelle hétéro-évaluation : ICEP par exemple.

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu, D. (1983). Possibilités et limites du recours aux points de vue psychanalytiques par le psychologue clinicien. *Connexions*, 40, 31-37.

Barbier, R. (1996). *La Recherche Action*. Paris: Éditions ECONOMICA. Collection Anthropos.

Barthélémy, C., Lelord, G. (1991). Les échelles d'évaluation clinique en psychiatrie de l'enfant. Paris: Elsevier.

Benony, H. Charahoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, Dunod. Les topas.

Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire: l'entretien*. Paris, A. Colin.

Blanchet, A. (1987). « Interviewer ». In. A. Blanchet, et al., *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris, Dunod, 81-126.

Bourguignon, O. (1995). « Le processus de recherche ». In. O. Bourguignon, M. Bydlowski., *La recherche clinique en psychopathologie*. Paris: PUF, 35-51.

Canguilhem G. (1956) Qu'est-ce que la psychologie? *Cahiers pour l'analyse*: 1/2, 79-93.

Canguilhem, G. (1972). *Le normal et le pathologique*. Paris: P.U.F.

Chahraoui, K., Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris: Dunod.

Chiland, C. (1989). *L'entretien clinique*. Paris, PUF.

Cyssau, C, Lefort, A. (1998). « Le clinicien face à l'entretien: institution, transmission, formation ». In. C. Cyssau et al. *L'entretien en clinique*. Paris: In Press Éditions, 323-335.

Fernandez, L., Catteeuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris: Nathan. Collection Fac Psychologie.

Foucault, M. (1972). *Naissance de la clinique*. Paris; P.U.F.

Giami, A. (1989). « Recherche en psychologie clinique ou recherche clinique ». In. C. Revault d'Alonnes et al., *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris: Bordas, 35-48.

Greenspan, S.I., Liebermann, A. (1980). Infants, mothers and their interactions. A quantitative approach to developmental assessment. In. S.I. Greenspan et al. *The course of life*. Washington, Gov. Printing. 271-310.

Kohn, R.C., Nègre, P. (1991). *Les voies de l'observation. Repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines*. Paris, Nathan.

Lagache, D. (1949) *Psychologie clinique et méthode clinique*. In D. Lagache *Oeuvres Complètes (tome II)*. Paris: P.U.F. 1979.

Lebovici, S. et al. (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris, Médecine et Hygiène.

Leriche, R. (1936). Introduction générale; de la Santé à la Maladie; la douleur dans les maladies; où va la médecine? *Encyclopédie française*, t. VI, 1936.

Loas, G., Fremaux, D., Marchand, MP. (1995). Etude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *Encéphale*, XXI, 117-22.

Moro, M.R. (1993). « Les méthodes cliniques ». In. R. Ghiglione & JR., Richard. *Cours de psychologie II. Bases, méthodes, épistémologie*. Paris, Dunod, 461-507.

Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris: Nathan université. Collection 128.

Pedinielli, J. L. (1995). Recherche clinique et méthodes quantitatives. In. O. Bourguignon et

M. Bydlowski. *La recherche clinique en psychopathologie*. Paris: P.U.F., 123-134.

Perron, R. (1979). Les problématiques de la preuve dans les démarches de la psychologie clinique. Plaidoyer pour la clinique. *Psychologie Française*, 24, 37-50.

Pichot, P. (1981). *Les tests mentaux*. Paris: P.U.F, 1991.

Pinol-Douriez, M., Hurtig, MC., Colas, A. (1993). Interactions enfant/adulte à la crèche en fonction de la relation mère/enfant: dépendances évolutives et risques contres-évolutifs. *La psychiatrie de l'enfant*, 36, 177-252.

Resweber, J.P. (1995). *La recherche-action*. Paris: PUF, Collection Que sais-je, n°3009.

Reuchlin, M. (1992). « Le traitement statistique des données ». In M. Reuchlin, *Introduction à la recherche en psychologie*, Paris: Nathan Université, 91-144.

Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S. (2000). Interaction du nourrisson avec ses partenaires. *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, 37-190-B-60, 8p.

Rogers, C. (1942). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris, ESF.

Rossi, P.H., Freeman, H.E. (1993). *Évaluation: A systematic approach*. Newbury Park, CA: Page.

Schmid-Kitsikis, E. (1999). *Pour introduire la psychologie clinique*. Paris: Dunod, les Topos.

Schopler, E., Reichler, R.J., DeVellis, R.F., Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 10(1), 1980. 91-103.

Sifneos, PE. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.*, 22, 255-62.

Stern, D.N. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, PUF.

Tard, C., Ouellet, H., Beaudouin, A. (1997). *L'évaluation de l'action des organismes dans le cadre du programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) : Manuel d'introduction*. Sainte-Foy; Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires.