

Cyrille Bouvet

18

grandes  
notions

de la pratique  
de l'entretien  
clinique

3<sup>e</sup> édition  
revue et actualisée

DUNOD

Maquette de couverture :  
www.atelier-du-livre.fr  
(Caroline Joubert)

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<sup>er</sup> 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).



© Dunod, Malakoff, 2022

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-082528-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> 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.

---

# Table des matières

---

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCTION  | 1  |
| CHAPITRE 1 DÉFINIR L'ENTRETIEN CLINIQUE                                   | 5  |
| <b>1. L'entretien en général</b>  | 7  |
| <b>2. L'entretien dans la relation d'aide</b>                             | 10 |
| <b>3. L'entretien clinique</b>  | 13 |
| <b>4. L'entretien clinique ou les entretiens cliniques ?</b>              | 16 |
| 4.1 Les pratiques selon les référentiels théorico-cliniques               | 16 |
| 4.2 La compréhension de la vie psychique selon les référentiels           | 18 |
| <b>5. Relativiser l'importance des courants en pratique</b>               | 21 |
| <b>6. Au-delà des différences, les facteurs communs</b>                   | 24 |
| <b>7. L'entretien clinique : définition des éléments qui le composent</b> | 28 |
| 7.1 La demande  | 28 |
| 7.2 Les objectifs de l'entretien  | 29 |
| 7.3 Le cadre  | 29 |
| 7.4 Les usagers de l'entretien  | 30 |
| 7.5 L'engagement du clinicien   | 31 |
| <b>8. Réussites et échecs dans l'entretien clinique ?</b>                 | 32 |
| 8.1 Atteindre ses objectifs... avec le patient                            | 33 |
| 8.2 Utiliser les problèmes et les erreurs                                 | 34 |

|     |                                  |    |
|-----|----------------------------------|----|
| 8.3 | De l'ambiance au travail de fond | 37 |
| 8.4 | De l'idéalisation à la chute     | 38 |
| 8.5 | Travailler à deux niveaux        | 39 |

## PARTIE 1 – MENER UN ENTRETIEN CLINIQUE EN PRATIQUE

|            |                         |    |
|------------|-------------------------|----|
| CHAPITRE 2 | L'ATTITUDE DU CLINICIEN | 45 |
|------------|-------------------------|----|

### **1. Les attitudes à éviter** 47

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1.1 | Les attitudes éthiquement condamnables du clinicien | 47 |
|-----|---|----|

|     |                                      |    |
|-----|--------------------------------------|----|
| 1.2 | La peur, la sympathie et l'évitement | 50 |
|-----|--------------------------------------|----|

### **2. Les attitudes à favoriser** 54

|     |                 |    |
|-----|-----------------|----|
| 2.1 | Mettre à l'aise | 54 |
|-----|-----------------|----|

|     |                                 |    |
|-----|---------------------------------|----|
| 2.2 | Créer une relation de confiance | 57 |
|-----|---------------------------------|----|

|     |                                 |    |
|-----|---------------------------------|----|
| 2.3 | Intervenir sur la vie psychique | 65 |
|-----|---------------------------------|----|

|            |   |    |
|------------|---|----|
| CHAPITRE 3 | CONSTRUIRE ET MAINTENIR<br>UNE BONNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE | 69 |
|------------|---|----|

|            |   |    |
|------------|---|----|
| CHAPITRE 4 | CONSTRUIRE LE CADRE DE LA RELATION CLINIQUE | 77 |
|------------|---|----|

### **1. Le cadre matériel** 79

### **2. Le cadre immatériel** 86

### **3. Le cadre imaginaire et symbolique** 91

### **4. Comment débiter une intervention clinique ?** 96

|     |                            |    |
|-----|----------------------------|----|
| 4.1 | Avant le premier entretien | 97 |
|-----|----------------------------|----|

|     |                     |     |
|-----|---------------------|-----|
| 4.2 | Pendant l'entretien | 101 |
|-----|---------------------|-----|

|     |                          |     |
|-----|--------------------------|-----|
| 4.3 | La démarche diagnostique | 103 |
|-----|--------------------------|-----|

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 4.4 | Résumé de la situation<br>et proposition d'intervention | 105 |
|-----|---|-----|

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| 4.5        | Et si le résultat est négatif?   | 106 |
| 4.6        | Conclusion : quelques règles   | 107 |
| CHAPITRE 5 | COMMENCER UN ENTRETIEN CLINIQUE  | 109 |
| CHAPITRE 6 | TRAVAILLER LA DEMANDE ET DÉGAGER LES OBJECTIFS<br>DU TRAVAIL CLINIQUE          | 115 |
| <b>1.</b>  | <b>Travailler la demande</b>   | 117 |
| <b>2.</b>  | <b>Déterminer les objectifs de l'intervention</b>                              | 121 |
| 2.1        | Pour construire des objectifs,<br>il faut prendre en compte plusieurs éléments | 123 |
| CHAPITRE 7 | MAINTENIR UNE INTERVENTION CLINIQUE<br>DANS LA DURÉE                           | 127 |
| <b>1.</b>  | <b>Maintenir l'alliance thérapeutique</b>                                      | 129 |
| <b>2.</b>  | <b>Maintenir le cadre de travail</b>   | 131 |
| <b>3.</b>  | <b>Suivre un référentiel théorico-clinique</b>                                 | 132 |
| <b>4.</b>  | <b>Avoir une compréhension multi-niveaux</b>                                   | 133 |
| CHAPITRE 8 | CONCLURE UNE INTERVENTION CLINIQUE   | 137 |
| <b>1.</b>  | <b>Arrêter un entretien</b>  | 139 |
| <b>2.</b>  | <b>Arrêter l'intervention clinique</b>   | 143 |
| 2.1        | Quand arrêter ?  | 144 |
| 2.2        | Comment arrêter ?  | 146 |
| 2.3        | S'assurer de l'amélioration  | 147 |
| 2.4        | Arrêter et après ? Envisager la rechute possible                               | 148 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 2.5 | Et les arrêts quand le travail clinique n'est pas efficace ? | 150 |
| 2.6 | Mais ne pas arrêter trop vite                                | 152 |

## PARTIE 2 – SURMONTER LES PROBLÈMES DANS L'ENTRETIEN CLINIQUE

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| CHAPITRE 9 | LE PLUS GRAND PROBLÈME À GÉRER... LE CLINICIEN!  | 155 |
| <b>1.</b>  | <b>De la violence du travail clinique pour le clinicien</b>  | 157 |
| <b>2.</b>  | <b>La violence de l'institution</b>  | 161 |
| <b>3.</b>  | <b>Perdre la position « méta »</b>   | 163 |
| <b>4.</b>  | <b>De l'angoisse à l'ouverture à soi-même</b>  | 163 |
| <b>5.</b>  | <b>Quelques conseils au clinicien pour gérer au mieux ses réactions intérieures</b>  | 165 |
| <b>6.</b>  | <b>Quand on n'est pas prêt pour mener son entretien mais que le patient attend (conseils pour se reconcentrer et être plus disponible malgré tout)</b> | 169 |
| <b>7.</b>  | <b>Jeune psychologue, il faut bien débiter !</b>   | 174 |
| 7.1        | Le sentiment d'incompétence et les erreurs   | 175 |
| 7.2        | Que conclure de tout cela pour les psychologues débutants dans l'entretien clinique ?  | 178 |
| 7.3        | La jeunesse  | 179 |
| 7.4        | L'impatience   | 181 |
| 7.5        | L'orgueil  | 181 |
| 7.6        | La soumission et la dépendance   | 182 |

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| CHAPITRE 10 | GÉRER LES SOLLICITATIONS PERSONNELLES                                   | 185 |
| <b>1.</b>   | <b>Un principe de conduite</b>  | 188 |
| <b>2.</b>   | <b>Comment réagir à une sollicitation personnelle sans y répondre ?</b> | 189 |
| 2.1         | Répondre par... le silence  | 189 |
| 2.2         | Répondre par... une question  | 189 |
| 2.3         | Expliquer en quoi la sollicitation n'est pas adaptée                    | 190 |
| <b>3.</b>   | <b>Dans quels cas répondre aux sollicitations personnelles ?</b>        | 192 |
| <br>        |   |     |
| CHAPITRE 11 | LES ATTITUDES « ANTI-THÉRAPEUTIQUES » DU PATIENT                        | 197 |
| <b>1.</b>   | <b>Repérer et gérer les réactions du clinicien</b>                      | 200 |
| <b>2.</b>   | <b>Compréhension multi-niveaux de la situation</b>                      | 202 |
| <b>3.</b>   | <b>Le manque d'investissement</b>                                       | 204 |
| 3.1         | Que faire alors ?   | 205 |
| 3.2         | Les problèmes cognitifs   | 208 |
| 3.3         | Le poids des symptômes  | 208 |
| <b>4.</b>   | <b>La méfiance vis-à-vis de la thérapie</b>                             | 209 |
| 4.1         | Le poids des répétitions des relations intériorisées                    | 210 |
| 4.2         | Les répétitions relationnelles objets du travail clinique               | 211 |
| 4.3         | Quand l'amélioration fait peur...                                       | 213 |
| 4.4         | Pouvoir arrêter l'intervention clinique                                 | 215 |
| 4.5         | Conclusion  | 215 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>5. Et si le patient perd sa motivation pour l'intervention clinique ?</b>                 | 216 |
| 5.1 Importance de l'alliance   | 217 |
| 5.2 Des progrès qui tardent  | 218 |
| 5.3 Du retour décourageant des symptômes   | 219 |
| 5.4 Et les problèmes « extérieurs » à la thérapie ?  | 222 |
| <br>   |     |
| CHAPITRE 12 L'INTERVENTION EN PANNE  | 225 |
| <b>1. Continuer quand même ?</b>   | 227 |
| <b>2. Réorienter le patient</b>  | 229 |
| <b>3. Modifier l'intervention</b>  | 229 |
| <b>4. Prévenir l'enlèvement</b>  | 231 |
| <b>5. Repenser la thérapie</b>   | 232 |
| <br>   |     |
| CHAPITRE 13 L'ALLIANCE FRAGILE ET L'ALLIANCE FRAGILISÉE                                      | 233 |
| <b>1. Réparer une alliance fragilisée</b>  | 235 |
| <b>2. Travailler dans le cadre d'une alliance fragile</b>                                    | 238 |
| <br>   |     |
| CHAPITRE 14 QUAND LE SUJET EXPRIME DES ÉMOTIONS INTENSES<br>DANS L'ENTRETIEN CLINIQUE        | 243 |
| <b>1. Les émotions</b>   | 246 |
| <b>2. Les effets miroir</b>  | 249 |
| <b>3. Comment réagir en entretien face aux réactions émotionnelles intenses du patient ?</b> | 250 |
| 3.1 Accepter, voire encourager, et soutenir le sujet   | 251 |
| 3.2 Laisser du temps   | 252 |



|             |  |            |
|-------------|--|------------|
| 3.3         | Nommer l'émotion   | 252        |
| 3.4         | Comprendre   | 253        |
| 3.5         | Travailler en direct sur l'émotion   | 254        |
| <b>4.</b>   | <b>Face à des émotions spécifiques</b>   | <b>255</b> |
| 4.1         | La tristesse, le patient qui pleure  | 255        |
| 4.2         | Le patient qui fait une crise d'angoisse en entretien  | 256        |
| 4.3         | Quand le sujet est en colère, s'agite, monte le ton  | 259        |
| 4.4         | Le patient trop joyeux et excité   | 262        |
| <br>        |  |            |
| CHAPITRE 15 | FAIRE FACE AUX ÉVÉNEMENTS DE VIE DRAMATIQUES   | 265        |
| <br>        |  |            |
| CHAPITRE 16 | ABORDER DES THÈMES DÉLICATS<br>(SEXE, MORT, VIOLENCE, SUICIDE,<br>SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES...) | 273        |
| <b>1.</b>   | <b>Parler de sexualité</b>   | <b>276</b> |
| <b>2.</b>   | <b>Parler de maltraitance</b>  | <b>279</b> |
| 2.1         | Les victimes de violence   | 279        |
| 2.2         | Quand le statut de victime est injustifié  | 285        |
| 2.3         | Les auteurs de maltraitance  | 288        |
| 2.4         | Dans le cas où la violence du sujet est imaginaire   | 292        |
| <b>3.</b>   | <b>Parler de la mort</b>   | <b>293</b> |
| <b>4.</b>   | <b>Parler du suicide</b>   | <b>295</b> |
| 4.1         | Évaluer le risque  | 296        |
| 4.2         | Gérer le risque extrême  | 298        |
| 4.3         | Risque faible ou modéré  | 299        |
| 4.4         | Se suicider, une option légitime ?   | 301        |

|  |     |
|--|-----|
| <b>5. Parler des symptômes psychotiques</b>            | 303 |
| 5.1 Explorer les manifestations psychotiques           | 305 |
| 5.2 Sont-elles ou non problématiques ?                 | 305 |
| 5.3 Les mots pour en parler                            | 306 |
| <br>   |     |
| CHAPITRE 17 L'ENTRETIEN AVEC LES ENFANTS               | 311 |
| <b>1. Voir les parents</b>                             | 314 |
| <b>2. Voir l'enfant seul</b>                           | 316 |
| <b>3. Revoir les parents</b>                           | 320 |
| <b>4. L'entretien avec les adolescents</b>             | 321 |
| 4.1 La place des parents dans le suivi des adolescents | 323 |
| 4.2 Réagir aux sollicitations des adolescents          | 323 |
| <br>   |     |
| CONCLUSION   | 325 |
| <br>   |     |
| BIBLIOGRAPHIE  | 327 |
| <br>   |     |
| INDEX DES NOTIONS                                      | 331 |

---

## Introduction

---

La situation d'entretien clinique, en psychologie, est particulière. Une personne souffrant de difficultés psychiques s'adresse à une autre personne, un psychologue clinicien, qui prétend, par son attitude, son écoute, ses interventions et ses propositions techniques, amener la première personne à livrer son intimité psychique, afin de l'aider à changer pour du meilleur. Cette aide s'exerce durant les entretiens cliniques et passe par des techniques d'entretien mais aussi, pour l'essentiel, par la qualité de l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire la qualité de la relation entre le clinicien et la personne demandeuse.

Beaucoup a été dit et écrit sur l'entretien clinique. De nombreux ouvrages et chapitres d'ouvrages traitent de ce thème. Le plus souvent, en France, ils le font dans une perspective psychanalytique, c'est-à-dire que s'ils mettent bien l'accent sur la relation, ils insistent surtout sur ses dimensions inconscientes telles qu'elles sont théorisées en psychanalyse (transfert-contre-transfert, relations d'objet, intersubjectivité, pulsions/défenses, etc.). Or la relation thérapeutique ne peut se réduire à ces dimensions, d'autres caractéristiques y sont impliquées comme les techniques utilisées, le cadre, les aspects institutionnels, etc. Ainsi, les étudiants en psychologie et les jeunes psychologues (les moins jeunes aussi) rencontrent dans leur pratique des situations, parfois problématiques qui ne se réduisent pas aux enjeux relationnels entre eux et le patient. Des questions concrètes se posent à eux régulièrement : comment commencer un suivi ? Conduire un entretien ? Conclure un entretien ? Comment se comporter dans telle ou telle situation ? Dans la réalisation des entretiens cliniques, il existe aussi des dimensions pratiques comme l'aménagement du cadre, l'attitude du psychologue... Les ouvrages « psychanalytiques » sur l'entretien clinique n'apportent pas toujours de

réponses claires et pratiques à ces problèmes concrets rencontrés par le psychologue.

D'un autre côté, il existe aussi des ouvrages plus techniques et centrés sur ce que fait le psychothérapeute ou le psychologue, par exemple des ouvrages de thérapies comportementales et cognitives ou encore des ouvrages sur la passation des bilans psychologiques. Or, si le psychologue clinicien doit être un bon technicien (dans son champ théorico-clinique propre : TCC, psychanalyse, systémie, etc.), il ne peut pas s'en contenter et doit aussi prendre en compte l'ensemble des éléments qui participent de l'entretien clinique, du plus pratique et technique jusqu'à la qualité du lien qui le rattache à ses consultants. Cela est particulièrement vrai quand les difficultés des patients se manifestent, précisément, dans les relations, y compris dans la relation thérapeutique, comme c'est le cas par exemple quand il y a des troubles de la personnalité. Or ces aspects, pourtant essentiels, sont rarement abordés dans les ouvrages techniques.

Le psychologue débutant, bien qu'il ne soit pas encore inscrit dans un référentiel théorico-clinique précis, doit acquérir quelques repères pour mener à bien ses entretiens, tant d'un point de vue technique que relationnel. Or la relation clinique repose sur un certain nombre d'éléments qui sont communs à la plupart des référentiels théorico-cliniques et des situations cliniques. Cette 3<sup>e</sup> édition, actualisée et augmentée, a pour objectif d'apporter ces éléments de base de la pratique clinique qui sont largement partagés par la plupart des psychologues cliniciens, quel que soit leur référentiel théorico-clinique.

Ce livre n'est donc ni spécialement psychanalytique, ni particulièrement cognitivo-comportemental, pas non plus exclusivement systémique ou humaniste. Il ne traite pas de la cure type psychanalytique, ni des stratégies et des techniques TCC ou systémiques. Il est donc, de fait, centré sur les aspects communs à la plupart des entretiens cliniques. Rappelons en passant que les facteurs communs expliquent à eux seuls la

plus grande part de l'efficacité des psychothérapies, alors même que les facteurs spécifiques (par lesquels les approches théorico-cliniques se différencient) n'en expliquent qu'une faible part. Et pour que les facteurs spécifiques soient efficaces il faut déjà que l'alliance thérapeutique (la relation), base de l'entretien, soit solide. Il s'agit donc ici de présenter les bases pratiques nécessaires à la mise en place d'une relation clinique de qualité lors des entretiens cliniques, bases qui créent les conditions nécessaires, mais non suffisantes, à un travail clinique efficace.

Cet ouvrage s'adresse aussi aux cliniciens plus expérimentés qui pourraient y trouver des suggestions et des points de vue susceptibles de les aider dans des situations délicates.

Cependant, il ne faut pas compter sur un livre de recettes cliniques, car l'approche clinique est plus proche de l'art et de l'artisanat que de la production en série. Le clinicien ne peut faire l'impasse ni sur l'imprévisibilité, ni sur l'irréductibilité, ni sur la singularité des situations qu'il rencontre et doit traiter. Sa personnalité et sa créativité sont régulièrement mises en jeu et mises à l'épreuve. Le psychologue clinicien doit donc concilier un engagement personnel authentique avec un cadre et une attitude professionnels, ce qui n'est pas toujours simple en pratique. Puisse ce livre y aider ses lecteurs.

Le premier chapitre définit l'entretien clinique et le situe par rapport à d'autres pratiques d'entretien. Il en précise les caractéristiques générales afin de poser un cadre clair pour la suite du livre. Dans ce chapitre sont aussi discutés les objectifs de l'entretien. Les notions d'efficacité, de réussite et d'échec dans l'entretien y sont aussi abordées.

La première partie porte sur les conditions concrètes utiles au bon déroulement d'une intervention clinique. Il y sera question de l'attitude générale du psychologue, des cadres de la relation, de la façon de débiter une intervention clinique et chaque entretien qui la compose, de la façon de traiter la demande, de déterminer les objectifs, de créer et de maintenir

une bonne alliance thérapeutique, de conclure une intervention psychologique, ainsi que chaque entretien...

La deuxième partie aborde les difficultés concrètes pouvant se poser lors d'entretiens cliniques et tentera d'apporter, à chaque fois, des conseils et des suggestions pratiques, utiles dans la pratique clinique concrète.

Ce livre se fonde sur l'expérience clinique de l'auteur (praticien dans divers cadres cliniques depuis trente ans et superviseur), sur son ouverture à plusieurs référentiels cliniques (TCC, psychanalyse, systémie, humanisme...), sur ses connaissances des travaux de recherche scientifiques en psychologie clinique (professeur de psychologie clinique à l'université Paris-Nanterre), ainsi que sur son expérience d'enseignant à l'université des étudiants de psychologie clinique en licence, master et doctorat, ainsi que, dans le cadre de la formation professionnelle continue, de professionnels de la relation dans des secteurs professionnels variés (soignants, formateurs, psychologues...).

Chapitre

1

**DÉFINIR  
L'ENTRETIEN  
CLINIQUE**

# Sommaire

|   |    |
|---|----|
| 1. L'entretien en général .....   | 7  |
| 2. L'entretien dans la relation d'aide .....                              | 10 |
| 3. L'entretien clinique .....   | 13 |
| 4. L'entretien clinique<br>ou les entretiens cliniques?.....              | 16 |
| 5. Relativiser l'importance des courants<br>en pratique .....             | 21 |
| 6. Au-delà des différences, les facteurs communs ...                      | 24 |
| 7. L'entretien clinique: définition des éléments<br>qui le composent..... | 28 |
| 8. Réussites et échecs dans l'entretien clinique?.....                    | 32 |



---

## 1. L'entretien en général

---

Un entretien clinique est avant tout un entretien. Secondairement, il possède des caractéristiques spécifiques qui le font qualifier de « clinique ». Donc pour définir l'entretien clinique, il convient d'abord de définir l'entretien en général. Il existe de très nombreuses formes d'entretien. Les entretiens peuvent avoir lieu dans le monde du travail (recrutement, entretien annuel d'évaluation, entretien de licenciement...), dans l'orientation (entretien d'orientation, de conseils...), dans les institutions éducatives, comme les écoles, les collèges, les lycées, les universités (entretien avec les parents, entretien d'admission, entretien disciplinaire); on peut s'entretenir avec son banquier, ainsi qu'avec un assistant social... ou un psychologue clinicien. Ce qui est commun à toutes ces situations, c'est qu'il s'agit à chaque fois d'une relation directe entre deux (ou plus) êtres humains et que cette relation s'effectue dans un cadre professionnel. C'est ce qui différencie l'entretien, par exemple, d'une discussion amicale. On n'a pas un entretien avec ses amis! Avec eux, on converse, on discute, on plaisante, mais on ne fait pas vraiment d'entretien... Le fait que les entretiens se déroulent dans un cadre professionnel implique un certain nombre de choses importantes qui concernent aussi l'entretien clinique :

- Quand les personnes se rencontrent pour un entretien, leurs fonctions sociales sont déjà distribuées par le contexte social et institutionnel. Par exemple, le psychologue clinicien a pour fonction d'aider psychologiquement la personne qui le sollicite en tant que psychologue, et s'il accepte de répondre à cette sollicitation, il doit alors exercer sa fonction de psychologue, il ne peut s'y soustraire. Il doit donc tenir le rôle social de psychologue. Ne pas le faire le mettrait en contradiction avec les attentes du demandeur, mais aussi avec le *Code de déontologie des psychologues* et parfois

même avec la loi (par exemple s'il exerce d'autres fonctions sociales pour lesquelles il n'est pas autorisé, comme médecin, banquier, etc.). Notons que pour exercer la fonction de psychologue en France, il faut aussi y être autorisé légalement par l'obtention de certains diplômes (licence et master de psychologie + un stage professionnel).

- La répartition de ces fonctions et des rôles implique que l'un des participants a en charge de mener ou de diriger l'entretien tandis que l'autre lui reconnaît ce pouvoir et attend qu'il l'exerce; la relation est donc dissymétrique.
- Celui qui mène l'entretien est le professionnel (employeur, principal de collège, conseiller d'orientation, psychologue...), l'autre participant peut être le subordonné, un élève ou un étudiant, ou encore un sujet en demande d'aide psychologique, un patient... Dans la plupart des cas, on peut considérer qu'il s'agit d'un « usager » au sens de « quelqu'un qui utilise un service », service assuré par le professionnel durant l'entretien. Cependant les spécificités de l'entretien clinique font que le terme « sujet » est sans doute plus adapté dans ce cas, pour marquer sa singularité et son activité.
- Pour les raisons ci-dessus, la relation d'entretien est une relation empreinte de rapports de pouvoir, car le professionnel qui mène l'entretien a, de fait, un pouvoir sur l'usager (l'évaluer, le licencier, l'embaucher, le conseiller, l'aider, le soigner...) alors que l'usager, ou le sujet, est en position de demande (il attend quelque chose du pouvoir du professionnel). Bien sûr, il faut relativiser cette dissymétrie des pouvoirs dans l'entretien, car un patient a du pouvoir sur le psychologue, ou un client sur son banquier: il peut remettre en cause ses compétences (et même le faire savoir par les réseaux sociaux!), il peut se plaindre de lui (même auprès d'un juge) s'il estime avoir été abusé... Pourtant, globalement, le professionnel est tout de même dans une situation sociale qui lui attribue un pouvoir sur l'usager. Au professionnel d'en faire bon usage...

- Plus encore, l'objectif même de l'entretien est prédéterminé par le contexte social (on n'attend pas la même chose de son banquier que de son psychologue!). Il n'appartient pas aux protagonistes de déterminer l'objectif général de leur rencontre, celui-ci est imposé par le contexte social: le psychologue et le patient qui vient le voir ne peuvent pas décider entre eux, dans ce cadre, que leur objectif sera d'étudier les plans de la future maison du psychologue! Ou d'organiser leurs vacances à la mer! Ni même de savoir quel serait le meilleur traitement pour la bronchite du patient, ou s'il ferait mieux de placer son argent sur un livret A ou en achetant des actions... Non, l'objectif est contraint par leurs fonctions et par leurs rôles sociaux: le psychologue clinicien ne peut intervenir qu'en direction d'objectifs inscrits dans son champ de compétences qui sont rappelés dans le *Code de déontologie des psychologues* (bilans psychologiques, psychothérapies, conseils et soutien psychologiques... que nous appelons dans ce livre: «interventions cliniques»).
- Enfin, le cadre de l'entretien est aussi prédéterminé avant la rencontre: le lieu, la durée, les modalités financières, etc., préexistent à la rencontre elle-même et influencent fortement le déroulement des entretiens.

## À retenir

Ainsi, un entretien peut être défini comme une rencontre entre au moins deux sujets, dont l'un est un professionnel exerçant dans le cadre de cette rencontre une de ses fonctions professionnelles et dont l'autre reconnaît cette fonction et règle dans l'entretien son attitude sur cette reconnaissance. Ainsi, l'entretien est une relation sociale dont les fonctions et les rôles des participants, les objectifs de la rencontre et les règles qui la régissent sont en grande partie prédéterminés par sa fonction sociale.

Il est tout à fait important que le psychologue clinicien soit conscient de cette dimension sociale dans laquelle ses interventions s'inscrivent. D'une part pour l'assumer pleinement de façon à être solide sur ses bases juridiques, éthiques et institutionnelles, mais aussi, d'autre part, pour ne pas en abuser vis-à-vis du sujet et, enfin, pour pouvoir en jouer si nécessaire durant ses interventions, soit en utilisant de diverses façons la position d'autorité que lui confère de fait sa fonction, soit en questionnant cette position d'autorité pour explorer avec le patient son propre rapport à l'autorité, aux contraintes sociales et aux jeux de pouvoir...

---

## 2. L'entretien dans la relation d'aide

---

Zoomons un peu plus sur l'entretien mené par le psychologue clinicien. Parmi l'ensemble des entretiens existants, il existe un sous-groupe spécifique qui est celui des entretiens s'inscrivant dans le champ de la relation d'aide. Il s'agit de tous les entretiens effectués dans l'objectif d'aider l'utilisateur, que ce soit aux niveaux sociaux, éducatifs ou thérapeutiques. Ces entretiens visent une intervention sur la personne elle-même (et pas sur son compte en banque, sa voiture ou les plans de sa maison). Les professionnels assurant ces entretiens sont donc, par exemple, des assistants sociaux, des éducateurs, ou encore des psychologues cliniciens. Ces entretiens ont donc pour fonction sociale d'aider l'utilisateur qui le demande. Cela implique à nouveau plusieurs éléments spécifiques à ces entretiens que l'on retrouve aussi dans les entretiens cliniques :

- Tout d'abord cela implique qu'il y ait un usager demandeur d'une aide sur sa situation personnelle et un professionnel susceptible de répondre à cette demande; et cela place le demandeur en position d'attente par rapport au professionnel. Cela peut donc renforcer la dissymétrie dans les

rapports de pouvoir, dissymétrie qui est déjà inhérente à toute situation d'entretien.

- De plus, si l'usager demande de l'aide sociale ou psychologique, c'est donc qu'il en a, en général, besoin, ce qui indique qu'il est en situation de fragilité, de vulnérabilité, voire de détresse. Cela renforce la possibilité d'une relation de dépendance entre le demandeur et le professionnel.
- Ainsi, pour ces raisons, l'entretien dans la relation d'aide contient un potentiel important de déséquilibre des pouvoirs entre le demandeur et le professionnel. Il est important de le reconnaître principalement pour empêcher les abus de pouvoir de la part du professionnel et pour prendre en compte, dans les échanges, l'état de vulnérabilité du demandeur (donc pour des considérations éthiques, mais aussi juridiques : ne pas profiter de la vulnérabilité d'une personne affaiblie, ce qui pourrait être un « abus de faiblesse », pénalement répréhensible<sup>1</sup>).
- Par ailleurs, le sujet exprime une demande à laquelle il s'attend que le professionnel réponde. Pourtant la demande elle-même peut nécessiter un retravail de la part du professionnel et du sujet, car elle n'est pas toujours adaptée à la situation, ni même satisfaisable (« Je veux aller mieux totalement et très vite... »). Cette reprise et cette modification de la demande par le professionnel peuvent être bien reçues par

---

1. « Il y a abus de faiblesse quand une personne profite de la vulnérabilité d'une autre pour la conduire à faire un acte contraire à son intérêt. L'auteur de l'infraction a connaissance de l'état de faiblesse et de l'ignorance de sa victime. La vulnérabilité peut être due à son âge, sa maladie, son handicap physique ou mental. Cela peut être par exemple un mineur, une personne âgée ou handicapée, une femme enceinte. L'auteur des faits peut aussi exercer des pressions graves et répétées pour manipuler la victime de manière à fausser son jugement. » « L'abus de faiblesse peut être puni de 3 ans de prison et d'une amende de 375 000 €. Cette peine peut être assortie d'une interdiction d'exercer si l'infraction a eu lieu dans l'exercice d'une profession. » (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F35140>).

le demandeur, mais il peut aussi en ressentir de la frustration (« On ne répond pas à ma demande! »);

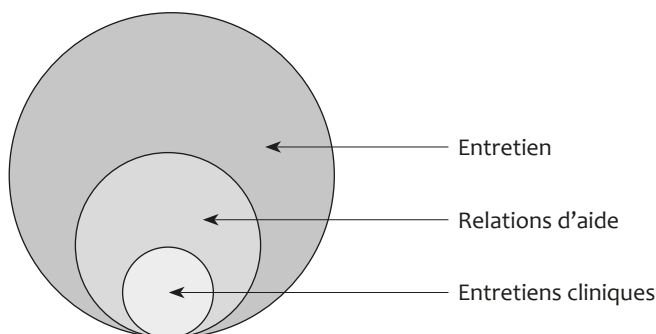
- Plus profondément, le contexte de la relation d'aide tend à favoriser, ou à réactiver, des modalités relationnelles spécifiques, comme des relations de dépendance, de soumission/domination, d'idéalisation du professionnel, ou encore des mouvements affectifs intenses tant positifs (attachement, amour) que négatifs (rejet, haine). C'est ainsi que la relation peut aussi être marquée par des éléments de méfiance, de frustration, d'agressivité, voire de persécution. De façon générale, le professionnel de la relation d'aide doit être capable de reconnaître ces mouvements affectifs et les schémas relationnels dans lesquels ils s'expriment et qui se répètent, et une fois ceux-ci reconnus il doit pouvoir les considérer comme une matière psychique sur laquelle il peut intervenir. Ces mouvements relationnels sont souvent considérés par les jeunes professionnels comme une gêne. Cependant, nous verrons plus loin que ces mouvements affectifs sont souvent la matière même sur laquelle le psychologue clinicien va orienter le travail avec son patient.

## À retenir

Un entretien dans le cadre de la relation d'aide peut être défini comme une rencontre entre une personne qui sollicite une aide concernant sa situation personnelle (sociale, psychologique) et un professionnel à qui cette demande est adressée et qui est susceptible d'y répondre grâce à ses compétences et ses fonctions sociales. Outre les mesures mises en œuvre pour atteindre l'objectif d'aide dans les entretiens dans la relation d'aide, ceux-ci sont marqués par la vulnérabilité du demandeur, la relation déséquilibrée entre le professionnel et le demandeur, ainsi que par la spécificité des relations réactivées par ce déséquilibre et par l'état de vulnérabilité de l'usager (dépendance, frustration, agressivité, attachement, idéalisation...).

### 3. L'entretien clinique

Après avoir vu les implications de la situation d'entretien en général ainsi que les caractéristiques spécifiques à la relation d'aide, voyons plus directement ce qu'il en est de l'entretien clinique en psychologie.



L'entretien clinique est donc un entretien qui s'inscrit dans le champ de la relation d'aide. Plus précisément, il a pour objectif l'aide psychologique, qu'il s'agisse de la réalisation de bilans psychologiques, de soutien et de conseils psychologiques ou encore de psychothérapies. Parfois, il est aussi utilisé dans des recherches scientifiques en psychologie. L'entretien clinique est effectué par un psychologue clinicien. D'autres professionnels peuvent effectuer des entretiens cliniques, comme les psychiatres (médecins spécialistes en psychiatrie) ou parfois d'autres personnels soignants (infirmiers) sous la supervision d'un psychologue ou d'un psychiatre.

L'adjectif « clinique » a un sens médical assez large et un sens psychologique plus étroit. Au sens médical, « clinique », dont l'étymologie signifie « au lit du malade », correspond à toutes les actions qui ont lieu avec un sujet malade (comme une intervention clinique, un acte clinique...) ou à propos

de la maladie (comme une recherche clinique biomédicale, par exemple). Donc la psychologie clinique est, dans ce sens, l'intervention psychologique auprès de patients souffrant de troubles psychiques.

Au sens plus étroit où on l'entend en psychologie clinique, comme dans l'entretien clinique, il s'agit des interventions que l'on effectue pour comprendre et aider psychologiquement le sujet qui le demande, qu'il souffre d'un trouble psychique ou non (donc qu'il soit « malade » ou non). Il s'agit d'une approche centrée sur la compréhension globale du fonctionnement psychique d'un sujet. Dans ce sens, la plupart des sous-disciplines de la psychologie (développementale, du travail, etc.) peuvent être « cliniques » dans leur approche.

En psychologie clinique, on cumule les deux acceptions : ce sont généralement des entretiens visant à comprendre le fonctionnement psychique global d'un sujet souffrant de troubles psychiques dans l'objectif de favoriser un soulagement de ces troubles. Nous sommes donc cliniques dans la population visée et dans la méthode<sup>1</sup>.

La particularité de ces entretiens est que le psychologue vise une modification de la vie psychique du sujet exclusivement par des moyens psychologiques (et non pas, par exemple, par des médicaments ou des aides sociales). Parmi ces moyens psychologiques, la relation entre le psychologue et le sujet joue un rôle très important. Or pour utiliser des moyens psychologiques (c'est-à-dire des mots, des attitudes, des techniques...), le psychologue doit s'appuyer sur la façon dont il comprend et ressent les difficultés et le fonctionnement psychologique du sujet. Pour saisir ce fonctionnement, qui est parfois masqué par des processus psychiques défensifs du sujet, le psychologue

---

1. Notons que c'est aussi le cas pour la neuropsychologie qui se développe de plus en plus et qui utilise des approches cliniques pour mieux comprendre la vie psychique de personnes avec des troubles neurocognitifs ou neurodéveloppementaux afin d'améliorer ces troubles.



peut utiliser des outils d'évaluation objectivants (comme des questionnaires, des tests...), mais il doit aussi faire appel à son empathie, à son intuition, à son « sens clinique », qui lui permettent de déceler des éléments subtils de la vie psychique du sujet puis de régler ses interventions selon cette compréhension et d'intervenir sur ces éléments psychiques. De ce fait, en plus des instruments objectivants, le psychologue utilise sa propre vie psychique, qu'il observe en position « méta » (c'est-à-dire « au-dessus » ou « à côté »), comme un outil de travail dans le cadre de la relation clinique.

## À retenir

L'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue comprend la vie psychique et favorise l'évolution psychique d'un sujet le plus souvent en difficulté psychologique, dans le cadre d'une relation d'aide psychologique. Au sein de cette relation, le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des données objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet.

---

## 4. L'entretien clinique ou les entretiens cliniques ?

---

### 4.1 Les pratiques selon les référentiels théorico-cliniques

Chaque entretien clinique est marqué par le courant théorico-clinique du clinicien. Parmi les courants principaux, il y a le courant psychanalytique, le courant cognitivo-comportemental (TCC) et les approches familiales systémiques. Imaginons que nous soyons dans le bureau d'un psychologue de chaque courant en train d'effectuer un entretien clinique avec un patient et que nous observons le psychologue au travail.

Le psychologue adepte du courant psychanalytique a tendance à rester en retrait, à intervenir peu pour laisser la place à l'expression de la parole du patient. C'est donc très majoritairement ce dernier qui s'exprime avec les encouragements discrets du psychologue psychanalytique. De temps en temps, cependant, le psychologue pose une question (relance) pour orienter le patient dans une direction ou une autre. Parfois il suggère un lien entre deux parties de discours du patient (interprétation) pour l'aider à prendre conscience de son fonctionnement psychique (« ce que vous me dites là de votre collègue, rappelle ce que vous disiez de votre père... »). Il peut y avoir des silences assez longs, des digressions de la part du patient, car le déroulé de l'entretien est globalement non directif. Il y est question des préoccupations du patient, mais aussi de leurs liens avec son histoire et son enfance. Il peut aussi y être question de la relation actuelle entre le psychologue et le patient (transfert-contre-transfert).

Passons dans le bureau du psychologue TCC. L'ambiance y est tout autre, le psychologue est actif, il intervient et dirige l'entretien. Il pose des questions souvent très précises

au patient, il le sollicite souvent et lui demande son avis. Il explique ses hypothèses de travail et propose des techniques psychologiques qu'il met en œuvre avec le patient. Il utilise des outils d'évaluation (questionnaires et autres). Parfois même il va agir sous forme de jeux de rôle, d'exercices d'exposition (à des photos, à des situations, à l'imaginaire du patient), de relaxation... Il suit une stratégie thérapeutique assez précise dans une relation de collaboration active avec le patient... Les thèmes abordés concernent les problèmes du patient, leur évolution et la mise en œuvre de la thérapie.

Qu'en est-il du psychologue familial systémicien en entretien ? D'abord, il reçoit des familles, il interagit donc avec plusieurs personnes. Son attitude est active, il questionne les membres de la famille. En particulier, ses questions circulaires amènent les membres de la famille à se positionner sur ce que les autres disent (« Que pensez-vous du point de vue exprimé par votre mère ? »), il est directif et il propose des hypothèses à la famille ainsi que des actions à faire dans ou hors des séances. Il y a un grand miroir dans le bureau qui donne dans une autre pièce. En fait, il s'agit d'un miroir sans tain, et derrière ce miroir se trouve un autre thérapeute qui observe la famille et l'écoute grâce à un système de micro et de haut-parleurs. À un moment donné, le clinicien qui est avec la famille quitte la pièce et vient discuter avec le thérapeute qui est derrière le miroir. La famille est au courant de ce dispositif thérapeutique. Les thérapeutes construisent alors ensemble des hypothèses et une stratégie thérapeutique ; le clinicien revient dans la pièce pour faire part à la famille de ces hypothèses et proposer des techniques thérapeutiques.

Ainsi, selon le courant auquel appartient le clinicien, ses entretiens seront marqués par des attitudes, des techniques et une ambiance assez différentes. Il est donc réducteur de décrire l'entretien clinique comme s'il n'y avait pas de différence significative entre les cliniciens, en particulier en fonction de leur courant d'appartenance.

Précisions: d'accord, il y a les courants et leurs spécificités. Mais en réalité, les bons thérapeutes, solides dans leur approche, ne sont pas de simples exécutants sans créativité. Ils savent prendre du recul, adapter leur approche et même s'en éloigner quand c'est nécessaire, pour passer à une attitude de soutien, voire à utiliser des techniques d'autres approches, ponctuellement. Un bon thérapeute est centré sur les besoins de son patient et s'y adapte, et non pas sur son approche érigée en vérité absolue.

## 4.2 La compréhension de la vie psychique selon les référentiels

La façon de comprendre la vie psychique des sujets est assez différente selon les courants. Et cela détermine différentes attitudes et stratégies d'intervention.

Le psychologue psychanalytique comprend la vie psychique comme un « appareil psychique » complexe, qui est pour l'essentiel le résultat du développement psychosexuel durant l'enfance du patient. Son contenu est principalement la vie inconsciente profonde constituée par des éléments refoulés, comme des pulsions et des désirs (sexuels et agressifs). Ces refoulés cherchent à se satisfaire, mais contrés par le surmoi ils sont refoulés continuellement par les mécanismes de défense. Les pulsions parviennent malgré tout à s'exprimer mais de façon déformée en particulier sous forme de symptômes. Fort de cette compréhension, le thérapeute psychanalytique aura pour stratégie et pour technique de favoriser l'expression libre de la vie psychique du sujet afin qu'il puisse progressivement prendre conscience de sa vie psychique inconsciente, l'accepter, et ainsi rendre les mécanismes de défense pathogènes inutiles.

Le clinicien partisan des TCC considère que les troubles psychiques ont une origine multifactorielle (biopsychosociale),