



BALISE 1¹ : LA METHODE CLINIQUE



Le terme clinique possède plusieurs sens, tant comme nom féminin que comme adjectif qualificatif. Les qualités signifiantes de cet adjectif varient suivant le contexte, la discipline ou encore l'objet auquel il se rapporte. L'origine grecque du mot *clinique* est dérivée de *kliné*, désignant le « lit ». La clinique est ce qui se voit et s'interprète² au chevet du patient. Elle renvoie à l'idée d'une observation, d'une analyse, d'un repérage de signes chez un sujet. La clinique qualifie le signe qui s'établit d'après l'observation directe et non d'après la théorie. La clinique prend sa source dans le « être à côté de ».

Il est important avant de développer de différencier recherche clinique de méthode clinique. Le terme de recherche clinique regroupe l'ensemble des recherches qui se réalisent auprès du malade. Cette recherche peut cependant utiliser autant une méthode de recherche expérimentale qu'une méthode clinique ou différentielle ; mais se réfère toujours au paradigme mécaniciste. La méthode clinique, elle, s'intéresse à la clinique du sujet en tant qu'être humain ayant conscience d'être au monde et ainsi, renvoie à un autre paradigme.

- Les principes de la méthode clinique :

Si par son origine, la pratique clinique s'adresse à un malade, plus ou moins en demande d'aide thérapeutique ; elle ne nécessite pas forcément que les sujets soient malades. Ici, le but de la démarche n'est pas de guérir, ni de poser un diagnostic ou de prescrire un remède ou une remédiation, mais de découvrir un cas clinique. Cette mise à jour se réalise en participant avec l'autre, qu'il soit sujet ou groupe, au travail sur le sens de son projet de santé, de son cheminement dans la maladie ou la santé ou encore de son changement dans un processus de soin. Il est encore possible d'élargir la perspective au-delà du soin³ !

Héritière de la médecine⁴, la méthode clinique est réservée à ce qui s'entend en étant à côté de la personne. Par là, elle se fonde sur l'écoute et l'interprétation des signes recueillis dans la pratique de l'écoute. Ces principes sont les suivants :

¹ Voilà le *iota* !

² « voir + interpréter = observer »

³ Vous pouvez aisément remplacer « santé » par travail ou métier et « soin » par développement.

⁴ J'aurais dû écrire « une » médecine, celle qui a tendance à être négligée !

- L'individu, ou le groupe, est le centre d'intérêt du chercheur en tant que sujet, singulier par son récit et son histoire sur le phénomène mis à l'étude. Le chercheur s'intéresse aux déterminants biographiques du sujet dans le phénomène observé. Le sujet est donc le narrateur de son vécu passé et présent ainsi que d'un futur imaginé : il se raconte et s'écoute raconter.
- L'approche est avant tout qualitative et dépasse l'attendu des critères. D'ailleurs, ce n'est pas le nombre de sujets rencontrés qui offriront la fécondité du cas clinique.
- L'entretien n'est pas qu'un outil de recueil de données mais aussi une situation de rencontre. Il ne vise pas à confirmer ou infirmer une hypothèse pré-établie. Mais, le recueil de l'histoire de vie du sujet permet de découvrir l'imprévisible. Le cas clinique s'élabore entre les éléments prévisibles, issus de la ou des théories de référence, considérés comme attendus, et les éléments imprévisibles⁵, livrés et/ou perçus lors des entretiens.
- L'implication du chercheur est particulière, le travail sur celle-ci est de ce fait incontournable. Ce travail s'opère à différents niveaux en amont et en aval, mais aussi par devers lui et tout au long de la relation entre le sujet et le chercheur. La relation de confiance est un atout mais sur le plan méthodologique est une arme à double tranchant.
- Si l'écoute est centrale, le langage non-verbal ne doit pas être négligé. Le passage du récit par les mots est réflexif ; cependant certaines situations ne trouvent pas leurs mots. Cette dimension particulière de la communication ne s'autorise aucune relance, ni interprétation car le non verbalisé ne peut pas être dit.
- Le questionnement éthique est au centre de cette méthode et de l'implication qu'elle réclame. La posture du chercheur n'est pas celle du thérapeute, la relation clinique est autre chose qu'une relation d'aide. Elle impose une négociation sur la relation entre le chercheur et son sujet. Ce ou ces dernier(s) doivent être très clairement informés de la démarche : thème, objectifs, modalités pratiques. Sa participation peut être interrompue à tout moment.
- Entendre et écouter afin de tenter de comprendre ce que le sujet exprime sur le phénomène étudié. L'entretien, ou l'audition, se fait à partir d'un cadre de références théoriques. Le travail d'interprétation se construit dans une proposition d'organisation des éléments et des signes recueillis. La confrontation avec les attendus théoriques permet de révéler la part d'imprévu : les inattendus.

⁵ Au moins inattendus !

- La finalité de la méthode clinique est éloignée de la généralisation. Elle s'inscrit dans un processus de régulation des théories par le repérage et la définition du cas clinique. Son but premier est la compréhension du fonctionnement de l'être humain d'aujourd'hui⁶ dans un processus de santé. Les perspectives concernent alors le discernement des problématiques de santé, l'adéquation des processus de soins et ainsi l'évolution de la qualité des soins⁷.

- Le statut de l'hypothèse :
 L'hypothèse en tant qu'*a priori* théorique, posé en amont de la méthode, n'existe pas en méthode clinique. Elle est envisagée comme un frein à la démarche, et même à l'écoute. L'objectif de la démarche n'est pas de confirmer ou d'infirmer une hypothèse mais bien de mettre à jour : une forme d' « archéologie ».
 Toutefois, en cours de démarche, des « hypothèses » s'élaborent sur base du travail d'écoute, mais elles sont interprétatives des liens supposés dans le récit du sujet, le rapport entre son histoire de vie et le phénomène étudié. Elles seront soumises à validation par le sujet et le chercheur. Pour certains, une ou plusieurs hypothèses peuvent être proposées en fin de recherche mêlant le corpus théorique de référence, la rencontre avec les sujets et l'expérience de terrain.

- Les passages obligés de la méthode clinique :
 - *Définir une question de recherche* qui s'intéresse au processus de changement du sujet, aux traces qu'il veut bien livrer de lui-même dans le récit de son histoire et dans le travail d'écoute de soi rendu possible par la démarche du chercheur. La question de recherche n'est pas centrée sur une relation de cause à effet. Le risque est de s'enfermer dans un désir de vérification interdisant la clinique de la méthode.
 Contre-exemple : pouvoir parler de sa séropositivité aux soignants permet-il au patient de mieux vivre son hospitalisation ?
 Exemple : quel(s) sens donnent les personnes lorsqu'elles parlent de leur séropositivité aux soignants ?
 - *Elaborer un cadre théorique* en déclinant les références théoriques en critères afin d'en dégager des catégories, des profils, des typologies possibles ou probables de sujets. Ces attendus basés sur un cadre conceptuel vont permettre une première analyse des entretiens. Ils constituent le cadre de l'écoute et de l'interprétation du récit des sujets puisqu'ils déterminent le phénomène étudié.

⁶ Cette option renvoie à la phénoménologie.

⁷ « soins et santé » peuvent ici être remplacés par management et encadrement.

- *Construire un dispositif de recherche.* Il privilégie la rencontre et l'écoute. Comme il se centre sur la singularité, le dispositif prévoit le choix et la planification des situations d'entretiens, ainsi que la mise en place des conditions favorables à la libre expression du sujet. La notion de temps est importante. En outre, il faut également définir :
 - la population avec laquelle la recherche sera conduite,
 - le nombre de rencontres et leur espacement, déterminés en fonction de l'objet étudié. Ceci est à programmer.
Exemples : le processus d'observance dans le cadre d'une maladie chronique (temps long et espacé) / l'anxiété dans les salles d'attente des urgences (temps court et rapproché).
 - les modalités d'accès au terrain : les lieux, le choix⁸ des sujets, le ou les supports de l'écoute c'est-à-dire la parole, les expressions corporelles, écrite, picturale, etc. .
 - la question inaugurale de la situation d'entretien : tester sa pertinence par quelques pré-tests.
- *Conduire des entretiens non-directifs* tout en assurant l'observation comme la conservation des données. Ecouter le sujet, faciliter le développement de son processus de pensée et de compréhension du phénomène par la re-formulation de ce qu'il exprime. Cette reformulation dépasse celle de la relation d'aide car elle vise à accentuer le processus d'énonciation signifiante.
- *Décrypter les entretiens* et en transcrire les éléments de suivi. Eventuellement et prudemment, il est possible d'échanger sur cet acquis afin de le valider ou de revenir sur certains points.
- *Travailler son implication.* Il est souhaitable de s'assurer une aide de type supervision, lors des premières retranscriptions.
- *Clore la série de rencontres.* Il est important, même si le calendrier le prévoyait, de dire aux sujets que les rencontres sont terminées.
- *De retour du terrain, il reste à :*
 - décrypter l'intégralité des rencontres : discours, manifestations, expressions, silences, prises de paroles et interventions du chercheur ;
 - analyser les orientations prises par le sujet et ses réactions aux interventions du chercheur ;

⁸ sérié ou aléatoire.

- confronter les données ainsi recueillies aux critères et catégories élaborées sur base de l'approche théorique choisie ;
 - éventuellement, convoquer d'autres théories pour avancer encore dans le travail de compréhension/interprétation ;
 - décrivez le prévisible ;
 - exposer le ou les cas cliniques rencontrés à partir du récit d'un ou de plusieurs sujets et le(s) confronter à la théorie ;
 - énoncer les particularités qui divergent du prévu et conduisent à son développement ou à sa révision.
- *Interpréter les résultats de la recherche* et re-problématiser la question de départ. La clinique réclame aussi d'entendre le message que le sujet désire faire passer. La finalité de la méthode clinique est de révéler l'étrange, le surprenant. Deux manières coexistent : l'interprétation appartient au chercheur qui choisit un modèle de pensée pour donner du sens au récit OU l'interprétation se co-construit dans l'interaction entre les acteurs de la relation clinique : chercheur/individus ou groupe.
 - *Complément* : toujours au choix, le compte rendu offre uniquement la lecture du langage et des signes du sujet OU le compte rendu interactif « superpose » la lecture du langage et des signes du sujet et du chercheur, témoignant ainsi de l'évolution de chacun au cours du processus, de leurs perceptions mutuelles et du sens que chacun peut y construire.
- **Conclusion :**
 Les recherches menées avec la méthode clinique produisent des savoirs sur le rapport du sujet au soin et à la santé, sur le rapport du sujet, ou groupe, à l'institution et à ses normes. Elles participent à la compréhension de certains phénomènes liés à la singularité de l'humain. L'écoute clinique est riche d'informations qui bien traitées, peuvent contribuer au développement de la qualité des soins comme au management. La méthode clinique permet d'identifier les éléments qui sont conformes à la théorie et ceux qui sortent de ces attendus. En outre, les cas cliniques interrogent les pratiques de systématisation et de standardisation.