

Techniques d'entretien

Master 2 UE904

2022/2023

1. Introduction

Qu'est-ce qu'un entretien?

Qu'est-ce-qu'un entretien clinique?

1. Introduction

Définitions

L'entretien clinique se définit comme une rencontre intersubjective, au cours de laquelle c'est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité.

1. Introduction

Définitions

La psychologie clinique consiste en l'investigation systématique et complète des cas individuels. L'entretien psychologique est le lieu où s'observe une partie de la vie du patient qui se développe en relation avec nous et face à nous. La psychologie clinique est une psychologie rigoureuse et humaniste où le sujet/objet est l'homme total en situation et en évolution. Le principe majeur est la singularité.

1. Introduction

Tobie Nathan a proposé le concept de l'influence qui guérit (1994).

Selon Tobie Nathan, la psychothérapie est une procédure d'influence destinée à modifier radicalement et profondément, durablement une personne, une famille ou une situation à partir d'une intention thérapeutique.

1. Introduction

Un entretien clinique prend des formes diverses selon les référentiels théoriques et cliniques du clinicien. Les référentiels principaux sont psychanalytique, cognitivo-comportemental et systémique. Ces référentiels proposent une théorisation de la vie psychique, des troubles psychiques et de la démarche psychothérapeutique qui permet d'agir sur ces troubles. Ils déterminent donc partiellement les attitudes, les stratégies et les techniques utilisées par le clinicien en entretien.

1. Introduction

Le modèle psychanalytique tient compte des mouvements inconscients, pulsionnels. la psychanalyse est une méthode d'investigation du fonctionnement psychique et une méthode thérapeutique (pour faire ressortir le refoulé pathogène) par la cure analytique ;

1. Introduction

Le **modèle phénoménologique et humaniste** se réfère à l'ici et maintenant, à l'expérience vécue du sujet dans le présent, avec une situation en face-à-face ;

1. Introduction

Le modèle cognitif s'intéresse aux représentations connectées aux comportements et aux symptômes sur le plan conscient et inconscient.

1. Introduction

L'approche systémique tient compte des phénomènes conscients et interactifs au sein du groupe avec les entretiens familiaux notamment ;

.

1. Introduction

Des notions clés

L'INTÉRIORITÉ, L'UNICITÉ ET LA TOTALITÉ

1. Introduction

INTERIORITE

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.

1. Introduction

UNICITE

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.

1. Introduction

TOTALITE

« 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.

1. Introduction

TOTALITE

. 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.

1. Introduction

LA PRESENCE

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.

1. Introduction

LA PRESENCE

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) ?

1. Introduction

LA COMPREHENSION

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.

1. Introduction

LA COMPREHENSION

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 à celui qui est en face de soi.

1. Introduction

ASYMETRIE

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. s.

1. Introduction

ASYMETRIE

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.

1. Introduction

ASYMETRIE

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.

1. Introduction

EMPATHIE

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.

Les neurones miroirs!

1. Introduction

INTUITION

In-tueor en latin signifie « fixer », « porter attentivement un regard sur », « voir à l'intérieur ». L'intuition, bien qu'elle implique une sorte d'instantanéité, 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.

1. Introduction

INTUITION

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.

1. Introduction

INTUITION

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.

1. Introduction

Le(s) BUT(S)

Le Principe de Tarquinio :) **DSIPOE**

- **Diagnostiquer** une pathologie;
- **Spécifier** les particularités du fonctionnement psychique d'un sujet dans l'articulation avec son histoire.
- **Investiger**, ici l'investigation concerne l'appréhension des troubles dans son histoire actuelle et passée et dans sa structure.
- **Produire des connaissances** pour permettre une prise de décision (avec un recueil pour élaborer des données).

1. Introduction

Le(s) BUT(S)

- **Organiser** les données cliniques en accord avec le référentiel théorique.
- **Eclaircir** quel est le vrai problème amené derrière ce qui est manifeste.

Certaines théories en psychologie clinique font abstraction de la question diagnostique comme l'existentialisme, la phénoménologie, l'ethnopsychiatrie, la systémique et la psychanalyse.

1. Introduction

Les 3 principes de Rogers

Selon Rogers, l'importance est le degré de possession d'attitudes personnelles dans la relation. Les trois grands principes d'efficacité sont :

Le vrai, l'authentique;

La compréhension empathique;

Le regard positif inconditionnel, l'affection non possessive (vis-à-vis du client).

1. Introduction

Les travaux de Sandifer (1970) montrent que les psychologues ont une évaluation diagnostique **dès les premières minutes de l'entretien et ensuite ils recherchent les éléments cliniques en accord** avec leurs hypothèses et les modèles théoriques (Bateson, 1982 et Wilson, 1985).

2. Trois types d'entretiens

Directif, Semi-Directif et Non-Directif

3. La technique

Les relances

Une relance correspond à une intervention de thérapeute. Elle prend la forme d'une paraphrase ou d'un commentaire du propos précédemment exprimé par le patient. Il s'agit donc d'un « acte réactif » du thérapeute par lequel il réagit aux propos de son patient (mais sans FORCÉMENT donner son avis). Les relances ne sont pas que des questions directes visant à approfondir les thèmes à évoquer. Les relances doivent donc s'inscrire dans le déroulement des énoncés du patient. **Il faut apprendre à les placer.** C'est dans la maîtrise des relances que se joue essentiellement l'acquisition de la technique propre à l'entretien.

3. La technique

Quel est l'objectif d'une relance ?

Une relance sert à s'arrêter sur un point, une remarque du patient, et à l'approfondir. Une relance est aussi utile pour encourager la parole, donner confiance au patient. Dans ce cas, les encouragements et incitations peuvent passer par des signes corporels (hochements de tête, sourire) ou par des petits mots (« hmmm », « oui, oui », « c'est sûr... »). Une relance permet de dépasser ce qui relève des conventions de parole propre à une conversation où les interlocuteurs peuvent faire mine de se comprendre sans que cela ne soit réellement le cas.

3. La technique

Quel est l'objectif d'une relance ?

Dans une conversation il est rare de demander à son interlocuteur de préciser sa pensée : les allusions, le langage à demi-mot peuvent suffire. **C'est à ce moment précis que l'entretien se différencie de la conversation pour gagner en précision.**

3. La technique

Les différents types de relance

Il ne faut pas hésiter à demander des précisions ou à reformuler la réponse, peut-être en l'illustrant, pour s'assurer que tout a été bien compris des deux côtés. Il y a donc différents modes d'intervention du psychologue, chacun ayant des effets spécifiques sur les discours produits par le patient

3. La technique

Les différents types de relance

La répétition en écho : L'enquêteur reprend, en le répétant ou en le reformulant c'est-à-dire en reproduisant un mot ou un segment de phrase, un point de vue énoncé par l'enquêté.

3. La technique

Les différents types de relance

Le reflet : Le psychologue répète ou reformule, en faisant référence à la personne de l'enquêté, la formule qu'il a utilisée. Ce procédé invite le patient à approfondir son discours en dévoilant son opinion ou ses sentiments. Ex : La patient : « Celles qui font cela sont courageuses. » ; Le psy : « Vous pensez qu'elles sont courageuses ? ».

3. La technique

Les différents types de relance

L'intervention en miroir : Le psychologue invite le patient à expliciter une attitude ou un sentiment exprimé par l'intonation mais qui n'est pas verbalisé. Ex : « Vous espérez que... »,
« Vous craignez que... ».

3. La technique

Les différents types de relance

La reformulation-résumé : Le Psychologue indique par une phrase courte ce qu'il a compris des propos de son patient. Il s'agit d'encourager ce dernier à poursuivre (on lui montre qu'il a été entendu), à approfondir ou à apporter d'éventuelles corrections à son propos. Ex : « Vous m'avez dit que. .. » ou « Si je comprends bien... ».

3. La technique

Les différents types de relance

La complémentation : Le psychologue peut mettre en avant une conclusion qui découle des explications avancées par le patient pour l'aider à développer ses raisonnements ou l'amener à confirmer ou corriger la compréhension que le psychologue a de son propos. Exemple : « J'en déduis que... ».

3. La technique

Les différents types de relance

L'interrogation spécifique : Le psychologue pose au patient une question directe relative à ce qu'il vient de dire. Ce procédé doit être rare car il met le patient dans une posture passive. Le patient risque alors d'avoir tendance à « attendre » les questions.

3. La technique

Les différents types de relance

	Type d'acte		
Registre	Réitération (ou répétition)	Déclaration	Interrogation
Modal	Reflets	Interprétation (ou reformulation)	Question modale
Référentiel	Echo (ou miroir)	Complémentation	Question référentielle

3. La technique

Les différents types de relance

Le registre référentiel représente les objets et faits qui font la matière du propos discursif.

Le registre modal représente un certain état psychologique du locuteur (Bally, 1944 ; Rüssel, 1940).

3. La technique

Les différents types de relance

Registre modal

Fonctionne comme un miroir, en reflet (reformulation)

Il renvoie son discours au patient « selon vous », « à votre avis », « selon votre perception » + contenu du discours.

Le registre modal entraîne une modalisation du discours et se traduit par l'apparition de marques explicitant l'attitude (« il me semble » « pour moi »).

Le registre modal consiste à traduire l'état du locuteur : état psychologique du locuteur. Les relances concernent les sentiments et les croyances du sujet.

3. La technique

Les différents types de relance

Registre référentiel

Fonctionne en écho (répétition mot à mot)

Il renvoie le contenu du discours à l'élé

=> référentialisation du discours de l'interviewé, parce que la relance est perçue comme une question indirecte visant 1 approfondissement

Le registre référentiel consiste à dire comment sont les choses : objets et faits. Les relances permettent de mieux les identifier, obtenir des informations ou interroger les actions du sujet.

4. Les réactions du patients

Il existe différentes réactions du patient :

La validation: acceptation de la relance par le patient

La validation peut se faire de manière directe (par des indicateurs langagiers) ou de manière indirecte (par enrichissement du discours).

4. Les réactions du patients

Il existe différentes réactions du patient :

L'indécidabilité: aucun élément ne permet d'évaluer l'effet de l'intervention
Le silence peut signifier l'acceptation, le refus ou l'opposition. L'attention doit alors être portée sur les indices non verbaux (froncement de sourcils, changement de postures).

Cela peut aussi signifier l'incompréhension
les actions du sujet.

4. Les réactions du patients

Il existe différentes réactions du patient :

Le silence peut signifier l'acceptation, le refus ou l'opposition. L'attention doit alors être portée sur les indices non verbaux (froncement de sourcils, changement de postures).

Cela peut aussi signifier l'incompréhension
les actions du sujet.

4. Les réactions du patients

Il existe différentes réactions du patient :

Le débrayage conversationnel correspond à la production du discours sans répondre à l'intervention du clinicien. D'où une impression d'incohérence (thématique ou pragmatique).

Remarque : le débrayage conversationnel est fréquent dans la schizophrénie, l'atteinte cérébrale, l'aphasie ...

4. Les réactions du patients

Il existe différentes réactions du patient :

Les réponses à côté révèlent un état clinique altéré ou une dissimulation. Dans ce cas, on fera attention à la dimension de la coopération.

4. Les réactions du patients

Il existe différentes réactions du patient :

Le débrayage concerne souvent un thème gênant, douloureux pour le sujet qui préfère une fuite discursive plutôt qu'un refus.

4. Les réactions du patients

Il existe différentes réactions du patient :

La non-validation est un rejet de la proposition/suggestion du clinicien

Dans la non-validation, le sujet développe son discours en expliquant les motifs. Ce n'est pas un simple refus mais une véritable contre-argumentation.

Selon Sironi (2001), « tous les procédés techniques doivent tendre à l'explication des pensées... l'entretien clinique est le lieu de création, d'ajustements, de tâtonnements ».