**L’entretien clinique infirmier**

**Association Serpsy (Soins études et recherche en psychiatrie) :** [serpsypaca@gmail.com](mailto:serpsypaca@gmail.com)

Formateur : Dominique Friard,

fridom375@gmail.com

**Déroulé de la formation**

**A-Généralités**

**A-1Etymologie**

**A-2 Définitions**

**A-3 Différentes classifications des entretiens**

1. **Selon le but recherché**
2. **Selon la forme utilisée**
3. **Selon les conditions particulières à l’entretien**
4. **Selon les techniques utilisées et les populations auxquelles il s’adresse**

**B-Entretien et 1ère rencontre**

**B-1 L’entretien d’accueil**

1. **Définition de l’entretien d’accueil (ou de première rencontre)**
2. **Les préalables à l’entretien d’accueil**
3. **Accueil « en creux » ou accueil « en plein »**

**B-2 Travail autour de la demande : Qui demande quoi à qui, comment et pourquoi maintenant ?**

**B-3 Le portrait chinois (reprise de l’entretien de Thérèse)**

**B-4 Terminer un entretien d’accueil.**

**C- Le cadre de l’entretien**

1. **Contexte**
2. **Caractéristiques du patient et de sa famille**
3. **Caractéristiques de l’infirmière et de l’institution**
4. **But**
5. **Contenu**
6. **Durée et rythme**
7. **Lieu**
8. **Grille de lecture : psychanalyse, phénoménologie, psychothérapie institutionnelle, antipsychiatrie, thérapie familiale systémique, approche centrée sur le patient (Rogers), structuralisme, approche comportementale et cognitive**
9. **Récit**
10. **Mise en application pratique « Un peu docteur, psychologue, assistante sociale ». Récit clinique et repérage du cadre de l’entretien.**

**D- Les phases de l’entretien**

1. **Avant le début**
2. **Le début**
3. **Le(s) corps de l’entretien**
4. **La fin**
5. **Après la fin de l’entretien**

**E-Les étapes de la relation dite d’aide**

1. **Relation de civilité**
2. **Relation d’investigation**
3. **Holding ou soutien affectif**
4. **Relation d’aide thérapeutique**
5. **Relation d’aide ou psychothérapie ?**
6. **Limites du concept de relation d’aide**

**G- La reformulation attitudes et techniques**

**H- Alliance thérapeutique, transfert, contre-transfert dans la névrose et la psychose**

**Etymologie :**

Le mot entretien vient du verbe entretenir qui apparaît dans la langue au 12ème siècle, son sens premier est **« se soutenir »**.[[1]](#footnote-1) Il est forgé à partir de « entre » et « tenir ». Tenir dérive d’une racine indo-européenne *ten*, tendre, étirer. Le mot implique une tension, comme celle d’un corps élastique[[2]](#footnote-2). **Le verbe tenir implique un risque de rupture**, ça tient avec effort, ça pourrait rompre.

Entretenir, c’est d’abord, historiquement et étymologiquement, **tenir ensemble, assujettir les parties d’un ensemble**. Ainsi la clé de voûte entretient les pierres de la voûte.

**Définitions :**

Digonnet et Leyreloup définissent l’entretien « *comme un moment particulier où par la parole pourraient se réunir des morceaux d’histoire, des expériences diverses éparses. Bien plus qu’un simple échange en face à face, l’entretien serait aussi la* ***mise en œuvre de liens****. Liens entre deux personnes, liens dans le discours, liens qui se feront dans l’histoire du patient. […] L’entretien infirmier serait cette discussion où un patient confie le récit de son histoire, des événements, son aventure personnelle qui l’on conduit à l’hôpital. L’infirmier serait là pour* ***rassembler tout ce qu’il va dire, lui faire préciser, lui faire expliquer, et ensuite pouvoir le retranscrire le plus fidèlement possible.*** *C’est l’****écriture*** *qui va faire récit et faire naître l’histoire.* ***Il ne peut y avoir d’entretien sans écriture.*** »[[3]](#footnote-3)

Nous définissons l’entretien infirmier comme « ***un dispositif de soin, relativement à distance du quotidien, par lequel un infirmier répondant professionnellement à une demande de soin (explicite ou non) émanant d’un patient favorise son expression (verbale ou non), de telle sorte que celui-ci produise, dans le cadre relationnel créé, un discours qui permette à chacun d’eux d’agir sur la problématique subjective du patient d’abord en le portant psychiquement puis en accompagnant une élaboration de ce qui lui arrive et ressent. Ni conversation, ni interrogatoire, l’entretien infirmier s’apparente à une interview dont l’objectif n’est pas seulement d’extraire de l’information, mais surtout de créer le cadre nécessaire pour que cette information soit intégrée et mise en travail psychique par chacun des partenaires***». [[4]](#footnote-4)

**Les questions de l’elfe**

« *A peine entré dans le bureau où Ange accueille les détenus, Max s’effondre en larmes. Il n’en peut plus. C’est vrai qu’il a fait une connerie ou plutôt des conneries. Mais, c’est trop dur. La prison, les mecs qui le reluquent comme s’il était une fille. Il n’en peut plus.*

*Ange le laisse pleurer un temps raisonnable. Il lui tend un mouchoir.*

*« Que vous est-il arrivé ?*

*« En fait ça commence avec la mort de mon frère. Il se piquait. Un jour il a fait une overdose. Mes parents ont tout laissé filer. Comme si mes petites sœurs et moi n’en valions pas la peine. Ma mère s’est mise à aller au cimetière tous les jours. Elle parle à Franck, mon frère. Je ne sais pas de quoi elle lui parle mais elle lui parle. Mon père a arrêté de travailler. Ca a été la galère. La vraie galère. Comme j’étais le deuxième fils, il fallait que je fasse quelque chose. J’ai essayé de bosser. Mais trouver du travail quand tu viens de la banlieue c‘est pas top. J’ai commencé à dealer, un peu, un tout petit peu, ça me faisait mal aux seins vu ce qui était arrivé à mon frère. J’ai piqué des portables, puis une voiture. C’est là que je me suis fait pincer. Je supporte pas. Je sais bien que j’ai fait des conneries, que je dois payer pour ça mais on est tous les uns sur les autres. Ils m’appellent « le mignon », ils me demandent de leur rendre des petits services. Je n’en peux plus monsieur, je n’en peux plus. Je tenais grâce à ma copine qui est instit dans le quartier. Elle venait me voir chaque fois que ça lui était possible. Elle est nommée à la rentrée à cent kilomètres d’ici. Mais qu’est-ce que je vais devenir ?*

*- Quelle émotion ressentez-vous, là en ce moment ?*

*- J’ai peur, j’ai vraiment peur. Peur des mecs dans la cellule, peur de ne pas savoir me défendre, peur de perdre ma copine, peur de perdre la tête, peur de crever ici. Je préfère encore en finir plutôt que vivre avec cette trouille.*

*- Qu’est-ce qui est le plus difficile pour vous ?*

*- C’est leur regard. Ils disent que je suis mignon, que je vais passer à la casserole. Il y en a un surtout qui me terrorise. Putain je suis un mec quand même. Je peux pas me laisser faire.*

*- Qu’est-ce qui peut vous aider à faire face ?*

*- Mon frère. Je crois que mon frère n’aurait pas eu peur. Il se serait fait respecter, lui. Il leur aurait volé dans les plumes. C’est ça qu’il faut que je fasse, que je me fasse respecter. Putain, j’ai pas choisi tout ça, moi. La mort de mon frère, ma mère qui passe son temps au cimetière, mon père qui picole. J’veux pas devenir comme eux.*

*- Vous ne voulez pas devenir comme eux, vous voulez être respecté. Si j’ai bien compris ce que vous me dites, vous êtes en train de me dire que vous ne voulez plus être une victime.*

*- Non, je ne veux plus être une victime. Je veux me battre et sortir de cette prison.*

*- Pensez-vous que vous avez besoin de voir le psychiatre ? Quand je vous entends parler comme ça, je me dis que vous n’en avez plus besoin, que vous êtes en train de vous révolter.*

*- Oui, c’est vrai. Je sens une force en moi qui n’était pas là tout à l’heure. Je pourrais vous revoir, pas pour me plaindre cette fois-ci mais pour vous dire où j’en suis.*

*- Bien sûr Max.* »

**La frise chronologique**

# Entretien infirmier avec Léo

Je propose à Léo un entretien infirmier portant sur ses problèmes avec l’alcool. Il accepte volontiers et nous convenons de nous rencontrer à 10 h dans le bureau médical, le seul disponible ce matin-là.

Léo est à l’heure, l’air plutôt satisfait.

J’avais décidé de pratiquer un entretien plutôt spécifique au patient alcoolique : tracer une ligne droite sur une feuille blanche, inviter Léo à noter chronologiquement ses habitudes de consommation d’alcool. Puis au cours d’un autre entretien, sur une autre feuille blanche, une autre ligne sur laquelle Léo noterait par ordre chronologique tous les évènements marquants de sa vie. Le but étant de superposer les deux lignes pour permettre à Léo de trouver des liens éventuels entre les péripéties de sa vie et sa consommation d’alcool.

Je présente donc à Léo la feuille blanche avec la ligne, lui explique la démarche. « *Je préfère que vous écriviez car moi j’écris très mal ».*

L’alcool, Léo l’a rencontré à l’âge de 16 ans avec les copains, 2 à 3 verres par jour au bar. Puis il achetait des bouteilles en cachette. Mais à partir de 19 ans il a bu de plus en plus. « *Depuis je bois beaucoup, sans pouvoir vraiment m’arrêter. J’ai fait au moins 20 cures de désintoxication, mais je continue ».* Je voudrais qu’il soit plus explicite au sujet des cures etdela reprise d’alcoolisation mais Léo se ferme. L’alcool, c’est le problème de toute sa vie. Il le traîne comme on traîne son ombre, sans pouvoir s’en débarrasser. Le veut-il vraiment d’ailleurs ? Il ne parvient pas à élaborer les différentes étapes par rapport à sa consommation d’alcool : il boit beaucoup depuis l’âge de 19 ans. C’est tout !

Je suis déçue. J’avais imaginé une ligne plus hachurée…

Je décide donc d’anticiper la démarche et propose à Léo d’inscrire sur la deuxième ligne les événements marquants de sa vie .Cette fois Léo se détend. Il semble avoir beaucoup à dire. Son discours va devenir presque logorrhéique.

« J’ai eu une enfance malheureuse. Mon père me tapait, m’enfermait dans un placard. C’est ma mère qui me l’a dit, moi je ne m’en souviens plus. Mes parents étaient riches, surtout mon grand-père qui dirigeait une grande entreprise. Mais mon père est resté enfermé 22 ans au CHS. Il y est mort. Il buvait beaucoup (du Pastis à jeun, 3 litres par jour). Il était violent. Il n’a jamais travaillé. Son père lui donnait beaucoup d’argent (Porsche, villas, appartements…). Il a tout vendu et mon grand-père l’a fait enfermer. Je ne le regrette pas. Il n’a jamais rien fait pour nous. Il a gâché ma vie. S’il n’avait pas bu, je serais quelqu’un de bien. Mon frère et moi on serait patrons ».

**3 ans :** «  ma mère a quitté mon père et nous a emmenés (mon frère Xavier, Colette et moi). Elle venait de rencontrer M. B. C’est lui qui m’a élevé jusqu’à 25 ans. »

**7-8 ans :**« mon père est interné. Ça m’a pas trop manqué : il était fou »

**13 ans :** «  ma mère quitte M.B pour rejoindre M.G qu’elle va épouser. Nous les enfants nous sommes restés avec M.B. Nous avons refusé de la suivre, elle nous a laissés. »

**14 ans :** «  naissance de ma première demi-sœur. » (trou de mémoire , ne se souvient plus du prénom ).

**19 ans :** « ma copine m’a laissé et j’ai bu beaucoup. A l’époque je travaillais dur. Je gagnais de l’argent. Je flambais : la bringue, les cuites. »

**25 ans :** départ de chez M. B. « Je suis parti, à gauche, à droite, dans la rue avec les clochards. J’en avais marre, il ne me laissait pas assez de liberté. Il me contrôlait, voulait voir si je buvais ou pas. Je me suis tiré : Paris, Marseille, Nancy, Lyon, sans un sou. Je faisais la manche. Puis j’étais hébergé dans des foyers. J’y restais 3 mois puis je partais. Je suis même resté 3 jours chez des curés. »

**27 ans :** «  j’ai fait de la prison avec mon frère Xavier (18 mois : 6 à saint Anne et 12 à Tarascon). Nous étions dans la même cellule. On avait braqué mon oncle de 83 ans. C’est une honte (mais il sourit). En pleine nuit avec un fusil de chasse. Je l’ai menacé pour de l’argent. En prison, je ne buvais plus mais en sortant je me suis rattrapé (pécule). Je me suis payé l’hôtel et une femme. Puis je suis allé voir ma mère. Elle venait nous voir tous les week-ends au parloir et nous disait que c’était une honte, le déshonneur. Mais elle nous envoyait 1000 frs par semaine pour cantiner.

**La mort de son père :** il ne sait plus quel âge il avait, il y a 7 ou 8 ans. « Je ne suis pas un gars à pleurer. Je l’ai vu à la morgue. Je suis allé à l’enterrement (grand tombeau de 18 personnes). J’y ai pensé 3 mois puis je l’ai oublié. »

**La mort de son frère Xavier :** remonte à 3 mois d’après lui (en fait 13 mois). «  J’ai souffert de sa mort. Je ne pensais pas qu’il mourait de la cirrhose du foie. Il buvait plus que moi. Il ne voyait pas souvent ma mère. Il vivait avec mon oncle le bâtard qui l’a dépouillé le jour de son enterrement »

Léo continue de parler, il semble en avoir besoin. Il vide son sac. Une vie ratée pense-t-il, à cause de l’alcool. Il parle, parle. N’attend pas de réponses. Mais le ton monte légèrement. «  Je me suis fait rouler. Je n’ai eu que 180 000 francs d’héritage de mon père et mon grand-père. Le commerce a été mal vendu. Ça sent la magouille. On m’a mis sous tutelle parce que j’ai fait le c.. L’assistante sociale m’a fait signer un papier, j’étais bourré et voilà. Si je n’étais pas sous tutelle je partirai au Sénégal. La vie n’y est pas chère, on parle français. Je ne dis rien parce que je ne peux rien faire. Je suis enfermé. Je veux mon argent et me tirer de France. Si je trouve une femme compréhensible, je ne boirai plus. La boisson c’est dans la tête. Autant je fais une autre vie après. » …

Je propose à Léo de le revoir le surlendemain. Il est d’accord.

« Tout ce que j’ai dit c’est la vérité. Ça m’a fait du bien de reparler de tout ça. Merci ! merci ! »

Puis il lui semble bon de me préciser : «  Ma mère a été une bonne mère. Elle a fait son devoir ».

Deuxième entretien

Je reprends les deux lignes. Léo regarde celle de l’alcoolisation et de lui-même se met à parler de ses cures de désintoxication. « 11 au moins. La première à 22 ans, la dernière à 37 ans. Toutes se sont mal passées : pas d’alcool pendant 3 mois, mais dès la sortie, un canon pour fêter ça ! ». Il avoue boire 3 litres de vin par jour. « J’aime bien le vin. Déjà 2 à 3 canons après le café du matin. Je ne suis pas sûr d’être motivé pour arrêter de boire. Ici je ne peux pas : je suis enfermé. Mais j’ai envie.

Ce que m’apporte la boisson ? J’oublie mes soucis. Je me sens bien au début. Mais après c’est l’inverse, je deviens agressif, j’ai mauvais vin. J’oublie mes problèmes, et j’en ai beaucoup. »

Il reconnaît que ses problèmes sont dus à l’alcool, mais ne semble pas vraiment motivé pour s’arrêter. « C’est l’envie de boire. Un ou deux canons ça ne se voit pas. Je sais que je recommencerai. »

Nous parlons du fait qu’il soit soigné malgré lui. « C’est pour une remise en forme. Je suis moins fatigué. Le docteur m’a dit d’arrêter de boire car j’ai le foie mal en point. J’ai pas la cirrhose, mais si je continue : je l’aurai. Mais ça ne me fait pas peur. La mort j’y pense. La maladie, la souffrance c’est pas grave. »

Par rapport à son hospitalisation sous contrainte : il trichera. « Je boirai en cachette, comme chez ma mère : un ou deux rosés puis un café pour l’haleine ! Rien ne me motive pour arrêter de boire. Pourtant j’ai tout pour être heureux. Mais j’arriverai jamais à m’en passer. »

Léo ne me parle que de ses échecs. J’essaie d’orienter l’entretien sur des points positifs, la rencontre éventuelle d’une personne qui pourrait l’aider. « Ah mais des copines j’en ai. Me caser oui ! Si la fille est compétente et sait faire la cuisine. (J’avais une autre notion de l’amour !). En décembre j’irai revoir Cécile. Elle buvait à Paris (il l’a connue en cure ). Mais elle m’a dit qu’elle allait arrêter et se faire soigner les dents. Elle voulait un enfant de moi. Moi j’en veux pas. J’ai pas de situation. Je sais que ma famille m’aiderait. Je comptais faire ma vie avec elle, mais elle a plein de mecs. Elle me faisait faire la manche. »

Je profite d’un silence pour lui parler de ses comportements à risque : «  Je connais le Sida, mais je l’ai jamais attrapé. Je ne me protège jamais, mais je sais avec qui je couche, je ne suis pas fou. »

J’essaie de reprendre un sujet qu’il a complètement élucidé : sa scolarité.

«  A l’école j’étais nul, nul : école pour retardés. J’avais du retard pour écrire et lire. J’ai pas de niveau. J’étais pas fort : j’étais un âne !

A part Xavier, tous mes frères et sœurs ont des diplômes. »

Il ne s’étale pas sur le sujet, et me parle spontanément de sa mère :

«  Ma mère ne me fait plus confiance : j’ai trop promis. Je suis fier de ma mère. Elle a soixante trois ans, mais elle est bien conservée. Grande, blonde, très charmante. Elle a fait l’école des Beaux Arts et maintenant elle est artiste peintre. Elle expose dans une galerie à Marseille. Elle aime le luxe et l’argent. M .G vit de magouilles mais il a toujours des liasses de billets. Ils vivent comme des rois. C’est vrai qu’elle nous a laissés. Mais on la voyait de temps en temps. Elle ne nous a jamais trop abandonnés. Elle s’occupait de moi. C’est elle qui m’a retrouvé dans les poubelles à Apt avec les clochards. Elle s’inquiétait. Elle a fait faire des recherches et m’a fait enfermer. Elle ne veut plus me voir alcoolique. Si je suis là c’est grâce à ma mère. Je veux refaire ma vie. J’ai trop bu. »

Puis le ton change. Il parle de sa tutrice qui veut le faire passer pour un malade mental et qui n’a qu’un seul but : le priver de son argent. D’ailleurs il veut écrire au juge, demander une main levée par rapport à sa tutelle. Il veut son argent et se « tirer » au Sénégal. Le RMI suffit pour vivre là-bas. « Je veux plus travailler. Juste commander les autres. Je ferai rien sinon boire, fumer, et les femmes. Et si c’est pas au Sénégal, je retournerai dans la rue. J’aime ça. Prendre un chien , un sac à dos, la route… »

Je dois avouer que je reste perplexe après tant d’ambivalence. J’ai presque envie de baisser les bras. Pourtant il faut continuer. Léo va-t-il être capable de faire une synthèse entre les événements de sa vie et sa consommation d’alcool ?

J’explique donc à Léo la démarche à suivre. Il a beaucoup de mal à élaborer. Je dois l’aider. Il remarque qu’à 19 ans sa consommation excessive d’alcool correspond à la rupture avec sa compagne : « Renée, elle avait 17 ans de plus que moi. Elle m’a mis à la porte parce que je buvais déjà trop. Au lit, j’étais plus bon à rien. J’étais impuissant. Et après, j’ai encore plus bu. »

Léo est bloqué devant les deux lignes. Je lui demande s’il sait pourquoi il a commencé à boire à l’âge de 16 ans. «Je voulais goûter pour savoir. Je voulais faire comme les copains. Je crois que je manquais d’affection et quand j’avais bu je me sentais mieux. »

Par rapport à ses cures, il explique « c’est l’assistante sociale qui me faisait hospitaliser. Là on me proposait des cures et comme je ne savais plus où aller, j’acceptais. Mais je n’ai jamais été motivé. »

Léo semble inquiet de partir dans une famille d’accueil qu’il ne connaît pas encore :*«* *Ils vont boire devant moi. Ça va être dur. Je leur dirai de boire en* *cachette. Quand je suis avec ma mère je ne bois pas. Je n’ai qu’une envie : retravailler, avoir un appartement et qu’on me laisse tranquille ».*

Il est l’heure prévue pour mettre un terme à l’entretien. Léo se lève, souriant. Il semble soulagé d’avoir parlé.

**L’entretien auprès de patients autistes ou quasi-mutiques**

« Le feutre à la main, Madeleine, l’infirmière, est bien embêtée. Tout plutôt que répondre à la demande de Timothée, l’enfant qui habite un corps d’homme dont elle est l’infirmière référente. Pourtant, l’après-midi avait bien débuté. Timothée avait passé le week-end chez ses parents. Selon sa mère qui l’avait reconduit dans le service, tout s’était bien passé. Il avait bien mangé, bien dormi. Il était allé à la selle. Il ne s’était pas mis en colère. Il avait été très sage. Madeleine l’avait laissé regagner la chambre. Elle l’avait retrouvé un peu plus tard dans le salon, près de la télévision. Lorsqu’elle avait voulu s’asseoir à côté de lui, il avait posé le dos de sa main à plat sur la chaise comme s’il avait voulu que Madeleine s’y empale. Madeleine avait retiré la main et s’était assise. Timothée avait alors posé la main sur sa poitrine. Sans appuyer, sans chercher à la caresser. Posée comme ça, tout simplement. Dans l’échancrure de la blouse. Madeleine regarda Timothée avec des yeux tout ronds d’étonnement. Il n’avait pas l’air agité, ni inquiet. Il ne disait pas un mot. Sa main, comme indépendante, cherchait les rondeurs de Madeleine qui ne s’était pas sentie menacée. Elle lui avait signifié que ça ne se faisait pas, que c’était son corps, que tout ça lui appartenait à elle. Il avait semblé l’entendre mais dès que Madeleine s’était levée, la main avait retrouvé sa place sur la chaise.

L’infirmière lui avait alors proposé un entretien pour parler.

« Parler » avait dit Timothée.

Il faut bien dire que parler c’est compliqué pour Timothée qui n’arrive pas à faire de vraies phrases malgré ses trente-deux ans. Les mots sont décomposés par syllabes. Il accentue les consonnes. Son débit est très lent, comme s’il lui fallait aller cherche les mots très loin. Il ne sait pas vraiment parler mais arrive à se faire comprendre quand même. Les infirmières savent, aussi, comment s’y prendre avec lui. « Tu as faim Timothée ? » S’il hoche la tête de haut en bas, ça veut dire oui, et s’il la tourne de gauche à droite ça veut dire non. S’il a faim et qu’il hoche la tête pour dire oui, il peut préciser ce qu’il veut : « Glace ». En général, Timothée ne veut que des choses simples : des glaces, son papa, ses baskets, du dessert. Madeleine pressent que là, ça va être plus compliqué. Elle appelle sa collègue Florence pour faire tiers. A elles deux, elles devraient arriver à contenir ces mains dotées d’une vie propre.

« Que veux-tu, demande Florence ?

- L’a-mour-a-vec maman.

- Quoi, demande Madeleine ?

- Fai-re l’a-mour a-vec maman, reprend Timothée. »

Dans la tête des infirmières, c’est comme si la foudre venait de s’abattre à leur pied. Pour être compliqué, c’est compliqué.

Madeleine lui explique qu’on ne peut pas faire l’amour avec sa mère, que c’est interdit, et toutes ces sortes de choses œdipiennes dont Timothée n’a pas la moindre idée. L’éducation c’est bien mais ça a des limites. A voir le visage presque hébété de Timothée, Madeleine se dit qu’il a dû se passer quelque chose pendant son séjour chez ses parents, quelque chose qu’il n’a pas pu intégrer, quelque chose qui n’a pas de sens pour lui. Elle connait quelques-unes de ses angoisses. Elle sait qu’il craint surtout d’être dévoré par des vampires et des zombis. Manger ou être mangé. De l’oralité. Ce « faire l’amour avec maman » ne ressemble pas à ce qu’elle connait de Timothée. Cette irruption de quelque chose de sexuel dans son comportement est tout à fait inhabituelle. Quatre mots dans une même phrase, c’est presqu’un record pour lui. Madeleine tâtonne, explore. Florence aussi. Timothée, à sa façon, avec son manque de mots, cherche avec les soignantes. Ce sont des mots prononcés presque par hasard qui, peu à peu, leur ont tout révélé. Ce samedi soir, Timothée s’était réveillé au milieu de la nuit. Il s’était tourné et retourné dans son lit. En vain. Le sommeil avait désherbé sa chambre. Il avait décidé de se lever et d’aller regarder la télévision dans le salon. Timothée qui ne peut quasiment pas manipuler le moindre objet avait appuyé sur la télécommande de la télévision. Il avait réussi, en imitant son père à mettre en route un film qui se passait sur un bateau. Un grand bateau. Très beau. Timothée qui aime la mer avait collé son nez sur l’écran pour n’en pas perdre une miette. Sur ce bateau, se trouvaient des femmes, beaucoup de femmes … nues et des hommes, un peu moins mais … nus également. Tous s’emboîtaient les uns dans les autres. Comme des legos. Timothée, fasciné, n’avait pas réussi à se détacher de ces images. Il avait fini par aller se recoucher mais depuis les images revenaient.

Madeleine et Florence se regardèrent. Timothée était tombé sur le porno de Canal Plus. Le poids des mots allait-il pouvoir combattre le choc des images ?

Quelques mois plus tôt, Madeleine et Timothée avaient chassé des angoisses aussi corrosives que des ulves laitues.

Timothée avait dit à Madeleine :

« Des-sine un vam-pire …

- Mais je ne sais pas dessiner, avait dit Madeleine.

- Des-sine un vam-pire … Toi … Mad-de-leine »

Elle prit néanmoins une feuille de papier et un stylo. Timothée avait voulu qu’elle mette du rouge partout. « Rou-ge, Rou-ge, du rou-ge … Dents, de gran-des dents, a-vec le sang coule. Oui … Comme ça. »

Les angoisses, vexées d’avoir été transformées et collées sur le mur de sa chambre, étaient reparties. Après le film d’horreur, un film pornographique ? Ce qui avait marché pour l’un fonctionnerait-il pour l’autre ?

Elle proposa donc à Timothée de dessiner.

« Oui, oui. Des-sine… Toi … Des né-nés. »

« Bon, on commence ? dit Madeleine. Vous choisissez quelle couleur ?

-Rou-ge, répond Timothée.

- Que voulez-vous dessiner vous ? poursuit Madeleine.

- Non … Toi, insiste Timothée.

- Comme quand on faisait les vampires, propose Madeleine.

- Oui !

*Madeleine soupire.*

-Bon d'accord. Mais on fait ensemble. Je commence et vous continuez, dit Madeleine. D'accord ? Je dessine quoi ?

- Des né-nés ! répond Timothée.

- Ouf ! Je fais ça comment ? demande Madeleine. Des nénés ? Allez, un rond ? Comme ça ?

- Oui ! Oui !

Madeleine recommence : un rond sur une autre feuille.

-Et puis un téton. Au milieu. Ça vous va comme ça ? demande Madeleine à Timothée qui hoche la tête. Voilà. J'en fais combien ?

- Par-tout ! Plein ! Par-tout !

Madeleine trace quelques ronds sur la page, avec un point au centre.

- A vous maintenant. Avec quelle couleur ?

- Noir. Du noir.

- On commence une nouvelle page. D’accord ? Je dessine quoi maintenant ? dit Madeleine.

-Une femm-à-poil. … Une a-mou…reuse. …

- Une femme à poil ou une amoureuse ?

- Une a-mou…reuse, insiste Timothée qui s’apaise petit à petit et colle de moins en moins à Madeleine.

- C'est difficile ça. Va falloir m'aider. C'est comment une amoureuse ? demande Madeleine.

- Une fi-lle.

Madeleine se gratte la tête.

« Une fille oui. Oui. Mais elle est grande ? Petite ? (Timothée ne répond pas). Je commence par la tête. D'abord les cheveux. … Bouclés ? Blonds ? Bruns ? Longs ? poursuit Madeleine.

Timothée semble réfléchir. On sent que la question est d’importance.

- Longs … Blonds ... La bou-che…

- Quelle couleur la bouche ? poursuit sans pitié Madeleine qui prend au vol les hésitations de Timothée.

- Rou-ge. … Gran-de. …, précise Timothée.

- Elle sourit ou elle fait la tête ?

- Elle sou-rit … Oui. … Elle est belle ! rajoute Timothée l’air extatique. Une femm-à-poil !

- Nue ?

- A-poil, reprend Timothée qui ne semble pas saisir la nuance.

- Ouille ça se complique, gémit Madeleine. Je ne sais pas faire ça moi. C'est compliqué. Je commence par quoi ? Bon une tête, un tronc. … Comment on fait des jambes ? … Comme ça ? … Des bras ? Ah ! Les pieds. C'est difficile les pieds. Mais c'est mieux si on veut qu'elle marche.

Timothée rit. D’un bon rire franc. Un rire qui n’a rien d’obscène, ni de graveleux. Ce n’est pas un rire d’adolescent acnéique. C’est un rire d’enfant. Un rire cascade. Sans calcul. Un rire qui naît de la situation. Une femme à poil avec des pieds pour marcher.

« Des né-nés ! reprend Timothée qui ne renonce jamais à une demande dès qu’il l’a formulée. … Des nénés …

-D'accord. Des *nénés*, dit Madeleine. Combien ? Deux ? On lui en fait deux des *nénés* ? Oh, on a oublié le *nez, non* ? Pour le visage. Un petit nez pour respirer. Non ? Elle va avoir froid comme ça, vous ne croyez pas ? Et si on l'habillait ? Avec des bottes. Et une robe.

« Cu-lotte. Une pe-tite … cu-lotte. … Des fes-ses … s’enhardit à demander Timothée.

- Une culotte … Une petite culotte … Mais je ne sais pas comment on dessine une culotte, moi ! Dessinez, vous !

- Sais pas, dit Timothée.

- Moi non plus. Essayez.

- …

Timothée prend un feutre et trace des lignes sur la feuille. Il tend le feutre à Madeleine.

Timothée est hilare. Il rit franchement.

« Des fes-ses … Un cccul … » Il prononce le mot cul comme s’il le découvrait pour la première fois. Comme s’il avait dans la bouche et le mot et la chose.

Madeleine rit aussi.

« Alors ça !

- Un cccul.

- Un c... Je vais essayer. Comme un cœur à l’envers ? Non. Voyons si je fais comme ça. Et puis de l'autre côté pareil. Et un point au milieu. Ça ressemble ?

- Oui ! Oui ! *(Il rit)* Des-sins dans cham-bre…Veux … Veux…. Col-lés…. Sur les murs. … Dans ma chambre … Madeleine. … Murs. … Tout-de-suite.

- Une minute papillon, temporise Madeleine. Il faut du scotch. Je vais chercher un rouleau. Vous me direz où vous voulez les accrocher. »

Timothée s’est apaisé. Il ne semble plus être envahi par ces images qui sont rangées, transformées sur les feuilles de papier. La femme à poil est habillée. La culotte masque la nudité. Il pourra dormir tranquille. »

Madeleine Esther, Dominique Friard

**L’entretien avec médiation**

Lorsque débute la psychanalyse, Gabrielle (la petite « Piggle », est âgée de deux ans et quatre mois. Ses parents écrivent à Winnicott : « Elle a des tourments, et ils la tiennent éveillée la nuit, et parfois il semble que sa vie et la qualité d’ensemble de sa relation avec nous en soient affectées mais pas toujours. […] Il fut un temps tout juste révolu, où chaque nuit elle se griffait sérieusement le visage.

Souvent elle paraît pleine de vivacité tout à fait spontanée, très éveillée, mais nous avons pensé vous demander votre aide actuellement, de peur qu’elle s’installe et se sclérose devant cette détresse en ne trouvant pas d’autre moyen d’y faire face. »[[5]](#footnote-5)

Winnicott les conduit dans la salle d’attente, puis demande à Piggle de le suivre dans son cabinet, elle hésite et dit à sa mère : « Je suis trop timide », à la suite de quoi Winnicott demande à la mère de l’accompagner et de ne rein faire pour aider sa fille.

D’emblée, Winnicott va situer la relation au sein d’une aire de jeu. Sitôt réunis dans la pièce, Winnicott s’assieds par terre dans le fond de la pièce et commence à jouer avec les jouets. « Déjà, j’étais devenu grand ami de l’ours en peluche qui était assis par terre près de bureau. » Il tourne le dos au Piggle et à sa mère, il dit à la fillette : « Amène l’ours ici, je veux lui montrer les jouets. » Elle vient immédiatement et amène l’ours et aide Winnicott à lui montrer les jouets. « Elle s’est mise alors à jouer avec, en sortant du fouillis surtout des éléments de train. Elle disait chaque fois : « J’ai un … (suivant ce que c’était). » Au bout de cinq minutes, la mère est sortie discrètement pour regagner la salle d’attente. Nous avons laissé la porte ouverte ; c’était important pour le Piggle qui est allée voir par elle-même ce qu’il en était.

Le contact entre Winnicott et Piggle est ainsi établi. Piggle se met à jouer avec les jouets en désordre, et dit, chaque fois qu’elle en saisit un : « ‘ai un … » suivi du nom de l’objet. C’est alors qu’elle répète à plusieurs reprises : « Voilà un autre et voilà un autre » en s’emparant de wagons de marchandises. Winnicott fait le constat que l’objet sur lequel elle fait ce commentaire importe peu. Il prend cela pour une communication et dit : « Un autre bébé. Le bébé Suz. » C’est de cette façon que Piggle nommait sa petite sœur Suzanne, âgée de huit mois à l’époque. «  C’était de toute évidence la chose à dire, car elle s’est mise alors à me raconter ce qui s’était passé quand le Bébé Suz était arrivé, comme elle s’en souvenait. Voici ce qu’elle a dit : « J’étais un bébé. J’étais dans un berceau. Je dormais. Je venais d’avoir mon biberon. Puis, il fut question de lécher, d’après ce que j’ai cru, et j’ai dit : « est-ce que tu as dit que tu léchais ? » et elle a dit « Non, non ». (En fait j’ai découvert plus tard qu’elle n’avait jamais pris le biberon, mais elle avait vu le bébé le prendre.). Alors j’ai répété : « Et puis il y avait un autre bébé » - en l’aidant à poursuivre l’histoire de sa naissance. »[[6]](#footnote-6)

Piggle ne parvient pas à faire la différence entre elle et Suzanne : le bébé qui mange et dort dans le berceau, c’est Piggle et Suz en même temps.

Nous ne reprendrons pas l’intégralité de cette première rencontre, il nous suffit de montrer le principe de ce type d’entretien. Il s’agit évidemment d’une cure analytique mais la technique infirmière varie assez peu de ce modèle.

**L’entretien narratif**

**Anorexia**

Thérapeute : « Que puis-je faire pour vous Meryl ?

Meryl : « Je suis anorexique et j’ai besoin d’aide. J’ai été hospitalisée plus d’une fois et ça n’avance pas, je ne prends pas de poids, je m’enfonce de plus en plus (pleurs). … J’ai peur, très peur !

Thérapeute : Vous avez peur de quoi ? De qui ?

Meryl : Eh bien de l’anorexie, de cette maladie de mourir à cause de cette chute de poids !

Thérapeute : Ah, O.K. j’avais compris au départ que vous étiez « anorexique », mais au fond vous avez peur de l’anorexie ; ce qui est complètement différent pour moi. Vous êtes donc Meryl qui se trouve être sous l’emprise de cette maladie que l’on nomme anorexie. Donc l’anorexie est extérieure à vous ? Rassurez-moi, vous ne vous appeler pas « Anomeryl » ou « Anorexique » ?

Meryl : Euh, non je suis Meryl et non anorexique ou Anomeryl mais euh … c’est curieux je ne me suis jamais fait cette remarque, mais oui c’est juste (rires).

Thérapeute : Si je parle en ces termes, Meryl, c’est pour vous donner la possibilité de redevenir auteure de votre histoire et actrice de votre vie. La plupart des gens pensent qu’ils sont le problème, qu’ils ont un problème en eux alors que les problèmes sont extérieurs à nous. Ils ont leur propre identité, leur propre personnalité, leur propre histoire et trajectoire. Les problèmes n’ont pas 100 % de réussite sur nous et nous pourrions même affirmer le contraire si nous étions davantage centrés sur le problème comme extérieur à nous plutôt que de vouloir en faire une histoire propre à nous, à l’intérieur de nous !

Meryl : Je n’avais jamais perçu les choses comme cela et je suis d’accord avec le principe.

Thérapeute : Par exemple, dans la situation actuelle, nous pourrions nous poser la question concernant l’anorexie et nous demander pourquoi elle recrute plus de filles que de garçons ? Quelle est la directive qu’elle donne aux jeunes filles qu’elle recrute ? Comment s’y prend-elle pour vous convaincre de choses négatives vous concernant ? Vous pourriez même la nommer autrement que l’anorexie. Comment la nommeriez-vous si vous aviez à choisir un nom ?

Meryl : Ce n’est pas très original, mais je l’appellerai Anorexia, car j’ai lu cela sur un forum où tout le monde est à l’écoute d’une déesse qui s’appelle Anorexia et une autre Boulemia. Mais ça me parle Anorexia.

Thérapeute : Très bien va pour Anorexia ! Vous voyez comment un problème comme celui-ci ne se résume pas uniquement à une question de poids et de rapport à la nourriture, il y a bien autre chose ! Que vous dit-elle, Anorexia, qui peut vous toucher, vous déstabiliser, vous perturber à ce point ?

Meryl : Elle me dit que je suis une grosse vache, bonne à rien, que je suis nulle et que je rate tout dans ma vie ! Que mes parents ne s’occupent pas de moi et que je suis toute seule. Que ma sœur est plus forte que moi. Que des choses comme cela …

Thérapeute : Comment faites-vous pour croire tout ce qu’Anorexia vous raconte ? N’y a-t-il pas d’autres choses qui mettent en valeur vos compétences et vos ressources ? Anorexia n’a pas toujours été là dans votre vie ?

Meryl : Non, elle n’a pas toujours été là. Je suis capable d’avoir des amis, de réussir scolairement et de passer des moments très chouettes, mais Anorexia est très têtue et elle ne lâche jamais le morceau !

Thérapeute : Lequel de morceau de poire, de viande ou de poisson ? Anorexia vous pique de la nourriture sous vos yeux et vous ne réagissez pas ! (Rires de Meryl et du thérapeute)

Meryl : C’est vrai ça ! Je ne dois pas me laisser faire ! En plus, j’adore plein de choses que je ne mange plus parce qu’elle me pique même ces moments-là !

Thérapeute : Nous devrions penser à re-sentir, re-toucher, à re-voir, à ré-écouter avant même de re-goûter les choses que vous aimez. Qu’en pensez-vous Meryl ?

Meryl : Oui, je pense que je dois prendre le temps, mais vous savez je me sens mieux maintenant que je sais qu’elle n’est plus en moi. Je vais enfin pouvoir lui parler moi aussi et lui dire que je ne suis pas d’accord. Toutes ces dernières années, je pensais que c’était ma faute, mais en fait non. Un problème se construit avec un tas de choses qui ne nous appartiennent pas et dont dépendantes du contexte. »[[7]](#footnote-7)

Je livre ici une infime partie de notre conversation thérapeutique. Mon intention étant de démontrer qu’un travail peut être mis en place en une seule séance : l’externalisation avec Anorexia, suivie, dans un deuxième temps, de la prise de conscience pour redevenir actrice de sa vie et, dans un troisième temps, le questionnement du sens et de la fonction que cela a pour Meryl que de maintenir cette relation avec Anorexia et l’inviter à attribuer un autre sens et une autre fonction, comme la sensibiliser sur ces sens (l’odorat, le toucher, l’ouïe, la vue et le goût) plutôt que d’en faire une histoire qui se résume à de la nourriture ![[8]](#footnote-8)

**L’entretien d’accueil (définition)**

L’entretien d’accueil est une **tentative d’instauration d’un dialogue** entre une ou deux infirmières et le patient dans les heures qui suivent son admission à l’hôpital, ou dès la première rencontre dans une structure de soins ambulatoires.

Selon les situations,  on lui assigne quatre ou cinq objectifs :

* **entrer en relation avec le patient**, soit poser les premiers jalons d’une **alliance thérapeutique** ;
* répondre à ses questions de telle sorte qu’il puisse **« apprivoiser » les soignants** et **se repérer dans le fonctionnement** institutionnel ;
* recueillir des informations permettant à la fois de :
* **nourrir le diagnostic médical**,
* décrire le **contexte familial, social et culturel** dans lequel il est pris,
* **repérer et analyser sa demande de soins** ;
* si cela s’avère possible **agir sur sa problématique subjective** en permettant dès ce premier entretien un **réaménagement des défenses** ;
* et enfin, le plus souvent**, débuter la prise en charge** proprement dite en lui proposant les **grandes étapes d’une démarche de soins**.

Comme tous les entretiens, l’entretien d’accueil remplit trois fonctions :

* recueillir des données,
* soutenir et contenir psychiquement et émotionnellement le patient,
* créer une relation suffisamment bonne pour initier le soin à proprement parler.

Le compte-rendu écrit d’entretien devra donc prendre en compte ces trois fonctions.

La présence de la famille permet :

* d’enrichir le recueil de données,
* de nouer une alliance thérapeutique avec le patient et sa famille,
* de favoriser un travail sur la crise en rassurant les uns et les autres, et en permettant à l’information de circuler entre les différents membres de la famille.

**Les cinq temps de l’accueil**

Eva-Marie Golder[[9]](#footnote-9), psychanalyste, divise la première rencontre en cinq temps qui peuvent nous aider à penser l’accueil : **l’instantané de la saisie**, les **élaborations imaginaires**, le **repérage mutuel**, le **moment sensible** et enfin **l’accusé de réception** ou **mise en place du transfert**.

L’instantané de la saisie correspond à un **temps très court**, de l’ordre de **quelques secondes**. « *Pour éphémère qu’il soit, ce moment ne détermine pas moins toute la suite de la rencontre.* »[[10]](#footnote-10) Des **phénomènes très archaïques** surgissent dans ces occurrences. « *Ainsi la coutume de se serrer la main pour se saluer a pris une telle importance, parce qu’elle permet d’apaiser par le contact corporel une angoisse suscitée par l’inconnu. Le sourire a la même fonction de trait d’union entre deux personnes. Pour certains ces deux « pare-angoi*sse *» ne suffisent pas et la question « Ça va ? » vient déjà entamer la relation de parole tant redoutée.* »[[11]](#footnote-11) Le port du masque et les gestes barrières impactent évidemment cette saisie instantanée et ce qu’elle peut avoir de rassurant pour les personnes en présence. Golder explicite le terme de saisie en le reliant à « prendre en main », « s’emparer », « **prendre à bras le corps** ».[[12]](#footnote-12)  « *Françoise Dolto souligne souvent combien les* ***phénomènes préverbaux sont massifs*** *dans le premier temps du transfert. Ce n’est pas sans nous rappeler ce qu’on dit du « grasping » des nouveau-nés, qui rétablissent ainsi le premier contact avec l’autre, et cela évoque aussi la* ***notion de « cramponnement »*** *chère à Imre Hermann, qui y voit un héritage instinctuel issu du patrimoine animal. En même temps* ***« saisir »*** *suppose le* ***travail d’intégration de l’inconnu à du déjà connu****: ce qu’on rencontre entraîne immédiatement une activité intellectuelle qui a comme but de chercher une signification. Saisir dans ce laps de temps de quelques secondes relève bien de la* ***double dimension du corps et de l’intellect*** *s’articulant de préférence avec le* ***registre du regard****. L’appréhension de l’autre inaugure de manière spécifique la relation qui se déploiera par la suite. Elle obéit au mécanisme du transfert et s’appuie sur un trait repéré de manière privilégiée chez l’autre.* »[[13]](#footnote-13)

Une fois ce moment de surprise passé, chacun des deux interlocuteurs effectue un travail de repérage dans ce qu’il a perçu de l’autre. Chacun se lance dans des élaborations imaginaires. « *Contardo Calligaris précise le fonctionnement sous-jacent, en soulignant que, dans toute rencontre, l’autre est immédiatement impliqué en tant que* ***«semblable imaginaire »****. Il entend par là qu’on recherche d’abord un écran, dans une* ***espèce de complicité qui suppose un sens commun*** *à ce qu’on est en train de dire. Tout praticien connaît cette formule courante : « Vous voyez ce que je veux dire ? », là, justement, où le patient souhaiterait faire l’économie d’une parole qui risquerait de faire apparaître « une* ***séparation entre l’énoncé et le lieu d’où il tire sa signification****», autrement dit, il s’évite ainsi tout questionnement quant à son discours.* »[[14]](#footnote-14) Les élaborations imaginaires, poursuit Golder, ont un double intérêt : « *elles indiquent d’emblée les pistes ouvertes par l’écart entre le réel et l’imaginaire tel que la première vision nous le fait approcher, et, d’autre part, elles nous* ***renseignent sur nos propres résonances face à l’autre*** *et à nos éventuels points de butée dans le transfert.* »[[15]](#footnote-15)

Tout premier entretien implique une recherche mutuelle de contact qui aboutit à un premier nouage relationnel. A ce temps de surprise, à cette histoire qu’on commence à se raconter à propos de l’autre succède un **repérage mutuel**. Ainsi que le note Golder, qu’on soit impliqué ne fait pas de doute, mais reste à savoir comment on y est impliqué. **L’impression, les émotions, l’affect** prennent le pas sur le discours. « *Bien plus que dans les entretiens suivants, du fait de la nouveauté et de l’inconnu de la personne en face, notre sensibilité est mise à contribution.* »[[16]](#footnote-16) Trouver un objet, ce n’est que le retrouver, écrivait Freud. « *Le moment de repérage mutuel dans un premier entretien doit* ***favoriser l’étonnement*** *qui ouvre l’écart entre le déjà connu de la signification globalisante et la vérité du sujet.* »[[17]](#footnote-17) Tant qu’aucun élément rassurant ne nous aura intégré dans du déjà connu, nous sommes un autre qui inquiète. « *Peu à peu, dans ce premier effort de prise de parole, le patient découvre* ***des points d’ancrage « rassurants »*** *ou au contraire* ***inquiétants chez nous*** *et s’appuie sur eux pour s’exprimer davantage ou, au contraire, se refermer progressivement.* »[[18]](#footnote-18)

Le quatrième temps que Golder nomme le moment sensible est relatif au **nouage du transfert**. Lors d’une première rencontre, un phénomène analogue à celui décrit autour du **stade du miroir** se reproduit. Il façonne la relation thérapeutique selon les mêmes lois, car ce qui s’est joué lors du stade du miroir est un processus structural qui se répète inlassablement puisqu’il est lié à la dynamique du langage et de l’image. L’intervention du soignant arrive à un moment où une première ébauche du transfert a eu lieu et où il s’agit d’en donner acte au patient.

Le cinquième temps que Golder appelle l’accusé de réception ou la mise en place du transfert **ne se repère que dans l’après-coup**. Lorsque les choses sont en cours, nous ne pouvons que nous fier à notre expérience et à l’étonnement. « *Simplement, nous attendons avant d’intervenir que l’autre nous fasse signe par l’intermédiaire d’un élément qu’il est prêt à entrevoir que son discours ne se limite pas à une seule signification.* […] *Le positionnement de l’analyste est essentiel à ce moment-là. Ses interventions doivent nécessairement laisser une ouverture sur cette « autre chose » que le patient est seul à savoir.* »[[19]](#footnote-19)

La visée d’une première rencontre conclut Golder « *est celle de* ***faire sentir à nos patients*** *que d’une manière ou d’une autre ils sont* ***détenteurs d’un savoir qu’ils sont seuls à posséder*** *mais que nous pouvons les aider à approcher.* »[[20]](#footnote-20)

Dans chaque première rencontre nous avons d’abord, sur un plan relationnel, une saisie instantanée de l’un par l’autre, une série d’élaborations imaginaires qui tentent de mettre en forme ce qui est perçu lors de ces premières secondes, un repérage mutuel essentiellement émotionnel, le moment sensible, premier nouage relationnel, transférentiel qui est aussi un temps pour comprendre et enfin l’accusé de réception où le thérapeute entend et renvoie au patient qu’il y a autre chose à entendre dans ce qui se dit. D’abord, c’est le temps du regard, où celui qui regarde est aussi regardé. Et dans ce même temps, se noue une histoire qui commence à regarder et l’un et l’autre. C’est ensuite le temps pour comprendre où chacun est cueilli, saisi, choisi, et où les perceptions se rassemblent pour prendre un sens, comme une première inscription. C’est enfin le temps de l’action, où le pas de la porte sera franchi, où le patient sera un « entrant ».

**Les six rôles de l’infirmière selon H.E. Peplau**

Le dernier et le plus important des savoirs à mobiliser pour l’accueil est de **savoir que nous ne savons pas**, que nous sommes, seulement**, supposés savoir**. Sans accorder à cette expression la totalité de sa valeur analytique, on peut cheminer à partir de ce qu’elle sous-tend. On retrouve des éléments proches chez Hildegard E. Peplau avec le concept de rôle de personne étrangère.

Peplau distingue six grands rôles :

*1 - Le rôle de personne étrangère* qui accorde respect et intérêt au patient comme elle en accorderait à un étranger lors de la première rencontre.

2- *Le rôle de personne de ressource* qui apporte des réponses spécifiques à des questions formulées par les patients.

3- *Le rôle d'enseignante* qui aide le patient à tirer parti de l'expérience qu'il vit.

4- *Le rôle de leader démocratique* dans de nombreuses situations au niveau du patient ou de l'équipe.

5- *Le rôle de substitut* dans lequel l'infirmière est souvent poussée par les patients qui le font inconsciemment (mère, frère, sœur, père). Il est donc nécessaire d'explorer avec les patients les zones de différences et de ressemblances de la relation présente et des relations antérieures. L'idéal consiste à permettre au patient de réexpérimenter des sentiments archaïques sans pour autant oublier le rôle professionnel de l'infirmière attentive à stimuler le développement de la personnalité.

6- *Le rôle de conseiller* qui travaille à la promotion d'expériences favorisant la santé physique et mentale.

**Le travail autour de la demande**

« Florence pousse la porte du CMP, accompagnée d’une amie, comme surprise de se retrouver là. Elle me demande si elle peut « voir quelqu’un ».

Nous nous installons donc dans un bureau où après les présentations d’usage, elle commence par me dire qu’elle ne comprend pas bien pourquoi elle vient dans ce genre de centre, conseillée par des amis.

« Tout va bien » me dit-elle en fondant en larmes.

Florence a une trentaine d’années et fait partie de ces gens qu’on dit « ronds » sans toutefois trop d’excès. Elle vit et travaille à Entraigues et a un compagnon depuis quatre ans, avec lequel les projets semblent bien élaborés (ils ont acheté un appartement et parlent d’avoir un enfant).

Son père est mort quand elle avait 13 ans (d’une maladie neurologique, sans précision) et sa mère vit depuis avec celui que Florence considère comme son vrai père. Sa mère dirige une petite entreprise qui l’emploie.

Florence fait état d’un problème familial de surpoids et décrit sa mère et sa sœur comme « *molles, sans énergie et accro aux gélules et régimes, sans succès.* » Elle ne veut pas leur ressembler, mais ce surpoids l’envahit, l’inquiète. La perspective d’une grossesse lui évoque d’abord des kilos en plus. Elle me décrit ensuite une existence où ni elle, ni son compagnon (qui travaille chez ses propres parents à quelques kilomètres de là) n’arrivent à s’échapper des relations familiales. Elle se sent coupable de prendre des congés au boulot, donc ne s’arrête qu’une semaine par an. Elle ressent un besoin d’indépendance.

Elle dit ne jamais avoir l’occasion de parler d’elle, bien qu’elle trouve cela important. Elle a plutôt l’impression « d’absorber » les problèmes des autres, d’être un peu trop souvent utilisée comme confidente.

Tout au long de l’entretien, elle n’a pas quitté son imperméable bien que le bureau soit normalement chauffé. Elle paraît anxieuse, repliée sur elle-même, montrant une certaine labilité émotionnelle (passant des larmes au rire sur un mot d’humour, et revivant sur son visage tout ce qu’elle raconte), avec un besoin constant d’être rassurée. Manifestement, le sac est plein !

Mais elle a réussi à le vider. En partie seulement sans doute. Elle me semble soulagée. Je sers à ça dans ce CMP ou à l’hôpital général où j’interviens une à deux fois par semaine ou à la l’EHPAD. Tant pour les soignés que pour les soignants d’ailleurs.

Finalement, Florence est « normale », peut-être un peu plus « névrosée » que la moyenne. Elle ne désire pas de traitement. Elle a juste besoin d’une écoute qu’elle ne peut pas trouver en ce moment dans son entourage.

Elle est partie rassurée ce jour-là mais ça elle ne me l’a dit que la semaine suivante, au deuxième rendez-vous. La prise en charge ou plutôt l’aide s’est arrêtée là. Elle sait qu’en cas de besoin elle peut revenir mais trouvera peut-être d’autres moyens de s’équilibrer.

Lors de ces « premières fois » au CMP ou au Centre Hospitalier général, ce que je peux ressentir dans les premières secondes de contact oriente le contenu, le ton de l’entretien. J’ai tendance à faire confiance à ces premières impressions, à certains signaux d’alarme qui se déclenchent ou pas. Je respect certes une trame « technique » (signes cliniques, environnement familial, social, antécédents, désirs …) mais je suis attentif au « recul » (le mien et celui de la personne), au sens de l’humour, à l’émotivité et à sa gestion, au caractère d’urgence, au caractère d’urgence. Je peux orienter sur une consultation médicale (spécialisée ou non), vers psychologue, une assistante sociale, un deuxième entretien infirmier selon ce que je ressens, « raisonne » ou redoute. Je me sens parfois très éloigné de la Psychiatrie (avec un « P » majuscule !).

Les jours où je travaille à la « capitale » (du département), les rencontres plus fréquentes avec les grandes pathologies (ou leurs combinaisons et arrangements) me rapprochent de la maison-mère (le CHS). Je suis rarement deux demi-journées de suite au même endroit, mais ça me plaît. Ce travail peut paraître très « éclaté » mais le lien, c’est ce fil que parfois je tisse dans la vie décousue, quelquefois désespérée, d’un « patient » qui ne l’est plus.

Je dépends d’un hôpital psychiatrique, loin, très loin et ça me serait peut-être difficile d’aller travailler *intramuros*. (Yves Benoits, infirmier au CHS Laragne, aujourd’hui retraité).

**Le cadre de l’entretien**

**Un peu docteur, psychologue, assistante sociale**

Tout va bien, elle n’a pas oublié, elle est là, elle est prête, elle m’attend. Pour Françoise, c’est un jour important ; elle ne sait pas vraiment pourquoi, mais c’est un jour pas comme les autres. Elle sait. Elle sait que je dois l’accompagner voir un médecin qui soigne en écoutant, qui soigne avec des mots. Mais c’est tout ce qu’elle sait. Je crains qu’elle ait peur, qu’elle soit déçue, trop émue pour livrer au spécialiste tout ce qu’elle m’a fait partager jusqu’alors. Elle a soigné sa tenue vestimentaire, part avec un petit sac à main, sa carte d’assurée sociale, son chéquier.

Elle m’a demandé d’être là, de l’accompagner. Nous nous connaissons depuis peu, et je me suis dit que la confiance était là. Ouf !

Le contact ne paraissait pas facile d’entrée. Lorsque j’ai entendu parler de Françoise pour la première fois, je ne pensais pas que cela se passerait aussi bien. Quand je me suis présentée à elle, c’était la confusion totale ; j’étais un peu “ docteur ”, “ psychologue ”, “ assistante sociale ”, “ guérisseuse ” ... Tout faux !

Elle avait compris qu’elle devait me parler et qu’ensuite tout irait mieux pour elle, parler lui ferait du bien. Mais parler de quoi, à qui, et pourquoi ?

Elle adhère tellement à tout ce qu’elle a dans la tête qu’elle s’étonne même que je ne sois pas au courant de tout ce qui se dit dans le village à son sujet ; les manigances des uns, les persécutions des autres deviennent insupportables.

“ Ça vous plairait, vous, que les gens parlent de vous tout le temps et épient sans cesse vos faits et gestes ? Ils sont tous jaloux de moi, mais jaloux de quoi ? Je n’ai rien. ... ”

Je n’ai pas besoin de trop “ creuser ” ; l’automatisme mental est là et gère sa vie, son quotidien ; elle en parle aisément tant elle n’a pas conscience de la bizarrerie de ce qui se passe.

Notre première rencontre a lieu dans le bureau de l’assistante sociale de secteur, tellement confortable que trois chaises y rentrent à peine, que le chauffage est inexistant cause économie. Aucun décor au mur, même pas le calendrier des pompiers ! Un téléphone qui à mon avis aura de la valeur au prochain marché aux puces et qui est de plus cadenassé de peur qu’on ne l’utilise. Bref, le contexte idéal pour une rencontre que j’espérais chaleureuse. Nous étions toutes trois tellement serrées dans ce que j’ai du mal à imaginer comme un bureau que j’avais le sentiment que nous ne voyions pas.

J’avais parfois l’impression que j’empiétais dans la bulle de Françoise tellement cette promiscuité m’était pesante.

Une “ salle d’attente ” contiguë au bureau permettait de suivre sans effort les conversations des uns et des autres.

Françoise parle fort et sans retenue de sa souffrance, de son incompréhension, de ses problèmes d’argent et de couple. Quelqu’un est dans la salle d’attente et même avec la meilleure volonté qu’il ait de la discrétion, il est avec nous et participe. Lorsque je prends la parole, je pèse volontairement les mots afin d’être claire, je parle doucement comme pour la rassurer, et pour tenter de préserver au maximum un peu de “ secret ”, qui visiblement n’intéresse que moi.

Dans ce premier entretien, nous avions convenu toutes trois de prendre du temps, il était nécessaire que s’établisse avec moi, ce qu’il est de bon ton d’appeler une “ alliance thérapeutique ” Mais l’assistante sociale avait comme objectif d’expliquer à Françoise que son garçon âgé de cinq ans présentait des troubles du comportement à l’école qui allaient vraisemblablement nécessiter un suivi en pédopsychiatrie. Tâche bien délicate. J’étais au courant au préalable et cette information m’avait quelque peu parasitée. Tout ceci me paraissait difficile à articuler. Il me semblait délicat de tenter d’obtenir la confiance de Françoise alors même qu’il était question d’un retrait temporaire de son petit Camille.

Ma collègue du secteur, visiblement habituée à annoncer ce type de “ proposition ” n’a, en apparence, eu aucune retenue.

Françoise a banalisé.

“ C’est vrai, avoue-t-elle, Camille n’est pas très en avance pour son âge, mais il n’a que cinq ans. C’est vrai qu’il ne joue pas avec les autres enfants, mais il est fils unique. C’est vrai qu’il n’arbore toujours qu’un magnifique sourire figé et ne parle pas, mais il est timide. ”

L’idée de l’accompagner vers le psychologue et le psychiatre n’effraie pas Françoise qui compliante, semble être prête à tous les sacrifices afin que sa souffrance cesse.

Et moi, en qualité de mère, j’ai les tripes à l’envers.

J’avais tenté de dire à ma collègue que peut-être il faudrait se donner un peu de temps avant que Camille parte “ comme un peu en vacances ”, dans une “ famille inconnue, mais gentille ” Mais elle m’a expliqué qu’il était dans son rôle d’assistante sociale de protéger les enfants et qu’il y avait urgence. Bon ...

J’ai été saisie par la “ non-réaction ” de Françoise qui je pense n’a pas tout enregistré ; elle aussi souriait et me lançait parfois des regards “ mi-mais-fiants ” “ mi-con-fiants ”.

“ Et vous dans tout ça ?, me lança-t-elle, vous soignez avec les mots, c’est ça ?

* Heu oui ! Un peu ... C’est-à-dire que je ... ”

Je ne sais pas bien comment je vais m’y prendre encore, mais je vais lui proposer quelque chose, c’est sûr. Il le faut. J’ai envie, elle en a besoin.

Dans la foulée, je lui propose un rendez-vous, chez elle, pour la semaine suivante. Elle accepte. Ouf !

Pourtant, son médecin généraliste m’avait prévenue :

“ Elle est très folle. Moi, je ne peux rien faire pour elle. J’ai tout essayé. Il n’y a plus que la psy. Mais si vous allez chez elle attention elle est violente. Méfiez-vous elle casse tout.” Etc.

Que de bonnes choses qui vous donnent envie de faire des Visites à domicile.

Moi, je l’ai bien “ sentie ” Françoise. Elle ne suscite chez moi que de la compassion et une sérieuse souffrance pour laquelle je me dis que je peux peut-être faire quelque chose. ...

Elle n’a pas oublié, elle est là, elle est prête, elle m’attend.

Nataly Anthoine

Les entretiens fréquents et de courte durée (entretien informel)

Pédagogue, psychothérapeute et consultant, Jacques Chalifour est professeur titulaire à l’Ecole des Sciences Infirmiers de l’Université Laval au Canada. Il s’intéresse depuis plus de vingt ans à la relation d’aide dans différentes contextes d’application. Il est l’auteur de l’ouvrage *La relation d’aide en soins infirmiers, une perspective holistique-humaniste* dans lequel un chapitre est consacré à l’entretien infirmier. Très pédagogique, cet ouvrage propose de nombreux exercices et études de cas. Nous en avons extrait un.

« M. Jinchereau est hospitalisé depuis quelques jours pour problèmes cardiaques.

**Au moment du petit déjeuner (8 h 10)**

Infirmier : « Bonjour M. Jinchereau. Comment s’est passée la nuit ? »

Client : « Assez bonne malgré tout. J’ai cependant été éveillé de bonne heure. L’infirmier de nuit avait une prise de sang à me faire. Je n’ai pas pu dormir par la suite. »

Infirmier : « Oui, je vois … J’espère qu’au cours de la journée vous pourrez avoir quelques moments de calme pour vous reposer. Je vous ai apporté votre petit déjeuner. Si vous le voulez, je vais vous aider à vous installer confortablement. »

Tout en l’installant pour son déjeuner, l’infirmier remarque que le client manque d’appétit contrairement à son habitude et qu’il semble inquiet.

Infirmier : « Vous semblez manquer d’appétit ce matin. J’ai l’impression que quelque chose vous préoccupe. »

Client : « Euh … Ouais … Euh … Ma femme est venue hier soir … (silence) Elle m‘a dit qu’il est possible qu’à la compagnie on tombe en grève ces jours-ci … » (silence)

Infirmier : « Et ça vous inquiète. »

Client : « Oui. »

Infirmier : « Ça me semble important c qui vous arrive. Malheureusement, je n’ai pas le temps pour l’instant de vous écouter davantage. J’ai les autres déjeuners à distribuer, mais je vais revenir vers 8h45 pour vos soins d’hygiène. J’aimerais qu’on en parle à ce moment-là si vous le désirez. »

Client : « Oui oui. »

**Au moment des soins d’hygiène (8h 45)**

Infirmier : « Enfin, j’ai une vingtaine de minutes à vous accorder. Je vais vous aider pour vos soins d’hygiène. »

Quand le bain est commencé, tout en s’exécutant et en l’informant à mesure des gestes qu’elle pose et en lui demandant d’y réagir, l’infirmier enchaîne avec l’échange précédent.

Infirmier : « Je n’étais pas là au moment où on est venu chercher votre cabaret. Avez-vous mangé un peu ? »

Client : « Oui … J’ai pris un toast et un café … »

Infirmier : « Je vois … On s’est laissé tout à l’heure au moment où vous me disiez que vous aviez entendu parler qu’il était possible que les employés de l’usine où vous travaillez tombent en grève et que cela vous inquiétait. Vous voulez m’en parler un peu plus ? »

Client : « Ouais … Je ne sais pas quoi en dire de plus ? … » (silence)

Infirmier : « Ce que je peux constater par votre expression c’est que ça ne semble pas vous enchanter. »

Client : « Vous savez, j’ai pas un gros salaire. Depuis que je suis hospitalisé, on arrive à vivre parce que j’ai une assurance salaire. Mais si on tombe en grève, je ne sais pas si je pourrai continuer à retirer mon assurance. Si c’est pas possible, il va falloir que j’emprunte à la banque … (silence, air pensif) »

Tout au cours des soins d’hygiène, l’échange se poursuit. L’infirmier et le client concluent de leur conversation que le client s’inquiète à partir d’une rumeur et qu’il doit avant tout aller vérifier son bien-fondé. Au moment où ils se quittent, le client a décidé de téléphoner au bureau du personnel de son usine afin d’en savoir davantage sur son assurance salaire et de téléphoner au dirigeant du syndicat pour savoir où en sont les négociations.

**Au moment de la distribution des médicaments (11 h30)**

Infirmier : « M. Jinchereau, je viens pour vos médicaments. Compte tenu de vos derniers tests et de votre pression sanguine, le médecin a décidé de ne pas diminuer la force de vos médicaments comme je vous en avais parlé. Dès que vos tests sanguins reviendront à la normale, on réajustera votre médication. »

Client : « Oui, je vois. Avec tout ce que je me suis imaginé, je ne suis pas surpris que mes tests soient si élevés … (sourire) »

Infirmier : « Vous semblez de meilleure humeur que ce matin. Je me demande si vous avez fait vos appels téléphoniques. »

Client : « Oui … J’ai l’impression que je ne changerai jamais. J’ai toujours tendance à voir tout en noir … J’ai téléphoné au service du personnel. Grève pas grève, on m’a assuré que je continuerais à recevoir mon salaire. J’ai aussi téléphoné au syndicat. De ce côté, les discussions progressent lentement. Dans une semaine, ils demanderont peut-être aux employés de leur donner un mandat de grève qu’ils pourront utiliser si cela est utile. Pour l’instant, ce n’est pas la grève. »

Infirmier : « Vous semblez soulagé. »

Client : « Oh, oui, beaucoup ! Je me demande comment je fais pour toujours m’inquiéter. Des fois, je me dis que ce n’est pas surprenant que je me retrouve avec des problèmes cardiaques comme maintenant. »

Infirmier : « Vous avez tendance à vous inquiéter beaucoup au point même d’affecter votre condition cardiaque. »

Client : « Oh, oui ! Je sais pas comment je pourrais faire autrement. »

Infirmier : « Si vous le désirez, après votre sieste je repasserai. Je prévois avoir un moment de libre. Nous pourrons commencer à regarder d’un peu plus près ce qui en est … »

Client : « D’accord. »

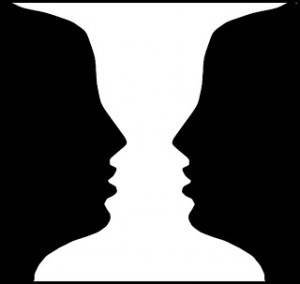
Infirmier : « A cet après-midi, deux heures. »

Chalifour (J), *La relation d’aide en soins infirmiers, une perspective holistique-humaniste*, Editions Lamarre, Québec, 1989, pp. 218-220..

Ce type d’entretien peut être utilisé dans tous les services, dans toutes les disciplines. Il permet de concilier écoute du patient et manque de temps. A titre d’exercice, vous pouvez essayer de repérer les techniques de communication utilisées par l’infirmier et les différentes étapes de cet entretien, non seulement début, corps et fin mais à l’intérieur du corps de l’entretien.

**Le vase de Rubin ou la restructuration du rapport figure/fond**

Le Vase de Rubin est une illusion s’axant sur une double perception de l’image. D’un côté, nous pouvons voir, aux deux extrémités, deux visages face à face et de profil. Alors qu’au centre, un vase ressort. La forme de ce vase est basée sur les contours des deux visages.



Le changement figure-fond n’ajoute, ni ne retranche rien à ce qui est présenté ou donné, mais il fait apparaître quelque chose qui était jusque-là latent. Il en va de même pour le patient qui ne peut percevoir à la fois la figure et le fond de ses difficultés. Le soignant lui reflète la partie ignorée de lui-même afin qu’il parvienne à en connaître les deux aspects. « En d’autres termes, l’élucidation vise donc à relever des sentiments et des attitudes qui ne découlent pas des paroles du sujet mais qui peuvent raisonnablement être déduits de la communication ou de son contexte. » (4) Cette métamorphose permet d’apporter quelque chose de nouveau dans la mesure où elle donne au patient la possibilité de « voir » autrement sa propre perception. Elle permet ainsi ce que Rogers nomme une restructuration du champ. L’apparition de l’autre rapport a un certain effet de choc et accentue une prise de conscience plus réfléchie et déjà plus objective de la situation. Il est important d’éviter l’effet de choc en utilisant un ton « empathique » car « le caractère pénétrant du procédé, si celui-ci n’est pas rigoureusement exact par rapport au matériel fourni, risque d’être traumatisant. » (1)

**Une histoire de belle-mère pour conclure avec humour**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Reformulation** | **Exemples** | **Commentaires** |
| L’ écho | *C : Je suis allé voir ma belle mère, hier.*  *T : Vous êtes allé voir votre belle mère, hier.* | Il s’agit de répéter, mot à mot, ce que vient de dire votre interlocuteur, à la façon d’un perroquet.  A consommer avec modération pour éviter d’agacer. |
| La question | *C : Je suis allé voir ma belle mère, hier.*  *T : Vous êtes allé voir votre belle mère, hier ?*  *C : Oui, et ça s’est bien passé.* | Il s’agit d’une reformulation écho prononcée de manière interrogative. L’objectif est d’obliger l’interlocuteur à poursuivre son discours. |
| Le résumé / synthèse | *T : Donc, vous êtes allé spontanément voir votre belle mère et vous vous êtes réconcilié avec elle. Comment avez-vous fait ?*  *Donc, si j’ai bien compris… Donc, pour résumer ce que vous m’avez dit…* | Résumer ce que vient de dire votre interlocuteur est intéressant pour dégager l’essentiel d’un discours. Cependant, cette technique, au lieu d’ouvrir a plutôt tendance à clore la discussion.  A utiliser avant d’aborder une étape successive de l’entretien, avant de poser une question ou pour recentrer le client sur l’objectif. |
| La vérification | *T : Donc, vous êtes allé voir votre belle mère et vous vous êtes réconcilié avec elle, c’est bien cela ?*  *C : Oui, et en fait j’ai même passé un bon moment.* | Résumé qui se termine par une question de vérification « c’est bien ça ? », « n’est-ce pas ? », « si j’ai bien compris ? », etc… Le but est de relancer la discussion et ainsi éviter l’inconvénient du résumé. |
| La reprise d’un mot | *C : Je suis allé voir ma belle mère, hier.*  *T : Votre belle mère ?*  *C : Oui, cela faisait longtemps que je ne lui avais pas parlé*.  Ce qui est différent de :  *C : Je suis allé voir ma belle mère, hier.*  *T : Hier ?*  *C : Oui, en sortant du travail.* | La reprise d’un mot peut se faire sur un ton affirmatif ou interrogatif. Le but est soit de souligner un mot pour permettre à l’interlocuteur d’entendre ce qu’il vient de dire, soit de l’inviter à poursuivre et à développer un point. Le choix du mot est primordial. |
| Appui | *T : C’est un point important que vous signalez.*  *C’est une bonne remarque / question.*  *Exactement / Tout à fait.* | Permet de souligner une parole ou une pensée du client et de le valoriser. A utiliser de préférence pour encourager un client à sortir de sa zone de confort. |
| Attente | *C : Je suis allé voir ma belle mère, hier.*  *T : (Vous êtes allé voir votre belle mère,) et ?…* | L’emploi de mots de liaisons tels que « et… », « et donc… », « et c’est pour ça que… » laisse sous-entendre que vous attendez la suite. Peut être précédé d’une reformulation écho. |
| Étonnement | *C : Je suis allé voir ma belle mère, hier.*  *T : Ah, bon ?!*  *C : Oui et c’était pas si terrible.* | Il ne s’agit pas vraiment d’une reformulation, mais d’une marque d’étonnement « ah, bon ?! », « vraiment ? », qui incite l’interlocuteur à compléter son discours. |
| L’erreur voulue | *C : Je suis allé voir ma belle mère, hier.*  *T : Vous n’avez pas pu voir votre belle mère, hier.*  *C : Si, si. Elle était là et nous avons discuté.* | Si l’on reformule en faisant volontairement une erreur, l’interlocuteur va spontanément corriger l’erreur et compléter sa pensée.  A employer avec précaution car peut semer le doute dans l’esprit de votre interlocuteur sur vos capacités d’écoute. |
| Le recadrage | *C : Je suis allé voir ma belle mère, hier.*  *T : Vous avez réussi à aller voir votre belle mère, hier.* (Sous-entendu, c’est une victoire pour vous) | La reformulation intègre une présupposition favorable au changement. Ce type de reformulation nécessite à lui seul un chapitre d’explication. Le but est de reformuler ce qui vient d’être dit en modifiant légèrement le sens de manière créer une ouverture et de favoriser la mise en place d’une solution. |
| L’humour | *C : Je suis allé voir ma belle mère, hier.*  *T : Vous êtes allé voir votre belle mère et vous y avez survécu !*  *C : Oui et elle n’est pas si méchante.* | Il s’agit de reformuler avec humour ou de compléter la phrase de votre interlocuteur par une plaisanterie qui va l’amener à adoucir sa pensée et la compléter.  Attendre que l’alliance soit établie. |
| La provocation | *C : Je suis allé voir ma belle mère, hier.*  *T : Vous êtes allé voir votre belle mère ? Quel bon fils !*  *C : Oui, ça lui a fait plaisir.* | Plus fort que la reformulation humour, le but est de secouer le cocotier en provocant l’interlocuteur.  A utiliser avec beaucoup d’empathie et seulement lorsque l’alliance est solidement établie. |

Read more at <http://www.presence-therapie.com/blog/outils/l-art-de-la-reformulation.html#SI9WiB3AXETpsVYh.99>

Bibliographie

ABONNEL (M), BRENIER( F), *Accueil : thé ou café ?*, Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles 2004 ; (6) : 153-9.

AGRECH C., *«* *C’est normal à votre âge … »*, in Santé Mentale n° 95, février 2005, pp.71-73.

ANCELIN-SCHÜTZENBERGER (A), « *Aïe, mes aïeux !* », Editions Desclée de Brouwer, coll. La méridienne, Paris, 1998.

ANTHOINE (N), *Un peu docteur, psychologue, assistante sociale …*, Santé Mentale, n° 79, juin 2003, pp. 66-68.

ANTON (A), RAJABLAT (M), ROUQUET (J.P.), *Une délicieuse énigme* (1), in Soins psychiatrie n° 209, juillet-août 2000, pp. 28-32.

ANTON (A), RAJABLAT (M), ROUQUET (J.P.), *Une délicieuse énigme* (2), in Soins psychiatrie n° 210, septembre-octobre 2000, pp. 42-45.

ARENE (P), « *La folie est une pathologie de la liberté* », in Santé Mentale n° 45, février 2000, pp. 48-50.

ARENE (P), *L’infirmerie expliquée aux enfants*, in Santé Mentale n° 66, mars 2002, pp. 34-40.

ARGENTY (J), *Une promenade*, in Soins psychiatrie, n° 203, juillet-août 1999.

AUSLOOS (G), *La compétence des familles*, Toulouse, 1995, Erès.

AUTES (M), *Les paradoxes du travail social*, Dunod, Paris, 1999.

BACCARARD (G), OLIVRY (E), CORCOS (M), *Un conte nourrissant*, in Santé Mentale n° 24, janvier 1998, pp. 20-21.

BAILLON (G), *Les urgences de la folie, l’accueil en santé mentale*, Gaëtan Morin Editeur, Coll. Des pensées et des actes en santé mentale, Paris, novembre 1998.

BAUCHET (M), *Des parents « institutionnels »*, in Santé Mentale n° 71, Octobre 2002, pp. 36-39.

BEAUZEE (N), CABIE (M.C), LELEVRIER-VASSEUR (A), RYBACK (C), *L’entretien infirmier en santé mentale. L’apport systémique dans une profession en mutation*, Erès, Coll. Relations, Ramonville, 2002.

BEAUZEE (N), CABIE (M.C), LELEVRIER-VASSEUR (A), RYBACK (C), *Un apport systémique en santé mentale. L’entretien infirmier en institution : un temps fondamental*, in Thérapie familiale, vol 24, n° 1, 2003, pp. 5-20.

BEAUZEE (N), CABIE (M.C), LELEVRIER-VASSEUR (A), RYBACK (C), *La systémie au service de l’entretien*, in Santé Mentale, n° 79, juin 2003, pp. 54-58.

BECHERRAZ (M), *Significations des expériences de réconfort en santé mentale*, (première partie). Rech soins infirm 2005 ; (80) : 39-48.

BECHERRAZ M., *Une phénoménologie du réconfort en psychiatrie*, Suisse : Médecine et Hygiène ; 2006.

BENONY (H), CHAHRAOUI (K), *L’entretien clinique*, Dunod, Paris, 1999.

BERNARD (P), *Psychiatrie pratique*, Desclée de Brouwer, 1947, pp.33-45.

BLANCHET (A), *L’entretien dans les sciences sociales*, Paris, Dunod, 1985.

BLANCHET (A), *Dire et faire dire : l’entretien*, Paris, Masson/Armand Colin, 1997.

BOISLIVEAU (M), *Quel rôle pour l’infirmier de secteur à l’hôpital général*?, in Soins psychiatrie n° 204, septembre/octobre 1999, pp. 27-29.

BOISVERT (C), DUBOYS FRESNEY (C), *Le diagnostic infirmier, chaînon manquant entre les besoins infirmiers et le PMSI*, in La lettre d’informations hospitalières, Direction des Hôpitaux n°8, 1992.

BORGNE (N), *Le débriefing psychologique*, in Santé Mentale n° 50, septembre 2000, pp. 16-18.

BOS (A.M), *Le bip sonne …*, in Santé Mentale n° 58, mai 2001, pp. 73-75.

BOUDIER (B), TUNESI (T), *Les entretiens de famille (1)*, in Soins Psychiatrie n° 215, juillet 2001, pp. 35-39.

BOUDIER (B), TUNESI (T), *Les entretiens de famille (2)*, in Soins Psychiatrie n°216, Septembre 2001, pp. 40-43.

BOUDIER (B), TUNESI (T), *Les entretiens de famille (3)*, in Soins Psychiatrie n° 217, novembre 2001, pp. 38-41.

BOUKOBZA (S), DURRIEU ©, GAMOT (A.M), RAJABLAT (M), SCHUTZ (G), BENNET (A), *Les six souillons de M. Loubly*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 47-53.

BOURDEUX ©, *Former à l’urgence psychiatrique*, in Soins psychiatrie n° 158/159, Décembre 1993-Janvier 1994, pp. 40-43.

BOURGEOIS (D), *Une forme contemporaine du soin*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 38-43.

BOURGEOIS (F), *L’entretien de compréhension, de soutien ou de réassurance,* Rev infirm 2008 ; (146) : 43-4.

BUIL (H), *Une question de place …*, in Santé Mentale n° 58, mai 2001, pp. 69-72.

CASTAGNA (M), *Deuil répété*, in Santé Mentale n° 22, novembre 1997, pp. 30-32.

CASTAGNA (M), « *Les médicaments ça fait grossir …* », in Santé Mentale n° 40 ; septembre 1999, pp. 38-39.

CASTAGNA (M), *«* *Je viens pour ma piqûre … »*, in Santé Mentale n° 76, mars 2003, p. 45.

CAUCHOIS (C), *Consultation Baudelaire : l’accueil infirmier au centre de la prise en charge,* Rev infirm 2005 ; (114) : 29-30.

CHALIFOUR (J), *La relation d’aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaniste*, Paris, Editions Lamarre, Gaëtan Morin, 1989.

CHALIFOUR (J), *Enseigner la relation d’aide*, Paris, Gaëtan Morin, 1993.

CHARRIERE (S), *Le génosociogramme*, in Santé Mentale, n° 28, mai 1998, p. 31.

CHAUVET (JL), *De l’action à l’écoute des patients en situation de précarité psychique,* Psychiatr Fr 2004 ; 35(3) : 127-149.

CHILAND C., *L’entretien clinique*, Paris, 1983, PUF, Le psychologue.

CLAVREUL (J), *Le désir et la Loi, Approches psychanalytiques*, Denoël, L’espace analytique, Paris, 1987.

COGNET (P), *Entretien avec un malade afin de déterminer ses besoins*, Mémoire Infirmier Spécialisé psychiatrie, IFSI Montfavet, 1977.

CORRIDA (M), *Créer du lien*, in Santé mentale 1999 ; (38) : 24-5.

CYSSAUD C., *L’entretien clinique*, Paris, In Press Editions, 1998.

DELION P., *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*, Ramonville-Saint-Agne, Erès ; 1998.

DERABOURS (N), *De l’accueil à la continuité des soins*, *Limites d’une prise en charge en Centre d’Accueil et de Crise*, in Soin Psychiatrie, n° 197, juillet-août 1998, pp.23-25.

DECLERCQ (M), *Urgences psychiatriques et intervention de crise*, Edition de Boeck Université, Paris, Bruxelles, 1997.

DIGONNET (E), FRIARD (D), LEYRELOUP (A.M), *Les petites menteuses*, 8ème Congrès de l’ANHPP, Villejuif, 1998.

DIGONNET (E), LEYRELOUP (A.M.), *L’entretien d’accueil*, in Soin Psychiatrie, n° 197, juillet-août 1998, pp.21-22.

DIGONNET (E), FRIARD (D), LEYRELOUP (A.M), RAJABLAT (M), *Faire en soi une place à l’autre*, in V.S.T., n° 62, avril-mai 1999.

Direction générale de la santé, *L’entretien social en psychiatrie*, Ministère des Affaires sociales et de l’emploi, 1987.

DORA (H), MILLET (G), *Comment mener un entretien individuel ?*, Paris, Dunod, 1983.

*Le dossier de soins*, Guide du service de soins infirmiers, n° 1, Série Soins infirmiers, B.O., n° 85-7 bis.

DUPEU (D), *La fascination de l’outil*, in Santé Mentale n° 36, mars 1999, pp. 32-34.

EMERAUD (P.Y), *Travail d’équipe en milieu pénitentiaire*, in Santé Mentale n° 64, janvier 2002, pp. 60-65.

*L’évolution des orientations en santé mentale et la fonction infirmière*. Guide du service de soins infirmiers, n° 11, Bulletin Officiel n° 91-11 bis.

FABRE-CENTOGAMBE C., *La consultation infirmière*, in Objectifs Soins, n° 124, mars 2004.

FALETTA (N), *Le livre des paradoxes*, Belfond, Paris, 1985.

FISCH R., *Tactiques du changement*, Paris, Seuil, 1986.

FISCH R., SCHLANGER (K), *Traiter les cas difficiles. Les réussites de la thérapie brève*, Couleur Psy, Seuil, Paris, février 2005.

FONTAINE (P), ROTGE (A), *Jour après jour, des signes d’humanité*, in Santé Mentale n°82, novembre 2003, pp.14-17.

FORTERRE (F), *A la recherche du sens*, in Santé Mentale n° 28, mai 1998, pp. 29-30.

FOUCHER (M), GRUNER (C), FRIARD (D), MARTINET (N), *Le sourire de l’ange*, in Soins psychiatrie n° 218, janvier 2002, pp. 24-28.

FRIARD (D), LEYRELOUP (A.M), LOUESDON (J), RAJABLAT (M), STOLZ (G), WINDISCH (M), *Psychose, psychotique, psychotrope : quel rôle infirmier ?*, Editions Hospitalières, Coll. Souffrance psychique et soin, Paris, 1994.

FRIARD (D), *Ecouter …*, in Santé Mentale n° 13, décembre 1996, p. 8.

FRIARD (D), RAJABLAT (M), *Et pourtant il souffre !*, in Santé Mentale n° 13, décembre 1996, pp. 30-31.

FRIARD (D), RAJABLAT (M), *Sur le chemin du giron*, in Santé Mentale n° 33, décembre 1998, pp. 33-36.

FRIARD (D), *Tenir ensemble*, in Soins Psychiatrie, n° 200, janvier-février 1999, pp.30-31.

FRIARD (D), *Qu’est-ce que j’ai comme maladie ?*, in Santé Mentale n° 37, avril 1999, pp. 40-42.

FRIARD (D), *« Vous mangez avec moi ?* », in Santé Mentale n° 40, septembre 1999, pp. 42-45.

FRIARD (D), MARCHANT (D), OBEA (A), PINET (L), *Des entretiens infirmiers pour renouer le dialogue*, in Soins Psychiatrie n° 206, janvier/février 2000, pp. 11-14.

FRIARD (D), *L’approche thérapeutique du patient délirant*, in Soins psychiatrie n° 209, juillet/août 2000, pp. 23-27.

FRIARD (D), VINCENT (A), CAYOL (F), *Une question de souffle*, in Santé Mentale n° 56, mars 2001, pp. 65-69.

FRIARD (D), *Articulations*, in Santé Mentale n° 57, avril 2001, pp. 24-28.

FRIARD (D), *Délivre-moi d’un soupçon !*, in Santé Mentale n° 62, novembre 2001, pp. 28-34.

FRIARD (D), *Le mot et la chose*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 20-26.

FRIARD (D), *Un climat relationnel*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 27-33.

FRIARD (D), *Habiter l’entretien d’accueil*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 34-37.

FRIARD (D), *Une question d’interprétation*, in Santé Mentale n° 68, mai 2002, pp. 52-57.

FRIARD (D), *Accueillir la famille*, in Santé Mentale n° 71, octobre 2002, pp. 20-30.

FRIARD (D), *Se former à l’entretien par l’entretien*, in Santé Mentale, n° 79, juin 2003, pp. 26-36.

FRIARD (D), *Psychothérapeute malgré lui …*, in Santé Mentale n° 85, février 2004, pp. 30-31.

FRIARD (D), *Quand l’imagination nourrit le soin*, in Santé Mentale n° 88, mai 2004, pp.63-68.

FRIARD D., « L’entretien clinique infirmier : des obstacles à dépasser », in Santé Mentale, n°218, mai 2017.

FRIARD D., « L’entretien infirmier « empêché » », in Santé Mentale, n°218, mai 2017.

FRIARD D., *« J’aime les fous » Dans la tête d’un infirmier psychiatrique*, Editions Seli Arslan, Paris, 2019.

FRIARD D., *Raisonnement clinique en psychiatrie*, Un entretien d’accueil infirmier décisif ; Editions Seli Arslan, Paris, 2022.

FRIDER (O), *Il est mort le petit prince !*, in Santé Mentale n° 70, septembre 2002, pp. 57-62.

FROBERT (A), *Un support pour l’insupportable*, in Santé Mentale n° 46, mars 2000, pp. 48-50.

FROBERT (A), *Le travail clinique pour accompagner la souffrance psychotique*, in Soins psychiatrie n° 215, juillet 2001, pp. 27-30.

FROBERT (A), *A bon entendeur*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 70-73.

FROBERT (A), *Plus que jamais, la psychanalyse*, in Santé Mentale n° 73, décembre 2002, pp. 44-47.

FROBERT (A), *L’écoute est un traitement*, Santé Mentale, n° 79, juin 2003, pp. 46-49.

GAMOT (A.M), *Une petite fille en pleurs …*, in Santé Mentale n° 61, octobre 2001, pp. 10-12.

GERARD (J.L), *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération*, Paris, Lamarre, 1993.

GERARD (J.L), *De la relation d’aide à la relation thérapeutique*, in Soins psychiatrie n° 163, mai 1994, pp. 28-34.

GOBERT (L), *L’entretien infirmier : au risque de la rencontre*, Laxou : Mémoire Cadre de santé ; 2004.

GRAVIER (V), *Les centres d’accueil et de crise. Approche théorique*, in Soin Psychiatrie, n° 197, juillet-août 1998, pp.7-11.

GRAZ (B), *L’entretien thérapeutique précoce en cas de psychose récente ou aiguë. Essai de systématisation de la méthode développée par Henri Grivois et al*., Synapse 2006 ; (221) : 43-45.

Groupe dossier de soins du Centre Hospitalier spécialisé de Valence-Montéléger, *Illusions … Désillusions … Aboutissement d’un dossier de soins*, in Soins psychiatrie n° 100, février 1989, pp. 39-41.

GUALTIERI (V), *L’entretien infirmier, enjeu d’une nouvelle pratique de soins en santé mentale,* inSoins Psychiatrie 2007 ; (249) : 41-43.

GUITTET (A), *L’entretien*, Armand Colin, Paris, 4ème Edition, Paris, 1997.

HAMON (F), *Evaluer pour soigner*, in Soins psychiatrie n° 207, mars-avril 2000, pp. 33-35.

HAMON (F), *Refoulement*, in Santé Mentale, n° 42, avril 2000, pp. 42-45.

HAMON (F), *L’entretien crimino-clinique*, in Santé Mentale n° 64, janvier 2002, pp. 66-72.

HOURTON (G), *L’intervention de crise infirmière : « De la prescription à l’application* », in Santé Mentale n° 50, septembre 2000, pp. 39-43.

HELARY (A), *L’enjeu des premières rencontres*, in Soins psychiatrie n° 205, novembre-décembre 1999, pp. 24-27.

HEROGUEL (J), *Psychose : créer de la vie et du sens*, in Santé Mentale n° 36, mars 1999, pp. 9-11.

HETU (J.L), *La relation d’aide*, Paris, Edition Gaëtan Morin, 1993.

HURET (C), *Accueil, écoute et accompagnement*, in Coq Héron 2005 ; (180) : 97-100.

IANDOLO C., *Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, arts et erreurs de communication.* Paris, MMI Editions ; 2001.

ION (J), RAVON (B), *Les travailleurs sociaux*, La découverte, Repères, Paris, 2000.

JACOBI (B), *Cent mots pour l’entretien clinique*, Editions Erès, Clinamen, Toulouse, novembre 1995.

JACOBSON (V), *Entretiens et dialogue. Rôle du dialogue dans le travail psychologique, social et éducatif*, Toulouse, 1969, Privat.

JAMET (F.M), DEPRE (V), *L’accueil en psychiatrie, aspects juridique, théorique et pratique*, Coll. Souffrance psychique et soins, Editions hospitalières, Paris, 1997.

JARDEL (V), *Pauline m’a choisie …*, in Santé Mentale n° 89, Juin 2004, pp. 16-19.

JARDEL (V), *Le sourire de Mylène*, in Santé Mentale n° 91, octobre 2004, pp. 66-68.

KOERKEL (M), « *On m’a dit que je pouvais vous rencontrer …* », in Santé Mentale n° 32, novembre 1998, pp. 38-39.

KOWALYSZIN ®, *Les infirmiers d’entretien*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 44-46.

LABORDE (S), *Massages … messages*, in Soins psychiatrie n° 163, mai 1994, pp. 14-16.

LACAN (J), *Discours de Rome*, in Autres Ecrits, Seuil, Le champ freudien, Paris, 2001, pp. 133-164.

LANDRU (J.C), *Un jeu de l’oie perpétuel*, in Santé Mentale n° 63, Décembre 2001, pp. 58-63.

LANDRU (J.C), *Et j’ai crié pour qu’elle revienne !*, in Santé Mentale n° 69, juin 2002, pp. 53-59.

LANQUETIN (J.P), PELTIER (A), QUINET (P), *Les visites à domicile*, in Soins Psychiatrie n° 185, septembre 1996.

LAVIEILLE (H), *Urgent d’écouter*, in Santé Mentale n° 58, mai 2001, pp. 58-60.

LAVOINE (P.L), *Les centres d’accueil et de crise, un outil thérapeutique original*, in Soin Psychiatrie, n° 197, juillet-août 1998, pp.12-15.

LE BLANC (F), *Groupe de conversation « Autour d’un café » à la Résidence Jeanne de Kervenoaël à Pontivy* (56). Ergothérapies 2008 ; (29) : 37-42.

LECOURTOIS (M), TAICLET (S), *Créer des liens*, in Santé mentale n° 21, octobre 1997, pp. 37-38.

LEPAIN (C), NECTOUX (M), *Entretien d’aide, relation d’aide infirmière*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 61-63.

LEROY (N), NOGUES (A), PIRAULT (I), THAERON (C), VACH (V), *Alliance*, in Santé Mentale n° 58, mai 2001, pp. 51-53.

LEYRELOUP (A.M), *J’avais mal compris*, in Soin Psychiatrie, n° 204, octobre 1999.

LEYRELOUP (A.M), DIGONNET (E), *L’entretien d’accueil*, in Soins Psychiatrie, n° 208, mai-juin 2000, pp. 35-36.

LEYRELOUP (A.M), DIGONNET (E), *Pratique de l’entretien infirmier*, Paris, Masson, Coll. Souffrance psychique et soins, 2000.

LEYRELOUP (A.M), DIGONNET (E), *Influence des théories sur la conduite de l’entretien*, in Santé Mentale, n° 79, juin 2003, pp. 40-44.

LEYRELOUP (A.M), DIGONNET (E), *Entretien : mythe ou pratique cachée ?*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 66-69.

LHOTELLIER (A), *Du bon usage de la question*, in Perspective soignante, n° 10, avril 2001, pp. 102-108.

LIEGEOIS (M), *L’entretien de soutien psychologique*, Editions Lamarre, Rueil-Malmaison, 2003.

LIEGEOIS M.,  *Former à l’entretien de soutien psychologique. Former, accompagner, écouter, progression pédagogique*, Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2007.

MAISONDIEU (J), *Les alcooléens*, Bayard Editions, Psychologie, Paris, 1998.

MAISONDIEU (J), *Les femmes, les hommes, l’alcool. Une histoire d’amour.* Payot, Paris, 2004.

MALAREWICZ (J.A), *Quatorze leçons de thérapie stratégique*, Paris, 1992, ESF.

MANOUKIAN A, MASSEBEUF A., *La relation soignant-soigné*, Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2001.

MARCHAL (A), PSIUK (T), *Le diagnostic infirmier*. Du raisonnement à la pratique. Editions Lamarre, Paris, 1995.

MARCIANO (P), BENADIBA (M), *Temps et espaces interstitiels dans un hôpital de jour pour enfants,* in VST 2007 ; (95) : 79-89.

MARTENS (S), *La thérapie brève, un autre regard sur le changement*, in Soin Psychiatrie, n° 201, mars-avril 1999, pp. 27- 31.

MARTIN (M), *Dans la bulle, dans le bain*, in Santé Mentale n° 60, septembre 2001, pp. 37-41.

MASSOC (S), *11ème commandement : tu considèreras l’homme malade !*, in Soins psychiatrie n° 217, novembre 2001, pp. 32-35.

MAURY C., *L’entretien infirmier : un soin à part entière pour le patient schizophrène*, Mémoire D.E. Infirmier, IFSI Mont Saint Aignan, 1999.

MEGARD (J), *Travailler avec des bénévoles : l’écoute dans un lieu d’accueil de jour pour « sans domicile fixe »*, in Dialogue 2003 ; (162) : 70-80.

MELLIER D., *La précarité psychique et la spécificité du travail d’accueil de la souffrance.* In : Aubert A Dir, Scelles R Dir : Les dispositifs de soins au défi des situations extrêmes. Ramonville-Saint-Agne : Erès ; 2007.

MERCUEL (A), MONFORT (J.C), LAUT (B), Coll., *Entretien et relation d’aide dans des situations psychiatriques ou psychologiques difficiles*, Paris, Masson, Coll. Démarche soignante, 1999.

MERKLING (J), *Entretiens infirmiers de première intention en psychiatrie,* in Soins 2005 ; (694) : 20-4.

MERTZ ©, BELBAB (H), CHABRIERE (N), *Quand l’entretien est infirmier*, in Soins psychiatrie, n° 233, juillet-août 2004, pp. 34-38.

MICHON (F) dir., *La relation d’aide, une approche humaniste des soins,.* in Soins 2008 ; (731) : 31-53.

MONFORT (J.C), HOURDE (I), *Outils pour les entretiens d’aide et de soutien psychologique*, T. I, Paris, Heures de France, 2005.

MIANI (B), *La troisième oreille*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 64-65.

MUCCIELLI R., *L’entretien de face à face dans la relation d’aide*, Paris, 1969, ESF.

MORASZ (L), PERRIN NIQUET (A), VEROT (JP), *L’infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie.* Paris, Masson, 2004.

PALMADE (J), BLANCHET (A), CHABROL (C), *L’entretien : lieux et méthodes*, in Connexions, n° 52, 1988, pp. 5-134.

PIEPLU (D), *« Je veux devenir pilote de ligne … »*, in Santé Mentale n° 78, mai 2003, pp. 55-60.

PINEL (P), *Traité Médico-Philosophique sur l’aliénation mentale*, 2ème édition, entièrement refondue et très augmentée (1809), Ed. Les empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, Paris, mai 2005

PONET (P), *Le pied enflé de Pierre*, in Santé Mentale n° 38, mai 1999, pp. 39-41.

QUINET (P), *La VAD, espace d’humanité*, in Santé Mentale n° 26, mars 1998, pp. 24-26.

RAJABLAT (M), *Une vie de souffrance*, in Santé Mentale n° 27, avril 1998, pp. 35-37.

RAJABLAT (M), *En odeur de soin*, in Soin psychiatrie n° 207, mars-avril 2000, pp. 23-26.

RAJABLAT (M), *Moments de grâce*, in Santé Mentale n° 57, avril 2001, pp. 18-22.

RAJABLAT (M), FRIARD (D), OBEA (A), PINET (L), VERSCHUREN (J.L), MARTIN (M), COUYERE (N), *Et pourtant ça marche*, in Santé Mentale, n° 65, février 2002, pp. 54-60.

RAJABLAT (M), *Quand la tête et le cœur font boum !* in Santé Mentale n° 71, octobre 2002, pp. 14-16.

RAJABLAT (M), *La vie continue …*, in Santé Mentale n° 77, avril 2003, pp. 14-15.

REVAULT D’ALLONES ©, *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Dunod, 1989.

RIMLINGER (G), *Entretien infirmier de première intention : graines de compétences à cultiver.* Laxou : Mémoire Cadre de santé ; 2004.

ROGERS C., *La relation d’aide et la psychothérapie*, Paris, ESF, 1978.

ROUSTANG (F), *Il suffit d’un geste*, Odile Jacob, Paris, 2003.

RUAUD (M.J), *La contenance nécessaire*, in Santé Mentale n° 91, octobre 2004, pp. 60-65.

RYBAK (C), BEAUZEE (N), LELEVRIER VASSEUR (A), *L’entretien infirmier en santé mentale, ressources et compétences du patient*. In Thérapie familiale, 2004 ; 25(3) : 293-302.

SAINT-JEAN (B), FRIARD (D), *Interrogations de profane*, in Santé Mentale n° 64, janvier 2002, pp. 87-88.

SCARVELIS C., *Conduire un entretien*, in Santé Mentale, n° 79, juin 2003, pp. 59-61.

SPIRKO (J), *Questionner, se questionner*, in Santé Mentale n° 73, décembre 2002, pp. 22-29.

SUBTIL (G), DOLBEAU (N), *Accueil sans écueil ?*, Soin Psychiatrie, n° 197, juillet-août 1998, pp.18-20.

TREMBLAY (L), *La relation d’aide. Développer des compétences pour mieux aider,* Lyon. Chronique sociale, 2001.

VERDES-LEROUX (J), *Le travail social*, Les éditions de minuit, Le sens commun, Paris, 1978.

VEROT (D), FOUILLET (M), *L’entretien infirmier auprès de l’adolescent en dépression*, in Soins Psychiatrie n°220, mai 2002, pp. 32-35.

VASSALO (J.P.), FRIARD (D), *Urgence ou crise*, in Soins psychiatrie n° 197, juillet-août 1998, pp. 3-5.

WATZLAWICK (P), HELMICK BEAVIN (J), JACKSON DON (D), *Une logique de la communication*, Paris, Seuil, 1972.

WATZLAWICK (P), *Changement, paradoxe et psychothérapie*, Paris, Seuil, 1981.

WATZLAWICK (P), *Communications et paradoxes*, in Journal des psychologues, n° 21, octobre 1984, pp. 18-23.

WOJCIK-ROUX C, *L’infirmière qui s’occupe du moral*, in Santé Mentale n° 46, mars 2000, pp. 14-15.

1. REY A, *Le Grand Robert de la Langue Française*, Robert, Paris, 2001. [↑](#footnote-ref-1)
2. PICOCHE (J), *Dictionnaire étymologique du français*, Robert Poche, Paris, 1994. [↑](#footnote-ref-2)
3. LEYRELOUP (A.M), DIGONNET (E), *Pratique de l’entretien infirmier*, Paris, Masson, Coll. Souffrance psychique et soins, 2000, pp. 17-18. [↑](#footnote-ref-3)
4. FRIARD D., *Un entretien qui ne ressemble pas à un entretien*, in Santé Mentale, n° 136, mars 2009, pp. 22-27. [↑](#footnote-ref-4)
5. WINNICOTT (D.W), *La petite « Piggle ». Traitement psychanalytique d’une petite fille*. Op. cit., pp. 23-24. [↑](#footnote-ref-5)
6. WINNICOTT (D.W), *La petite « Piggle ». Traitement psychanalytique d’une petite fille*. Op. cit., p. 28. [↑](#footnote-ref-6)
7. MORI (S), *Pratiques de la thérapie narrative*. *Comprendre et appliquer*. Ed. De boeck, Paris, 2019, pp. 17-19. [↑](#footnote-ref-7)
8. Ibid., p. 19. [↑](#footnote-ref-8)
9. GOLDER (E.M.), *Au seuil de l’inconscient le premier entretien*, Rivages, Psychanalyse, Paris, 1996. [↑](#footnote-ref-9)
10. GOLDER (E.M.), *Au seuil de l’inconscient le premier entretien*, op. cit., p. 185. [↑](#footnote-ref-10)
11. Ibid., p. 185. [↑](#footnote-ref-11)
12. On peut noter que Montfort et Hourdé (Outils pour les entretiens d’aide et de soutien psychologique, t. 1) consacrent quasiment un chapitre (A2) à cet aspect de l’entretien (les chaises, le regard, le sourire, la voix, le corps, la poignée de main, le bonjour. Ainsi de nombreux auteurs, de références théoriques différentes donnent de l’importance à ce moment de saisie. [↑](#footnote-ref-12)
13. GOLDER (E.M.), *Au seuil de l’inconscient le premier entretien*, op. cit., p. 186. [↑](#footnote-ref-13)
14. GOLDER (E.M.), *Au seuil de l’inconscient le premier entretien*, op. cit., p. 198. [↑](#footnote-ref-14)
15. Ibid., p. 202. [↑](#footnote-ref-15)
16. GOLDER (E.M.), *Au seuil de l’inconscient le premier entretien*, op. cit., p. 211. [↑](#footnote-ref-16)
17. Ibid., p. 220. [↑](#footnote-ref-17)
18. GOLDER (E.M.), *Au seuil de l’inconscient le premier entretien*, op. cit., p.221. [↑](#footnote-ref-18)
19. Ibid., p. 236. [↑](#footnote-ref-19)
20. Ibid., p. 245. [↑](#footnote-ref-20)