

 	Teste Louis
Entretien formel et informel en psychiatrie, quel est leur impact sur la relation ?	
Promotion 2023-2026 UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles Formateur référent : Mme Caroline Barbaste	Date de rendu : 26/05/2026

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur.

Remerciements

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement à la rédaction de ce mémoire.

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Madame Caroline Barbaste pour son accompagnement, sa bienveillance, ses conseils et son investissement tout au long de l'écriture de ce travail de fin d'études.

Je tiens également à remercier tous les professionnels de terrain qui ont accepté de participer aux entretiens, leurs témoignages ont été précieux dans la réalisation de ce travail de fin d'études. Je n'oublie pas de remercier également les équipes rencontrées en stage ayant participé à mon apprentissage tout au long de ces 3 ans. Je souhaite adresser un mot aux équipes de psychiatrie sans qui je n'aurais jamais élaboré mon projet professionnel, je vous remercie pour votre pédagogie et vos conseils qui m'aideront tout au long de ma carrière.

Je tiens à remercier sincèrement mon formateur référent, Monsieur Bernard Collet ainsi que tous les formateurs de l'IFSI d'Avignon pour leur aide, leurs conseils, leur bienveillance et pour m'avoir aidé à évoluer tout au long de ces trois années.

Un grand merci à tous les amis que je me suis fait durant ces trois ans et avec qui j'ai partagé de bons moments, j'espère que nous nous reverrons un jour.

Enfin je tiens à remercier ma famille pour m'avoir aidé durant les moments difficiles, pour son soutien et sa contribution à la rédaction de ce travail. Merci d'avoir toujours cru en moi.

Table des matières

1 Introduction	1
2 Situations	3
3 Questionnement	6
4 Question de départ :	9
5 Cadre de références :	10
5.1 L'entretien infirmier et son cadre :	10
5.1.1 Définition :	10
5.1.2 L'entretien formel/entretien d'accueil :	11
5.1.3 L'entretien informel :	13
5.2 La relation soignant/soigné et la relation thérapeutique :	15
5.2.1 Définition :	15
5.2.2 l'éthique :	15
5.2.3 la relation à l'autre :	16
5.2.4 l'alliance thérapeutique :	19
5.3 Transfert et Contre-Transfert :	21
5.3.1 Définition selon la Psychanalyse :	21
3.2 L'attachement :	22
6 Enquête exploratoire :	24
6.1 Choix de l'outil de l'enquête :	24
6.2 Lieux et population choisis :	24
6.3 Le guide de l'outil :	25
6.4 Les biais de l'enquête :	26
6.5 Grille d'analyse :	27
7 Analyse :	28

7.1 Analyse des entretiens :	28
7.2 Analyse Croisée :	31
7.3 Analyse thématique :	46
7.4 Limites de l'enquête :	47
8 Problématique :	49
9 Question de recherche :	50
10 Conclusion :	51
11 Bibliographie :	52

1 Introduction

Le travail de fin d'année est la dernière étape avant le diplôme d'état d'infirmier et donc le dernier travail avant d'entrer dans la vie professionnelle. En cela j'ai choisi de traiter d'un sujet qui sera au cœur de ma future pratique, les entretiens infirmiers en psychiatrie. Ce choix a été fait lors de ma deuxième année lors d'un stage en service de gériopsychiatrie, c'est par ailleurs ce stage qui a motivé mon choix de carrière en psychiatrie. Cette deuxième année aura été charnière dans mon parcours d'étudiant car celle-ci aura été celle de l'élaboration de mon projet professionnel.

En choisissant de traiter de la thématique des entretiens infirmiers en psychiatrie j'ai souhaité parfaire mon expérience en psychiatrie, comprendre ce qui constitue un soin que certains qualifient de « *simple discussion* » et montrer que cette qualification est assez éloignée de la réalité. Ce travail s'articule autour des cadres d'entretiens infirmiers, les cadres formels et informels. Le cadre possède son importance, c'est une chose que j'ai constaté en service de gériopsychiatrie, en effet, le cadre s'adapte à la personne. C'est pourquoi, il m'a paru important de choisir non pas une mais deux situations, ce qui permet de présenter les deux cadres de l'entretien infirmier et comment ceux-ci s'adaptent à deux patients différents tout en abordant des thématiques plus profondes, celles de la relation soignant/soigné et de la psychanalyse. Aborder les thématiques de la relation soignant/soigné et de la psychanalyse permet d'analyser ce qu'il se joue lors d'un entretien et donc de démontrer comment l'entretien s'adapte à la personne prise en soin et aussi de mettre en évidence sa nature de soin tout en démontrant aussi ses limites.

Dans un premier temps, j'exposerai les deux situations vécues en stage m'ayant conduit à l'écriture de ce travail.

Ensuite, j'élaborerai un questionnaire duquel découlera ma question de départ qui me permettra de développer les différentes notions abordées lors de ce travail.

Après cela, je traiterai de mon cadre de références en trois points.

La première sur les entretiens infirmiers et leur cadre en définissant d'abord ce qu'est l'entretien infirmier avant d'ensuite aborder les thématiques des entretiens formels et informels.

La deuxième sur la relation soignant/soigné et la relation thérapeutique en définissant ce qu'est la relation soignant/soigné avant de traiter de ses composantes éthiques, de la relation à l'autre ainsi que l'alliance thérapeutique.

Enfin la troisième et dernière partie traitera de la dimension plus psychanalytique de l'entretien infirmier en traitant du Transfert et du Contre Transfert en les définissant avant de traiter de la thématique de l'attachement.

Suite à ces trois points je procéderai à l'enquête exploratoire ce qui me permettra ensuite de conclure ce travail en exposant la manière dont celui-ci pourrait influencer ma future pratique professionnelle.

2 Situations

Les 2 situations se sont déroulées au cours de mon premier stage en psychiatrie lors d'un stage de 4 semaines dans un centre hospitalier psychiatrique du Vaucluse en service de gériopsychiatrie au cours du mois de janvier lors de ma deuxième année, ce service accueillait les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques variés. C'est un service comportant 15 lits, le médecin psychiatre du service est présent dans le service à hauteur de 30 %. De plus, après le départ à la retraite du psychologue, le service se retrouve sans psychologue. Par conséquent, les IDE, AS et ASH du service étaient les principaux interlocuteurs des patients.

Au cours de la deuxième semaine de mon stage dans ce service nous avons accueilli madame B une patiente entrant pour une dépression en lien avec une bipolarité diagnostiquée. Celle-ci était connue du service et avait déjà fait un séjour en gériopsychiatrie dans ce même service il y a 2 ans de cela, l'équipe disait qu'il s'agissait d'une personne assez réservée et parlant peu. Dans la journée suivant son arrivée il y eu un entretien formel avec Madame B, l'objectif de cet entretien était de repérer les éléments favorables ayant conduit à sa décompensation qui a entraîné son hospitalisation. Je me trouvais ce jour-là avec Élodie IDE, ma deuxième référente de stage. Étant donné qu'il s'agissait du premier entretien formel auquel j'assistais, j'ai demandé à la patiente si celle-ci consentait à ce que j'assiste à l'entretien puis Élodie m'a dit de prendre des notes mais aussi de ne pas hésiter à poser des questions dans le cadre de l'entretien. Je me suis posé dans un coin de la pièce prenant des notes sur ma feuille pendant qu'Élodie menait l'entretien. C'était la 1ère fois que j'assistais et participais à un entretien formel.

Au cours de l'entretien j'ai pu poser des questions à Madame B portant sur son passé et son vécu de son trouble tout en prenant des notes sur son attitude. Son attitude montrait une bradykinésie, un faciès figé et la patiente verbalisait des douleurs au niveau des reins. En creusant davantage le sujet Madame B verbalisait des idées suicidaires mais que toutefois la religion chrétienne lui empêchait de passer à l'acte. Élodie ne semblait pas surprise, ce n'était rien de nouveau comparé à son ancienne hospitalisation. Puis Madame B s'était mise à parler

d'une chose qu'elle n'avait jamais verbalisé, une phobie de l'eau. A ce moment-là Élodie m'adressa un regard signifiant qu'il s'agissait de quelque chose de nouveau, puis Madame B nous a verbalisé de ne pas savoir d'où cela venait. L'entretien continua durant plusieurs minutes jusqu'à ce que la patiente finisse par verbaliser des éléments de son enfance à la Réunion. A ce moment-là Élodie posa alors la question suivante à la patiente « Est ce que vous avez souvenir qu'il vous soit arrivé quelque chose au cours de votre enfance ? », Madame B marqua un arrêt de plusieurs secondes avant de répondre « J'ai souvenir de m'être laissée emporter par les vagues. ».

A ces mots Élodie me regarda à nouveau, signe qu'elle n'avait jamais entendu cette patiente parler de cela puis l'entretien formel fut terminé.

Après cet entretien j'ai fait un débriefing avec Elodie, lu nos notes respectives avant d'en discuter. Élodie m'a questionné sur ce que j'ai pu observer au cours de l'entretien en faisant le lien avec les enseignements dispensés à l'IFSI. Puis Élodie m'a laissé faire la transmission de l'entretien sur l'ordinateur puis ensuite avec le psychiatre.

A la suite de cette situation je me suis posé une question : Comment une patiente habituellement réservée avait pu tant nous dire au cours d'un entretien formel ? Cette question ne fut qu'accentuée tout au long du stage au vu du mutisme de Madame B durant les conversations plus informelles.

Ma deuxième situation s'est déroulée dans le même service cette fois-ci au cours de ma troisième semaine de stage en fin de matinée.

Ce jour là j'étais encadré par Floraine une ISP (Infirmière de Secteur Psychiatrique) car mes deux tutrices de stage n'étaient pas présentes ce jour-là. Alors que nous étions avec les patients sur la terrasse, Madame V est venue me parler. Cette patiente était hospitalisée dans le service pour une décompensation maniaque dans le cadre d'une bipolarité diagnostiquée.

C'est une première hospitalisation et Madame V était très inquiète du fait de n'avoir jamais été hospitalisée avant en psychiatrie, elle se demandait toujours quand elle pourrait rentrer chez elle.

J'ai ensuite parlé avec Madame V. Au début, la conversation portait sur des sujets du quotidien comme le menu de midi ou les services proposés pour les patients par l'hôpital. Durant cette conversation je me suis demandé si je ne pouvais pas en savoir plus sur Madame V. J'ai alors commencé à lui poser des questions comme « Comment est-ce que vous vivez cette hospitalisation ? » elle m'a ensuite répondu « Mal, je dois rentrer chez moi. Vous savez j'ai ma mère et mes animaux à la maison. J'ai trop peur que les gitans enjambent mon portail de 4 mètres pour s'introduire chez moi ! ». Sachant que Madame V avait un compagnon je lui ai ensuite répondu « Mais... votre compagnon passe bien chez vous ? ». Changeant de conversation et passant du coq à l'âne, Madame V vient ensuite me parler de son ancien mari. Celle-ci va alors arborer un visage plus triste avant de me dire qui il était. Cet homme était, selon ses dires un homme haut placé de la mairie d'Avignon organisant de nombreux dîners mondains à New York, elle me décrit ici un homme « formidable, beau et influent ». Lorsque Madame V m'avait dit ces mots je vois Floraine à quelques mètres me faire un sourire en me faisant un signe de la main signifiant « écoute ça c'est intéressant. ». Après cela Madame V me décrit un nouveau visage de cet Homme disant qu'il l'ignorait toujours, occupé avec la vie qu'il menait et qu'elle passait au second plan. Je lui pose alors une autre question « et que fait votre ex-mari aujourd'hui ? » elle marque un silence avant de me dire qu'il était décédé.

À ce moment-là j'étais gêné, je ne savais pas vraiment quoi répondre et je ressentais une certaine culpabilité du fait d'avoir posé la question précédente. Je me suis arrêté de poser des questions cherchant le regard de Floraine qui acquiesça d'un mouvement de tête signifiant qu'elle était satisfaite de cet entretien plus ou moins improvisé. Après cela j'ai dit à Madame V qu'on pourrait reparler plus tard puisque le repas allait bientôt être servi.

Après cela j'ai parlé avec Floraine qui m'a interrogé sur ce que j'ai pu constater dans le discours de la patiente et ce qu'elle disait. J'ai répondu que la patiente semblait très angoissée au vu de son hospitalisation mais que cela ne semblait pas vraiment être dirigé envers la structure, cette angoisse tenait peut-être plus au fait de ne pas être chez elle et de ne pas pouvoir s'occuper de sa famille et de ses animaux. Ce qui est loin d'être délirant.

Dans les jours qui suivirent, Luc, un étudiant IPA (Infirmier en Pratiques Avancées) prit Madame V en entretien formel, étant au courant du fait que j'avais parlé avec la patiente quelques jours plus tôt, nous avons parlé de Madame V. Il me révéla ensuite que la patiente

n'était pas autant entrée en détail avec lui dans un cadre formel, ne lui ayant parlé que du fait d'être angoissée et d'en avoir assez d'être ici.

À la suite de cette situation, je me suis posé sensiblement les mêmes questions que lors de la première situation : pourquoi Madame V m'avait-elle parlé de tant d'éléments importants de sa vie ? Serait-ce dû au cadre informel qui de par sa naturalité l'aurait mise en confiance ? A-t-elle été mise en confiance de par ma condition de jeune étudiant ?

3 Questionnement

Au cours de ma formation en soins infirmiers, nous avons eu des cours concernant la psychologie, les soins relationnels et la psychopathologie. Tout le raisonnement énoncé dans la suite de ce travail a été étayé avec les connaissances acquises durant ces cours dispensés à l'IFSI.

L'entretien formel comme informel est l'un des, si ce n'est, le soin prévalent en psychiatrie. En effet un entretien permet de renseigner le soignant sur l'état du patient à un instant T mais ceci n'est qu'une seule de ses composantes. En effet il permet aussi de repérer les potentiels conflits et mécanismes défenses du patient.

Concernant l'entretien formel de la première situation : Cette situation, sûrement car il s'agissait de mon premier entretien formel, m'a interpellé, pourquoi la patiente s'était-elle confiée au cours de cet entretien mais ne l'avait jamais fait en cadre informel ? Est-ce que cela ne serait pas dû au caractère plus « sécurisant » de ce type d'entretien ?

En effet, le cadre formel a un aspect plus contenant, cela aurait pu être perçu comme plus sécurisant pour la patiente. De plus, la patiente savait que ce qu'elle dirait ne serait en aucun cas répété hors de l'équipe, en raison du secret professionnel. Nous pouvons également nous poser la question si cet aspect plus contenant a pu aussi favoriser une certaine introspection du côté de la patiente ? Dans le cas du cadre formel, ma condition d'étudiant a-t-elle pu favoriser ou influencer le non jugement ? Dans la situation il est aussi important de notifier les signes que m'adressait Élodie. Ceux-ci auraient-ils pu aiguiller la patiente dans son discours ? Également, ma position d'étudiant aurait-elle pu jouer un rôle dans la réaction de la patiente ?

En effet, en tant qu'étudiant, souvent les patients ne nous voient pas encore comme des professionnels et sont parfois plus enclins à libérer leur parole.

Concernant l'entretien informel : Il est important de notifier ici le contexte du service au moment de mon stage. Il n'y avait au moment de mon stage, plus de psychologue dans le service, celui-ci ayant pris sa retraite peu de temps avant. Ce manque de psychologue pouvait par moment être assez handicapant dans la prise en charge des patients du service, même si les soignants et ASH du service tentaient de palier à cela en devenant les interlocuteurs privilégiés des patients, peut être que de leur point de vue ceux-ci ressentaient un certain manque, cela pourrait expliquer la spontanéité de cet entretien informel avec Madame V. De plus ici ma condition d'étudiant faisait de moi une personne extérieure au service, ce qui dans le cas précis a pu favoriser la parole dans la situation citée. Dans la situation, nous pouvons aussi constater que l'entretien informel peut prendre place n'importe où et n'importe quand, tout cela dépend du patient. Cela présuppose les questions suivantes :

Est-ce que la spontanéité de l'entretien informel ne conditionnerait-il pas l'installation d'une relation de confiance suivant le profil du patient ? En effet souvent les patients voient les entretiens informels comme quelque chose d'anodin au détour d'une conversation, cela peut aussi favoriser la relation soignant soigné.

Est-ce que ma condition d'étudiant aurait facilité l'échange ? Il est vrai que dans certains secteurs de soins, les soignants peuvent être perçus par les patients comme des figures d'autorité. Peut-être que dans la perception des patients l'étudiant n'incarne pas cette figure d'autorité et de légitimité de par le fait qu'il est novice dans le service et toujours en formation.

Ces deux situations ont bien mis en évidence l'importance de ces entretiens auprès des patients. Nous pouvons également nous demander si la priorisation d'un type d'entretien ne serait pas préférable suivant le profil du patient ? En effet certains patients sont plus à l'aise dans un cadre formel plus contenant tandis que d'autres le sont plus dans un cadre informel plus libre .

Les entretiens infirmiers se font dans une démarche de soin bio-psycho-social afin d'identifier au mieux les problématiques du patient et ainsi de pouvoir mener une prise en charge spécialisée centrée sur sa personne en considérant tous les aspects de sa personnalité,

son état clinique biologique et psychologique actuel, sa situation sociale ainsi que ses forces et aussi ses limites.

4 Question de départ :

Compte tenu du questionnement émis précédemment, le concept du relationnel dans les entretiens formels et informels me paraît essentiel, c'est pourquoi j'émet la question suivante :

En quoi le cadre de l'entretien formel ou informel influe-t-il sur la relation entre soignant et soigné en psychiatrie ?

5 Cadre de références :

Pour construire mon cadre de références j'ai choisi d'approfondir les concepts présumés par ma question de départ afin de répondre à celle-ci. Ces concepts seront abordés en s'appuyant sur des sources variées : articles professionnels et ouvrages collectifs.

Ma première partie traitera de ce qu'est l'entretien infirmier, les différents types d'entretiens et leurs visées, ensuite j'aborderai en deuxième temps le concept de la relation entre soignants et soignés avant de traiter des thématiques du transfert et du contre-transfert dans la relation de soin, puis enfin j'apporterai une conclusion sur l'influence de l'entretien infirmier sur la relation entre soignant et soigné.

5.1 L'entretien infirmier et son cadre :

5.1.1 Définition :

Tout d'abord je vais introduire le concept de l'entretien infirmier par la définition du mot « entretien » selon les deux définitions proposées par le dictionnaire de l'Académie Française définissant l'entretien par l'« *Action de maintenir dans le même état* » et « *Le fait de converser avec quelqu'un* » (Dictionnaire de l'Académie Française, 2024). Ces deux définitions sont liées à celle de l'entretien infirmier que l'IFSI de Troyes définit comme « *une technique de soins relationnels permettant de répondre au besoin d'information du patient, de l'aider à formuler ses demandes, et de recueillir des données de qualité pour élaborer ensemble un projet de soins. C'est un moment privilégié d'échange où il peut exprimer ses difficultés. C'est aussi un temps d'accompagnement pour l'aider à exprimer son vécu.* » (IFSI de Troyes, 2023 para 1). En effet, si l'entretien infirmier dépend du fait de converser avec quelqu'un, à savoir le patient, son sens peut résider aussi, dans certains cas, en le fait de maintenir quelque chose comme le bien-être du patient ou la relation thérapeutique. Donc, par définitions, l'entretien Infirmier est un soin ayant pour but de pousser le patient à verbaliser sa situation en vue de recueillir des éléments verbaux et cliniques afin d'orienter sa prise en charge et répondre à son mal-être.

5.1.2 L'entretien formel/entretien d'accueil :

Pour aborder la thématique des entretiens infirmiers il est nécessaire de traiter du premier d'entre eux, l'entretien d'accueil. Dans la revue « Perspective Soignante », « Accueillir, un beau mystère* L'entretien informel en psychiatrie » le cadre de santé infirmier Dominique Friard relie l'entretien d'accueil au concept de l'hospitalité tel qu'énoncé par le philosophe Jacques Derrida qui lui-même l'a définie comme « *L'hospitalité, s'il y en a, est une « expérience », au sens le plus énigmatique du terme, qui non seulement, au-delà de la chose, de l'objet, de l'étant présent, en appelle à l'acte et à l'intention mais une expérience intentionnelle qui se porte, au-delà du savoir, vers l'autre comme étranger absolu, comme inconnu, là où je sais que je ne sais rien de lui* » (Friard, 2024, p 53). En cela, l'hospitalité est une démarche relationnelle dirigée vers autrui afin de connaître celui que nous ne connaissons pas encore. Un entretien d'accueil en se conformant au principe de l'hospitalité est donc, une démarche relationnelle du soignant au soigné ayant pour but de connaître le patient dans un premier temps puis de commencer à aborder sa situation personnelle ainsi que son mal-être en plus de permettre de faire connaître au patient son milieu de soin. Permettre au patient de connaître son milieu de soin est nécessaire dans n'importe quel service, en effet, la connaissance du milieu/du cadre peut permettre également la réassurance et aussi l'instauration d'une relation de confiance. En effet, avant de parler de l'hospitalité, Dominique Friard parle du cadre, un cadre et un environnement jouant un rôle dans cette hospitalité « *Quel que soit le lieu, l'infirmier doit essayer de créer les conditions optimales d'échange. Éclairage, bruits, présence d'autres personnes peuvent interférer dans l'entretien. L'infirmier doit être capable de repérer comment les caractéristiques de l'environnement affectent le contenu de l'échange.* » (Friard, 2024, p 50). Même si ici l'auteur parle d'une circonstance d'entretien informel, les caractéristiques de l'environnement de l'entretien joue un rôle totalement transposable à un cadre plus formel. Cela signifie qu'au cours de l'entretien formel comme informel il y a un cadre environnemental et que ce cadre influe aussi l'échange.

La thématique de l'entretien d'accueil suppose également d'un point de vue chronologique, celle du premier entretien, qui est lui-même étroitement lié à l'entretien d'accueil. Dominique Friard dans la revue « Santé Mentale » numéro 297 s'intitulant « Première rencontre, regards croisés » traite des circonstances du premier entretien et comment celui-ci pose les fondations de la relation soignant/soigné. En effet d'après l'auteur, le premier entretien suppose une

continuité, il est le premier d'une série d'entretiens dans différents cadres, formels comme informels. En somme, le premier entretien est une amorce, un premier contact avec le patient, d'ailleurs en service de soin celui-ci est souvent réalisé le même jour que l'entretien d'accueil voir simultanément.

Lors d'un premier entretien, l'observation a une importance toute particulière, c'est ce que met en évidence l'infirmier Benjamin Villeneuve dans son article intitulé « Observer au seuil de la rencontre » dans la revue « Santé Mentale numéro 297 ». En effet, l'auteur parle de l'observation relationnelle. En s'appuyant sur les travaux du médecin psychiatre Pierre Delion, il affirme que « *La première forme d'observation, avant toute mise en forme, est relationnelle.* » (Villeneuve, 2025, p30), C'est après cette première observation que l'observation clinique peut être envisagée. En lisant la citation de l'auteur nous comprenons que lors d'un entretien il est nécessaire d'utiliser des principes relationnels, l'empathie en l'occurrence, car pour observer autrui avec un regard relationnel il faut également essayer de comprendre le monde interne de l'autre.

Ici nous comprenons que le cadre formel est assez protocolaire, en prenant l'exemple de l'entretien d'accueil nous constatons que celui-ci est réalisé dans un cadre précis, à l'accueil du patient. Cependant le cadre exerce une fonction rassurante et contenant permettant d'amorcer et formaliser la relation soignant/soigné.

Nous constatons que le cadre formel a un objectif précis défini au préalable. C'est le postulat évoqué dans l'ouvrage intitulé « La pratique infirmière de l'examen clinique ». Dans le chapitre « l'entretien clinique » coécrit par Annie Farrayre (infirmière), Eric Ahern (Doctorant en sciences infirmières) et Lyne Cloutier (professeure en science infirmière). En effet, les auteurs évoquent le principe d'établir le cadre et les limites lors d'un entretien clinique, étant donné que l'entretien clinique est un entretien formel, certaines de ses modalités peuvent permettre d'expliquer ce qu'est le cadre formel. Les auteurs parlent du fait que « *L'infirmière explique au patient les objectifs de l'entretien, le temps alloué pour celui-ci...* » (Farrayre, Ahern et Cloutier, 2010, p21). Cela témoigne de la définition préalable d'un objectif pré-établi et d'un temps alloué à la réalisation de l'entretien.

De ce fait le cadre formel selon les différents auteurs cités précédemment s'inscrit dans une unité de temps et de lieu et est régi par un objectif défini au préalable.

5.1.3 L'entretien informel :

Dans la revue « Santé Mentale numéro 294 », Dominique Friard écrit un article intitulé « Les entretiens fréquents et de courte durée » traitant de l'optimisation du temps dans le soin et en quoi la problématique du manque de temps n'est pas un frein important à la réalisation d'entretiens. En effet les soins en psychiatrie ne se mesurent pas par leur quantité mais par la qualité de présence du soignant. Si la reconnaissance de l'entretien infirmier, aussi court soit-il, en tant que soin, est indéniable, alors il présuppose également le « care », il s'inscrit dans une démarche de « prendre soin », quel que soit le cadre posé et ses contraintes, l'entretien mené a un sens, il a pour objectif de prendre soin. Ce postulat implique aussi le fait que l'entretien informel soit un soin à part entière à la différence que celui-ci est hors de tout protocole.

L'infirmier Jean-Paul Lanquetin publie dans la revue « Soins Psychiatrie numéro 294 » un article intitulé « L'invisible réalité des soins informels infirmiers » traitant des soins informels et plus particulièrement des entretiens informels. Partant du postulat que « *Toute forme prend naissance dans l'informe.* » (Lanquetin, 2013, p12). L'auteur caractérise les soins informels par 5 critères spécifiques :

« *Le terme d'informel a été retenu sur la base de cinq critères :*

- *son usage transdisciplinaire ;*
- *sa nature d'activité hors prescription et programmation de tâches ;*
- *sa perception aux entrées larges quant aux pratiques concernées (individuelle ou groupale, occasionnelle ou régulière, etc.) ;*
- *la notion processuelle dans le passage possible parfois de l'informel vers le formel ;*
- *et enfin, un continuum d'activité qui lie les activités programmées et contribue à faire le lit du soin. »* (Lanquetin, 2013, p13)

Cela signifie que le soin informel bien que non protocolaire a tout de même une forme, le fait d'être caractérisable suppose d'avoir une forme. Cela fait écho à mon questionnement, si le cadre de l'entretien influe sur la relation soignant/soigné cela suppose une réceptivité à une forme d'entretien. Quelque part si l'informel a une forme, alors sa différence avec le formel serait que le formel a un cadre précis choisi au préalable.

Pour traiter de la thématique de l'entretien informel je reviens sur l'ouvrage intitulé « La pratique infirmière de l'examen clinique ». Dans le chapitre « l'entretien clinique » coécrit par Annie Farrayre, Eric Ahern et Lyne Cloutier. Dans cet article, les auteurs traitent de l'entretien clinique en abordant des thématiques relationnelles que sont la communication et la relation d'aide, deux éléments essentiels dans la réalisation de l'entretien clinique. Les auteurs parlent d'une écoute relationnelle, ce qui appuie l'article de Benjamin Villeneuve, en effet, l'écoute du discours du patient ainsi que de son entourage, sont des éléments fondamentaux à prendre en compte lors de la réalisation de l'entretien clinique conduisant à la prise en forme d'une relation d'aide. Suite à ce postulat, les auteurs évoquent différents types d'entretiens, qui sont :

-L'entretien structuré dans lequel l'IDE pose des questions fermées pré-établies. « *Les questions sont pré établies et l'infirmière sait exactement l'information qu'elle cherche à obtenir. Souvent, l'infirmière utilise un questionnaire validé scientifiquement...* » (Annie Farrayre, Eric Ahern et Lyne Cloutier, 2010, p18)

-l'entretien non directif laissant libre cours à l'échange entre les interlocuteurs. « *laisse libre court à la pensée et démontre l'ouverture d'esprit de l'aidant... rare dans le domaine médical...* » (Annie Farrayre, Eric Ahern et Lyne Cloutier, 2010, p18)

-L'entretien semi-structuré abordant une thématique du patient. « *souvent le meilleur choix, permettant à l'infirmière d'obtenir les informations qu'elle juge essentielles sans perdre de vue la réalité et les préoccupations du patient. C'est de loin la manière dont les infirmières préfèrent aborder un patient...* » (Annie Farrayre, Eric Ahern et Lyne Cloutier, 2010, p18)

L'entretien semi-structuré est l'entretien le plus utilisé par les IDE en psychiatrie. En effet celui-ci bien que formalisé laisse aussi libre cours à l'échange tout en ayant l'avantage d'être réalisable dans un cadre informel.

Dans le même ouvrage un article s'intitulant « Système nerveux et état mental » coécrit par Guillaume Turc (Médecin Neurologue) et Émilie Samson apporte un complément au chapitre cité précédemment en précisant que l'entretien a également pour but de détecter des éléments cliniques. En effet, la principale composante de l'entretien est l'écoute, cette écoute du patient et de son entourage permet d'apporter des éléments cliniques devant être pris en compte lors de la prise en charge du patient et aussi de celle de son entourage. De ce fait, la clinique lors d'un

entretien influe aussi sur la prise en charge du patient en permettant une prise en charge personnalisée.

5.2 La relation soignant/soigné et la relation thérapeutique :

5.2.1 Définition :

Avant d'aborder cette partie je dois définir ce qu'est la relation et ce qu'est la relation soignant soigné. Selon le dictionnaire de l'académie Française la relation se définit par le « *Rapport, lien qui unit deux ou plusieurs choses, deux ou plusieurs phénomènes, connexion qu'on peut établir entre différents faits.* »(Dictionnaire de l'Académie Française, 2024) et la relation soignant/soigné selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se définit comme « *une interaction dynamique et complexe entre un professionnel de santé – le soignant – et une personne en situation de besoin, le soigné. Cette relation se distingue par une asymétrie de rôles, où le soignant, doté de compétences techniques et humaines, doit faire preuve de compassion, d'empathie et d'une écoute active pour comprendre les besoins et les émotions du patient.* . »(Training 83, 2025, para 2). Ces deux définitions s'accordent sur le fait que la relation se fait entre 2 ou plusieurs individus et dans le cas de la relation soignant/soigné désigne la relation entre le professionnel soignant et le patient.

Cependant, quelles sont les composantes de cette relation ? Son intérêt dans la prise en charge ? Et comment le cadre de l'entretien infirmier peut influencer celle-ci ? Il y a plusieurs composantes notables dans la relations soignants soignée.

5.2.2 l'éthique :

Pour aborder ce qu'est la relation, il est important de traiter le concept de l'éthique avec l'article « L'éthique comme philosophie première du soin » écrit par le cadre de santé Patrick Touzet issu de la revue « Soins Psychiatrie numéro 284 ». Patrick Touzet définit l'éthique dans le cadre des soins en psychiatrie comme « *un questionnement car l'éthique ne consiste pas à postuler une vérité mais bien plutôt à se demander, parmi les possibilités envisageables pour*

prendre soin de cet autre souffrant de maladie mentale, quelle option semble la meilleure. » (Touzet, 2013, p30), en cela, selon l'auteur de l'article, l'éthique consisterait en le fait de faire au mieux, essayer de trouver les meilleures solutions au regard d'une situation dans le but de soigner. Si l'éthique dans le soin réside en partie dans le positionnement du soignant et en sa volonté de remplir au mieux sa fonction dans le but de soigner, alors en cela l'éthique est une composante de la relation entre soignant et soigné. Toutefois si on aborde le concept d'éthique selon cette définition alors, cela suppose que le soignant a une responsabilité envers le soigné du point de vue de son positionnement et de ses objectifs. Sa responsabilité dans le cadre de l'entretien infirmier serait de constamment adapter le cadre et le but de l'entretien à la problématique du jour dans le but faire/soigner au mieux, c'est un processus constant de questionnement professionnel et d'adaptation au patient.

5.2.3 la relation à l'autre :

Afin de mener un entretien et ainsi mettre en place une relation dans le soin, il est également nécessaire de traiter du concept de la relation à l'autre au cours d'un entretien. Le cadre de santé Stéphane Trégouet aborde ce concept dans un article intitulé « L'informel ou comment construire la relation à l'autre » issu de la revue « Soins Psychiatrie numéro 284 ». Dans cet article, l'auteur précise que l'IDE exerce plusieurs fonctions dans la relation à l'autre. En effet, l'IDE réalisant un entretien selon l'auteur aurait une double fonction, à la fois maternante et paternante. Stéphane Trégouet décrit la fonction maternante par le fait qu'« *elle nous renvoie à cette fonction contenante, décrite par Wilfred Bion, qui aura comme effet de transformer les éléments bruts et négatifs du patient psychotique, qu'il nomme "éléments bêta", en "éléments alpha". Cette fonction alpha des soignants serait reliée à notre appareil psychique à penser les pensées, suffisamment élaborée, proche de « la capacité de rêverie de la mère ».* En d'autres termes, il s'agirait d'être réceptif à n'importe quel objet mental venant des patients » (Trégouet, 2013, p 23). La fonction paternante, quant-à-elle, est selon l'auteur une « *fonction cadre, opérant sur un mode de fermeté structurante, sorte d'instance surmoïque portée par le cadre de soin, véritable élément tiers de la relation. Cette fonction cadre existe à travers le dispositif de soin mis en œuvre. Il aide le patient à intégrer les différents temps de l'institution lui donnant des limites, des repères contenant et sécurisants. Les soignants du quotidien ont également à intégrer au mieux cette fonction limitante afin de diminuer la toute-*

puissance du patient. En d'autres termes, il s'agit de contenir les risques de passages à l'acte de celui-ci, mais également de l'aider à supporter la frustration tout en intégrant cet objet limitant non vécu sur un mode persécutif. » (Trégouet, 2013, p 23). Nous pouvons alors, au regard des descriptions de ces deux fonctions supposer que le cadre de l'entretien informel s'inscrirait dans la fonction maternante et celui de l'entretien formel dans la fonction paternante avec une unité institutionnelle de temps et de lieu.

Nous ne pouvons pas parler de la création du lien entre soignant et soigné sans parler de la parole. Dans l'article intitulé « De l'entretien formel aux soins informels » écrit par l'infirmier Christophe Peroche dans la revue « Soins Psychiatrie numéro 341 » il est fait mention de l'importance de la parole dans les entretiens et dans la création du lien. Le lien, qui selon l'auteur, se définit par le fait de *«faire que notre propre présence soit perçue, c'est percevoir la présence de l'autre.»*(Peroche, 2022, p45). Ce lien peut être aussi formalisé et adapté en fonction des typologies et du cadre des entretiens, l'auteur évoque aussi le fait que le lien informel peut très vite être formalisé en ajoutant que *« Ce lien peut se retrouver très vite formalisé en reprenant les conditions d'exercice de base que sont les types d'entretiens (directif, semi directif...) ou encore les trois notions facilitatrices fondamentales et théoriques que sont l'empathie, l'acceptation positive et inconditionnelle, et la congruence »*(Peroche, 2022, p45). Christophe Peroche décrit également la parole comme *« catalyseur du lien »*(Peroche, 2022, p45), la parole permettrait donc de créer le lien, et, le lien de par le cadre de l'entretien conditionnerait la parole en la contenant sur un sujet, voir influencerait le déroulé de l'entretien.

Pour parler de la relation à l'autre, il est aussi nécessaire de parler de l'empathie. La cadre de santé Simon Edith reprend les mots du psychologue Carl Rogers dans son article intitulé « Processus de conceptualisation d'« empathie » » dans la revue numéro 98 de Recherche en soins infirmiers : *« Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du «comme si »* »(Edith, 2009, p29) ajoutant ensuite *« L'empathie permet au thérapeute de participer de façon aussi intime que possible à l'expérience du client tout en demeurant émotionnellement indépendant. »*(Edith, 2009, p29). En cela selon la citation reprise de Carl Rogers et celle de Simon Edith, l'empathie est un processus relationnel permettant au soignant de se mettre à la place du soigné dans le but de comprendre ses mécanismes internes sans pour autant avoir un regard biaisé par ses propres affects. Effectivement, l'empathie est

une composante de l'entretien infirmier, ce postulat fait écho avec la citation de Pierre Delion ayant parlé de l'observation relationnelle. En effet, cette observation relationnelle est indissociable du concept d'empathie, car celle-ci lui est nécessaire.

5.2.4 l'alliance thérapeutique :

Après avoir parlé de la parole, du lien et de l'éthique, nous allons maintenant aborder le thème de l'alliance Thérapeutique. Le docteur en psychologie Yves de Roten dans son chapitre intitulé « L'Alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ? » provenant de l'ouvrage collectif intitulé « L'alliance thérapeutique » traite de cette thématique. L'auteur précise que « *L'alliance ne peut pas se prescrire. Il ne s'agit pas d'une intervention en soi et son émergence reflète plutôt l'utilisation appropriée d'autres composants du processus thérapeutique.* » (Roten, 2011, p9). Selon lui, l'alliance est une technique thérapeutique informelle car l'alliance thérapeutique ne peut être prescrite et repose sur des mécanismes plus complexes que la seule relation à l'autre, elle est une conséquence positive d'autres composants du processus thérapeutique. Parmi ces composantes du processus thérapeutique l'auteur parle également de l'adaptabilité du soignant face aux mécanismes internes du patient en abordant l'exemple de l'ajustement aux mécanismes de défense. Il affirme que « *Tenir compte des défenses du client paraît essentiel afin que le thérapeute ne heurte pas le client, mais au contraire l'aide à développer un sentiment de confiance.* » (Roten, 2011, p11) en abordant le fait que cette technique avait montré son efficacité entraînant une amélioration de l'alliance thérapeutique. En effet, tenir compte des mécanismes internes de la personne soignée permet l'adaptation du soignant non pas seulement à sa/ses problématique(s) mais une adaptation à sa personne dans sa globalité. En cela l'image renvoyée par le soignant change, devenant alors plus positive, ce qui contribue à mettre en place un sentiment de confiance du côté du sujet, qui ne se retrouve donc pas en conflit avec le soigné et comprend dès lors qu'il peut lui faire confiance.

Dans le même ouvrage la psychologue Christelle Mazevet traite également de la thématique de l'alliance thérapeutique avec son chapitre intitulé « Alliance thérapeutique et approche intégrative. ». L'autrice définit l'alliance thérapeutique comme « *La collaboration active et mutuelle entre le thérapeute et son patient.* » (Mazevet, 2011, p35) ce qui implique l'existence d'une relation entre le thérapeute et le patient. Après cela l'autrice traite de l'approche intégrative en psychothérapie qu'elle caractérise comme « *principalement un refus de s'enfermer dans une orientation théorique unique et un désir de s'ouvrir à ce que l'on peut apprendre d'autres manières de penser la psychothérapie et le changement.* » (Mazevet, 2011,

p37). Cette citation présuppose le fait que, en psychiatrie le soin ne s'inscrit pas dans un protocole de prise en charge type d'une pathologie, mais repose aussi sur la capacité du soignant à apprendre à connaître le patient dans sa globalité et sa complexité afin d'adapter sa prise en charge en fonction de lui et sa situation, et non par l'utilisation d'un protocole thérapeutique fixé en fonction de sa pathologie. L'autrice précise également que « *tous les patients présentant un même diagnostic n'ont pas besoin de la même prise en charge. Une diversité de facteurs détermine le choix de la stratégie thérapeutique retenu par le thérapeute (la meilleure indication).* » (Mazevet, 2011, p 37). Ce qui fait écho avec le concept de l'éthique évoqué précédemment, le soignant doit soigner en faisant au mieux, en s'adaptant à la personne soignée dans sa globalité et non à seulement sa pathologie. Cela suppose que la « *meilleure indication* » est un principe éthique et donc que l'éthique est une partie constituante de l'alliance thérapeutique car celle-ci se met en place, en partie en tout cas, lorsque le soignant tient compte des problématiques biologiques, sociales et psychologiques du sujet.

5.3 Transfert et Contre-Transfert :

5.3.1 Définition selon la Psychanalyse :

Nous avons présenté les différents types d'entretiens ainsi que traité de la relation entre soignants et soignés, maintenant nous allons traiter de ce qu'il se met en place, d'un point de vue psychanalytique entre le soignant et la personne soignée. En effet, cette relation n'est pas influencée uniquement par des composantes relationnelles, elle est aussi influencée par des mécanismes internes de l'ordre de l'inconscient. Ces mécanismes inconscients peuvent permettre aussi d'expliquer l'adaptabilité de l'entretien et la raison pour laquelle certains patients semblent davantage réceptifs à un cadre d'entretien plus formel qu'à un cadre plus informel et inversement. Si, comme évoqué précédemment le cadre formel s'inscrit dans un modèle paternel et le cadre informel dans un modèle plus maternel, alors cela évoque une composante de l'ordre de l'inconscient dans la relation soignant/soigné, le transfert et le contre-transfert.

Le transfert et le contre-transfert sont des concepts explorés par de nombreux psychanalystes à travers l'histoire, dans le Dictionnaire de la Psychanalyse, le médecin psychiatre Lacan définit le transfert par « *La mise en acte, par l'expérience analytique, de la réalité de l'inconscient.* » (Lacan, 1964, p1071) en somme le transfert exercé par le patient est une mise en évidence inconsciente de ses mécanismes internes par le transfert de ses affects sur le soignant. En partant de ce postulat, alors, d'un point de vue psychanalytique, cela justifierait les réactions et la réceptivité du patient à un cadre d'entretien car si le cadre formel est paternel il évoquerait inconsciemment le père et si le cadre informel est maternel alors il évoquerait la mère.

Le contre-transfert quand à lui, d'après la psychanalyste Elisabeth Roudinesco, dans le Dictionnaire de la psychanalyse, se définit par l'« *Ensemble des manifestations de l'inconscient de l'analyste en relation avec celles du transfert de son patient.* » (Roudinesco, 1997, p191) Cette citation sous-entend donc que le transfert exercé par le patient sur l'infirmier menant

l'entretien peut également entraîner la mise en place de mécanismes inconscients chez celui-ci. En-effet, lors d'un entretien le soignant transpose également ses affects sur le patient, ce mécanisme inconscient touche aussi le soignant, ce qui, par conséquent peut influencer le déroulé de l'entretien de manière positive comme négative, d'autant plus si cela induit un changement au niveau de la communication verbale et/ou non verbale du soignant.

5.3.2 L'attachement :

Parler du transfert suppose aussi une autre thématique, celle de l'attachement et du lien que l'enfant a avec ses parents. Ce lien peut être analysé et permet aussi de pouvoir expliquer ce qui se passe aujourd'hui dans l'inconscient du soignant comme de son patient et donc aussi par extension expliquer la réceptivité aux cadres formels ou informels. Comme évoqué précédemment Stéphane Trégouet, conçoit le cadre formel comme paternant et le cadre informel comme maternant, cela nous emmène donc à parler de l'attachement selon le psychanalyste Donald Winnicott. Winnicott évoque le concept de « la mère suffisamment bonne » dans son livre intitulé « La relation parent-nourrisson ». Selon lui, une « mère suffisamment bonne » est une mère subvenant aux besoins de son enfant tout en lui permettant d'expérimenter la frustration. Ce concept suppose que la relation entre les enfants et leurs parents permet aussi d'aborder la future relation à l'autre à l'âge adulte. En effet, poser un cadre chez l'enfant est une expérience frustrante pour lui qui, selon Winnicott, doit être expérimenté. En partant de ce postulat, nous pouvons dire que la réceptivité au cadre de l'entretien et à ses modalités serait aussi liée aux mécanismes internes opérant de l'enfant.

Dans le 19eme numéro de la revue « Devenir », Susana Tereno (docteure en psychologie), Isabel Soares (professeure en psychologie), Eva Martins (Sexothérapeute), Daniel Sampaio (médecin psychiatre) et Ellizabeth Carlson (psychologue) ont écrit un article intitulé « La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. ». Les auteurs reprennent une citation de John Bowlby précisant que « *L'attachement se réfère au lien émotionnel spécifique que le bébé développe avec son caregiver pendant la première année de sa vie.* » (cité par Susana Tereno, Isabel Soares, Eva Martins, Daniel Sampaio et Ellizabeth Carlson, 2007, p152). Ce postulat énoncé par John Bowlby vient compléter ce que nous avons

dit précédemment en traitant des travaux de Winnicott, en cela, si le cadre de l'entretien peut être paternant comme maternant alors, cela signifie que le cadre peut-être perçu comme faisant référence aux figures d'attachement de l'enfant.

En partant de ce postulat, alors pour comprendre la réceptivité du patient au cadre de l'entretien, il est nécessaire de discuter de la qualité des figures d'attachement de l'enfant en traitant de la notion de base de sécurité, Celle-ci est définie par les auteurs comme « *La notion de base de sécurité désigne le fait pour la figure d'attachement de représenter un support à partir duquel le bébé peut explorer le monde avec confiance.* » (Susana Tereno, Isabel Soares, Eva Martins, Daniel Sampaio et Elizabeth Carlson, 2007, p157). Cela signifie que, par extension, en partant du postulat énoncé précédemment et en transposant celui émis par cette citation chez l'individu adulte, que le cadre de l'entretien peut aussi avoir une dimension sécurisante favorisant l'élaboration d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné.

6 Enquête exploratoire :

Suite à mon cadre de références, je vais amorcer mon enquête exploratoire. Dans un premier temps je vais décrire la méthodologie que je vais utiliser, puis, lorsque l'enquête exploratoire sera réalisée j'énoncerai son déroulé puis je présenterai les résultats obtenus avant de les analyser.

6.1 Choix de l'outil de l'enquête :

La méthode qui me semble la plus optimale à la réalisation de mon enquête exploratoire est la méthode clinique. Une méthode s'appuyant sur un outil de recueil ainsi que l'analyse des résultats obtenus. J'ai choisi une approche qualitative en réalisant des entretiens semis-directifs auprès de différents infirmiers diplômés d'état exerçant dans le domaine de la psychiatrie afin de les questionner sur leur pratique des entretiens infirmiers, l'adaptabilité de leurs cadres d'entretien à la personne soignée, le rôle que ce cadre joue dans la relation soignant/soigné ainsi que leurs stratégies mises en place dans le but de garder une juste distance relationnelle.

6.2 Lieux et population choisis :

Dans le but d'obtenir les réponses les plus pertinentes possibles les entretiens seront réalisés dans différents services de psychiatrie afin d'avoir plusieurs points de vue différents sur comment le cadre de l'entretien influence la relation soignant/soigné. Il y aura également une restriction quant-aux années d'expériences des différents IDE interrogés, l'enquête se fera auprès d'infirmiers ayant au minimum 2 ans de diplôme afin de recueillir des données de la part de personnels ayant eu la possibilité d'être formés aux entretiens infirmiers. Je souhaite interroger des infirmiers dans les domaines suivants :

-Accueil crise fermé : Un accueil crise fermé est un service qui comme son nom l'indique accueille les patients en crise dans un cadre fermé. J'ai souhaité réaliser un entretien dans ce service en raison des caractéristiques de ce type d'unité, je me suis demandé comment les soignants font pour créer une relation de confiance lors d'entretiens avec des patients décompensés, voir pour certains en crise et comment les IDE font-ils pour apaiser les tensions internes de ces patients au cours d'entretiens infirmiers.

-Post Crise fermé : Mon premier stage du semestre 6 a eu lieu en service de post crise, ce fut mon deuxième contact avec la psychiatrie intra-hospitalière. Les services de Post crise fermé sont des services prenant en charge des patients sortants d'un accueil crise fermé, stabilisé lors de leur prise en charge en accueil crise fermé mais en même temps pas assez pour rentrer à leur domicile immédiatement. Le post-crise est une étape du parcours de soin du patient.

-CMP/CATTP : J'ai effectué mon stage du semestre 5 en CATTP, durant ce stage, j'ai également eu l'opportunité de passer 1 semaine au CMP. Ces deux unités sont en extra-hospitaliers et prennent en charge des patients stabilisés. Lors de mon stage j'ai constaté que les entretiens infirmiers faisaient partis de la pratique quotidienne des soignants présents dans ces services.

-UMD : Les UMD sont les Unités pour Malades Difficiles, c'est un service particulier en psychiatrie car il n'y a pas de soins libres, tous les patients sont en obligation de soins. Au vu de la nature particulière des UMD je me suis interrogé sur les modalités d'entretiens présentes dans ces services, l'importance du cadre et comment se met en œuvre la relation soignant/soigné dans ces unités.

6.3 Le guide de l'outil :

Pour mener cette enquête, mon outil sera un guide d'entretien pour classer mes questions par thématiques avec une trame logique s'appuyant sur les différentes parties de mon cadre de références. En début d'entretien je poserai des questions générales dans le but de définir le profil du professionnel interviewé, sa durée d'exercice, son parcours professionnel et le service dans lequel il travaille. La suite de mon guide est constituée de questions ouvertes portant dans un premier temps sur la thématique des entretiens infirmiers, dans un second temps sur celle du cadre de l'entretien, dans un troisième temps sur la relation soignant/soigné avant d'ensuite conclure l'entretien sur la quatrième et dernière thématique, celle du transfert et contre-transfert. Les entretiens devront durer en moyenne une vingtaine de minutes dans le but de promouvoir la spontanéité de l'échange et éviter de rendre certaines questions lourdes avec peu d'éléments d'analyse. Pour enregistrer mes entretiens j'utiliserai par sécurité deux appareils, le premier étant un dictaphone et le deuxième mon téléphone portable. Avant de procéder aux entretiens le consentement du professionnel sera recueilli verbalement au préalable.

6.4 Les biais de l'enquête :

Toute enquête comporte ses biais, lors de mes quatre entretiens prévus je m'attends à rencontrer plusieurs types de problèmes :

- Ne pas avoir assez d'entretiens, en effet il est possible qu'un de mes entretiens soit annulé, c'est une possibilité à laquelle je suis préparé d'ailleurs, c'est la raison pour laquelle j'ai quatre entretiens programmés et non trois. Quoi qu'il en soit si un de mes entretiens est annulé, il en résultera que mon enquête sera perturbée du fait du manque d'éléments à analyser.
- Les contraintes liées à l'unité. J'ai prévu de me déplacer jusqu'au lieu de travail des différents IDE interviewés, de ce fait, il se peut que j'arrive à des moments inopportuns comme lors d'une urgence, d'un jour avec un manque d'effectif empêchant le détachement d'un IDE, etc. Dans ce contexte là l'entretien peut également être interrompu par des facteurs extérieurs. Tous ces facteurs peuvent écourter mes entretiens voir perturber les IDE interrogés ce qui pourrait influencer le contenu de leurs réponses.
- Les contraintes liés au téléphone et au DATI. Dans une unité de soin il n'est pas rare de garder un téléphone de l'unité ou un DATI sur soi (étant donné que mes entretiens se dérouleront en psychiatrie). Si le téléphone comme le DATI se mettent à sonner au cours de l'entretien cela peut perturber le fil de la conversation.
- Enfin, concernant les questions en elles-mêmes, il est possible que mes questions ne soient pas assez claires et/ou mal comprises. Auquel cas il me faudra reformuler ou relancer une autre question en adaptant la tournure de ma phrase. Le risque majeur est que l'IDE interrogé me donne une réponse incomplète ou ne correspondant pas à la question, cela compliquerait mon analyse.

6.5 Grille d'analyse :

Pour avoir une vision d'ensemble et pouvoir faciliter mon analyse des résultats obtenus, j'ai décidé d'utiliser une grille d'analyse me permettant de classer les réponses des différents soignants interviewés par thèmes en mettant en lien mon cadre de références avec les réponses obtenues. Cette étape me permettra d'analyser effectivement et qualitativement les données recueillies. Cette grille se trouve en annexe (annexe VIII)

7 Analyse :

7.1 Analyse des entretiens :

Avant de commencer mon analyse, je tiens à préciser que tous les entretiens ont été anonymisés. Des demandes d'autorisation ont été obtenues afin de réaliser les entretiens. Tous les entretiens ont été enregistrés par mesure de sécurité à l'aide d'un Dictaphone et de mon téléphone portable après avoir obtenu le consentement du professionnel enregistré. Les enregistrements n'ont pas été détruits et sont consultables dans le cas où la véracité des entretiens serait à prouver.

Dans le but d'analyser les entretiens, un tableau a été réalisé pour chacun d'entre eux, ce tableau se trouve dans les annexes. Ce tableau ainsi que cette analyse vont permettre de comparer les réponses aux questions posées aux infirmiers sur le terrain.

Entretien n°1 : Patrick

Patrick est Infirmier travaillant aux UMD (Unité pour Malades Difficiles) depuis 3 ans, Il est diplômé depuis 2023 et a travaillé en UMD directement après sa sortie de diplômes. Avant son entrée en IFSI, Patrick était aide-soignant en secteur somatique, et encore avant, était agent de service hospitalier en EHPAD. Patrick décrit son service comme les soins intensifs de la psychiatrie et un service destiné aux patients atteints de pathologies psychotiques. Il a reçu une formation spécifique aux entretiens infirmiers de niveau 1 accordée par le centre hospitalier.

Patrick m'a appelé un soir dans la semaine précédant l'entretien sur mon numéro de téléphone personnel, à ma surprise, ce fut lui qui m'appela et pas l'inverse, ce soir-là, il m'a dit que son cadre de santé lui avait parlé de la lettre de demande d'entretien que j'avais envoyé plus tôt à la direction des soins du centre hospitalier et qu'il se portait volontaire pour réaliser un entretien avec moi. Alors, nous avons programmé une date et nous nous sommes retrouvés ce jour-là.

L'entretien a duré environ 32 minutes, il s'est déroulé dans le service dans lequel travaille Patrick, dans un bureau proche de la salle de soin. Avant de réaliser l'entretien, Patrick m'a fait

visiter son service et m'avait prévenu que nous ne serions normalement pas dérangés car ses collègues avaient été prévenus au préalable de mon arrivée. Durant l'entretien nous n'avons effectivement pas été dérangés, Patrick parlait rapidement, ses paroles montraient tous l'intérêt et la passion qu'il avait pour son travail. Sa passion était communicative, c'est pourquoi l'entretien a duré si longtemps, même lorsque Patrick bifurquait du sujet je n'avais pas envie de l'arrêter car les sujets qu'il abordait m'intéressaient beaucoup aussi. Lors de l'entretien j'ai constaté que Patrick cherchait souvent ses mots en fixant la table avant de répondre à mes questions et répondait quasiment systématiquement aux thèmes de ma grille d'entretien, alors, après l'entretien je lui ai demandé s'il avait lu mes questions. Patrick m'a répondu que non, en revanche il avait effectivement pris connaissance des thèmes que j'allais aborder durant l'entretien.

Entretien n°2 :

Ellie est une infirmière diplômée depuis 14 ans travaillant en CATTP depuis 2 ans, avant cela, elle a travaillé 10 ans en urgences psychiatriques et encore avant 2 ans en resocialisations. Du fait de son ancienneté Ellie a eu l'occasion de recevoir les formations aux entretiens infirmiers de niveaux 1 et 2, actuellement la formation de niveau 2 n'existe plus dans son établissement.

J'ai pu contacter Ellie pour réaliser un entretien avec elle. L'entretien a duré 22 minutes et s'est déroulé dans le bureau infirmier du CATTP, durant l'entretien, Allan et Claire, (deux autres IDE du CATTP) étaient présents afin de donner également leur point de vue et compléter les réponses d'Ellie. A leur demande l'enregistrement audio de l'entretien a dû être coupé à plusieurs reprises lorsque les 3 IDE présents dans la pièce échangeaient sur les réponses à apporter à certaines questions, ceux-ci m'expliquant qu'il valait mieux que je n'enregistre que les réponses apportées par Ellie dans le but de faciliter la retranscription et l'analyse de cet entretien.

Entretien n°3 :

Joséphine est une infirmière diplômée depuis 2023 travaillant en service de Post-Crise fermé depuis l'obtention de son diplôme. Joséphine a été formée aux entretiens infirmiers via deux formations proposées par l'établissement dans lequel elle travaille.

J'ai contacté Joséphine et me suis rendu dans son service alors qu'elle était ce jour-là d'après-midi, elle n'a pu se détacher de son équipe qu'après le tour des médicaments de 19h. A ce moment-là nous sommes allés dans la salle de soin du service puis nous avons parlé une vingtaine de minutes avant l'entretien. Durant ces 20 minutes elle me fit part du fait qu'elle était stressée à l'idée d'être interrogée dans le cadre d'un entretien de TEFE et que c'était la première fois qu'elle faisait cela, alors nous avons échangé brièvement sur le sujet de mon TEFE avant de réaliser l'entretien qui a duré 13 minutes. Au début de l'entretien, Joséphine parlait vite à cause du stress puis son débit verbal s'est ralenti petit à petit.

Entretien n°4 :

Daphnée est une Infirmière diplômée depuis 2022 travaillant en service d'Accueil Crise fermé, depuis l'obtention de son diplôme Daphnée a travaillé dans deux services différents, tous deux des accueils crises fermés. Daphnée a reçu une formation spécifique aux entretiens Infirmiers de niveau I, une formation pourvue par son centre hospitalier qu'elle qualifie plus « d'initiation » que de réelle formation.

Cet entretien avait été prévu la veille, j'avais rencontré Daphnée qui m'avait donné rendez-vous dans son service le lendemain de ma demande à 13h. Je suis arrivé dans le service à l'heure convenue puis nous nous sommes installés dans un bureau au calme. L'entretien a duré 29 minutes et 30 secondes, ce fût dense, Daphnée est une personne connaissant son sujet, s'étant beaucoup questionné au cours de sa carrière sur la thématique des entretiens infirmiers et de sa pratique quotidienne. Suite à l'entretien nous avons également eu l'opportunité d'échanger nos points de vue respectifs, ce qui fût intéressant.

Lors de l'entretien Daphnée a souvent cherché ses mots essayant de trouver les meilleures formulations possibles, cela explique les nombreuses hésitations et pauses durant son discours.

7.2 Analyse Croisée :

1. Représentations de l'entretien infirmier :

Selon l'IFSI de Troyes, l'entretien infirmier est une « *technique de soins relationnels permettant de répondre au besoin d'information du patient, de l'aider à formuler ses demandes, et de recueillir des données de qualité pour élaborer ensemble un projet de soins. C'est un moment privilégié d'échange où il peut exprimer ses difficultés. C'est aussi un temps d'accompagnement pour l'aider à exprimer son vécu.* » (P 10), au regard de cette définition nous pouvons alors constater que l'entretien infirmier est un soin présent dans la pratique quotidienne et également un outil primordial dans l'exercice du métier d'infirmier en psychiatrie. Tous les IDE interviewés sont unanimes sur la question de l'importance de l'entretien infirmier dans l'exercice du métier d'infirmier en psychiatrie : Patrick exprime le fait qu'il s'agit de « *notre premier outil de travail en tant qu'infirmier, en psychiatrie. C'est vraiment... Ben ça évalue la thymie, ça évalue le comportement, ça évalue le délire, ça évalue plein de choses, l'entretien. C'est la première chose qu'on fait...* (L48-50) » et que l'entretien est « *primordial en fait, de leur faire verbaliser, de discuter, pour faire retomber un peu l'angoisse, l'anxiété... le délire...* (L54-55) ». Ellie quant-à elle dit que l'entretien infirmier « *c'est vraiment le cœur de notre métier. C'est ce qui permet de créer un lien avec le patient au fil du temps.* (L13-14) » et que « *c'est un soin qui permet de créer du lien. Ça rentre dans nos pratiques quotidiennes. Et c'est un précieux outil pour faire une évaluation sur l'état psychique du patient.* (L18-20) ». Joséphine est également d'accord avec Patrick et Ellie « *l'entretien infirmier, à mon sens, c'est une pratique qu'on réalise couramment, tous les jours, dans notre pratique. C'est ce qui va permettre un peu de recueillir des données, de faire une évaluation, que ce soit verbale ou non verbale, concernant le ressenti du patient, ses émotions, au niveau de l'efficacité aussi des traitements, des effets indésirables.* (L33-36) » en plus d'évaluer et de réaliser un recueil de données, pour Joséphine l'entretien infirmier permet également de « *travailler tout ce qui va être l'adhésion au soin quand il n'y a pas la conscience des troubles.* (L37-38) » et de « *permettre de créer la relation de confiance, le lien de confiance, et ainsi d'apaiser, en quelque sorte, la souffrance psychique du patient.* (L39-41) ». Daphnée quant-à elle ne parle pas des objectifs de l'entretien mais en revanche exprime également sa prévalence

dans sa pratique quotidienne « *c'est presque ce qui devrait ou ce qui prend le plus de place. (L23)* ». Nous pouvons remarquer que tous les soignants sont unanimes, ils sont tous en accord avec la définition proposée par l'IFSI de Troyes, pour eux l'entretien infirmier en psychiatrie est un soin au cœur de la pratique quotidienne et 3 IDE sur les 4 interviewés expriment son utilité toute particulière pour répondre aux besoins du patient, réaliser un recueil de données et accompagner les personnes prises en soins.

Les entretiens infirmiers formels et informels ont des caractéristiques qui leurs sont propres, il a été demandé aux 4 IDE interviewés de parler de la différence qu'ils font entre un entretien formel et informel. Dans mon cadre de référence il a été souligné par Dominique Friard que « *Quel que soit le lieu, l'infirmier doit essayer de créer les conditions optimales d'échange. Éclairage, bruits, présence d'autres personnes peuvent interférer dans l'entretien. L'infirmier doit être capable de repérer comment les caractéristiques de l'environnement affectent le contenu de l'échange. (P11)* » et que selon Annie Farrayre, Eric Ahern et Lyne Cloutier durant l'entretien formel « *L'infirmière explique au patient les objectifs de l'entretien, le temps alloué pour celui-ci... (P 12)*. En sommes selon les auteurs l'entretien formel est régi par une unité de lieu, de temps et d'objectif, contrairement à l'entretien informel qui n'en a pas forcément. Selon Patrick « *C'est juste la temporalité qui n'est pas la même. L'autre est organisé, il a un objectif, il y a quoique ce soit, le médecin, tout ça. Tandis que nous, dans les entretiens informels, il n'y a pas de temporalité en fait. C'est ponctuel, comme ça. Il est angoissé, il a un délire qui l'envahit, il a besoin de parler. Donc on est là pour ça... (L63-66)* » Pour Ellie « *l'entretien formel, c'est ce qui est prévu. Donc, il va être planifié sur un lieu, un temps donné, avec des objectifs précis, etc. Et par contre, un entretien informel, c'est plutôt, ça va être... de façon inopinée. Du coup, il va arriver voilà à n'importe quel moment de la journée. Un patient dont on va voir que d'un coup, il est angoissé, on va lui proposer un entretien qui n'était pas forcément prévu au départ. Et du coup, ça peut être pas forcément dans un bureau. Et du coup, l'objectif va se définir au fur et à mesure de l'entretien. (L23-28)* ». Joséphine est également d'accord avec Patrick et Ellie en évoquant le fait que « *l'entretien formel, c'est ce qui va être les entretiens médicaux avec les médecins, que ce soit généraliste, le psychiatre. Ça va être tout entretien réalisé à l'entrée du patient, au niveau de sa sortie. Pareil, ça va être des entretiens pour un plan de prévention. C'est ce qui va permettre un petit peu de structurer la sortie. (L45-48)* » et que pour elle l'« *informel, ça va être complètement aléatoire. (L51)* » et que « *Ça va être à la demande du patient, ça va être moi aussi pendant mes tours. (L51-52)* ». L'avis de

Daphnée est également en corrélation avec ceux des 3 IDE interviewés avant elle « *« Pour moi, l'entretien formel, c'est tout ce qui va être, en effet, protocolisé, où il y a une trame, un guide pour arriver d'un point A à un point B. En tout cas, pour espérer arriver à ce point B. L'entretien informel, c'est plus des temps finalement un peu volés avec le patient, quoi. Autour d'une cigarette, autour d'un café, autour de toujours quelque chose d'agréable pour lui. Des fois, ça l'est moins, mais quelque chose qui soit plus rassurant et qui ne fait pas forcément référence à une relation soignant-soignée. (L29-34) »*. Nous pouvons émettre le constat que la totalité des soignants interrogés font une différence fondamentale entre entretiens formels et informels, cette différence est également celle soutenue par Dominique Friard, Annie Farrayre, Eric Ahern et Lyne Cloutier qui est une différence de cadre, le cadre de l'entretien formel est tout simplement formel défini, par une unité de temps et de lieu avec un objectif préalablement établi, contrairement à l'entretien informel qui n'a aucune unité spatiale et temporelle mais cependant a également un objectif, un objectif évoluant et se définissant parfois au cours de l'entretien.

Selon Annie Farrayre, Eric Ahern et Lyne Cloutier, l'entretien le plus utilisé par les IDE est l'entretien semi-structuré, les trois auteurs décrivent l'entretien semi-structuré comme étant « *souvent le meilleur choix, permettant à l'infirmière d'obtenir les informations qu'elle juge essentielles sans perdre de vue la réalité et les préoccupations du patient. C'est de loin la manière dont les infirmière préfèrent aborder un patient...* » (P14). Les 4 IDE interviewés n'ont à aucun moment parlé d'entretiens structurés, non directifs et semis structurés. En revanche tous sont également unanimes sur cette question. Patrick évoque sans hésiter l'entretien qu'il utilise le plus dans sa pratique professionnelle est « *Informel. (L84) »* ajoutant ensuite que cela lui permet aussi de réaliser un travail de fond avec ses patients en les abordant sur la question de l'insight. « *l'insight, c'est le peu d'éléments qui disent peut-être que je suis en UMD, peut-être que je suis malade. En fait, là, il y a peu d'ouverture. Nous, on l'utilise comme euh, ouais en entretien informel ou avec des questionnements, des fois, qui laissent ouvert et qui puissent ouvrir le discours pour qu'on puisse essayer d'aller un peu plus loin dans la réflexion (L92-96) »*. Ellie quant-à elle a un avis plus nuancé bien qu'elle soit toujours en accord avec Patrick « *au CATTP, on utilise un peu les deux. On utilise et à la fois l'entretien formel et informel. On utilise l'entretien formel dans un entretien d'accueil pour faire connaissance avec le patient, pour envisager ses besoins. Et ses motivations à venir au CATTP, les activités qu'il veut y faire. Par contre, au quotidien, après, quand le patient sera en place dans le service, du coup, ça va être*

plus des soins... des entretiens informels. (L31-35) ». Joséphine est également toujours en accord avec Ellie et Patrick « je dirais plus informel pour le coup. Euh, Pourquoi ? Parce que souvent, les patients demandent spontanément des entretiens sans nécessairement que ce soit organisé derrière. C'est, par rapport à certaines permissions, selon leurs demandes, c'est vraiment des choses qui vont se faire de manière plus spontanée. (L58-62) » ajoutant également « Si je vais voir un état, un changement quelconque au niveau de l'état du patient, je vais pareil, engager. (L65-66) ». Enfin Daphnée exprime également spontanément que l'entretien qu'elle utilise le plus dans sa pratique professionnelle est « l'entretien informel. (L56) » ajoutant que en service d'accueil crise fermé « Ça désamorce certaines choses, et du coup, ça amorce beaucoup de discussions. Je pense que l'entretien informel, c'est ce que j'utilise le plus. Je ne suis pas autant à l'aise, je n'utilise pas autant la parole dans un entretien formel avec un psychiatre, où je suis plus en observatrice, pour le coup, où je ne suis pas autant à l'aise quand on va négocier un traitement, et que là, c'est beaucoup plus formel. (L57-61) ». Nous pouvons remarquer que le type d'entretien le plus utilisé par les 4 IDE interviewés est l'entretien informel. Aucun d'entre eux n'a énoncé les termes « entretiens structurés », « non directifs » ni « semis structurés » cependant au vue des arguments qu'ils ont apportés à leurs réponses respectives nous pouvons également faire le constat que, pour eux, l'entretien informel s'apparente à l'entretien semi structuré car dans un entretien informel l'IDE recherche effectivement des informations qu'il ou elle juge essentielles sans toutefois perdre de vue la réalité et les préoccupations du patient.

2. Le cadre de l'entretien :

Selon Dominique Friard Dominique, « *Quel que soit le lieu, l'infirmier doit essayer de créer les conditions optimales d'échange. Éclairage, bruits, présence d'autres personnes peuvent interférer dans l'entretien. L'infirmier doit être capable de repérer comment les caractéristiques de l'environnement affectent le contenu de l'échange.* » (P11) et selon Annie Farrayre, Eric Ahern et Lyne Cloutier durant l'entretien formel « *L'infirmière explique au patient les objectifs de l'entretien, le temps alloué pour celui-ci...* » (P 12). Ces références ont déjà été citées précédemment, cependant elles ont également toutes leur importance sur la question portant sur ce qu'apporte le cadre formel en termes de lieu, de temps et d'objectifs dans la relation avec le patient, en effet, selon Dominique Friard « *L'infirmier doit être capable de repérer comment les caractéristiques de l'environnement affectent le contenu de l'échange.*»,

ce qui sous-entend que le cadre peut influencer la relation avec le patient, ce qui affecte également le contenu de l'échange entre soignant et soigné. Patrick a dit au cours de l'entretien concernant le cadre formel *« ça va être plus réfléchi que dans un entretien informel. Il y a les bases qui sont posées, ils savent de quoi on va parler. Donc du coup, ils préparent un peu l'entretien tu vois. (L113-115) »*. L'avis d'Ellie se rapproche de celui de Patrick *« Alors, le cadre formel, selon moi, ça apporte un cadre rassurant au patient. Dans le sens où ça va être à des horaires fixes, souvent planifiés. On donne des pistes de travail au patient. Donc, du coup, il n'y a pas de surprise sur les sujets qui vont être abordés. Et puis, en même temps, c'est un lieu où il y a une dualité entre le soignant et le soigné. Et du coup, comme il y a une relation de confiance, du coup, il va plus facilement pouvoir se livrer et pouvoir se livrer à des confidences. (L38-43) »*. Joséphine rejoint également Ellie et Patrick, pour elle *« le cadre formel, c'est clairement pour moi un temps spécifique au patient, c'est ce qui va permettre de favoriser la considération, la revalorisation. Je trouve que c'est ce qui permet de donner un temps calme et parfois même contenant selon le contexte, c'est assez rassurant pour le patient. (L77-80) »*, *« Ça permet aussi de structurer au niveau de la prise en charge, au niveau de l'organisation, de ce qu'ils recherchent, de leurs demandes, de leurs objectifs. (L80-81) »*. Les avis des 3 premiers IDE interviewés se rejoignent, pour eux le cadre formel et surtout la formulation préalable des objectifs permettant de structurer l'échange et la prise en charge en plus d'obtenir une réflexion plus poussée de la part de la personne prise en soin dû au fait qu'elle est déjà au courant des objectifs bien avant la réalisation de l'entretien. De plus, Ellie et Joséphine ajoutent également que le cadre formel au vu du lieu et du temps alloué à sa réalisation a un effet rassurant et renarcissant sur les patients. L'avis de Daphnée cependant est à l'antipode de celui des autres soignants interviewés, pour elle *« ce cadre formel, ça renvoie à une relation qui n'est pas du tout unilatérale. Je... Pour moi, le lieu, c'est souvent un bureau médical, euh... ou le bureau infirmier, quand tu accueilles ton patient en hospitalisation, ou alors une chambre. Ben un bureau, c'est ce que je disais tout à l'heure. Vraiment, ça peut renvoyer au patient qu'il n'a pas toujours son mot à dire. (L88-91) »*, *« dans le cadre formel, il y a toujours un objectif bien précis, tu vas te le fixer avant même de faire quoi que ce soit finalement, que tu retrouves peut-être moins dans l'informel. Mais les objectifs, c'est varié finalement. C'est pour beaucoup de choses. Mais souvent, c'est pour... Je ne sais pas, c'est pour rester dans quelque chose de très... Quand on reçoit des patients, c'est pour l'accueil, ouais t'explique comment ça fonctionne dans le service. (L100-105) »*. Daphnée se montre assez critique vis à vis du cadre formel, pour elle,

le lieu, le temps alloué et la protocolisation ne sont ni narcissisants ni rassurants, il se ressentait à l'entretien avec Daphnée qu'elle voyait plus les entretiens formels comme des contraintes obligatoires n'ayant aucun autre but que d'acter quelque chose comme le fait de présenter l'unité ou que le patient formalise ses problématiques au médecin psychiatre ou somaticien de l'unité. Selon Daphnée l'objectif de l'entretien formel a une utilité, il permet de traiter d'une problématique, en revanche pour elle les unités de temps et de lieu que l'on retrouve dans un entretien formel sont plus castratrices que ce qu'elles sont bénéfiques pour les patients.

Jean Paul Lanquetin conçoit les soins informels selon 5 critères « *Le terme d'informel a été retenu sur la base de cinq critères : son usage transdisciplinaire ; sa nature d'activité hors prescription et programmation de tâches ; sa perception aux entrées larges quant aux pratiques concernées (individuelle ou groupale, occasionnelle ou régulière, etc.) ; la notion processuelle dans le passage possible parfois de l'informel vers le formel ; et enfin, un continuum d'activité qui lie les activités programmées et contribue à faire le lit du soin.* »(P 13). A la question portant sur la thématique des situations de mise en place des entretiens informels privilégiés par les différents IDE, Patrick répond que « *c'est au quotidien, ça plus, là, tu ne donnes pas d'objectif ni rien. C'est juste le patient, lui, qui va venir te voir. Ou toi, tu as besoin de réponses aussi au niveau du patient. Il y a quelque chose, tu te poses la question. Généralement, c'est plus le patient qui vient nous voir. (L125-128)* » ajoutant à sa réponse « *C'est souvent sur des angoisses ou des délires qu'on vient intervenir (...) c'est ça qu'on utilise le plus pour évaluer (L133-134)* ». Patrick met en place des entretiens informels individuels au quotidien, ses entretiens sont hors de toute prescription et s'inscrivent dans « *un continuum d'activité qui lie les activités programmées et contribue à faire le lit du soin.* » car Patrick met souvent en place ses entretiens pour répondre à une problématique du patient à l'instant T et évaluer les signes cliniques. Ellie étant infirmière en CATTP parle de la mise en place d'entretiens informels lors d'ateliers thérapeutiques, « *Alors, du coup, au CATTP, ça peut être... C'est souvent lors d'ateliers thérapeutiques. Alors, comme exemple, il y a plusieurs ateliers qui en font l'objet. Par exemple, au détour d'une activité, ça va être l'occasion de parler d'un sujet, soit de leur enfance, soit de leur vie actuelle sur leur solitude. Souvent, c'est des sujets qui reviennent, le deuil, la solitude, l'isolement, voilà. Et du coup, ils peuvent en parler et même en parler de façon groupale. Les relations familiales aussi, c'est un autre sujet qui revient régulièrement. Et donc, voilà, ils peuvent en parler ensemble. Des fois, trouver des solutions ensemble aussi. Ils n'ont pas forcément besoin de nous. Et nous, on peut avoir un regard, on apprend des choses aussi sur*

leur vie à ce moment-là, sur leur personnalité. (L46-54) » à cela Ellie ajoute également que « ça peut se faire aussi de façon individuelle. Quand on voit qu'il y a un patient qui n'est pas bien dans un atelier, on peut le prendre à part et, je ne sais pas, aller fumer une cigarette avec lui, boire un café, voilà. Et des fois, oui, ils nous sollicitent aussi. C'est même eux qui viennent vers nous pour nous demander de l'aide, notre écoute et nos conseils, si on peut. Parce que des fois, on ne peut pas toujours, on n'a pas forcément les réponses à tout. Déjà, on accueille la parole. Et puis, ensuite, on essaie d'apaiser, de réconforter. (L55-60) ». Ellie tout comme Patrick met en place des entretiens informels au quotidien, ses entretiens s'inscrivent eux aussi dans la continuité des soins, sont hors prescription, mais cependant Ellie travaillant en CATTP à la différence de Patrick peut mettre en place des entretiens informels de groupe lors des ateliers comme des entretiens individuels avant ou après ses ateliers. Même si Joséphine apporte une réponse bien plus brève à la question, celle-ci rejoint tout de même les réponses apportées par Patrick et Ellie « c'est vraiment au feeling. Après, si je vois que c'est vraiment en fonction de l'évaluation clinique, de mon recueil de données, quand je vois qu'ils ne sont pas bien ou même quand ils sont bien, comment ils se sentent. C'est vraiment aléatoire. (L92-94) ». Daphnée utilise des entretiens informels « presque tout le temps. (L117) », suite à cette réponse Daphnée en apporte une autre plus nuancée, pour elle, puisque l'informel a un objectif, alors cela signifie qu'il n'y a pas vraiment d'informel, « moi je pense que la formalité, elle y est tout le temps. Tout le temps, tout le temps, tout le temps. Voilà. C'est... En soi, moi quand j'entends entretien, c'est parce que derrière, tu vas y mettre un objectif. (L129-132) » En effet Jean-Paul Lanquetin caractérise l'informel selon 5 critères, si l'informel est caractérisable et a un objectif alors cela signifie qu'il est ou est en partie formel, c'est ce que pense également Daphnée. Les 4 IDE interviewés ont apporté des réponses différentes à cette question cependant plusieurs des 5 critères de l'informel selon Jean-Paul Lanquetin ont été évoqués, le premier évoqué est le fait que les entretiens informels sont hors de toute prescription et ne sont pas programmés au préalable, le deuxième est le fait qu'il n'y ait pas de typologie précise, ils peuvent être individuels comme groupaux, le 3ème critère évoqué et que les entretiens informels s'inscrivent dans la continuité des soins programmés et enfin le 4ème critère n'a pas été évoqué clairement, seulement sous-entendu. En effet le fait de réaliser un recueil de données implique systématiquement la traçabilité des informations sur le dossier du patient et la transmission orale des données, cela sous-entend le fait que suivant le contenu et/ou l'objectif de l'entretien

informel, celui-ci peut alors entraîner la programmation d'un entretien formel par la suite si la problématique du patient ce jour nécessite l'intervention d'un médecin.

Selon Stéphane Trégouet l'IDE menant un entretien a deux fonctions, une fonction maternante et une fonction paternante, selon Stéphane Tégouet la fonction maternante par le fait qu'« *elle nous renvoie à cette fonction contenant, décrite par Wilfred Bion, qui aura comme effet de transformer les éléments bruts et négatifs du patient psychotique, qu'il nomme "éléments bêta", en "éléments alpha". Cette fonction alpha des soignants serait reliée à notre appareil psychique à penser les pensées, suffisamment élaborée, proche de « la capacité de rêverie de la mère ».* En d'autres termes, il s'agirait d'être réceptif à n'importe quel objet mental venant des patients » (P16), et la fonction paternante est une « *fonction cadre, opérant sur un mode de fermeté structurante, sorte d'instance surmoïque portée par le cadre de soin, véritable élément tiers de la relation. Cette fonction cadre existe à travers le dispositif de soin mis en œuvre. Il aide le patient à intégrer les différents temps de l'institution lui donnant des limites, des repères contenant et sécurisants. Les soignants du quotidien ont également à intégrer au mieux cette fonction limitante afin de diminuer la toute-puissance du patient. En d'autres termes, il s'agit de contenir les risques de passages à l'acte de celui-ci, mais également de l'aider à supporter la frustration tout en intégrant cet objet limitant non vécu sur un mode persécutif.* » (P16-17) Ces deux fonctions sont totalement transférables aux cadres d'entretiens, au vu de leurs descriptions nous pouvons admettre que la fonction maternante se retrouve plus dans l'informel et la fonction paternante dans le cadre formel. Patrick lors de l'entretien, dira concernant ses patients en UMD qu'« *ils vont être plus angoissés dans un entretien formel parce que du coup on leur pose... C'est pas tous les jours. (L141-142)* », et également qu'« *avec nous, il va parler plus des trucs de la vie de tous les jours. (L173)* », « *des fois, ils arrivent... ils sortent du médecin et "ouais j'ai pas compris ce qu'il a voulu dire le médecin" parce qu'ils n'osent pas le faire répéter (L176-177)* ». Pour Patrick la plupart des patients sont plus réceptifs à un cadre informel car selon lui le cadre formel serait plus angoissant au vu de sa temporalité, « *C'est pas tous les jours.* », en revanche ses patients selon lui sont plus réceptifs au cadre informel car « *avec nous, il va parler plus des trucs de la vie de tous les jours.* ». De plus, précédemment, Patrick disait concernant les entretiens informels que « *Le but aussi, c'est de nous, que ça nous nourrisse quelque chose sur ce qu'on a besoin aussi. Par exemple, si il est dépendant aux consommations de toxiques, si on peut profiter de ce moment-là où il se pose*

des questions, de l'amener un peu sur le fait, pourquoi vous consommez ? qu'est-ce qui se passe ? et tout ça. (L98-101) », ce que Patrick énonce ici est totalement en accord avec la description de la fonction maternante selon Stéphane Tégouet, il est réceptif à n'importe quel objet mental venant de ses patients en les aidant à transformer les éléments bruts « bêta » en éléments « alpha », et dans sa pratique quotidienne Patrick trouve que ses patients sont plus réceptifs à un cadre informel permettant la mise en place de cette fonction maternante. Ellie partage l'avis de Patrick en répondant « Alors, il y a des patients, effectivement, pour lesquels un entretien formel ne sera pas forcément adapté parce qu'ils sont tellement ancrés dans la pathologie. On n'aurait pas forcément de résultats à mettre en place des entretiens planifiés. (L64-66) », « Alors qu'en entretien informel, en s'intéressant plutôt à ce qu'ils font dans les ateliers, en les valorisant sur ce qu'ils font, tout ça, on obtiendra beaucoup plus de leur part en termes de confidences et de révélations, d'expressions corporelles, plutôt que, par exemple, on a des patients qui sont dans une psychose telle, tellement avancée et tellement grave que, du coup, le contact est compliqué. (L67-71) ». Selon Ellie il y a une réelle adaptation du cadre de l'entretien à la pathologie, cependant Ellie prend l'exemple des patients atteints de psychose en précisant que pour elle, ils ne sont pas tous réceptifs à la formalité. L'avis de Ellie est très similaire à celui de Patrick, pour elle les patients psychotiques sont davantage réceptifs à l'informel en raison du concept de « fonction maternante » défini par Stéphane Tégouet, Ellie est réceptive à n'importe quel objet mental venant des patients en s'intéressant à ce qu'il font en atelier puis en utilisant cet objet mental pour les renarcissiser, les pousser à verbaliser leurs problématiques, etc. Joséphine quant-à elle évoque le fait que certains patients sont plus réceptifs au cadre formel « Surtout les patients présentant un niveau d'anxiété assez élevé, qui ont tendance à être dans l'hyper contrôle, tout anticipé, ce genre de choses, c'est ce qui va permettre de beaucoup plus les rassurer, beaucoup plus les organiser aussi, que ce soit sur le plan comportemental ou psychique. Et pour les patients, pareil, qui ont tendance à être accélérés, désorganisés, je mets en place comme des sortes de plans d'entretien qui permettent vraiment de les structurer. (L98-103) », « ça ne marche pas toujours, mais de ce que je peux voir, c'est que ça permet d'un peu plus les organiser. (L103-105) ». Pour Joséphine le cadre formel/la fonction paternante permet de canaliser les patients angoissés et/ou désorganisés, les réponses de Joséphine se retrouvent dans la fonction paternante telle qu'évoquée par Stéphane Tégouet car le cadre formel permet une fermeté structurante en donnant des repères contenant et sécurisants, ce qui permet de contenir les angoisses et les pensées désorganisatrices de certains patients. Daphnée apporte

une réponse bien plus courte, pour elle le cadre s'adapte à une pathologie et à un caractère « *toutes les pathologies sont... C'est-à-dire, il y a beaucoup de pathologies différentes. (L174-175)* », « *une pathologie psychiatrique se colle à un caractère. (L180-181)* ». Selon elle certains patients sont plus réceptifs à un cadre qu'à un autre en raison de leurs facteurs intrinsèques, comme évoqués par les autres IDE interviewés. Au travers des différentes réponses nous pouvons constater que Patrick et Ellie pensent effectivement que certains patients sont plus réceptifs à un cadre qu'à un autre mais que pour eux ce cadre est bien souvent informel en raison des caractéristiques de la fonction maternante telle que décrite par Stéphane Tégouet. Joséphine pense elle aussi qu'effectivement certains patients sont plus réceptifs à un cadre qu'à un autre, cependant Joséphine parle de l'entretien formel, et, que la réceptivité de certains patients au cadre formel dépend des caractéristiques de la fonction paternante telle que décrite par Stéphane Tégouet. La réponse d'Ellie est vague mais elle reprend ce qui a été sous-entendu par tous les autres IDE interviewés, qu'effectivement certains patients sont plus réceptifs à un cadre d'entretien mais que cela dépend de chaque patient car à chaque patient se colle une pathologie, un caractère... une personne intégrale et tous ses autres facteurs intrinsèques.

3. Relation soignant/soigné :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la relation soignant/soigné se définit comme étant « *une interaction dynamique et complexe entre un professionnel de santé – le soignant – et une personne en situation de besoin, le soigné. Cette relation se distingue par une asymétrie de rôles, où le soignant, doté de compétences techniques et humaines, doit faire preuve de compassion, d'empathie et d'une écoute active pour comprendre les besoins et les émotions du patient* » (P 15) Cependant dans le contexte de la psychiatrie cette relation est plus ambiguë, exprime Patrick « *la relation ici, alors elle est ambiguë. Parce que du coup, comme je te dis, déjà, ils sont sous contrainte. Donc, il faut bien comprendre que pour eux, ils ne sont pas malades. C'est des patients, c'est des malades difficiles, donc d'où les UMD (L184-186)* » ajoutant à cela que « *tu es dans un genre un peu de conflit interne. Ils sont sans consentement. Ils ne sont pas conscients d'être malades. Donc, du coup, elle est difficile. (L204-205)* » et que par conséquent le soignant doit effectivement posséder des compétences humaines et techniques dans le but de construire la relation. « *il faut bien connaître sa clinique pour pouvoir faire telle et telle relation avec un paranoïaque ou un schizophrène ou un borderline. (L223-225)* ». Selon Patrick la relation soignant/soigné est effectivement comme définie par l'OMS

une relation complexe et asymétrique dans laquelle le soignant doit être en capacité de s'adapter à son patient et faire preuve d'écoute et d'empathie. Ellie envisage la relation soignant-soigné d'une manière plus psychanalytique en abordant au cours de l'entretien les thématiques du transfert et du contre-transfert, pour elle la relation soignant-soigné est « *Déjà, la relation soignant-soigné, c'est une relation entre êtres humains, déjà. Et puis, c'est deux personnalités qui se rencontrent. Des fois, ça matche, des fois non. (L75-77)* » puis Ellie parle ensuite de transfert et de contre-transfert « *il ne faut pas hésiter à passer le relais quand ça ne fonctionne pas. La relation soignant-soigné, c'est aussi une histoire de transfert et de contre-transfert. Parce que du coup, forcément, inconsciemment et des fois consciemment, on va projeter des choses sur la personne qui nous soigne. (L77-80)* ». Pour elle le transfert et le contre-transfert sont des éléments de la relation soignant/soigné, des éléments que l'on peut travailler au cours de la prise en charge du patient « *ce qui peut être souhaitable en début de relation n'est pas forcément souhaitable tout du long. C'est-à-dire qu'au bout d'un moment, si la personne voit en toi une maman, bon ben ok, il va falloir travailler sur ça. Déjà se questionner pourquoi elle nous voit en tant que maman, en tant que mère. (L87-90)* ». Même si Ellie définit la relation soignant-soigné avec ses mots, pour elle aussi, il s'agit d'une relation asymétrique car le soignant est doté de compétences techniques et doit travailler la relation, l'utiliser comme un outil de travail dynamique ayant pour but de soigner. Pour Joséphine la relation soignant-soigné est un outil de soin permettant d'aider les patients et favorisant la mise en place d'une relation de confiance « *La relation soignants-soignés, pour moi, c'est un lien assez unique, d'ailleurs, de confiance qui va plutôt tendre à l'apaisement, l'amélioration de l'état clinique. Ça va être un accompagnement qui va permettre de complètement recentrer l'individu dans sa globalité, dans son autonomie, tout en respectant son autonomie, ses valeurs. Ce qui va permettre de favoriser tout ce qui est adhésion aux soins, avec la conscience des troubles, parce que c'est vrai que les soins sont contraintes quand il n'y a pas d'adhésion aux soins et de conscience des troubles, c'est très très compliqué. (L108-114)* ». Pour Daphnée la relation soignant/soigné « *c'est de l'échange, du partage et... un peu d'éducation aussi. Voilà. Nous, on est là... Pour moi, on est là pour veiller au bon développement, au bon déroulement de la vie, de nos patients. Les mettre dans les meilleures dispositions. On est une béquille. Voilà. Je nous mets à la même hauteur qu'un médicament, quoi, voire en plus. (L209-212)* », la définition proposée par Daphnée est également en accord avec celle énoncée par l'OMS car, pour elle, la relation soignant/soigné est effectivement une interaction dynamique entre soignant et soigné, est asymétrique et le soignant

utilise ses compétences humaines et techniques dans le but d'aider son patient. Même si tous les IDE interviewés ont défini la relation soignant/soigné avec leurs mots, nous pouvons tout de même émettre le constat que tous sont en accord avec la définition donnée par l'OMS.

La relation de confiance est une composante de l'entretien, celle-ci peut-être influencée par le cadre de l'entretien. Cette relation est assimilable au lien tel que défini par Christophe Peroche comme étant le fait de *«faire que notre propre présence soit perçue, c'est percevoir la présence de l'autre.»*(P17) en avançant également le fait que *« Ce lien peut se retrouver très vite formalisé en reprenant les conditions d'exercice de base que sont les types d'entretiens (directif, semi directif...) ou encore les trois notions facilitatrices fondamentales et théoriques que sont l'empathie, l'acceptation positive et inconditionnelle, et la congruence»* (P17), cela signifie que la relation de confiance peut parfaitement être formalisée selon le type et le cadre de l'entretien. De plus le cadre peut exercer un effet sécurisant sur le patient, Susana Tereno, Isabel Soares, Eva Martins, Daniel Sampaio et Ellizabeth Carlson évoquent le fait que chez le bébé *« La notion de base de sécurité désigne le fait pour la figure d'attachement de représenter un support à partir duquel le bébé peut explorer le monde avec confiance »* (P23), ce postulat est également transposable chez l'adulte, en effet l'individu adulte a également besoin de se sentir en sécurité au cours d'un entretien et dans sa vie de tous les jours. Cette thématique a posé plus de problèmes aux différents IDE interviewés, Patrick répond après réflexion *« il y a des éléments où on essaie de remettre un peu dans la réalité et le cadre de l'unité, où on ne peut pas faire n'importe quoi non plus. Par exemple, les portables sont interdits, ils disent à telle heure ils mangent. Tu vois, Il y a le fait, que ça, ça abrase aussi l'entretien, (L251-254) »* ici il parle plus de l'influence du cadre institutionnel sur le lien entre les soignants et les patients au sein de son unité et que le cadre institutionnel peut-être perçu comme frustrant pour les patients, cela dit Patrick aborde aussi la thématique du lien tel que décrit par Christophe Peroche, le lien informel se formalise car le fait que cette frustration due au cadre abrase l'entretien est une thématique formelle traitable en entretien. Ellie également après réflexion répond *« la relation de confiance... Eh bien, on peut la retrouver, selon moi, dans les deux cas de figure et dans le cadre formel et informel. Alors, dans le cadre informel, pour moi, la relation de confiance, elle va s'instaurer parce que, par exemple, à n'importe quel moment de la journée, le patient peut se trouver en difficulté. Voilà. Et du coup, nous, notre job, ça va être d'être là à n'importe quel moment. (L143-145) »* ajoutant à la suite que *« dans un cadre formel, en entretien planifié, la relation de confiance, elle s'établit parce que ça va être plus sur du long terme et sur la durée*

où, du coup, le patient va pouvoir venir déposer tout ce qu'il a à dire aux soignants. Il va pouvoir préparer ses questions. (L150-153) » et « les entretiens informels, on répond un peu plus dans l'urgence, surtout en cas de crise d'angoisse ou quoi que ce soit, tu vois. (L157-159) ». Ellie semble avoir partiellement compris la question sans pour autant y répondre clairement, sa réponse est en accord avec la thématique du lien tel qu'abordé par Christophe Peroche, car selon elle la relation de confiance/ le lien est formalisable et quel que soit la typologie de l'entretien il y figure trois notions fondamentales : l'empathie, l'acceptation positive et la congruence. Ellie précise également que dans un cadre formel la relation se construit sur le long terme, elle n'emploie pas le terme de base de sécurité, cependant elle parle du fait que la formalisation permet aussi l'élaboration de questions au préalable et que dans un cadre informel le soignant est toujours présent. Quel que soit le cadre de l'entretien pour Ellie c'est le soignant qui est une base de sécurité. Joséphine a une réponse plus spontanée « *Je dirais que le fait de dédier un temps spécifique au patient, ça lui accorde une certaine importance, une certaine considération, et le fait qu'il se sente écouté, ça le revalorise complètement.* (L121-123) ». Pour elle le cadre et sa temporalité sont une base de sécurité favorisant l'élaboration d'une relation de confiance, de plus pour elle le cadre est valorisant car la présence du soigné est aussi perçue que celle du soignant et celui-ci est, sur ce temps alloué à l'entretien, entièrement disponible pour son patient. Pour Joséphine la présence d'un temps distinct couplé à une écoute active est perçu comme valorisant pour le patient. Daphnée quant-à elle parle davantage du lieu de l'entretien « *Dans sa chambre, c'est son endroit. Même si ce n'est pas sa chambre dans sa maison. Sa chambre ici c'est son endroit où elle se sent en sécurité et où personne d'autre qu'elle et les soignants ne peuvent rentrer. De suite, ça a été plus efficace. Je pense que le lieu est très important. Si je fais un entretien avec un patient en chambre d'isolement parce qu'il est un peu agité, je ne suis pas sûre qu'il m'accorde la même confiance que si je lui dis "viens on va fumer une clope dans la cour"* ». (L240-245) » Pour Daphnée c'est le lieu qui est une base de sécurité et pas forcément la temporalité, le lieu mobilise les affects et le vécu positif comme négatif du patient. La question de l'influence du cadre de l'entretien sur la relation de confiance semble avoir mis les soignants en difficultés, Patrick a parlé du cadre institutionnel, Ellie, Joséphine et Daphnée semblent avoir mieux compris la question, tantôt en parlant davantage de l'impact du positionnement soignant sur la relation de confiance, tantôt en parlant de l'impact du cadre spatial et temporel sur la relation. Je me suis rendu compte au cours des entretiens que cette question aurait pu être formulée autrement.

La posture relationnelle soignante s'adapte parfois au cadre de l'entretien, cependant certaines composantes doivent toujours se retrouver dans cette posture relationnelle, notamment l'empathie, selon Carl Rogers « *Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du «comme si»* » (P17) . L'empathie suppose également l'adaptation au patient, Yves de Roten énonce le fait que « *Tenir compte des défenses du client paraît essentiel afin que le thérapeute ne heurte pas le client, mais au contraire l'aide à développer un sentiment de confiance.* » (P19) et Christelle Mazevet que « *tous les patients présentant un même diagnostic n'ont pas besoin de la même prise en charge. Une diversité de facteurs détermine le choix de la stratégie thérapeutique retenu par le thérapeute (la meilleure indication)* » (P20). Il est effectivement nécessaire de s'adapter à un cadre, cependant le soignant s'adapte plus qu'à un cadre, il s'adapte aussi à une personne dans toute sa complexité en prenant en compte sa pathologie, ses mécanismes de défense etc... C'est justement ce qui est ressorti à chaque entretien. Patrick lors de son entretien explique que « *niveau posture, je ne suis pas pareil quand je suis avec le médecin (L295)* », « *des fois, je suis là pour désamorcer l'angoisse, dés-escalader un peu de la violence qu'ils ont, (L298-299)* », « *je m'adapte à comment ils sont (L300)* ». Patrick s'adapte au patient avant tout et également à ce que le cadre et la présence du médecin peuvent susciter chez son patient. Ellie quant-à elle ne fait aucune différence dans sa posture relationnelle selon le cadre de l'entretien, « *il n'y a pas vraiment de différence suivant le cadre de l'entretien. C'est-à-dire qu'en fait, ça va être suivant la personne. (L177-178)* », « *on est obligé de s'adapter, d'avoir une posture relationnelle où on s'adapte à la situation, au contexte extérieur. (L188-189)* ». Ellie adapte sa posture relationnelle en fonction de la personne en face d'elle, de la situation et du contexte extérieur. Joséphine est totalement en accord avec Ellie « *déjà en fonction de l'état clinique du patient, en fonction de son adhésion aux soins, sa compliance aux soins aussi. Après, je vais complètement m'adapter, que ce soit au niveau de la proximité, de ma hauteur, de mon ton, les mots que je vais choisir aussi. Et parfois même le toucher, si je vois qu'il recherche un peu le contact physique avec une main qui sont assez réceptifs. (L126-130)* ». Elle aussi s'adapte en fonction de la personne et de sa situation. Daphnée de son côté semble plus en accord avec Patrick, sa posture est différente du fait de l'entretien médicale, au cours de l'entretien elle relate « *Si je suis dans un entretien plutôt décontracté où on va être dans de la détente, dans quelque chose de plus léger pour changer*

les idées, soit, peu importe, j'ai une posture un peu plus décontractée. (L264-266) », « Par contre, si on est dans un entretien plus formel, je suis à l'entretien avec un médecin, j'ai plus une posture... Je pense que ça fait protection. Je prends des notes quand je suis en entretien médical. Quand on en voit 4 ou 5 et que je n'ai pas envie d'oublier des choses, je prends des notes. Je fais tout un truc clinique (L268-271) ». Daphnée s'adapte elle aussi plus à un contexte extérieur et à une personne plus qu'à un cadre en particulier. Tous les IDE interviewés sont unanimes et en total accord avec les auteurs cités précédemment, le soignant utilise sa posture relationnelle en la modulant non pas en fonction de l'entretien mais en fonction de la personne soignée et d'un contexte particulier. Lors des entretiens au vu des réponses proposées je me suis rendu compte d'une chose, que cette question aurait pu être reformulée en « Comment adaptez-vous votre posture relationnelle au cours de l'entretien ? ».

4. Transfert / contre transfert :

Lors d'un entretien et ceci quelque que soit son cadre, le soignant et la personne prise en soin, de part les caractéristiques de leur relation, le déroulé de l'entretien en lui-même et leurs propres caractéristiques intrinsèques, peuvent mutuellement se renvoyer des images inconscientes. Il s'agit respectivement du Transfert, défini par Lacan comme « *La mise en acte, par l'expérience analytique, de la réalité de l'inconscient.* » (P 21) et du contre transfert défini par Roudinesco comme l'« *Ensemble des manifestations de l'inconscient de l'analyste en relation avec celles du transfert de son patient.* » (P21). Face à cela les soignants interviewés mettent en place des stratégies afin de garder une juste distance relationnelle. Lors des entretiens il est souvent fait mention du fait de « passer le relais ». Joséphine dit à ce propos « *Quand je vois que c'est trop difficile, j'hésite pas à prendre mes distances et à passer le relais aux collègues. (L138-139) »*, Daphnée semble également en accord avec Joséphine en disant lors de l'entretien réalisé auprès d'elle « *Tu fais des relais quand t'en peux plus pour te mettre à distance (L307) »*. Toutes deux en ont parlé de manière naturelle, ce qui montre qu'il s'agit d'une technique qu'elles mettent en œuvre régulièrement dans leur pratique professionnelle quotidienne. Lors des entretiens il a également été fait régulièrement mention du vouvoiement, Joséphine évoque le fait qu'elle vouvoie le patient lorsqu'elle doit mettre une certaine distance « *quoi qu'il arrive, ça va être le vouvoiement. (L135-136) »*, Patrick sans hésiter dit également

vouvoyer les patients afin d'instaurer une distance « *je les vouvoie (L331)* ». Cependant, un constat ressort lors de plusieurs entretiens, plusieurs soignants évoquent le fait que la juste distance relationnelle est surtout une adaptation constante au profil du patient, Joséphine parle d'une « *adaptation complète. (L136)* », Ellie quant à elle avance lors de l'entretien que « *La juste distance, c'est vraiment assez vaste. Du coup, ça ne va pas être la même en fonction du patient. (L110-111)* ». Il semble que chaque soignant interviewé ait sa propre manière de garder une juste distance, certains mettent en place une distance dans les échanges en vouvoyant, d'autre s'adaptent en fonction du contexte, s'ils sentent qu'ils sont eux même vulnérables ils n'hésiteront pas à passer le relais à un collègue. En revanche plusieurs s'accordent sur le fait que la juste distance réside aussi en la capacité de l'IDE à s'adapter à la personne soignée et à mettre en place une méthode adaptée pour garder cette juste distance en analysant l'état du patient ce jour et en s'auto-analysant.

7.3 Analyse thématique :

Plusieurs thèmes ont été évoqués au cours de ces quatre entretiens, je vais énoncer les principaux, ceux m'ayant posé le plus de questions.

1. L'adaptabilité du soignant et de son entretien au patient.

Une composante de l'entretien infirmier a été abordée par les soignants, le fait que quel que soit le type d'entretien infirmier les compétences d'évaluation du soignant ont un rôle et influent aussi l'entretien. Une des thématiques souvent abordées au cours de mes entretiens est celle de l'adaptabilité du soignant à son patient, en effet, d'après les professionnels interrogés l'efficacité de l'entretien n'est pas seulement due à un cadre ou à une relation mais est aussi due à la capacité du soignant à s'adapter à son patient, savoir ce qui le met le plus en confiance, ce qui peut être proposé pour le rassurer et surtout à comprendre la singularité de la personne soignée avec sa pathologie, son caractère, ses problèmes et ses conflits internes. En prenant en compte le soigné, les soignants peuvent proposer des entretiens adaptés et utiles dans la prise en charge du patient contribuant à améliorer son état psychique. Au regard de cette constatation

je me demande si finalement ça ne serait pas le positionnement et l'empathie du soignant qui n'influencerait pas l'entretien infirmier.

2. La relation curatrice.

Un autre thème abordé est celui du caractère curateur de la relation soignant soigné et de l'entretien. Il a plusieurs fois été dit par les soignants que dans leur pratique professionnelle, il leur arrivait régulièrement de proposer des entretiens informels comme formels afin de répondre à une problématique du patient exprimant son malaise interne. Répondre à ces problématiques permet de rassurer le patient au cours de l'entretien, de l'aider à trouver soit même des solutions à ses problèmes, faire diminuer son niveau d'anxiété,... en somme la relation est un traitement, un traitement non médicamenteux et les entretiens infirmiers permettent de mettre en place cette relation ayant pour but de soigner.

7.4 Limites de l'enquête :

J'ai éprouvé des difficultés lors de certaines étapes de l'enquête, la première étant la prise de rendez-vous qui aura été assez complexe. En effet, dans un service hospitalier il y a parfois des aléas qui font que l'heure prévue au préalable ne se révèle pas forcément opportune en raison des problématiques du service comme le sous-effectif, l'urgence, la charge de travail, etc. Ce type de contrainte due au hasard m'a conduit à reporter mon entretien avec Daphné au lendemain lors de sa pause de midi. Ce qui n'était pas forcément un moment opportun pour réaliser un entretien bien que ce soit un moment où elle était à l'écart de l'agitation de l'unité.

Lors des entretiens il m'est arrivé également de rencontrer des difficultés, notamment concernant la question portant sur l'influence du cadre de l'entretien sur la relation soignant/soigné et celle de l'adaptation de la posture relationnelle selon le cadre de l'entretien. Je me suis rendu compte que ces questions n'avaient pas forcément été bien comprises au vu des réponses apportées par les soignants et de ce qui parfois m'avait été rapporté après l'entretien. Ces difficultés de compréhension se sont faites remarquées dans les réponses apportées à ces questions, les rendant alors difficilement analysables lors de mon analyse croisée.

Lors de mon premier entretien, l'enthousiasme et mon intérêt personnel pour ce que disait Patrick, m'ont à un moment fait perdre le fil de mon guide d'entretien en le lançant sur un sujet qui certes m'intéressait personnellement mais n'était pas forcément en lien avec ce travail, cette bifurcation explique la durée de ce premier entretien. Je me suis rendu compte de cette erreur de ma part pour ne pas la reproduire lors des autres entretiens

Je pense que j'aurais pu rebondir sur certaines réponses, lors de la retranscription, je me suis rendu compte qu'arrivé à la fin des entretiens, il m'arrivait de ne plus rebondir sur les réponses, ce qui peut aussi expliquer mes difficultés d'analyses sur les questions citées précédemment. À mon avis, bien que la grille d'entretien donne un sentiment de sécurité, elle est aussi en quelque sorte un piège à prendre en compte. Il ne fallait pas m'enfermer dans mes propres questions.

Enfin, le fait d'interroger seulement 4 soignants n'est pas représentatif de la pratique professionnelle de l'ensemble de la profession infirmière et cela est d'autant plus valable du fait de la prévalence des entretiens infirmiers en psychiatrie. Néanmoins ces 4 entretiens permettent tout de même de donner une certaine indication.

8 Problématique :

Pour introduire cette partie, je vais rappeler ma question de départ :

En quoi le cadre de l'entretien formel ou informel influe-t-il sur la relation entre soignant et soigné en psychiatrie ?

Afin de comparer les réponses des quatre soignants interrogés sur le terrain, j'ai dû effectuer des recherches sur plusieurs thèmes différents : les entretiens infirmiers ainsi que leurs typologies et leurs cadres, la relation soignant-soigné et ses composantes, et le Transfert/Contre-Transfert. Mon cadre de références a ensuite été étoffé grâce aux auteurs que j'ai sélectionnés ayant écrit sur les thématiques citées précédents. Étant donné que le sujet de ce TEFÉ prend place dans le cadre de la psychiatrie, les différents auteurs cités dans mon cadre de références sont majoritairement des Infirmiers exerçant en psychiatrie, des cadres de Santé, des psychiatres, des psychologues et des sociologues. Tous font partie des champs disciplinaires de la psychiatrie et de la psychologie.

En ce qui concerne les entretiens formels et informels en psychiatrie, de nombreux thèmes sont ressortis des entretiens, le premier d'entre eux est l'adaptabilité du soignant et de son entretien au patient. Ce thème est à la fois celui qui ressort le plus au cours des entretiens et celui étant le plus difficile à caractériser pour les soignants. Souvent les soignants s'adaptent de manière naturelle à la personne prise en soin. Cependant cette adaptation est parfois compliquée en raison de mécanismes internes du côté soignants comme du côté des patients. Se pose alors le problème de la juste distance, au cours de mes entretiens j'ai pu constater que comme tous les soignants interrogés ont une certaine expérience dans le domaine de la psychiatrie, ceux-ci ont appris à mettre en place des stratégies afin de trouver cette juste distance lorsqu'elle était compliquée. Certains m'ont parlé du fait de passer la main à un autre soignant de l'équipe et d'autres du vouvoiement. Dans mon cadre de référence je n'ai pas parlé du vouvoiement en tant que manière de garder cette juste distance.

Concernant mon sujet, les entretiens infirmiers et psychiatriques et la relation soignant/soigné, je remarque une forte corrélation entre les écrits des différents auteurs de mon cadre de références et les réponses apportées par les quatre IDE interrogés. Il en ressort que la plupart des soignants connaissent parfaitement le sujet des entretiens infirmiers du fait de leur carrière

et des formations proposées par leurs établissements. Cependant il semble que les soignants soient bien plus formés aux entretiens informels qu'aux entretiens formels, ou du moins qu'ils ne voient pas forcément de différence entre les deux, autre que la présence d'un médecin comme évoqué par Patrick. Toutefois il en ressort que pour Patrick, Ellie, Joséphine et Daphnée les entretiens infirmiers sont un soin au cœur de la pratique du métier d'infirmier en psychiatrie ayant une portée parfois au-delà de la seule relation soignant-soigné car la relation qui en découle peut comme énoncé par Daphnée mettre le soignant à la même hauteur qu'un médicament, la relation devient alors curatrice, de plus de part le recueil de données réalisé et les informations recherchées par l'infirmier au cours de l'entretien, celui-ci peut orienter la prise en charge du patient. Cela montre qu'au regard de tout ce qui a été évoqué par les soignants le cadre de l'entretien formel comme informel influence la relation soignant-soigné. En effet certains patients sont plus à l'aise dans un cadre informel que dans un cadre formel et inversement mais cela est totalement patient-dépendant et c'est au regard de l'évaluation faite par le soignant que le cadre de l'entretien est ajusté et influence la relation soignant-soigné. Ce constat m'amène à une question de recherche que je vais énoncer dans la partie suivante.

9 Question de recherche :

En réalisant ce travail de mémoire j'ai tenté de répondre à ma question de départ en réalisant une analyse croisée, c'est à dire en comparant les propos des différents auteurs de mon cadre de référence avec les réponses des soignants interviewés. En faisant cela, une autre question m'a interpellé :

En quoi la singularité du patient et du soignant influence t'elle la relation soignant-soigné ?

10 Conclusion :

Le travail présenté ici apporte une conclusion à mes trois années de formation en soins infirmiers. Au cours de cette formation j'ai pu acquérir des connaissances aussi bien théoriques que pratiques au travers des cours, des stages, des amis que je me suis fait et de ce travail de fin d'études. Tous les éléments de cette formation m'ont également permis d'en quelque sorte changer, je pense pouvoir affirmer que en ce qui me concerne je ne suis plus du tout le même que lorsque j'ai eu mon BAC en 2023.

En ce qui concerne ce travail de rédaction, d'entretiens et d'analyses, celui-ci m'a fourni un apport théorique considérable pour ma future pratique professionnelle en psychiatrie en plus de m'avoir permis de développer des questionnements sur cette future pratique. J'ai compris au cours des entretiens réalisés dans le cadre de ce travail comment les soignants adaptent le cadre de l'entretien à leur patient et comment cela impacte aussi la relation soignant-soigné.

J'ai également découvert par l'intermédiaire de mon cadre de références et des entretiens réalisés, l'importance des entretiens infirmiers en psychiatrie, avant de réaliser ce travail je savais déjà qu'il s'agissait d'un soin fréquent. Cependant par l'intermédiaire de ce travail j'ai pu constater l'importance de l'entretien infirmier dans la relation soignant-soigné et aussi l'impact que cette relation avait sur une hospitalisation en psychiatrie. De plus en réalisant ce travail j'ai également constaté l'importance de perpétuellement se poser des questions dans la pratique quotidienne du métier d'infirmier, il est nécessaire de se questionner, d'avoir une posture réflexive et de prendre du recul sur ce que nous faisons en permanence. Si je devais conclure ce travail par quelques mots qui me suivront tout au long de ma carrière, ils seraient : Réflexion, Compréhension et Éthique.

11 Bibliographie :

- Cléro, J-P. (2008). *Dictionnaire Lacan*. Paris : Éditions Ellipses.
- De Roten, Y. (2011). L'Alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ? In E. Collot (Eds), *L'alliance thérapeutique* (pp. 3-16). Paris : Dunod
- Dictionnaire de l'Académie Française. (2024). *relation*. En ligne <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R1460>.
- Dictionnaire de l'Académie Française. (2024). *entretien*. En ligne <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E1995>.
- Edith, S. (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, 98, 28-51. En ligne <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28?lang=fr#s1n3>.
- Farreyre, A., Ahern, E & Cloutier, L. (2010). L'entretien clinique. In Cloutier, L, Delmas, P & Dall'Ava-Santucci, J (Eds), *La pratique infirmière de l'examen clinique* (pp. 15-41). Bruxelles : De Boeck Université.
- Friard, D. (2024). Accueillir, un beau mystère* L'entretien informel en psychiatrie. *Perspective Soignante*, 80(1) , 42-70
- Friard, D. (2025). Les entretiens fréquents et de courtes durées. *Santé Mentale*, 294(1) , 50-55.
- Friard, D. (2025). Première rencontre, regards croisés. *Santé Mentale*, 297, 22-26.
- IFSI de Troyes. (2023) L'entretien infirmier en santé mentale. En ligne <https://www.ifsi-troyes.fr/sites/default/files/cours-entretien-ide-2022.2023.pdf>

Lanquetin, J-P. (2013). L'invisible réalité des soins informels infirmiers. *Soins Psychiatrie*, 284, 12-16.

Mazevet, C. (2011). Alliance thérapeutique et approche intégrative. In E. Collot (Eds), *L'alliance thérapeutique* (pp. 35-52). Paris : Dunod

Peroche, C. (2022). De l'entretien formel aux soins formels. *Soins Psychiatrie*, 341, 45-46.

Roudinesco, E & Plon, M. (1997). *Dictionnaire de la psychanalyse*. France : Arthème Fayard

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19, 151-188. En ligne <https://shs.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151?lang=fr>.

Training 83. (2025). *Relation soignant-soigné : voici la définition donnée par l'OMS et son importance dans la qualité des soins*. En ligne <https://www.t83.fr/infos/relation-soignant-soigne-voici-la-definition-donnee-par-loms-et-son-importance-dans-la-qualite-des-soins/>.

Touzet, P. (2013). L'éthique comme philosophie première du soin. *Soins Psychiatrie*, 284, 29-32.

Trégouet, S. (2013). L'informel ou comment construire la relation à l'autre. *Soins Psychiatrie*, 284, 21-24.

Turc, G & Samson, E. (2010). Système nerveux et état mental. In Cloutier, L., Delmas, P & Dall'Ava-Santucci, J (Eds), *La pratique infirmière de l'examen clinique* (pp. 143-185). Bruxelles : De Boeck Université.

Villeneuve, B. (2025). Observer au seuil de la rencontre. *Santé Mentale*, 297, 28-33.

Winnicott, D.W. (2011), *La relation parent-nourrisson*. Paris : Payot & Rivages

Table des Annexes :

Table des matières

Table des Annexes :	54
Table des matières	54
Annexe I : Le Guide d’entretien	I
Annexe II : Lettre de demande d’entretien	III
Annexe III : Autorisation d’entretien	VI
Annexe IV : Retranscription du premier entretien	VII
Annexe V : Retranscription du deuxième entretien	XIX
Annexe VI : Retranscription du troisième entretien	XXVI
Annexe VII : Retranscription du quatrième entretien	XXXII
Annexe VIII : Grille d’analyse	XLIII
Annexe IX : Autorisation de diffusion :	LVI

Annexe I : Le Guide d'entretien

Thèmes	Questions	Objectifs
introduction : définir le profil	· Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ? · Dans quel type de service travaillez-vous actuellement ? · Avez-vous reçu une formation spécifique aux entretiens infirmiers ?	Définir le profil de la personne auprès de laquelle je mène l'entretien.
Représentations de l'entretien infirmier	· Quelle importance accordez-vous à l'entretien infirmier dans votre pratique professionnelle ? · Quelle différence faites-vous entre entretien formel et entretien informel ? · Quel type d'entretien utilisez-vous le plus dans votre pratique quotidienne ? Pourquoi ?	Connaître les représentations qu'ont les professionnels interrogés sur la thématique des entretiens infirmiers et la place de ceux-ci dans leur pratique professionnelle.
Le cadre de l'entretien	· Que vous apporte le cadre formel (lieu, temps, objectifs) dans la relation avec le patient ?	Mettre en évidence l'importance du cadre de l'entretien infirmier en psychiatrie ainsi que son influence sur la relation soignant/soigné.

	· Dans quelles situations privilégiez-vous un entretien informel ? · Pensez-vous que certains patients sont plus réceptifs à un type de cadre qu'à un autre ? Pourquoi ?	
Relation soignant/soigné	· Quelle définition donneriez-vous à la relation soignant/soigné ? · Selon vous, en quoi le cadre de l'entretien influence-t-il la relation de confiance ? · Comment adaptez-vous votre posture relationnelle selon le cadre de l'entretien ?	Connaître les représentations qu'ont les professionnels à l'égard de la thématique de la relation soignant/soigné et mettre en évidence l'importance de l'entretien infirmier et du cadre dans la mise en place de cette relation.
Transfert / contre transfert	· Comment faites-vous pour garder une juste distance relationnelle ?	Établir les limites de la relation soignant/soigné et de l'entretien infirmier en psychiatrie. Mettre en évidence les stratégies que les professionnels mettent en place au regard de cette limite.

Annexe II : Lettre de demande d’entretien

TL

TESTE Louis

À : [REDACTED]

Lettre type de demande (1) (...)

112 Ko

Madame, la Directrice des Soins
Monsieur, le Directeur des Soins

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon travail de fin d'études portant sur la thématique des entretiens infirmiers afin de réaliser des entretiens auprès des professionnels de votre établissement.

Je vous prie de bien vouloir trouver en pièce jointe ma lettre de demande d'entretiens contenant toutes les informations nécessaires.

Vous en souhaitant bonne réception et vous en remerciant par avance.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Louis TESTE, étudiant en soins infirmiers de troisième année.

Répondre

Transférer

😊

Répondre

Répondre à tous

Transférer

BB

...

Mar 03/03/2026 19:14

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Teste Louis
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse :

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.16.35.62.24
Mail : lteste@erfpp84.fr

Avignon, le 03/03/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services : d'accueil crise fermé et ouvert, UMD, CMP et CATTP, auprès de la population soignante infirmière dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : le cadre de l'entretien formel ou informel et son influence sur la relation entre soignant et soigné en psychiatrie.

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire:

1 Questions d'introduction : définir le profil :

- Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ?
- Dans quel type de service travaillez-vous actuellement ?
- Avez-vous reçu une formation spécifique aux entretiens infirmiers ?

2 Représentations de l'entretien infirmier :

- Quelle importance accordez-vous à l'entretien infirmier dans votre pratique professionnelle ?
- Quelle différence faites-vous entre entretien formel et entretien informel ?
- Quel type d'entretien utilisez-vous le plus dans votre pratique quotidienne ? Pourquoi ?

3 Le cadre de l'entretien :

- Que vous apporte le cadre formel (lieu, temps, objectifs) dans la relation avec le patient ?
- Dans quelles situations privilégiez-vous un entretien informel ?
- Pensez-vous que certains patients sont plus réceptifs à un type de cadre qu'à un autre ? Pourquoi ?

4 Relation soignant/soigné :

- Quelle définition donneriez-vous à la relation soignant/soigné ?
- Selon vous, en quoi le cadre de l'entretien influence-t-il la relation de confiance
- Comment adaptez-vous votre posture relationnelle selon le cadre de l'entretien ?

5 Transfert / contre transfert :

- Comment faites-vous pour garder une juste distance relationnelle ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Annexe III : Autorisation d'entretien

HS

À : TESTE Louis

Bonjour,

Vous êtes autorisé à faire des entretiens dans le cadre de votre mémoire de fin d'études au sein du centre hospitalier de [REDACTED]

Cordialement,
La Direction des Soins

RESEARCH

1

Gestionnaire des stages
Direction des soins

1

1

[Facebook](#) | [Instagram](#) | [LinkedIn](#)

Répondre

Répondre à tous

Transférer

Mar 24/03/21

Annexe IV : Retranscription du premier entretien

Entretien numéro 1 :

Patrick IDE en UMD (Unité pour Malades Difficiles)

Retranscription :

- 1 **L :** Donc ma question d'introduction, c'est depuis quand est-ce que tu travailles en psychiatrie ?
- 2 **P :** Alors depuis 2023. Avant j'étais aide-soignant aux urgences somatiques et avant j'étais ASH
- 3 en maison de retraite, faisant fonction d'aide-soignant.
- 4 **L :** D'accord.
- 5 **P :** En fait, dès que j'ai eu mon diplôme d'infirmier en 2023, j'ai été intégré aux UMD
- 6 **L :** Okay. Est-ce que tu peux présenter un peu le service dans lequel on est ?
- 7 **P :** Alors les UMD, c'est un service spécifique de la psychiatrie. En fait, c'est les soins intensifs
- 8 de la psychiatrie. Ça permet de recevoir, en fait, les patients atteints de pathologies de psychose
- 9 les plus difficiles. En fait, c'est l'unité de malades difficiles. Donc c'est des patients qui vont être
- 10 sous contrainte, qui vont être en SDRE, en soins à la demande d'un représentant de l'État,
- 11 pendant une période donnée. Ça va être minimum 6 mois. Après, ils passent une commission
- 12 de suivi médical qui statue de leur évolution. Soit ils sortent ou soit ils restent avec nous encore
- 13 pour 6 mois de soins. Voilà. C'est une spécificité. C'est qu'on reçoit beaucoup de malades qui
- 14 ont fait beaucoup de psychiatrie depuis des années dans des services dits classiques, où ils
- 15 n'arrivaient pas, ils étaient en difficulté à être soignés ou soit ils étaient en auto- et hétéro-
- 16 agressivité à l'extérieur. Voilà la spécificité. Il y a un trajet patient, où ils arrivent en accueil
- 17 crise au Rubis. Après, ils viennent en consolidation via le Saphir et l'émeraude. Là, on est au
- 18 Saphir aujourd'hui. Et après, ils vont au Diamant, c'est une préparation à la sortie, où le cadre,
- 19 à chaque fois, le cadre du service est élargi. Ça fait qu'on donne de plus en plus d'autonomie
- 20 comparé au début. Voilà la spécificité. C'est que c'est des malades difficiles et on essaie de les
- 21 stabiliser au maximum avant de les redonner à l'hôpital d'origine.
- 22 **L :** Je vois. Et la dernière question concernant mon introduction, **c'est, as-tu une formation**
- 23 **spécifique aux entretiens infirmiers ?**
- 24 **P :** Alors, au Centre Hospitalier, il y a. Elle ne m'a pas été donnée de suite, mais il y a des
- 25 formations d'entretiens infirmiers 1 et 2, qui aident justement à dire des mots clés, avoir une

26 attitude spécifique à la psychiatrie, tout ça. Après, il y a aussi d'autres formations qui aident
 27 aussi à l'entretien, mais ce n'est pas spécifique à l'entretien, mais qui peut aider aussi à l'entretien
 28 comme euuuuh, j'ai un trou... OMEGA, la formation OMEGA, qui aide justement dans les
 29 situations de crise à orienter notre entretien spécifiquement sur l'émotion et tout ça. Cette
 30 formation, elle aide à la désescalade de la violence. Mais en entretien infirmier, on a une
 31 formation. Après, c'est d'autres formations. C'est parce qu'il y a aussi les entretiens de crise
 32 suicidaire, où on évalue la crise suicidaire. Du coup, toutes ces petites formations fait que
 33 euuuuh... il y a l'entretien. Parce que nous, vraiment, notre travail en psychiatrie, c'est d'abord
 34 le relationnel, et aussi le médicamenteux, mais d'abord il y a le relationnel.

35 **L :** Mais il y a une formation pour les entretiens infirmiers, niveau 1 et niveau 2. Niveau 1 et
 36 niveau 2 ? Tu es au niveau 1 ou au niveau 2 ?

37 **P :** Je n'ai que le niveau 1, et malheureusement, je crois que le niveau 2 n'existe plus sur le
 38 Vaucluse. Des fois, il y a des formations qui disparaissent comme ça, et j'ai demandé à avoir le
 39 niveau 2 parce que j'avais le niveau 1, et je crois que ça a disparu, le niveau 2.

40 **L :** Je vois. Donc tu as déjà le niveau 1.

41 **P :** Oui, déjà, où on nous apprend toutes les spécificités d'un entretien infirmier, comment parler
 42 aux patients, ce qu'il ne faut pas dire, la posture, plein de choses quoi en faite. C'est sur 3 jours,
 43 il me semble.

44 **L :** Donc là c'est bien, vu que c'était une question que j'allais poser à un moment, c'était ce que
 45 t'avais apporté cette formation, tu y as répondu aussi. Donc, maintenant, je vais partir sur les
 46 représentations de l'entretien infirmier. **Quelle importance accorde-tu à l'entretien infirmier**
 47 **dans ta pratique professionnelle ?**

48 **P :** Ben nous, c'est notre premier outil de travail en tant qu'infirmier, en psychiatrie. C'est
 49 vraiment... Ben ça évalue la thymie, ça évalue le comportement, ça évalue le délire, ça évalue
 50 plein de choses, l'entretien. C'est la première chose qu'on fait... Alors l'entretien informel, c'est
 51 ce qu'on fait tous les jours avec eux. Quand on parle avec eux, qu'on se pose 5 minutes ou le
 52 matin, on sait comment ça va être selon ce qu'ils vont verbaliser. Et après, il y a les entretiens
 53 plus formels où là, il y a le médecin, on se pose, c'est prévu une fois par semaine une telle date
 54 où on va se voir. Voilà, mais c'est primordial en fait, de leur faire verbaliser, de discuter, pour
 55 faire retomber un peu l'angoisse, l'anxiété euh, le délire euh, plein de choses. Ça a une place
 56 primordiale en fait, les entretiens, dans notre travail en psychiatrie.

57 **L : Je vois, quelle différence fais-tu entre les entretiens formels et informels ? Fin la grosse**
58 **différence.**

59 **P :** Ben c'est qu'ils sont organisés. L'entretien formel est organisé euh, il y a une date, une heure,
60 tout ça. Il y a un lieu pour pouvoir le faire, il y a un objectif qui est posé. Tandis que quand c'est
61 informel, c'est plus un patient qui va demander parce qu'il n'est pas bien. Donc là, c'est ponctuel,
62 il n'y a pas de truc, c'est juste discuter un peu avec lui, voir ce qui ne va pas, hmm, voir ce que
63 je peux apporter. C'est juste la temporalité qui n'est pas la même. L'autre est organisé, il a un
64 objectif, il y a quoique ce soit, le médecin, tout ça. Tandis que nous, dans les entretiens informels,
65 il n'y a pas de temporalité en faite. C'est ponctuel, comme ça. Il est angoissé, il a un délire qui
66 l'envahit, il a besoin de parler. Donc on est là pour ça quoi.

67 **L :** C'est sur évaluation, et... Donc on évalue la pertinence d'utiliser l'entretien informel dans
68 ce cadre-là. Et ensuite on...

69 **P :** C'est ça. Et toujours, que ce soit formel ou informel, il y a du coup des observations qui sont
70 faites derrière, avec des diagnostics infirmiers, de ce qu'on a repéré, et notre vocabulaire aussi
71 médical spécifique à la psychiatrie aussi. Donc on essaye, on émet des hypothèses, et avec nos
72 collègues, après on en rediscute. Ducoup, qu'est-ce qu'il en sort de cet entretien informel ? Ça
73 nous permet d'avoir une meilleure prise en charge derrière et une meilleure relation
74 thérapeutique avec le patient. Et du coup euh, les objectifs ne sont pas les mêmes. Parce que là,
75 on n'en sort pas trop d'objectifs, en fait, des entretiens informels. En fait, on... va surfer un peu
76 sur ce que le patient vas nous dire, tu vois. Tandis que l'entretien informel, il y a plus des
77 objectifs posés et on va essayer de le mener là où on veut. Il est... il est de fait aussi, avec des
78 entretiens informels aussi, des fois, selon ce qu'on veut aussi de notre entretien, du coup, s'il
79 fait une demande, on va essayer de rebondir aussi pour avoir tel et tel objectif aussi, lui faire
80 prendre conscience de sa maladie, des traitements, l'observance des traitements, tout ça. Ça
81 dépend ce qu'on veut mener aussi dans cet objectif, dans les entretiens.

82 **L :** Je vois. Et **quel type d'entretien utilises-tu le plus dans ta pratique quotidienne, en tous**
83 **cas ?**

84 **P :** Informel. (dit sans hésitation)

85 **L :** Informel. Et pourquoi ?

86 **P :** Euh, ben parce que, dû à la pathologie psy, il y a pas beaucoup, on appelle ça, d'insights, ça
87 veut dire peu de repères au niveau de la maladie. Ça fait que, pour eux, ils ne sont pas malades.
88 Ils sont ici, mais ils ne comprennent pas.

89 L : L'anosognosie ?

90 P : Oui voilà. L'anosognosie et l'insights, en faite c'est... c'est le fait de savoir ou pas si tu as
 91 une maladie. T'sais tu repères que tu as une maladie. L'anosognosie, c'est que tu n'es pas
 92 conscient d'avoir une maladie. Et l'insights, c'est les peu d'éléments qui disent peut-être que je
 93 suis en UMD, peut-être que je suis malade. En fait, là, il y a peu d'ouverture. Nous, on l'utilise
 94 comme euh, ouais en entretien informel ou avec des questionnements, des fois, qui laissent
 95 ouvert et qui puissent ouvrir le discours pour qu'on puisse essayer d'aller un peu plus loin la
 96 réflexion, avec des phrases bateau comme: c'est-à-dire, qu'est-ce que vous voulez dire par là ?
 97 des reformulations, pour essayer d'avoir euh quelque chose de concret de cet épisode, de cet
 98 entretien. Le but aussi, c'est de nous, que ça nous nourrisse quelque chose sur ce qu'on a besoin
 99 aussi. Par exemple, si il est dépendant aux consommations de toxiques, si on peut profiter de ce
 100 moment-là où il se pose des questions, de l'amener un peu sur le fait, pourquoi vous consommez ?
 101 qu'est-ce qui se passe ? et tout ça.

102 L : Favoriser l'introspection ?

103 P : Oui, voilà, c'est ça.

104 L : Concernant le cadre de l'entretien... Je parle un peu plus fort pour que l'appareil m'entende.

105 **Donc qu'est-ce que ça t'apporte, le cadre formel, le lieu, le temps, l'objectif dans la relation**
 106 **avec le patient ?**

107 P : Vu qu'ils sont en amont déjà ils savent déjà de quoi on va parler parce qu'on leur explique
 108 avant. Par exemple, le médecin et nous, on dit, "ben la prochaine fois, on va parler de ça". Ou
 109 alors, il va avoir un entretien téléphonique avec la famille ou quoi que ce soit. Du coup, on pose
 110 les conditions. Donc du coup ce qui permet en amont, c'est qu'ils permettent de réfléchir avant
 111 de ce qu'ils vont dire. Tu vois ce que je veux te dire ?

112 L : (fait un oui de la tête)

113 P : Ça va être moins réfléchi que dans... ça va être plus réfléchi que dans un entretien informel.
 114 Il y a les bases qui sont posées, ils savent de quoi on va parler. Donc du coup, ils préparent un
 115 peu l'entretien tu vois. Et au moins, ça nous aide aussi tu vois, à savoir de quoi on va parler avec
 116 lui. Lui, au moins, il va réfléchir un peu à ses réponses. Voilà, le plus qu'il nous aide, c'est à ça.

117 L : Il y a une élaboration préalable.

118 P : Ouais voilà, c'est ça, une élaboration. Et puis des fois aussi, on appelle les familles. On dit
 119 aux familles qu'on a besoin d'éléments, toujours en présence du patient. Et oui donc du coup,
 120 on appelle la famille. On essaie d'avoir des éléments avant la pathologie, avant le passage à

121 l'acte et tout ça. Et ça nous permet de discuter avec lui. Et donc du coup vu qu'il sait tout ça, il
122 se prépare avant tu vois.

123 **L :** Je vois. Et... **Dans quelle situation tu privilégies l'entretien informel ?** Je me répète par
124 rapport à ce que tu as dit tout à l'heure parce que t'y avait répondu...

125 **P :** Je privilégie l'entretien informel, comme je te dis, c'est au quotidien, ça plus, là, tu ne donnes
126 pas d'objectif ni rien. C'est juste le patient, lui, qui va venir te voir. Ou toi, tu as besoin de
127 réponses aussi au niveau du patient. Il y a quelque chose, tu te poses la question. Généralement,
128 c'est plus le patient qui vient nous voir. Malheureusement, on travaille avec des malades, des
129 schizophrènes. Des fois, ils ont des délires prenants. Ils ont besoin d'avoir un traitement, ils ont
130 besoin de parler de leur situation. Ils ont besoin de parler de leur devenir. Des fois, ils ont des
131 CSM, des commissions de suivi médical. Quand c'est une semaine avant la commission, ils
132 jouent six mois d'hospitalisation en plus. Donc ils ont besoin de parler. Des fois, ils sont
133 angoissés. Ce n'est pas rien tu vois. Ça dépend. C'est souvent sur des angoisses ou des délires
134 qu'on vient intervenir. Mais c'est vrai qu'au quotidien, c'est ça qu'on utilise le plus pour évaluer.
135 Parce que l'entretien formel est plus organisé. Donc du coup, on ne va pas l'utiliser tant que ça.
136 Tu vois ce que je veux te dire ? Ça demande plus de moyens.

137 **L :** Une organisation préalable ?

138 **P :** Ouais ben c'est ça.

139 **L :** **Est-ce que tu penses que certains patients sont plus réceptifs à un type de cadre qu'à**
140 **un autre ? Et pourquoi ?** Fin le cadre formel et informel.

141 **P :** Ben disons qu'ils vont être plus angoissés dans un entretien formel parce que du coup on
142 leur pose... C'est pas tous les jours. Ils ont un entretien toutes les semaines. Ils sont vus au
143 moins une fois par semaine par le médecin. Mais ce n'est pas la même angoisse que nous, qu'ils
144 nous voient tous les jours. Ça fait qu'en entretien informel, pour eux ben, c'est banal. C'est tous
145 les jours qu'on fait une évaluation. On fait des petits entretiens comme ça et avec eux. Ils nous
146 connaissent parce qu'on est là tous les jours. Là, c'est un entretien tous les jours. Avec nous, ils
147 connaissent, il y a moins de... euh... Comment on appelle ça ? Il y a moins de... Qu'avec le
148 médecin, il y a moins de...

149 **L :** Moins d'appréhension ?

150 **P :** Ouais, pas ça. Plus de choses derrière.

151 **L :** De cogitation ?

152 P : Ouais, non... De euh... Comment on appelle ça ? euh... Le fait que quand ils font avec un
 153 médecin et nous, ça n'a pas la même portée. Après, tu vois ce que je veux te dire ?

154 L : Oui, c'est...

155 P : Nous, on fait des entretiens. C'est plus important avec le médecin tu vois qu'avec nous. Tu
 156 vois ce que je veux te dire ? Derrière, après, la portée que ça a tu vois ce que je veux dire ?
 157 Oui, ils anticipent la... Parce qu'ils peuvent potentiellement, suivant ce qu'ils disent, ils peuvent
 158 potentiellement avoir, entre guillemets, une conséquence.

159 Ouais, voilà, ça a moins de conséquences avec nous qu'avec le médecin. Tu vois ce que je veux
 160 te dire ? Quoi qu'avec nous, c'est important aussi. Parce qu'on est des soignants. Mais ce n'est
 161 pas pareil dans un entretien médical qu'un entretien infirmier, pour eux. Tu vois ce que je veux
 162 te dire ? Ça a moins de conséquences, en fait, derrière. Peut-être que c'est ce que je cherchais
 163 un peu, conséquence.

164 L : J'ai cherché le mot, et je cherche toujours le mot. Mais on s'est compris. (Rire de Patrick et
 165 moi)

166 P : Voilà. Ce n'est pas vraiment ça que je cherchais. Mais bon, c'est... Voilà. Les conséquences,
 167 elles, ne sont pas les mêmes. Parce que nous, c'est du quotidien. On va relayer quand même au
 168 niveau des observations infirmières. Mais disons qu'avec le médecin, ça a une importance au
 169 niveau du suivi médical. Tu vois ? S'il y a un mot du médecin, ce n'est pas pareil que s'il y a un
 170 mot d'un infirmier. Tu vois ce que je veux te dire ?

171 L : Le relationnel n'est pas le même aussi.

172 P : C'est ça. Là, on parle de traitement avec lui, avec le médecin. Ils parlent de traitement, ils
 173 parlent de tout ça. Nous, avec nous, il va parler plus des trucs de la vie de tous les jours. Tu
 174 vois ? Même si des fois, ils viennent nous voir pour un traitement ou pour reformuler ce qui a
 175 été dit avec le médecin aussi quand ils n'ont pas compris. Tu vois ? Nous, on essaie de leur
 176 expliquer. Parce que des fois, ils arrivent... ils sortent du médecin et “ ouais j'ai pas compris ce
 177 qu'il a voulu dire le médecin” parce qu'ils n'osent pas le faire répéter. Donc nous, derrière, on
 178 essaie de re expliquer. Il y a une reprise.

179 L : Il faut faire une reprise des annonces.

180 P : C'est ça.

181 L : Donc, ça tombe bien, on parlait de la relation. Mais c'est mon thème ensuite. Donc
 182 concernant la relation, **quelle définition tu donnerais à la relation soignant-soigné ?**

183 **P :** Hmm... Alors nous, alors en somatique aussi, elle est importante. De toute manière,
184 discuter avec les gens, c'est toujours... Mais la relation ici, alors elle est ambiguë. Parce que du
185 coup, comme je te dis, déjà, ils sont sous contrainte. Donc, il faut bien comprendre que pour
186 eux, ils ne sont pas malades. C'est des patients, c'est des malades difficiles, donc d'où les UMD.
187 Donc, pour eux, ils ne sont pas malades. Donc du coup, cette relation, ils sont enfermés sans
188 leur consentement d'ici. Donc du coup, elle est difficile, tu vois, la relation de tous les jours. Ça
189 fait qu'ils ont beau être polis, machin et tout parce que vu que le cadre ici de l'unité est contenant,
190 les infirmiers aussi, ça fait contenant, alors ils ont une confiance, mais des fois approximative.
191 Tu vois ce que je veux te dire ? Ils savent où ils sont, en fait. Ils savent qu'ils sont aux UMD.
192 Voilà. Donc, il y a leurs pathologies qui ont des éléments de persécution. Donc, pour eux, ils
193 font, "ouais, je suis enfermé contre mon gré, rien, mais si jamais je ne fais pas, je vais aller en
194 iso, on va me faire une injection." Tu vois, ils ont peur de ça aussi. Ils ont peur aussi de la
195 "réprimande" qui va derrière et de rester plus longtemps. Donc, la relation, elle est importante.
196 C'est important d'être là pour eux, de répondre à leurs questions et d'être... comment ça
197 s'appelle ? d'évaluer leur thymie, d'évaluer leur délire et tout ça. Mais en même temps, ça peut
198 faire des mois et des mois que tu as une bonne relation. Un jour, si le délire vient, elle peut
199 s'abaser, tu vois. Donc, la relation de soin pour moi, ici, elle est essentielle, mais en même
200 temps, pas acquise. Elle doit s'acquérir tous les jours, tu vois. Tous les jours, on doit être vigilant.
201 C'est pas parce qu'elle est là qu'elle est définitive. Tu vois ce que je veux te dire ? Dans le
202 somatique, tu vas faire une relation avec un patient, il n'y a pas d'enjeu, tu vois. Je veux te dire,
203 si ça se passe bien, généralement, jusqu'à la fin de l'hospitalisation, le patient, il t'aime bien. Ici,
204 tu es dans un genre un peu de conflit interne. Ils sont sans consentement. Ils ne sont pas
205 conscients d'être malades. Donc, du coup, elle est difficile. Mais elle est essentielle aussi à notre
206 travail, pour qu'on puisse travailler avec eux. Voilà.

207 **L :** Et parfois, il y a aussi un peu d'ambivalence dans les...

208 **P :** Ah oui, oui, elle y est tous les jours. Elles sont plus ou moins prononcées, l'ambivalence,
209 mais elle y est quoi. Parce que c'est le typique de la schizophrénie. Là où on a le plus de patients
210 schizophrènes, où l'ambivalence, elle est prononcée. Alors, un coup ils te disent oui, un coup
211 ils te disent non... Très difficile, par exemple, on fait une sortie thérapeutique. Par exemple, on
212 prévoit qu'un jour, trois semaines avant la sortie thérapeutique, elle va te dire, "oui, oui, oui".
213 Le lendemain, "ah non, non, je ne veux pas y aller". Et deux jours après, "ah oui, oui, je veux
214 y aller". Jusqu'au dernier moment. (Rire) Et donc, du coup, des fois on travaille ça,

215 malheureusement, et que ce soit pour les sorties thérapeutiques, et que ce soit pour les
216 traitements. Parce que pareil, on essaie de dire, on va passer à tel traitements. Ben Ils ont peur,
217 ils sont tout machin. Parce que du coup, ils ne sont pas malades. Donc, ils n'ont pas besoin de
218 traitements pour eux. Et du coup, il y a des blouses blanches qui essayent de leur dire, ah ben
219 non, il faut que vous preniez tel et tel médicament. Et donc, du coup, c'est ça pour eux tous les
220 jours. Et en plus, avec les sentiments de persécution qu'ils ont, les interprétations qu'ils font, le
221 thème de la maladie, enfin, le thème de la... de délire, la maladie, si c'est paranoïa ou
222 schizophrénie, ce n'est pas la même, tu vois. Fin c'est... Nous, on doit jouer avec tout ça. Donc
223 c'est pour ça que la relation, elle est primordiale. Et c'est pour ça qu'il faut bien connaître sa
224 clinique pour pouvoir faire telle et telle relation avec un paranoïaque ou un schizophrène ou un
225 borderline.

226 **L :** Parce que ça nécessite une adaptation constante au patient.

227 **P :** C'est ça. Parce que ce n'est pas parce qu'il existe une schizophrénie et plusieurs
228 schizophrènes. Ça fait que il y a la schizophrénie qu'on t'apprend à l'école et il y a les
229 schizophrènes, en fait. Lui, ça va plus être affectif. Lui, ça va être plus avec un aménagement
230 psychopathique. Tu vois, ça va être... Parce que tu as la personnalité et le caractère de la
231 personne. Ça n'a rien à voir. La culture... il y a plein de choses qui entrent en jeu, en fait.
232 C'est une différence avec le somatique où il y a une pathologie...

233 **L :** Oui, voilà. Mais tu soignes un... La pathologie psy, c'est une maladie qui est aussi en lien
234 avec la personne et sa manière de voir le monde.

235 **P :** Oui, c'est ça. Tandis que dans le somatique, tu soignes une plaie. Tu n'as pas besoin de...
236 Enfin, entre guillemets, il faut expliquer les soins, mais tu n'as pas besoin de discuter pendant
237 3 heures. Tu vas soigner ta plaie, tu vas partir, tu vois, tu vas expliquer. Tandis que là, lui, il faut
238 lui expliquer le traitement, pourquoi, comment. Il y a le niveau de compréhension. Parce que,
239 des fois, il y en a qui ne sont pas allés beaucoup à l'école. Il y en a qui sont allés très loin, mais
240 il n'y en a pas du tout. Donc, des fois, au niveau capacité intellectuelle, c'est difficile. Tu vois
241 je veux dire, il faut qu'on s'adapte aussi à chaque personne et à chaque pathologie, en fait.

242 **L :** Je vois. Et **selon toi, en quoi le cadre de l'entretien influence-t-il la relation de confiance ?**

243 **P :** Selon moi le cadre de... Tu peux me répéter ta question, s'il te plaît ?

244 **L :** Selon toi, en quoi le cadre de l'entretien influence-t-il la relation de confiance ?

245 **P :** Ben...(souffle en cherchant ses mots) Au jour le jour, ben des fois tu sais, ils sont un peu
246 intolérants à la frustration. Quand tu fais des entretiens, par exemple, juste avant, tu as dit non

247 à certains trucs, parce qu'ils sont très... Ils veulent tout, tout de suite. C'est de la spontanéité.
248 Dès qu'ils demandent quelque chose, il faudrait le faire. Et du coup, des fois, le fait que tu
249 n'aïlles pas dans leur sens, du coup ça peut jouer sur la confiance qu'ils ont en toi. Mais quand
250 même, elle est importante. Il ne faut pas dire à chaque fois qu'ils ont raison, ou quoi que ce soit.
251 Il ne faut pas leur dire oui, oui, oui à chaque fois. Des fois, malheureusement, il y a des éléments
252 où on essaie de remettre un peu dans la réalité et le cadre de l'unité, où on ne peut pas faire
253 n'importe quoi non plus. Par exemple, les portables sont interdits, ils disent à telle heure ils
254 mangent. Tu vois, Il y a le fait, que ça, ça abrase aussi l'entretien, parce que tout ça, l'air de rien,
255 c'est des contraintes pour eux. Du coup, ça abrase un peu la relation qu'ils ont avec nous,
256 l'alliance thérapeutique.

257 **L :** Oui, et aussi, fin le cadre est aussi... je parle de la psychothérapie institutionnelle, c'est que
258 le cadre est thérapeutique aussi.

259 **P :** Oui, il est fait pour ça, en fait. Parce qu'ils sont d'abord au rubis, où c'est un accueil crise,
260 où là, c'est très fermé, très strict. Ils se couchent à telle heure, il y a beaucoup de contraintes.
261 Après, nous, ici, on enlève un peu de contraintes, où ils ont le droit de regarder la télé, faire un
262 petit peu plus de... En fait, on élargit un peu les contraintes à chaque épisode, en fait. À chaque
263 fois qu'ils passent d'un service à un autre. Tu vois ce que je veux te dire, le principe, c'est que
264 nous on élargisse le cadre à chaque fois, et qu'ils puissent après retourner dans un service dit
265 classique de psychiatrie.

266 **L :** C'est pour élargir le cadre jusqu'à se rapprocher de l'extérieur. C'est agrandir à chaque fois
267 qu'on se rapproche un peu plus de l'extérieur.

268 **P :** C'est ça. Notre but, c'est ça. C'est qu'ils gagnent en autonomie, qu'ils soient plus stabilisés à
269 chaque fois, à chaque étape, en fait. Quand ils vont mieux, que l'accueil crise, qu'ils arrivent à
270 parler, le délire, il est un peu moins probant. Hop, ils viennent chez nous. Nous, on joue encore
271 pendant 6 mois, 1 an, à essayer de travailler avec eux le fond du travail, parce que c'est pas là-
272 bas où ils font la pathologie et tout comme ça. Enfin, quoique ils commencent à le faire un peu
273 plus au rubis. Nous, ici, on va jouer d'autres enjeux où on va ouvrir un peu plus le cadre. Et
274 après, il y a les diamants, où eux, là, ils ouvrent un peu plus au niveau autonomie, mais ils
275 continuent quand même le travail de fond. Par exemple, si il y a une consommation toxique, le
276 délire, tout comme ça. Parce qu'on sait que des fois, consommer des toxiques, c'est ça qui va
277 potentialiser le délire. Tu vois ce que je veux dire ?

278 L : Voir faire décompenser. C'est vrai que, en même temps, pour un schizophrène, parfois, une
 279 BDA peut être induite par des toxiques.

280 P : C'est souvent. Mais il existe des schizophrénies qui sont induites, pas forcément par des
 281 toxiques. Déjà, il y a une structure qui était un peu... (cherche ses mots)

282 L : Le trouble de la personnalité schizotypique ?

283 P : Ouais mais après, des fois, ça peut rester là aussi, les troubles de la personnalité. Ça fait
 284 qu'ils sont entre la limite, entre la psychose et la névrose en faite. Et après, des fois, ils peuvent
 285 basculer. Mais des fois, non. Des fois, il y a des patients où il y a eu isolement, chute des notes
 286 scolaires, et tout comme ça. Et sans forcément de toxiques derrière. Alors, c'est plus rare que
 287 oui, il y a beaucoup, c'est des prises de toxiques assez jeunes, qui sont devenues schizophrènes.
 288 Ou alors, des fois, on a des patients aussi qui sont devenus schizophrènes avec des chocs post-
 289 traumatiques aussi.

290 L : Pardon, je me suis écarté de mes questions. (Rire)

291 P : Oui, c'est toi qui écris (Rire).

292 L : Mais, ça m'intéresse aussi.

293 P : Oui, après, c'est toi qui va écrire. (Rire)

294 L : **Comment tu adaptes ta posture relationnelle selon le cadre de l'entretien ?**

295 P : Euh... Ben Déjà, au niveau posture, je ne suis pas pareil quand je suis avec le médecin.
 296 Parce que ça va être le médecin qui va plus parler et moi, à la limite, je vais donner des
 297 compléments d'information. Là, je suis plus là pour assister le médecin, entre guillemets, même
 298 si des fois, on fait l'entretien à deux. Quand je suis tout seul avec là, des fois, je suis là pour
 299 désamorcer l'angoisse, dés-escalader un peu de la violence qu'ils ont, et tout comme ça. Je suis
 300 là, en fait, je m'adapte à comment ils sont. Si par exemple, il est violent dans ses propos, il est
 301 hétéro-agressif avec les autres. Là, par contre, j'adapte mon entretien en disant, "tu vas te calmer."
 302 Là, je suis plus pour essayer... alors, de faire une désescalade, mais au début, un peu directif tu
 303 vois. Dire, "attention, calme-toi". Je suis là aussi pendant des heures. Ça dépend dans quelle
 304 attitude est le patient et qu'est-ce que je dois faire, en fait. Tu vois ce que je veux dire ?

305 L : Oui je vois, c'est que la posture relationnelle s'adapte à la personne plus qu'au cadre de
 306 l'entretien en lui-même.

307 P : C'est ça, là, comme la feuille que je t'ai donné, il y a des mécanismes de défense aussi qui
 308 sont chez les personnes aussi. Ça dépend de la projection. Ça dépend de ce qu'ils ont en fait.
 309 C'est pour ça qu'il faut avoir une clinique assez fluide pour comprendre assez vite qu'est-ce qui

310 se joue. Par exemple, des fois, ils sont énervés. En fait, la projection, ça va être du fait que ils
 311 vont projeter leurs propres sentiments sur quelqu'un ou sur quelque chose, sur un objet, en fait.

312 **L :** Un transfert ?

313 **P :** Ouais, non, pas un transfert, la projection. Qui vont être sur... sur le transfert, c'est plus
 314 inconscient. C'est ce qui va jouer. Alors il existe aussi le transfert, ici, et le contre-transfert. Par
 315 exemple, un patient qui va faire un transfert inconscient de sentiments. Par exemple, je vais lui
 316 rappeler à quelqu'un qu'il n'aime pas ou quoi que ce soit. Et moi, le fait qu'il est aigri, des fois,
 317 on a des contre-transferts d'équipe qui font qu'on a du mal à... à s'occuper de ce patient-là. Parce
 318 que, du coup, il y a un contre-transfert négatif de l'équipe tu vois, envers ce patient parce que
 319 du coup il amène quelque chose de malsain, tu vois, des trucs comme ça. Ça peut exister tu vois.
 320 Des fois, les psychopathes, souvent, qui font de la manipulation, qui essaient de manipuler tout
 321 le temps, toujours négocier.

322 **L :** Le cadre ils aiment pas trop, parce qu'ils essayent...

323 **P :** Ouais voilà, ils essayent toujours d'aller contre le cadre en fait. Ils essaient toujours un peu
 324 de gratter, de négocier.

325 **L :** Parce qu'il y a une certaine opposition à la loi, en général.

326 **P :** Ouais c'est ça.

327 **L :** Et aussi envers le père aussi. Je parle par rapport au cadre de référence.

328 **P :** Aaaaah ouais.

329 **L :** Concernant la dernière question, qui est sur la thématique du transfert et du contre-transfert,
 330 **comment fais-tu pour garder une juste distance relationnelle au quotidien ?**

331 **P :** Ben je pars du principe que moi, je les vouvoie. Alors j'ai beaucoup de mes collègues qui
 332 tutoient. Moi, pour éviter ça, je vouvoie. Moi, je trouve que ça n'empêche pas la relation de
 333 confiance même de vouvoyer. J'essaye de pas juger de ce qu'ils ont fait. Je sais, j'ai leur dossier...
 334 Moi, j'ai accès au dossier. La différence entre eux et nous, c'est qu'eux ils n'ont pas accès à ma
 335 vie, mais moi j'ai accès à la leur. Et ça c'est déjà aussi quelque chose. J'ai leur dossier, où j'ai
 336 toute leur vie. Ils sont marqués. Et des fois pour eux, c'est intrusif. Parce que eux ils ne savent
 337 pas ma vie à moi, tu vois ce que je veux te dire ? C'est que ils ont pas un dossier sur moi en me
 338 disant, Patrick, il a dit telle et telle chose. Ça, ça joue aussi dans la relation. Et je me rappelle
 339 aussi que eux, entre guillemets, s'ils sont là, ce n'est pas là pour rien. Dans ma tête, je me dis,
 340 voilà, je suis là pour pas juger ce qu'ils ont fait. Je suis là pour les accompagner, mais en
 341 n'oubliant pas derrière qu'ils ne sont pas là pour rien. Voilà. Même si, des fois, il y a des choses

342 qui te blessent. Moi, par exemple, j'avais fait un transfert. Il y avait un patient qui avait mon
343 âge, qui avait une bonne situation et du coup qui a décompensé qui a tué sa maman. Du coup,
344 il a tout perdu et donc il a perdu la garde de sa fille, il a divorcé et tout ça. C'était très difficile.
345 Vu qu'il a à peu près le même âge que toi, tu te dis qu'on n'est jamais à l'abri de rien. Lui en fait
346 au début, ils avaient vu un trouble bipolaire et à la fin ça a été un trouble schizoaffectif. Il fait
347 de la schizophrénie mais avec un versant thymique. Des fois c'est dur parce qu'il avait un bon
348 relationnel et tout mais l'air de rien il avait fait ça. Il avait fait un gros passage à l'acte.
349 Même s'il était tout gentil en service. Mais faut pas oublier pourquoi ils sont venus aussi. Mais
350 t'es là quand même pour les accompagner tu vois. C'est ça qui est difficile en fait dans la relation
351 tout court avec les humains. C'est ça, c'est que si tu travailles avec de l'humain donc des fois
352 c'est difficile, ça te renvoie à des choses aussi. Tu vois ce que je veux te dire ?
353 **L :** Oui je vois.
354 **P :** Sur ça, moi mon truc de tous les jours déjà c'est la barrière, c'est la première barrière c'est
355 le vouvoiement. Après il y a le cadre du service, le fait que je sois infirmier aussi, que c'est
356 professionnel. Je suis pas dans un parc à faire des connaissances et en même temps je suis là
357 pour les accompagner sans les juger, sans juger ce qu'ils ont fait. Parce que c'est des personnes
358 malades et qu'ils ont besoin de soins. Voilà, pour moi j'essaye de toujours. Et sans tout ça oublier
359 ce qu'ils ont fait avant pour mieux les accompagner aussi. Parce que du coup si je sais pas ce
360 qui s'est passé avant, je peux pas les accompagner, tu vois ce que je veux dire. Et que moi j'ai
361 entre guillemets accès à leur vie quoi.
362 **L :** Mais qu'eux n'ont pas accès à la tienne, c'est assez asymétrique.
363 **P :** Ouais c'est ça, malheureusement elle y est.

Annexe V : Retranscription du deuxième entretien

Entretien numéro 2 :

Ellie IDE en CATTP

- 1 **L : Donc, depuis combien de temps tu exerces en psychiatrie ? Ça fait 14 ans Dans quel**
2 **service est-ce que tu travailles actuellement ?**
- 3 **E :** Alors, je travaille dans un CATTP, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.
4 **L :** Et avant ?
- 5 **E :** Alors, là actuellement ça fait 2 ans que je suis dans ce service. Sinon auparavant j'ai travaillé
6 pendant 10 ans aux urgences psychiatriques à Et auparavant encore j'ai travaillé pendant 2
7 ans et demi en service de resocialisation.
- 8 **L :** Je vois. **Et est-ce que tu as une formation spécifique aux entretiens infirmiers ?**
- 9 **E :** Oui, du coup j'ai eu, par le biais des formations qu'il y avait, j'ai pu avoir une formation
10 d'entretien infirmier niveau 1 et niveau 2.
- 11 **L :** Concernant la représentation d'entretien infirmier, **quelle importance est-ce que tu**
12 **accordes à l'entretien infirmier dans ta pratique professionnelle ?**
- 13 **E :** Selon moi, l'entretien infirmier c'est vraiment le cœur de notre métier. C'est ce qui permet
14 de créer un lien avec le patient au fil du temps. Du coup, voilà, qu'est-ce que j'ai dit ? Un lien
15 de confiance ?
- 16 **(Allan)**Ouais, c'est une confiance.
- 17 (coupe)
- 18 **E :** Voilà, c'est vraiment un soin relationnel. Donc du coup voilà, c'est un soin qui permet de
19 créer du lien. Ça rentre dans nos pratiques quotidiennes. Et c'est un précieux outil pour faire
20 une évaluation sur l'état psychique du patient en question.
- 21 **L :** Je vois et **quelle différence est-ce que tu fais entre un entretien formel et un entretien**
22 **informel ?**

23 E : Alors, l'entretien formel, c'est ce qui est prévu. Donc, il va être planifié sur un lieu, un temps
24 donné, avec des objectifs précis, etc. Et par contre, un entretien informel, c'est plutôt, ça va
25 être... de façon inopinée. Du coup, il va arriver voilà à n'importe quel moment de la journée.
26 Un patient dont on va voir que d'un coup, il est angoissé, on va lui proposer un entretien qui
27 n'était pas forcément prévu au départ. Et du coup, ça peut être pas forcément dans un bureau.
28 Et du coup, l'objectif va se définir au fur et à mesure de l'entretien.

29 L : Je vois. Et **quel type d'entretien utilises-tu le plus dans ta pratique quotidienne et**
30 **pourquoi ?**

31 E : Alors, au CATTP, on utilise un peu les deux. On utilise et à la fois l'entretien formel et
32 informel. On utilise l'entretien formel dans un entretien d'accueil pour faire connaissance avec
33 le patient, pour envisager ses besoins. Et ses motivations à venir au CATTP, les activités qu'il
34 veut y faire. Par contre, au quotidien, après, quand le patient sera en place dans le service, du
35 coup, ça va être plus des soins... des entretiens informels.

36 L : Donc, concernant le cadre de l'entretien, **qu'est-ce que t'apporte le cadre formel en**
37 **termes de lieu, de temps et d'objectif dans la relation avec le patient ?**

38 E : Alors, le cadre formel, selon moi, ça apporte un cadre rassurant au patient. Dans le sens où
39 ça va être à des horaires fixes, souvent planifiés. On donne des pistes de travail au patient.
40 Donc, du coup, il n'y a pas de surprise sur les sujets qui vont être abordés. Et puis, en même
41 temps, c'est un lieu où il y a une dualité entre le soignant et le soigné. Et du coup, comme il y a
42 une relation de confiance, du coup, il va plus facilement pouvoir se livrer et pouvoir se livrer à
43 des confidences.

44 L : Et donc, **dans quelle situation tu privilégies un entretien informel ?**

45 (coupe)

46 E : Alors, du coup, au CATTP, ça peut être... C'est souvent lors d'ateliers thérapeutiques. Alors,
47 comme exemple, il y a plusieurs ateliers qui en font l'objet. Par exemple, au détour d'une activité,
48 ça va être l'occasion de parler d'un sujet, soit de leur enfance, soit de leur vie actuelle sur leur
49 solitude. Souvent, c'est des sujets qui reviennent, le deuil, la solitude, l'isolement, voilà. Et du
50 coup, ils peuvent en parler et même en parler de façon groupale. Les relations familiales aussi,
51 c'est un autre sujet qui revient régulièrement. Et donc, voilà, ils peuvent en parler ensemble.
52 Des fois, trouver des solutions ensemble aussi. Ils n'ont pas forcément besoin de nous. Et nous,

53 on peut avoir un regard, on apprend des choses aussi sur leur vie à ce moment-là, sur leur
54 personnalité. Voilà, c'est aussi intéressant que ça se fasse en groupe que de façon individuelle,
55 finalement. Et après, ça peut se faire aussi de façon individuelle. Quand on voit qu'il y a un
56 patient qui n'est pas bien dans un atelier, on peut le prendre à part et, je ne sais pas, aller fumer
57 une cigarette avec lui, boire un café, voilà. Et des fois, oui, ils nous sollicitent aussi. C'est même
58 eux qui viennent vers nous pour nous demander de l'aide, notre écoute et nos conseils, si on
59 peut. Parce que des fois, on ne peut pas toujours, on n'a pas forcément les réponses à tout. Déjà,
60 on accueille la parole. Et puis, ensuite, on essaie d'apaiser, de reconforter. Et puis, on fait surtout
61 de notre mieux.

62 **L : Et penses-tu que certains patients sont plus réceptifs à un type de cadre qu'à un autre ?**
63 **Et pourquoi ?**

64 **E :** Alors, il y a des patients, effectivement, pour lesquels un entretien formel ne sera pas
65 forcément adapté parce qu'ils sont tellement ancrés dans la pathologie. On n'aurait pas
66 forcément de résultats à mettre en place des entretiens planifiés. Il n'y aurait pas forcément
67 d'intérêt. Alors qu'en entretien informel, en s'intéressant plutôt à ce qu'ils font dans les ateliers,
68 en les valorisant sur ce qu'ils font, tout ça, on obtiendra beaucoup plus de leur part en termes de
69 confidences et de révélations, d'expressions corporelles, plutôt que, par exemple, on a des
70 patients qui sont dans une psychose telle, tellement avancée et tellement grave que, du coup, le
71 contact est compliqué. Et l'accès à la parole est compliqué aussi. Voilà. Donc, du coup, on ne
72 peut pas... Les moyens d'entrer en contact, c'est le support de soins, les ateliers.

73 **L :** Je vois. D'ailleurs, ça tombe bien, je vais maintenant parler de la relation soignant-
74 soigné. Donc... **quelle définition est-ce que tu donnerais à la relation soignant-soigné ?**

75 **E :** Alors, pour moi, la relation soignant-soigné... Alors, il y a forcément... Déjà, la relation
76 soignant-soigné, c'est une relation entre êtres humains, déjà. Et puis, c'est deux personnalités
77 qui se rencontrent. Des fois, ça matche, des fois non. C'est pour ça qu'il ne faut pas hésiter à
78 passer le relais quand ça ne fonctionne pas. La relation soignant-soigné, c'est aussi une histoire
79 de transfert et de contre-transfert. Parce que du coup, forcément, inconsciemment et des fois
80 consciemment, on va projeter des choses sur la personne qui nous soigne. Voilà. Et c'est très
81 bénéfique d'ailleurs en psychothérapie, ça se voit souvent. Et nous, en tant qu'infirmiers, on n'y
82 échappe pas non plus. Souvent, les patients projettent sur nous, nous idéalisent aussi. Quoique,
83 pensent qu'on ne traverse aucun problème dans la vie, qu'on est existentiel, qu'on n'a aucun

84 problème existentiel. Alors qu'on est comme tout le monde, on fait avec nos propres failles, nos
85 propres carences. On est des êtres humains aussi. Et du coup, la relation soignant-soigné, c'est
86 aussi ce transfert et ce contre-transfert qui est inévitable, qui est souhaitable même dans la
87 relation et qui se travaille au fur et à mesure. Parce que ce qui peut être souhaitable en début de
88 relation n'est pas forcément souhaitable tout du long. C'est-à-dire qu'au bout d'un moment, si la
89 personne voit en toi une maman, bon ben ok, il va falloir travailler sur ça. Déjà se questionner
90 pourquoi elle nous voit en tant que maman, en tant que mère. Et du coup, aussi arriver à ce
91 qu'elle se détache de ça au fur et à mesure. C'est comme un cordon à couper quoi.

92 **(Claire)**C'est la rencontre entre deux personnes.

93 **E :** Voilà

94 **L :** D'ailleurs, je bifurque un peu, mais au regard de tout ça et du transfert contre-transfert,
95 **comment tu fais pour garder une juste distance relationnelle ?**

96 **E :** Alors, c'est compliqué parfois. C'est compliqué parfois parce que, comme je te dis, nous
97 aussi on traverse nos propres difficultés. Et que des fois, on peut avoir aussi en face de nous des
98 personnes qui nous... de par leur histoire, on peut aussi se reconnaître. Donc c'est assez poreux,
99 tu vois. Donc du coup, on peut aussi être émus des fois par... Excuse-moi, tu peux me rappeler
100 la question ?

101 **L :** C'est comment fais-tu pour garder une juste distance relationnelle ?

102 **E :** Oui, voilà. Ben voilà, c'est compliqué aussi. C'est compliqué parce que des fois, il nous
103 renvoie aussi nos propres émotions, qu'on apprend à gérer aussi au fur et à mesure du temps.
104 Ça s'apprend. Je ne suis pas la même infirmière maintenant que ce que j'étais hier et je ne serai
105 pas la même infirmière dans 20 ans que ce que je suis aujourd'hui.

106 **L :** C'est beau.

107 **E :** (rigole)Et du coup... Excuse-moi, elle est compliquée ta question. Tu peux me la répéter ?
108 C'est comment fais-tu pour garder une juste distance relationnelle ?

109 (coupe)

110 **E :** Du coup, voilà. La juste distance, c'est vraiment assez vaste. Du coup, ça ne va pas être la
111 même en fonction du patient. Par exemple, un patient qui est déficitaire, ça va être très
112 compliqué de le vouvoyer. Donc, la relation va plutôt s'établir dans le tutoiement. Ce sera plus

113 facile et pour lui et pour nous. Parce que déjà, dans sa présentation, il aura une présentation
114 enfantine. Donc, du coup, on ne vouvoie pas des enfants. Du coup, voilà. Et puis, la juste
115 distance, alors des fois, on peut... Moi, j'estime, et ça c'est mon avis personnel, j'estime que pour
116 qu'un patient nous donne de lui des informations, il faut aussi savoir en donner nous-mêmes.
117 Alors, j'entends, on ne va pas raconter sa vie. Mais il y a des fois, on peut aussi raconter des
118 expériences personnelles qu'on a traversées pour leur montrer que c'est faisable, que ça existe,
119 qu'ils pourront eux aussi trouver les clés pour s'en sortir. Voilà. La juste distance, c'est vraiment...

120 **(Claire)** C'est propre à chacun.

121 **E :** Et oui, c'est ça.

122 **(Claire)** C'est propre à chaque soignant.

123 **E :** Oui, c'est ça. Chaque soignant va trouver ses propres... Parce qu'il faut savoir se préserver
124 aussi. Et ça, c'est important. Parce qu'il y a un moment donné où le patient aussi... Il faut faire
125 attention aux barrières parce qu'il y a un moment donné, si tu mets pas assez de barrières, le
126 patient, il va en profiter. Surtout, certaines personnalités vont en profiter pour s'engouffrer dans
127 la faille et devenir intrusive dans ta vie. Tu comprends ? Donc, il faut quand même savoir se
128 protéger. Mais ça, s'apprend avec le temps. Il faut bon nombre d'expériences pour y arriver.

129 **(Claire)** On a besoin pour soigner les patients.

130 **E :** Oui. C'est d'adopter une bonne posture professionnelle. Voilà, c'est important d'être dans...
131 En fait, il y a un savoir-être en tant que soignant en psychiatrie à avoir... Et trouver la bonne...

132 **(Allan)** Distance.

133 **E :** La bonne distance. Le bon sens. Voilà. Oui.

134 **L :** J'avais bifurqué pour parler de mon dernier item parce que tu commençais déjà à en parler
135 par rapport à la thématique du transfert-compte-transfert. Je repars sur la relation souvent
136 soignée. Fin techniquement, le transfert-compte-transfert fait aussi partie de la relation souvent
137 soignée.

138 **E :** Oui.

139 **L :** Donc, **selon toi, en quoi le cadre de l'entretien influence-t-il la relation de confiance ?**

140 **(Coupe)**

141 E : Tu me reposes la question ?

142 L : Donc, selon toi, en quoi le cadre de l'entretien influence-t-il la relation de confiance ?

143 E : Alors, la relation de confiance... Eh bien, on peut la retrouver, selon moi, dans les deux cas
 144 de figure et dans le cadre formel et informel. Alors, dans le cadre informel, pour moi, la relation
 145 de confiance, elle va s'instaurer parce que, par exemple, à n'importe quel moment de la journée,
 146 le patient peut se trouver en difficulté. Voilà. Et du coup, nous, notre job, ça va être d'être là à
 147 n'importe quel moment. Tu comprends ? Et du coup, le patient se dit que, quoi qu'il en soit, à
 148 n'importe quel moment où je vais me sentir mal, il y aura un soignant pour être là pour moi.
 149 Donc, du coup, la confiance, elle va s'instaurer comme ça. Où il saura que, quoi qu'il arrive, il
 150 ne sera jamais tout seul. Après, dans un cadre formel, en entretien planifié, la relation de
 151 confiance, elle s'établit parce que ça va être plus sur du long terme et sur la durée où, du coup,
 152 le patient va pouvoir venir déposer tout ce qu'il a à dire aux soignants. Il va pouvoir préparer
 153 ses questions. Il va pouvoir... Ouais, préparer ses questions...

154 L : Il y a une élaboration préalable.

155 E : Ouais exactement. Et, en fait, si, par exemple, il y a un entretien hebdomadaire, il aura toute
 156 une semaine pour réfléchir aux pistes que le soignant lui aura données. Tu comprends ? Donc,
 157 c'est un travail au long cours, en fait, les entretiens formels. Alors que les entretiens informels,
 158 on répond un peu plus dans l'urgence, surtout en cas de crise d'angoisse ou quoi que ce soit, tu
 159 vois. Et après, par exemple, quand on fait aussi nos ateliers, au détour de nos ateliers, la relation
 160 de confiance, elle se fait parce que on va parler aussi de nos propres expériences et, du coup, ça
 161 rejoint un peu ce qu'on disait tout à l'heure, quoi. On va aussi donner de notre personne ce qui
 162 fait que c'est un échange, plus que... En fait, c'est un entretien déguisé, mais, en fait, ça
 163 ressemble, vu de l'extérieur, ça ressemble à une discussion lambda. Mais nous, on a quand
 164 même en tête des objectifs, à savoir mieux les connaître. Voilà.

165 (Claire) Il y en a quand même des objectifs informels.

166 E : C'est ça. Qui viennent au fur et à mesure.

167 L : Donc, en fait, si l'informel a un objectif, quelque part, la seule différence, ce serait le cadre.

168 E : Oui. Complètement.

169 L : Donc, et la dernière question. **Comment adaptes-tu ta posture relationnelle selon le cadre**
 170 **de l'entretien ?**

171 E : Ma posture professionnelle, c'est-à-dire ?

172 L : Posture relationnelle, je veux dire.

173 E : Posture relationnelle ?

174 L : Oui.

175 (coupe)

176 L : Donc, comment tu adaptes ta posture relationnelle selon le cadre de l'entretien ?

177 E : Alors, ma posture relationnelle selon... Alors, il n'y a pas vraiment de différence suivant le

178 cadre de l'entretien. C'est-à-dire qu'en fait, ça va être suivant la personne. C'est-à-dire que ma

179 posture sera la même en entretien formel et en entretien informel. Si je dois me montrer cadrante

180 dans un cadre informel, je le ferai. Si je dois me montrer cadrante dans un entretien formel, je

181 le fais également. Et pareil, si je dois me montrer à l'écoute, ça sera la même chose. Ensuite,

182 par contre, ce qui peut au CATTP se poser, c'est que, par exemple, des fois, on est en sortie

183 thérapeutique. Il y a des choses qu'on ne peut pas reprendre sur l'instant T. Donc, on va devoir

184 différer. C'est-à-dire qu'on remarque quelque chose, un comportement inadapté chez un patient.

185 On le remarque. On sait, on prévient ou pas le patient, qu'on va en reparler à distance. Voilà. Et

186 du coup, c'est là où il y aura un temps d'attente entre le moment... On ne peut pas réagir tout de

187 suite, tout le temps, forcément. Donc, des fois, les choses, elles vont être reprises à distance,

188 tout simplement. Donc, là, on est obligé de s'adapter, d'avoir une posture relationnelle où on

189 s'adapte à la situation, au contexte extérieur. Voilà, c'est tout.

190 L : Eh bien, merci pour cet entretien.

191 E : Merci à toi Louis.

192 L : C'est terminé.

Annexe VI : Retranscription du troisième entretien

Entretien numéro 3 :

Joséphine IDE en service de Post Crise fermé.

- 1 **L** : Donc concernant mes questions à introduction, c'est depuis combien de temps est-ce que tu
2 exerces en psychiatrie ?
- 3 **J** : Alors là actuellement je suis diplômée du coup de décembre 2022. J'ai débuté ma carrière
4 d'infirmière en janvier 2023 du coup directement en psychiatrie. Donc maintenant ça fait trois
5 ans et trois mois que actuellement je travaille en poste dans le secteur de la psychiatrie.
- 6 **L** : Et c'est quoi ton parcours ?
- 7 **J** : Mon parcours, j'ai obtenu mon bac, j'ai fait une prépa infirmière. Après la prépa infirmière,
8 j'ai attaqué directement ma formation infirmière et puis j'ai effectué plusieurs prises de poste en
9 tant qu'aide-soignante aussi pendant mes études, mais c'était plutôt en maison de retraite. Et
10 après, diplômée décembre 2022, j'ai attaqué directement sur l'Adamant qui est un accueil post-
11 crise fermé sur l'hôpital de ...
- 12 **L** : Donc t'as déjà répondu à ma deuxième question qui était dans quel type de service travailles-
13 tu actuellement ?
- 14 **J** : Bah du coup l'unité Adamant maintenant qui a changé de nom récemment qui est un accueil
15 post-crise fermé qui accueille des soins libres, des soins sous contraintes, tout type
16 d'hospitalisation.
- 17 **L** : Et tu travailles ici depuis ta sortie de diplôme ?
- 18 **J** : C'est ça, janvier 2023.
- 19 **L** : Est-ce que tu as reçu une formation spécifique aux entretiens infirmiers ?
- 20 **J** : Alors oui, j'en ai reçu deux différentes proposées du coup par l'hôpital deAprès en
21 général, selon les spécificités des formations, on va avoir un peu un item au cours de la
22 formation sur les entretiens infirmiers, comment aborder le sujet, par exemple sur le thème du
23 suicide, pour l'évaluation, ce genre de choses.
- 24 **L** : Donc n'y a plus, cette histoire de niveau 1 et de niveau 2 ?

25 **J** : Alors ça, ça n'existe plus de mémoire, de tête comme ça. C'est une formation qui englobe
 26 tout. En fait, c'était pour refaire un petit peu le point sur ma pratique parce qu'il y a eu plusieurs
 27 intervenants qui ont changé, du coup plusieurs... Après ça rejoint plus ou moins les mêmes
 28 thèmes.

29 **L** : Je bifurquait un peu parce que ça m'intéressait aussi. (rire)

30 **J** : Non t'inquiète, pas de soucis.(rire)

31 **L** : Donc, j'entame le sujet avec la représentation de l'entretien infirmier et **quelle importance**
 32 **accordes-tu à l'entretien infirmier dans ta pratique professionnelle ?**

33 **J** : Alors l'entretien infirmier, à mon sens, c'est une pratique qu'on réalise couramment, tous les
 34 jours, dans notre pratique. C'est ce qui va permettre un peu de recueillir des données, de faire
 35 une évaluation, que ce soit verbale ou non verbale, concernant le ressenti du patient, ses
 36 émotions, au niveau de l'efficacité aussi des traitements, des effets indésirables. C'est ce qui va
 37 permettre aussi, surtout, enfin, en général, mais beaucoup en psychiatrie, je trouve, de travailler
 38 tout ce qui va être l'adhésion au soin quand il n'y a pas la conscience des troubles. Ça va être
 39 aussi, du coup, de travailler la conscience des troubles avec le patient. C'est ce qui va permettre
 40 de créer la relation de confiance, le lien de confiance, et ainsi d'apaiser, en quelque sorte, la
 41 souffrance psychique du patient. Je me répète. (rire)

42 **L** : (Rire) T'inquiète je pense que je vais te faire répéter aussi après, vu que t'as répondu en
 43 partie à l'autre question. Donc, **quelle différence fais-tu entre un entretien formel et un**
 44 **entretien informel ?**

45 **J** : Alors, pour moi, l'entretien formel, c'est ce qui va être les entretiens médicaux avec les
 46 médecins, que ce soit généraliste, le psychiatre. Ça va être tout entretien réalisé à l'entrée du
 47 patient, au niveau de sa sortie. Pareil, ça va être des entretiens pour un plan de prévention. C'est
 48 ce qui va permettre un petit peu de structurer la sortie. Avec le patient lui-même. Ça va peut-
 49 être aussi, selon les demandes des patients et leurs questionnements, tout ce qui va être
 50 éducation thérapeutique autour de leur traitement, des diagnostics, ce genre de choses. Et
 51 informel, ça va être complètement aléatoire. Tout et rien à la fois, je peux dire comme ça. Ça
 52 va être à la demande du patient, ça va être moi aussi pendant mes tours, en général, sur le service,
 53 quand je vais passer du temps avec les patients, ce genre de choses.

54 **L : Je vois. Et quel type d'entretien utilises-tu le plus dans ta pratique quotidienne et**
55 **pourquoi ?**

56 **J :** Alors, ça c'est une très bonne question. (rire) Je dirais que formel, c'est... c'est régulier parce
57 que des entrées-sorties, on en a régulièrement et que des... des entretiens médicaux, pareil, c'est
58 ce qui fait un peu partie de notre quotidien. Mais informel aussi, moi, je dirais plus informel
59 pour le coup. Euh, Pourquoi ? Parce que souvent, les patients demandent spontanément des
60 entretiens sans nécessairement que ce soit organisé derrière. C'est, par rapport à certaines
61 permissions, selon leurs demandes, c'est vraiment des choses qui vont se faire de manière plus
62 spontanée.

63 **L :** Et tu m'avais dit aussi, juste avant, que toi aussi, tu amorçais parfois des entretiens informels.

64 **J :** Oui, complètement. Ça peut être à la demande du patient ou à ma demande à moi si je vois
65 que...Bah que le faciès est assez crispé, je vais entreprendre un entretien informel. Si je vais
66 voir un état, un changement quelconque au niveau de l'état du patient, je vais pareil, engager.
67 Quand il y a des modifications de traitements, j'hésite pas aussi à entreprendre de manière
68 spontanée, lors de l'administration des traitements d'ailleurs, tout ce qui est éducation
69 thérapeutique, au niveau des résultats de prise de sang, pareil, je vais faire plusieurs entretiens
70 à ce niveau-là. En général, après, ils demandent.

71 **L :** Je vois, donc là, j'entame mon deuxième item, le cadre de l'entretien.

72 **J :** Il y a combien d'items ? (rire)

73 **L :** (rire) Attends, je te dis ça, il y en a 4.

74 **J :** Okay, Okay ça vas (rire)

75 **L :** Donc, le cadre de l'entretien, **qu'est-ce que t'apporte le cadre formel en termes de lieu,**
76 **de temps et d'objectif dans la relation avec le patient ?**

77 **J :** Alors, le cadre formel, c'est clairement pour moi un temps spécifique au patient, c'est ce qui
78 va permettre de favoriser la considération, la revalorisation. Je trouve que c'est ce qui permet
79 de donner un temps calme et parfois même contenant selon le contexte, c'est assez rassurant
80 pour le patient. Ça permet aussi de structurer au niveau de la prise en charge, au niveau de
81 l'organisation, de ce qu'ils recherchent, de leurs demandes, de leurs objectifs. Je mets même
82 parfois en place une sorte de programmation d'entretien au jour le jour avec une horaire où je

83 leur demande de faire une sorte de checklist des points qu'ils souhaitent aborder, que ce soit un
84 entretien médical ou infirmier, parce qu'ils ont tendance à, selon l'anxiété, la désorganisation, à
85 oublier beaucoup de points, ce qui peut être très anxiogène pour eux d'ailleurs. Oui, non, je
86 dirais que c'est plus structuré, c'est le mot. (rire)

87 **L : C'est plus structuré, et dans quelles situations est-ce que tu privilégies un entretien**
88 **informel ?**

89 **J : Oh.**

90 **L : Tu m'avais déjà donné plusieurs situations dans lesquelles tu mettais en place un entretien**
91 **informel.**

92 **J : Aaaah en fait, c'est vraiment au feeling. Après, si je vois que c'est vraiment en fonction de**
93 **l'évaluation clinique, de mon recueil de données, quand je vois qu'ils ne sont pas bien ou même**
94 **quand ils sont bien, comment ils se sentent. C'est vraiment aléatoire. Je ne saurais pas quoi**
95 **répondre à celle-là.**

96 **L : C'est pas grave, t'y a déjà quand même répondu. Et penses-tu que certains patients sont**
97 **plus réceptifs à un type de cadre qu'à un autre, et pourquoi ?**

98 **J : Aaaaah Complètement, complètement. Surtout les patients présentant un niveau d'anxiété**
99 **assez élevé, qui ont tendance à être dans l'hyper contrôle, tout anticipé, ce genre de choses, c'est**
100 **ce qui va permettre de beaucoup plus les rassurer, beaucoup plus les organiser aussi, que ce soit**
101 **sur le plan comportemental ou psychique. Et pour les patients, pareil, qui ont tendance à être**
102 **accélérés, désorganisés, je mets en place comme des sortes de plans d'entretien qui permettent**
103 **vraiment de les structurer eux et de l'entretien du coup. En tout cas, ça ne marche pas toujours,**
104 **mais de ce que je peux voir, c'est que ça permet d'un peu plus les organiser, un peu plus de les**
105 **organiser.**

106 **L : Je vois. Maintenant, mon avant-dernier item, sur la relation soignants-soignés. Quelle**
107 **définition tu donnerais à la relation soignants-soignés ?**

108 **J : La relation soignants-soignés, pour moi, c'est un lien assez unique, d'ailleurs, de confiance**
109 **qui va plutôt tendre à l'apaisement, l'amélioration de l'état clinique. Ça va être un**
110 **accompagnement qui va permettre de complètement recentrer l'individu dans sa globalité, dans**
111 **son autonomie, tout en respectant son autonomie, ses valeurs. Ce qui va permettre de favoriser**
112 **tout ce qui est adhésion aux soins, avec la conscience des troubles, parce que c'est vrai que les**

113 soins sont contraintes quand il n'y a pas d'adhésion aux soins et de conscience des troubles, c'est
114 très très compliqué. Ça a clairement sa place dans le métier d'infirmière, c'est clairement la base,
115 je dirais, de tout.

116 **L :** Particulièrement en psychiatrie.

117 **J :** Oui, surtout en psy, j'ai l'impression. C'est vrai que je n'ai pas fait d'autres secteurs à part en
118 stage, mais c'est que la dimension humaine, elle est partout, mais beaucoup plus en psychiatrie.

119 **L :** Je vois. Et selon toi, **en quoi le cadre de l'entretien influence-t-il la relation de confiance ?**
120 (le Dati se met à sonner, l'entretien se poursuit)

121 **J :** Complètement, c'est clairement une évidence pour moi. Je dirais que le fait de dédier un
122 temps spécifique au patient, ça lui accorde une certaine importance, une certaine considération,
123 et le fait qu'il se sente écouté, ça le revalorise complètement.

124 **L :** Je vois, désolé, le DATI avait sonné. **Comment adaptes-tu ta posture relationnelle selon**
125 **le cadre de l'entretien ?**

126 **J :** Euh, déjà en fonction de l'état clinique du patient, en fonction de son adhésion aux soins, sa
127 compliance aux soins aussi. Après, je vais complètement m'adapter, que ce soit au niveau de la
128 proximité, de ma hauteur, de mon ton, les mots que je vais choisir aussi. Et parfois même le
129 toucher, si je vois qu'il recherche un peu le contact physique avec une main qui sont assez
130 réceptifs. Je ne vais pas non plus les prendre dans mes bras, leur faire des gros gâtés, (rire) mais
131 une caresse sur la main, une main posée sur une épaule, si je vois qu'ils sont en demande, je
132 vais doser, mais je vais quand même me mettre en place.

133 **L :** Je vois donc là on arrive déjà sur mon dernier item, qui est juste une question. **Comment**
134 **fais-tu pour garder une juste distance relationnelle ?**

135 **J :** Alors, ce n'est pas toujours facile. C'est même assez complexe, mais quoi qu'il arrive, ça va
136 être le vouvoiement, l'adaptation complète. Après, si je vois que vous savez qu'en psychiatrie,
137 il y a des histoires de vie assez difficiles, assez complexes, qui peuvent renvoyer des choses
138 personnelles. Quand je vois que c'est trop difficile, j'hésite pas à prendre mes distances et à
139 passer le relais aux collègues. Parce que le but, ce n'est pas de me mettre ni moi en difficulté,
140 ni le patient non plus. Mais non, je n'hésite pas à passer le relais quand c'est comme ça, quand
141 ça se passe, quand ça arrive.

142 L : Je vois. Et sinon aussi, il y a quelque chose que j'ai oublié d'aborder tout à l'heure sur
143 l'introduction. C'est concernant la formation aux entretiens infirmiers. Qu'est-ce qu'elle t'a
144 apporté ?

145 J : Ah ça a permis clairement de beaucoup plus structurer mon recueil de données.

146 L : C'est vrai que j'avais tendance à prendre des informations de manière assez désorganisée,
147 on va dire. Et c'est vrai que ça permet que ce soit sur le recueil de données ou l'entretien,
148 d'aborder de manière plus cadrée mes entretiens infirmiers.

149 J : Et bien, c'est terminé. Super. (rire des 2) Merci pour ces entretiens.

150 L : Et bien, merci à toi

Annexe VII : Retranscription du quatrième entretien

Entretien numéro 4 :

Daphnée IDE en service d' Accueil Crise Fermé

- 1 **L:** Donc, concernant les questions d'introduction, depuis combien de temps est-ce que tu
2 exerces en psychiatrie ?
- 3 **D:** Bientôt 4 ans. Ça fait 6 ans et demi que je suis sur l'hôpital de ..., depuis mon début de
4 carrière. **L:**
- 5 Et dans quel type de service tu travailles actuellement ?
- 6 **D:** En accueil crise fermée, qui est un service d'entrée. Pour ainsi dire, j'ai fait que ça en fait.
7 J'en ai fait deux différents, mais je n'ai fait que ça.
- 8 **L:** Donc, ça fait 7 ans cette typologie dans deux services différents.
- 9 **D:** Oui.
- 10 **L:** Est-ce que tu as reçu une formation spécifique aux entretiens infirmiers ?
- 11 **D:** J'ai reçu, je dirais plutôt une initiation. Il y a plusieurs formations d'entretiens infirmiers sur
12 l'hôpital. Il y a des niveaux 1, 2. Et moi, j'ai fait l'entretien infirmier de niveau 1, il y a à peu
13 près un an.
- 14 **L:** Qu'est-ce que ça t'a apporté ?
- 15 **D:** Ça m'a permis d'avoir des petites phrases. Globalement, je me suis rendu compte que ce
16 qu'on m'apprenait dans la formation, je le faisais tout dans ma vie de tous les jours et qu'il y
17 avait beaucoup de choses acquises que je ne percevais pas. Mais après, ça m'a appris surtout à
18 avoir des petits tips, des phrases pour amorcer des conversations, ou pour faire retomber aussi
19 des situations un petit peu problématiques. Voilà, globalement.
- 20 **L:** Je vois. Là, je commence avec mon premier item, la représentation de l'entretien infirmier.
21 Donc, **quelle importance tu accordes à l'entretien infirmier dans ta pratique**
22 **professionnelle ?**

23 **D:** Pour moi, je vais dire que c'est presque ce qui devrait ou ce qui prend le plus de place. Parce
24 que je classe l'entretien infirmier, je le mets pour moi dans le soin relationnel. Et je trouve que
25 le soin relationnel, pour moi, c'est ce qu'il y a de plus important en psychiatrie. C'est ce qui
26 prime. Malheureusement, au vu de la façon dont sont gérées les institutions, on n'a pas vraiment
27 toujours le temps. Mais c'est ce qui devrait être mis au cœur de la prise en charge pour moi.

28 **L:** Je vois. Et **quelle différence fait tu entre entretien formel et entretien informel ?**

29 **D:** Pour moi, l'entretien formel, c'est tout ce qui va être, en effet, protocolisé, où il y a une trame,
30 un guide pour arriver d'un point A à un point B. En tout cas, pour espérer arriver à ce point B.
31 L'entretien informel, c'est plus des temps finalement un peu volés avec le patient, quoi. Autour
32 d'une cigarette, autour d'un café, autour de toujours quelque chose d'agréable pour lui. Des fois,
33 ça l'est moins, mais quelque chose qui soit plus rassurant et qui ne fait pas forcément référence
34 à une relation soignant-soignée.

35 **L:** Donc, l'entretien informel ne dépendrait pas forcément que de la relation soignant-soignée,
36 mais plus de quoi, du coup ?

37 **D:** Pour moi, c'est... Dans la perception que ça renvoie au patient, l'entretien informel, c'est plus
38 humanisant. Et donc, du coup, il y a peut-être des fois des choses qui sont dites dans un cadre
39 informel qui ne le seraient pas dans un entretien avec un psychiatre, dans un entretien d'accueil
40 ou autre, quoi.

41 **L:** Okay je vois. Donc oui, c'est plus...

42 **D:** Il y a moins d'enjeux pour le patient.

43 **L:** Mais c'est un lien qui est différent dû à la portée de l'entretien.

44 **D:** Tout à fait. Je trouve que ça peut vraiment créer une alliance thérapeutique beaucoup plus
45 forte.

46 **L:** Oui, c'est aussi du relationnel, mais un relationnel qui est différent, qui est beaucoup plus...
47 ben informel, du coup.

48 **D:** C'est ça. Il n'y a pas cette posture où... C'est presque comme si on enlevait notre blouse,
49 finalement, même si on l'a. Au niveau de la connotation que s'en font les patients, c'est différent.
50 Il n'y a pas d'enjeux pour eux. Ils ne se disent pas, si je dis ça, peut-être que je ne vais pas sortir,
51 ou si je ne prends pas mon traitement là, peut-être que, ben... Il n'y a pas l'enjeu de se dire, purée,

52 il faut vraiment que je rentre dans un moule pour pouvoir faire en sorte de renvoyer le change,
53 quoi.

54 **L:** Ça, on en reparlera aussi dans le reste de mes questions, ça. Et **quel type d'entretien utilises-**
55 **tu le plus dans ta pratique quotidienne, et pourquoi ?**

56 **D:** Moi, clairement, je pense que c'est l'entretien informel, en fait. Je suis une personne qui met
57 beaucoup d'humour dans ma relation aux patients. Ça désamorce certaines choses, et du coup,
58 ça amorce beaucoup de discussions. Je pense que l'entretien informel, c'est ce que j'utilise le
59 plus. Je ne suis pas autant à l'aise, je n'utilise pas autant la parole dans un entretien formel avec
60 un psychiatre, où je suis plus en observatrice, pour le coup, où je ne suis pas autant à l'aise
61 quand on va négocier un traitement, et que là, c'est beaucoup plus formel, parce que je suis plus
62 à l'aise en intimité avec le patient, quoi. Là, avec les collègues, en général, il y a un meneur.
63 Souvent peu importe l'entretien formel, il y a souvent un meneur, parce qu'on essaye de ne pas
64 trop interagir, de venir interférer dans une conversation avec le patient, pour ne pas trop le
65 perturber. Et c'est vrai que, moi, ça me met moins à l'aise, parce que j'ai un peu l'impression...
66 Je perds un peu mes mots, quoi. Donc, c'est vraiment ce que j'utilise le plus, et c'est là où j'arrive
67 peut-être à obtenir le plus de choses, dans ce type d'entretien.

68 **L:** Et quel type de choses ?

69 **D:** Euh je sais pas, ça peut être des choses très basiques. Ton patient qui ne veut pas ranger sa
70 chambre, parce que c'est le bazar dans la pièce, que tu sais que ton agent ne va pas pouvoir
71 passer pour faire son ménage, son tour. Ben... Moi, j'essaie d'être plutôt... Ouais... Je vais à leur
72 rencontre, je ne suis pas forcément alertée à tout le monde pour faire un truc. On en discute, on
73 reçoit le patient, ça l'infantilise quelque part. Voilà, ça va être vraiment tout ce type de choses-
74 là, où je l'utilise. Un patient qui refuse un pansement, quelque chose, voilà.

75 **L:** Je vois. C'est très intéressant. C'est pour ça que j'ai rajouté des questions qui n'étaient pas...

76 **D:** Mais y'a pas de problème.

77 **L:** en précision.

78 **D:** Je ne sais pas si je réponds exactement aux questions comme tu le souhaiterais, mais...

79 **L:** Si, tu y réponds. C'est comme tu envoies des pistes (rire de nous 2)... En fait, j'essaie d'y
80 aller dessus aussi.

81 **D:** Ça marche.

82 **L:** Donc, concernant mon deuxième item, c'est le cadre de l'entretien. Il y a quatre items, je
83 précise. **Qu'est-ce que t'apportes le cadre formel, en termes de lieu, de temps et d'objectif,**
84 **dans la relation avec le patient ?**

85 **D:** (silence, elle réfléchit pendant plusieurs secondes) Je trouve qu'on est dans une psychiatrie...
86 Donc, on parle vraiment du cadre formel hein. On est dans une psychiatrie où le temps va vers
87 l'ouverture des droits et de la liberté des patients, mais qu'à la fois, ce cadre formel, ça renvoie
88 à une relation qui n'est pas du tout unilatérale. Je... Pour moi, le lieu, c'est souvent un bureau
89 médical, euh... ou le bureau infirmier, quand tu accueilles ton patient en hospitalisation, ou
90 alors une chambre. Ben un bureau, c'est ce que je disais tout à l'heure. Vraiment, ça peut
91 renvoyer au patient qu'il n'a pas toujours son mot à dire. Moi, c'est ce que j'en pense. Même si
92 je trouve qu'on évolue. En sept ans, ça a déjà beaucoup évolué, alors que ce n'est pas si
93 longtemps que je travaille finalement, même si je commence un peu à faire mon expérience
94 dans le milieu. Mais il y a quand même beaucoup de choses qui se sont assouplies. Mais je
95 trouve que le cadre formel n'assouplit pas du tout le cadre de soins. On n'est pas tous d'accord
96 là-dessus avec mes collègues, mais moi je... ça nous enlève du temps informel, ça nous enlève
97 du temps de qualité avec nos patients. Des trucs bêtes, mais faire un coloriage, faire un café
98 avec eux, ça peut paraître anodin, mais c'est du soin pour moi. Voilà. Et l'objectif pour moi du
99 cadre formel, il est souvent (souffle en regardant ailleurs, réflexion)... pour obtenir... Je ne sais
100 pas comment dire en fait. Je ne sais pas trop comment dire ça... Oui, c'est vrai que dans le cadre
101 formel, il y a toujours un objectif bien précis, tu vas te le fixer avant même de faire quoi que ce
102 soit finalement, que tu retrouves peut-être moins dans l'informel. Mais les objectifs, c'est varié
103 finalement. C'est pour beaucoup de choses. Mais souvent, c'est pour... Je ne sais pas, c'est pour
104 rester dans quelque chose de très... Quand on reçoit des patients, c'est pour l'accueil, ouais
105 t'explique comment ça fonctionne dans le service. L'objectif, il est hyper...

106 **L:** Cadré et pas vraiment modulable.

107 **D:** C'est ça ! Pas vraiment modulable... (là Daphnée met une main sur sa bouche) Et puis, il y
108 a un autre mot que je cherche, mais qui ne me revient pas, c'est que c'est... Oui, c'est pas
109 modulable, c'est pas mal comme mot.

110 **L:** (en parlant du dictaphone parce que Daphnée mettait sa main sur sa bouche) Euh, là, je ne
111 crois pas qu'il t'entende.

112 **D:** Oh pardon, excuse-moi. (rire de nous deux)

113 **L:** Donc, **dans quelle situation est-ce que tu privilégies l'entretien informel ?** Du coup, tu y

114 as répondu un peu avant, c'est pour ça que je me disais que...

115 **D:** Oui.

116 **L:** (je complète ma phrase) Ça allait être répété.

117 **D:** Bon, c'est pas grave. Je l'utilise... En fait, je l'utilise presque tout le temps. (rire) C'est-à-dire,

118 je ne sais pas, un patient... On a des bureaux qui ressemblent à des bulles. C'est très vitré, les

119 patients nous voient en permanence, mais finalement, les portes sont fermées, ils n'ont pas accès

120 à nous. Donc, il y a toujours quelqu'un à cette vitre, en train de taper, qui a une question,

121 finalement. Ce qui peut se comprendre, ce qui peut s'entendre. Donc, pour moi, le... Je privilégie

122 le... les entretiens informels à toutes demandes qui sont... formulées à ce moment-là. Peu

123 importe que moi, j'y réponde ou pas. C'est-à-dire que... Peut-être que le patient va venir me

124 poser une question, me faire une demande qui n'est pas... qui n'est pas à mon niveau pour... pour

125 prendre une décision. Qui est peut-être plus une décision médicale, tout ça. Mais peu importe,

126 que ça engage quand même une discussion avec ce patient. Et donc, un entretien informel, parce

127 que peut-être que si t'as la réponse, tant mieux. Tu vas développer une discussion avec lui. Si

128 t'as pas la réponse et que tu dois attendre le médecin, qui souvent n'est pas là, ça va générer

129 une frustration. Et puis derrière, tu vas mettre en place un entretien. Donc en fait, moi je pense

130 que la formalité, elle y est tout le temps. Tout le temps, tout le temps, tout le temps. Voilà.

131 C'est... En soi, moi quand j'entends entretien, c'est parce que derrière, tu vas y mettre un objectif.

132 Le fait que ça soit... que tu mettes le mot entretien informel. Tu vas y mettre un objectif. Okay,

133 là, je vais avoir un temps informel avec mon patient. Le but, c'est peut-être que j'arrive à obtenir

134 qu'il soit un peu plus éduqué sur son diabète. Je te dis une bêtise, tu vois. Parce qu'on a un

135 patient actuellement qui est dans cette situation-là et qui n'est pas du tout en capacité d'entendre

136 que peut-être il est diabétique. Donc c'est quotidien, en fait. Tu mets un objectif. Mais au final,

137 des fois, je m'engage dans une conversation avec lui où moi je ne suis pas venue avec mes

138 objectifs en me disant, là, je vais venir parler avec lui. Je vais faire ça, ça, ça. Ça va être informel

139 et tout machin. Mais le but, peu importe dans quel sens je vais, le but, c'est que je puisse arriver

140 à avoir un petit peu avancé là-dessus. Des fois, ton entretien il se guide...

141 **L:** Il se guide lui-même vers la problématique.

142 **D:** Oui, c'est ça.

143 **L:** Vers une problématique type.

144 **D:** C'est ça.

145 **L:** Okay., c'est que je reformule en même temps.

146 **D:** Oui, tu as raison. Parce que je ne suis pas très très forte pour trouver des mots, moi.

147 **L:** (assez déstabilisé par le fait que Daphnée se dévalorise, je bafouille puis je continue) mais

148 après... c'est ce que tu veux dire, c'est...

149 **D:** Oui, c'est ça. Exactement.

150 **L:** Okay. Et est-ce que tu penses que certains... (on se met à parler en même temps) Pardon,

151 continue.

152 **D:** Pardon. J'allais dire, j'utilise tout le temps. Moi, je pense qu'on l'utilise tout le temps. C'est

153 juste qu'on met un mot sur quelque chose pour dire que ça existe. Mais... On le fait tout le

154 temps. On va ouvrir la porte, on va voir le patient.

155 **L:** On vas dire "comment ça va aujourd'hui ?"

156 **D:** Voilà. C'est...

157 **L:** "Ouais, pas top.", "Pourquoi ?", "Parce que je suis un SDRE et tout ça."

158 **D:** C'est ça. Parce que finalement, quand tu es en soins généraux, l'entretien formel, tu vas le

159 faire aussi. C'est pas la même... On en parle moins parce qu'on n'est "pas là pour ça", entre

160 guillemets. Même s'il y a de la relation. Là, on sait qu'en psychiatrie, le principal, c'est ça. C'est

161 l'humanité, la relation et que ton patient soit au cœur de cette humanité, l'individualisation, peu

162 importe les mots qu'on met dessus.

163 **L:** L'individualisation, ça, je le ressortirai ultérieurement.

164 **D:** C'est important, moi, je trouve, de les individualiser. Ils sont pas tous pareils. On peut pas...

165 On peut pas... C'est pour ça que je trouve que le cadre formel, il est pas toujours juste. Parce

166 qu'ils sont tous différents et leur pathologie, ils vont avoir la même... Les mêmes diagnostics,

167 mais pas les mêmes symptômes.

168 **L:** C'est mot pour mot, quelque chose qui est dans mon cadre de référence. Mot pour mot. (rire

169 de Daphnée et moi)

170 **D:** Ben voilà. Et donc, je trouve que c'est hyper important.

171 **L:** Et... Dernière question sur cet item-là, **penses-tu que certains patients sont plus réceptifs**
172 **à un type de cadre qu'à un autre ? Et pourquoi ?**

173 **D:** Alors, oui. Pourquoi ? Euh... Alors, ma réponse, elle va être assez simple, je pense. Mais...
174 C'est ce que je viens de te dire, c'est que toutes les pathologies sont... C'est-à-dire, il y a beaucoup
175 de pathologies différentes. C'est pas classifié selon les unités. Donc, ta unité de psychiatrie
176 générale, on les met tous au même endroit. On va partir de celui qui a les troubles autistique au
177 schizophrène à la personne qui est bipolaire, à la personne qui a les troubles de la personnalité.
178 Mais les troubles de la personnalité, c'est large aussi. Voilà. Tu peux avoir le pervers narcissique,
179 la personne qui est borderline, la personne qui est hystérique, psychopathe. On se doute bien
180 qu'il y a une pluralité de symptômes. Une pluralité, en plus de ça, à une pathologie psychiatrique
181 se colle à un caractère.

182 **L:** Parce qu'ils sont quand même...

183 **D:** C'est des gens. C'est des personnes, à la base. Fin je veux dire ça reste des personnes. Par
184 exemple, toi et moi, on n'aime pas la même chose. Je me dis qu'eux aussi. Peut-être un
185 psychopathe qui va... Par exemple, avec un psychopathe, peut-être que je ne serai pas aussi
186 souple qu'avec une mamie bipolaire qui n'a pas les mêmes difficultés.

187 **L:** En même temps pour un psychopathe, le cadre formel... fin...

188 **D:** Ça ne lui va pas. Et en même temps, on sait que si on ne met pas un peu de formalité à ce
189 psychopathe, on va droit dans le mur. Parce que là, c'est la porte ouverte à la transgression. On
190 donne un morceau, et on nous prend le reste. Et après, c'est surtout la transgression par rapport
191 aux autres. Encore que nous, on soit un peu en difficulté... c'est surtout relationnel. Après, il y
192 a le clivage qui rentre en jeu, il y a plein de choses. Mais le problème, c'est qu'après, ils se
193 mettent en difficulté avec d'autres patients. Et ils mettent en difficulté d'autres patients parce
194 que la transgression va être celui qui va ramener un petit peu de THC pour partager avec tout
195 le monde. Peut-être qu'à lui, ça ne lui fera rien. Mais aux patients d'à côté qui ont un trouble
196 schizoaffectif ou autre, peu importe. Là, tu mets une pièce quoi. Donc, le cadre, pour moi, il
197 est... Il est modulable. Il doit être modulable par rapport aux typologies. C'est pour ça que je
198 parlais d'individualisation des prises en charge aussi. Je pense que c'est pour ça qu'ils sont plus

199 réceptifs. C'est notamment, d'ailleurs, par rapport à leur caractère et à leurs symptômes. Ils n'ont
200 pas tous les mêmes besoins.

201 **L:** Je vois. Encore une fois, c'est très intéressant. Donc, mon avant-dernier item sur la relation
202 soins-soignés, **quelle définition est-ce que tu donnerais à la relation soignant-soignés ?**

203 **D:** Alors, je... Je peux te donner des mots, un peu, comme ça ?

204 **L:** Oui.

205 **D:** Parce que pour moi, la relation soignant-soignés, c'est un échange. Et c'est pour ça que tout
206 à l'heure, je parlais de... du fait que ça soit... J'ai utilisé un mot la dernière fois et je ne me
207 rappelle plus. Mais tu sais que la relation soit d'égal à égal, finalement. Qu'on soit sur le même
208 pied d'égalité. C'est l'essentiel. Et pour moi, c'est de... Pour moi, la relation, si je devais la
209 définir, c'est de l'échange, du partage et... un peu d'éducation aussi. Voilà. Nous, on est là... Pour
210 moi, on est là pour veiller au bon développement, au bon déroulement de la vie, de nos patients.
211 Les mettre dans les meilleures dispositions. On est une béquille. Voilà. Je nous mets à la même
212 hauteur qu'un médicament, quoi, voire en plus.

213 **L:** Je vois. C'est le principe aussi des psychothérapies. La psychothérapie, le traitement non
214 médicamenteux.

215 **D:** C'est ça. Après ça, on ne veut pas forcer les gens à faire des thérapies. Mais je pense que si
216 on était plus axés là-dessus, il y a des choses qui seraient évitables. Après, je ne suis pas médecin
217 et je ne suis pas chercheur, voilà. Mais il y a beaucoup de traumatismes qui sont en plus d'une
218 pathologie psychiatrique qui ne sont pas traités comme ils devraient. Et ça n'aide pas à la
219 convalescence de certains. Et moi, du coup, dans ma relation soignant-soigné, je mets beaucoup
220 de cœur à ça. Vraiment, beaucoup de cœur à essayer de comprendre. Même si des fois, on est
221 d'accord, on a tous des facilités/ des difficultés avec certaines situations. Ce n'est pas toujours
222 simple de voir les choses avec neutralité.

223 **L:** Ça on en reparlera...

224 **D:** Mais... ça a tout son sens dans la relation soignant-soigné. Il faut.

225 **L:** Je vois. Et **selon toi, en quoi le cadre de l'entretien influence-t-il la relation de confiance ?**
226 Tu as déjà commencé à en parler tout à l'heure avec l'informel.

227 **D:** C'est ça. Tout à l'heure, je me dis... Ça me fait référence à une situation en fait que j'ai vécue
228 il n'y a pas si longtemps, pas quelque chose de dramatique, mais d'une patiente qui est sur l'unité
229 d'en bas maintenant et qui est suivie au psychotrauma. Elle n'était pas très très bien. Je savais
230 que la séance allait venir remuer des choses qui ne sont pas très simples à vivre pour la personne.
231 En plus, le trouble qu'elle développe autour de ce psychotrauma fait que clairement ça va
232 provoquer des angoisses qui vont la rendre plus ou moins démonstrative en plus, parce
233 qu'elle va avoir besoin de cette unité autour d'elle. J'ai discuté avec elle dans la voiture en
234 revenant. J'ai senti qu'elle n'était pas à l'aise. Je me suis dit que... j'ai commencé une discussion
235 très informelle. On discute de tout et de rien. J'en profite pour la questionner un peu. Je sens
236 qu'elle n'est pas très à l'aise. Je me dis peut-être que ce lieu confiné n'est pas propice à la
237 confiance. Je me dis qu'il faut se mettre à la place du patient qui a vécu des traumatismes. Peut-
238 être qu'il y a des choses qui le renvoient à son traumatisme. Là, je ne suis pas du tout en train
239 de jouer sur le bon terrain quoi. Après, elle est revenue me voir parce qu'elle était angoissée.
240 J'ai posé une question. Dans sa chambre, c'est son endroit. Même si ce n'est pas sa chambre
241 dans sa maison. Sa chambre ici c'est son endroit où elle se sent en sécurité et où personne d'autre
242 qu'elle et les soignants ne peuvent rentrer. De suite, ça a été plus efficace. Je pense que le lieu
243 est très important. Si je fais un entretien avec un patient en chambre d'isolement parce qu'il est
244 un peu agité, je ne suis pas sûre qu'il m'accorde la même confiance que si je lui dis "viens on
245 va fumer une clope dans la cour".

246 **L:** Oui c'est pas pareil.

247 **D:** Il y a la connotation. Je pense que la connotation est très importante. C'est toujours la
248 considération. Je reviens beaucoup là-dessus j'suis désolé. La considération qu'on va avoir pour
249 eux. C'est très important. Finalement, je sors un patient à la cafette et il va me dire beaucoup
250 plus de choses que si je viens de lui dire non. Et que finalement, j'ai des choses à faire mais
251 j'aurais pu prendre 10 minutes mais je ne les prends pas. Tu sens que dans la relation derrière,
252 ce n'est pas forcément problématique.

253 **L:** Mais il y a un moins en fait.

254 **D:** Il y a un petit peu moins. Je ne perds pas forcément mon alliance thérapeutique mais bon il
255 est dégoûté quoi. Comme il est déçu, il n'a pas envie de me parler. Dans la cour, tu prends ton
256 patient, tu vas fumer une clope. Tu fumes, tu fumes pas mais tu lui proposes. Tu vas passer un
257 temps dehors. C'est ce que tu vas y mettre aussi. C'est pour ça qu'il ne faut pas être trop rigide

258 avec le cadre. Savoir jouer un petit peu avec. Mon patient, je veux aller discuter avec lui. Il n'est
259 pas très bien. Qu'est-ce que je peux faire pour le mettre à l'aise dans cette discussion-là ? Je
260 pense qu'en effet, tu le mets dans un bureau médical, tu le mets dans une chambre d'isolement.
261 Ça influence un peu plus négativement la relation de confiance. Je trouve.

262 **L:** Je vois, et **comment tu adaptes ta posture relationnelle selon le cadre de l'entretien ?**

263 **D:** Comme tu peux le voir je suis une personne assez cool d'apparence. Je n'ai pas de problème
264 pour m'installer confortablement. Si je suis dans un entretien plutôt décontracté où on va être
265 dans de la détente, dans quelque chose de plus léger pour changer les idées, soit, peu importe,
266 j'ai une posture un peu plus décontractée. Je vais être assis au fond de ma chaise un peu cool
267 quoi, finalement. Je ne vais pas toujours être en face du patient. Je peux m'asseoir aussi à côté
268 de lui. Plutôt ce genre de choses. Par contre, si on est dans un entretien plus formel, je suis à
269 l'entretien avec un médecin, j'ai plus une posture... Je pense que ça fait protection. Je prends des
270 notes quand je suis en entretien médical. Quand on en voit 4 ou 5 et que je n'ai pas envie
271 d'oublier des choses, je prends des notes. Je fais tout un truc clinique. Je note ce qui a été dit.
272 J'observe mon patient. Je pose un petit truc sur mes genoux pour pouvoir m'appuyer dessus. Ça
273 fait un peu barrière. Je pense ça dans la posture... pas ça me protège, mais je suis plus en
274 position d'observateur. Je laisse le médecin faire son truc. Après, si il y a à intervenir, je peux.

275 **L:** Justement ça, c'est aussi en corrélation avec ma dernière question. C'est par rapport à la
276 distance.

277 **D:** Si tu veux je m'arrête là et voilà (en parlant de la réponse à la dernière question.)

278 **L:** C'est surtout que, comme ça...

279 **D:** Tu peux faire une transition.

280 **L:** Ouais comme ça je peux faire une transition dessus, c'est **comment fais-tu pour garder**
281 **une juste distance relationnelle ?**

282 **D:** Euh... je sais pas, je trouve que c'est très naturel. Je ne suis pas dans le vouvoiement. Très
283 rarement. Je m'adapte à la symptomatologie. J'ai le vouvoiement sur des patients où je sais que
284 s'ils me tutoient, ils vont pouvoir prendre possession de ma personne, ce que je ne veux pas.
285 Mais dans la majorité des cas, je tutoie. Ça n'aide pas à mettre de la distance mais je leur
286 empêche d'être intrusifs en fait. Je les empêche d'être intrusif avec moi. Dès que c'est des
287 questions perso, je dégage un peu de sympathie avec eux. Je suis dans la déconnade. Je suis si,

288 je suis là. Donc ça peut leur donner un peu ce truc-là. Je mets tout de suite un stop. La plupart
289 savent que je suis mariée parce que j'ai une alliance. Mais ils ne savent pas avec qui, comment,
290 pourquoi, ils savent pas si j'ai des enfants, ils savent pas où j'habite. Ça m'aide à me dire, voilà
291 je suis avec mes patients. Je passe des moments de qualité avec eux. Des fois, on pourrait croire
292 que je partage avec eux des moments que je pourrais partager avec des gens de l'extérieur qui
293 partagent ma vie. Ce qui n'est pas le cas parce que je mets le frein sur des choses comme ça.
294 Moi ça m'aide en tout cas à garder une distance relationnelle. J'ai une facilité déconcertante à
295 rentrer chez moi et à ne pas parler travail, et à ne pas penser travail. J'ai 20-25 minutes pour
296 rentrer chez moi. Souvent, je suis en covoit en plus avec une collègue. Donc on parle beaucoup.
297 Après, quand je rentre chez moi, j'ai plus envie de parler. C'est bon. La personne avec qui je vis
298 n'est pas du tout dans le milieu du soin. Des fois, ça m'arrive de lui raconter des journées parce
299 que elle connaît beaucoup mon travail quand même. Quand je raconte mes journées, c'est que
300 ça a été très dur. Sinon, je raconte que les choses très légères. Je déconnecte. Quand je suis chez
301 moi, je ne pense pas au travail. Ça m'aide vraiment à mettre une distance dans la relation,
302 puisque du coup comme je coupe. Quand je reviens, je suis toute neuve. Je ne peux pas les
303 laisser rentrer dans ma petite carapace. De toute façon, ils ont un sens que nous n'avons pas. Ce
304 sont des vraies éponges, et donc ils sentent quand nous on est en débordement. Quand c'est ça,
305 la distance elle n'est plus difficile à mettre parce qu'on est tous humains, on est tous fatigués. Il
306 y a des moments où la vie perso, ne nous permet pas... Je te finis juste ma phrase. Après, c'est
307 aussi le jeu de l'équipe. Tu fais des relais quand t'en peux plus pour te mettre à distance.

308 **L:** Okay, je vois, he ben merci. C'était très dense.

309 **D:** Ouais je suis désolée. (rire)

310 **L:** T'inquiète (rire). En tout cas vraiment, merci.

Annexe VIII : Grille d'analyse

Thème	Cadre de référence	Réponse des soignants
Quelle importance accordez-vous à l'entretien infirmier dans votre pratique professionnelle ?	« technique de soins relationnels permettant de répondre au besoin d'information du patient, de l'aider à formuler ses demandes, et de recueillir des données de qualité pour élaborer ensemble un projet de soins. C'est un moment privilégié d'échange où il peut exprimer ses difficultés. C'est aussi un temps d'accompagnement pour l'aider à exprimer son vécu. » (P 10)	Entretien 1 : « c'est notre premier outil de travail en tant qu'infirmier, en psychiatrie. C'est vraiment... Ben ça évalue la thymie, ça évalue le comportement, ça évalue le délire, ça évalue plein de choses, l'entretien. C'est la première chose qu'on fait... (L48-50)... » « c'est primordial en faite, de leur faire verbaliser, de discuter, pour faire retomber un peu l'angoisse, l'anxiété... le délire... (L54-55) » Entretien 2 : « c'est vraiment le cœur de notre métier. C'est ce qui permet de créer un lien avec le patient au fil du temps. (L13-14) » « un soin relationnel. Donc du coup voilà, c'est un soin qui permet de créer du lien. Ça rentre dans nos pratiques quotidiennes. Et c'est un précieux outil pour faire une évaluation sur l'état psychique du patient. (L18-20) » Entretien 3 : « l'entretien infirmier, à mon sens, c'est une pratique qu'on réalise couramment, tous les jours, dans notre pratique. C'est ce qui va permettre un peu de recueillir des données, de faire une évaluation, que ce soit verbale ou non verbale, concernant le ressenti du patient, ses émotions, au niveau de l'efficacité aussi des traitements, des effets indésirables. (L33-36) » « travailler tout ce qui va être l'adhésion au soin quand il n'y a pas la conscience des troubles. (L37-38) » « C'est ce qui va permettre de créer la relation de confiance, le lien de confiance, et ainsi d'apaiser, en quelque sorte, la souffrance

		psychique du patient. (L39-41) » Entretien 4 : « c'est presque ce qui devrait ou ce qui prend le plus de place. (L23) » « c'est ce qui devrait être mis au cœur de la prise en charge pour moi. (L23) »
Quelle différence faites-vous entre entretien formel et entretien informel ?	Concernant l'entretien formel : « <i>Quel que soit le lieu, l'infirmier doit essayer de créer les conditions optimales d'échange. Éclairage, bruits, présence d'autres personnes peuvent interférer dans l'entretien. L'infirmier doit être capable de repérer comment les caractéristiques de l'environnement affectent le contenu de l'échange.</i> » (P11) « <i>L'infirmière explique au patient les objectifs de l'entretien, le temps alloué pour celui-ci...</i> » (P 12) En somme unité de temps de lieu et d'objectif	Entretien 1 : « C'est juste la temporalité qui n'est pas la même. L'autre est organisé, il a un objectif, il y a quoique ce soit, le médecin, tout ça. Tandis que nous, dans les entretiens informels, il n'y a pas de temporalité en faite. C'est ponctuel, comme ça. Il est angoissé, il a un délire qui l'envahit, il a besoin de parler. Donc on est là pour ça... (L63-66) » Entretien 2 : « l'entretien formel, c'est ce qui est prévu. Donc, il va être planifié sur un lieu, un temps donné, avec des objectifs précis, etc. Et par contre, un entretien informel, c'est plutôt, ça va être... de façon inopinée. Du coup, il va arriver voilà à n'importe quel moment de la journée. Un patient dont on va voir que d'un coup, il est angoissé, on va lui proposer un entretien qui n'était pas forcément prévu au départ. Et du coup, ça peut être pas forcément dans un bureau. Et du coup, l'objectif va se définir au fur et à mesure de l'entretien. (L23-28). Entretien 3 : « l'entretien formel, c'est ce qui va être les entretiens médicaux avec les médecins, que ce soit généraliste, le psychiatre. Ça va être tout entretien réalisé à l'entrée du patient, au niveau de sa sortie. Pareil, ça va être des entretiens pour un plan de prévention. C'est ce qui va permettre un petit peu de structurer la sortie. (L45-48) »

		« informel, ça va être complètement aléatoire. (L51) » « Ça va être à la demande du patient, ça va être moi aussi pendant mes tours. (L51-52) » Entretien 4 : « Pour moi, l'entretien formel, c'est tout ce qui va être, en effet, protocolisé, où il y a une trame, un guide pour arriver d'un point A à un point B. En tout cas, pour espérer arriver à ce point B. L'entretien informel, c'est plus des temps finalement un peu volés avec le patient, quoi. Autour d'une cigarette, autour d'un café, autour de toujours quelque chose d'agréable pour lui. Des fois, ça l'est moins, mais quelque chose qui soit plus rassurant et qui ne fait pas forcément référence à une relation soignant-soignée. (L29-34) »
Quel type d'entretien utilisez-vous le plus dans votre pratique quotidienne ? Pourquoi ?	« L'entretien semi-structuré est l'entretien le plus utilisé par les IDE en psychiatrie. En effet celui-ci bien que formalisé laisse aussi libre court à l'échange tout en ayant l'avantage d'être réalisable dans un cadre informel. »(P14) <i>« souvent le meilleur choix, permettant à l'infirmière d'obtenir les informations qu'elle juge essentielles sans perdre de vue la réalité et les préoccupations du patient. C'est de loin la manière dont les infirmières préfèrent aborder un patient... » (P14)</i>	Entretien 1 : « Informel. (L84) »... « l'insights, c'est les peu d'éléments qui disent peut-être que je suis en UMD, peut-être que je suis malade. En fait, là, il y a peu d'ouverture. Nous, on l'utilise comme euh, ouais en entretien informel ou avec des questionnements, des fois, qui laissent ouvert et qui puissent ouvrir le discours pour qu'on puisse essayer d'aller un peu plus loin la réflexion (L92-96) » Entretien 2 : « au CATTP, on utilise un peu les deux. On utilise et à la fois l'entretien formel et informel. On utilise l'entretien formel dans un entretien d'accueil pour faire connaissance avec le patient, pour envisager ses besoins. Et ses motivations à venir au CATTP, les activités qu'il veut y faire. Par contre, au quotidien, après, quand le patient sera en place dans le service, du coup, ça va être plus des soins... des entretiens informels. (L31-35) »

		Entretien 3 : « je dirais plus informel pour le coup. Euh, Pourquoi ? Parce que souvent, les patients demandent spontanément des entretiens sans nécessairement que ce soit organisé derrière. C'est, par rapport à certaines permissions, selon leurs demandes, c'est vraiment des choses qui vont se faire de manière plus spontanée. (L58-62) » « Si je vais voir un état, un changement quelconque au niveau de l'état du patient, je vais pareil, engager. (L65-66) » Entretien 4 : « l'entretien informel. (L56) » « Ça désamorce certaines choses, et du coup, ça amorce beaucoup de discussions. Je pense que l'entretien informel, c'est ce que j'utilise le plus. Je ne suis pas autant à l'aise, je n'utilise pas autant la parole dans un entretien formel avec un psychiatre, où je suis plus en observatrice, pour le coup, où je ne suis pas autant à l'aise quand on va négocier un traitement, et que là, c'est beaucoup plus formel. (L57-61) »
Que vous apporte le cadre formel (lieu, temps, objectifs) dans la relation avec le patient ?	« <i>Quel que soit le lieu, l'infirmier doit essayer de créer les conditions optimales d'échange. Éclairage, bruits, présence d'autres personnes peuvent interférer dans l'entretien. L'infirmier doit être capable de repérer comment les caractéristiques de l'environnement affectent le contenu de l'échange.</i> » (P11) « <i>L'infirmière explique au patient les objectifs de l'entretien, le temps</i>	Entretien 1 : « ça va être plus réfléchi que dans un entretien informel. Il y a les bases qui sont posées, ils savent de quoi on va parler. Donc du coup, ils préparent un peu l'entretien tu vois. (L113-115) » Entretien 2 : « Alors, le cadre formel, selon moi, ça apporte un cadre rassurant au patient. Dans le sens où ça va être à des horaires fixes, souvent planifiés. On donne des pistes de travail au patient. Donc, du coup, il n'y a pas de surprise sur les sujets qui vont être abordés. Et

	<i>alloué pour celui-ci... » (P 12)</i>	puis, en même temps, c'est un lieu où il y a une dualité entre le soignant et le soigné. Et du coup, comme il y a une relation de confiance, du coup, il va plus facilement pouvoir se livrer et pouvoir se livrer à des confidences. (L38-43)» Entretien 3 : « le cadre formel, c'est clairement pour moi un temps spécifique au patient, c'est ce qui va permettre de favoriser la considération, la revalorisation. Je trouve que c'est ce qui permet de donner un temps calme et parfois même contenant selon le contexte, c'est assez rassurant pour le patient. (L77-80) » « Ça permet aussi de structurer au niveau de la prise en charge, au niveau de l'organisation, de ce qu'ils recherchent, de leurs demandes, de leurs objectifs. (L80-81) » Entretien 4 : « ce cadre formel, ça renvoie à une relation qui n'est pas du tout unilatérale. Je... Pour moi, le lieu, c'est souvent un bureau médical, euh... ou le bureau infirmier, quand tu accueilles ton patient en hospitalisation, ou alors une chambre. Ben un bureau, c'est ce que je disais tout à l'heure. Vraiment, ça peut renvoyer au patient qu'il n'a pas toujours son mot à dire. (L88-91) » (critique) « dans le cadre formel, il y a toujours un objectif bien précis, tu vas te le fixer avant même de faire quoi que ce soit finalement, que tu retrouves peut-être moins dans l'informel. Mais les objectifs, c'est varié finalement. C'est pour
--	--	---

		beaucoup de choses. Mais souvent, c'est pour... Je ne sais pas, c'est pour rester dans quelque chose de très... Quand on reçoit des patients, c'est pour l'accueil, ouais t'explique comment ça fonctionne dans le service. (L100-105) »
Dans quelles situations privilégiez-vous un entretien informel ?	« <i>Le terme d'informel a été retenu sur la base de cinq critères :</i> • <i>son usage transdisciplinaire ;</i> • <i>sa nature d'activité hors prescription et programmation de tâches ;</i> • <i>sa perception aux entrées larges quant aux pratiques concernées (individuelle ou groupale, occasionnelle ou régulière, etc.) ;</i> • <i>la notion processuelle dans le passage possible parfois de l'informel vers le formel ;</i> • <i>et enfin, un continuum d'activité qui lie les activités programmées et contribue à faire le lit du soin. »</i>(P 13)	Entretien 1 : « c'est au quotidien, ça plus, là, tu ne donnes pas d'objectif ni rien. C'est juste le patient, lui, qui va venir te voir. Ou toi, tu as besoin de réponses aussi au niveau du patient. Il y a quelque chose, tu te poses la question. Généralement, c'est plus le patient qui vient nous voir. (L125-128) » « C'est souvent sur des angoisses ou des délires qu'on vient intervenir » (L133-134) « c'est ça qu'on utilise le plus pour évaluer (L133-134) » Entretien 2 : « Alors, du coup, au CATTP, ça peut être... C'est souvent lors d'ateliers thérapeutiques. Alors, comme exemple, il y a plusieurs ateliers qui en font l'objet. Par exemple, au détour d'une activité, ça va être l'occasion de parler d'un sujet, soit de leur enfance, soit de leur vie actuelle sur leur solitude. Souvent, c'est des sujets qui reviennent, le deuil, la solitude, l'isolement, voilà. Et du coup, ils peuvent en parler et même en parler de façon groupale. Les relations familiales aussi, c'est un autre sujet qui revient régulièrement. Et donc, voilà, ils peuvent en parler ensemble. Des fois, trouver des solutions ensemble aussi. Ils n'ont pas forcément besoin de nous. Et nous, on peut avoir un regard, on apprend des choses aussi sur leur vie à ce moment-là, sur leur personnalité (L46-54) » « Ça peut se faire aussi de façon individuelle. Quand on voit qu'il y a

		un patient qui n'est pas bien dans un atelier, on peut le prendre à part et, je ne sais pas, aller fumer une cigarette avec lui, boire un café, voilà. Et des fois, oui, ils nous sollicitent aussi. C'est même eux qui viennent vers nous pour nous demander de l'aide, notre écoute et nos conseils, si on peut. Parce que des fois, on ne peut pas toujours, on n'a pas forcément les réponses à tout. Déjà, on accueille la parole. Et puis, ensuite, on essaie d'apaiser, de reconforter. » (L55-60) Entretien 3 : « c'est vraiment au feeling. Après si je vois que c'est vraiment en fonction de l'évaluation clinique, de mon recueil de données, quand je vois qu'ils ne sont pas bien ou même quand ils sont bien, comment ils se sentent. C'est vraiment aléatoire. (L92-94)» Entretien 4 : « presque tout le temps. (L117) » « moi je pense que la formalité, elle y est tout le temps. Tout le temps, tout le temps, tout le temps. Voilà. C'est... En soi, moi quand j'entends entretien, c'est parce que derrière, tu vas y mettre un objectif. (L129-132) »
Pensez-vous que certains patients sont plus réceptifs à un type de cadre qu'à un autre ? Pourquoi ?	la fonction maternante« <i>elle nous renvoie à cette fonction contenant, décrite par Wilfred Bion ,qui aura comme effet de transformer les éléments bruts et négatifs du patient psychotique, qu'il nomme "éléments bêta", en "éléments alpha". Cette fonction alpha des soignants serait reliée à notre appareil psychique à penser les pensées, suffisamment élaborée, proche de « la capacité de</i>	Entretien 1 : « ils vont être plus angoissés dans un entretien formel parce que du coup on leur pose... C'est pas tous les jours. (L141-142) » « avec nous, il va parler plus des trucs de la vie de tous les jours. (L173) « des fois, ils arrivent... ils sortent du médecin et " ouais j'ai pas compris ce qu'il a voulu dire le médecin" parce qu'ils n'osent pas le faire répéter (L176-177) » « Le but aussi, c'est de nous, que ça nous nourrisse quelque chose sur ce qu'on a besoin aussi. Par

	<i>rêverie de la mère ». En d'autres termes, il s'agirait d'être réceptif à n'importe quel objet mental venant des patients » (P 16)</i> <i>La fonction paternante « fonction cadre, opérant sur un mode de fermeté structurante, sorte d'instance surmoïque portée par le cadre de soin, véritable élément tiers de la relation. Cette fonction cadre existe à travers le dispositif de soin mis en œuvre. Il aide le patient à intégrer les différents temps de l'institution lui donnant des limites, des repères contenant et sécurisants. Les soignants du quotidien ont également à intégrer au mieux cette fonction limitante afin de diminuer la toute-puissance du patient. En d'autres termes, il s'agit de contenir les risques de passages à l'acte de celui-ci, mais également de l'aider à supporter la frustration tout en intégrant cet objet limitant non vécu sur un mode persécutif. » (P16-17)</i>	exemple, si il est dépendant aux consommations de toxiques, si on peut profiter de ce moment-là où il se pose des questions, de l'amener un peu sur le fait, pourquoi vous consommez ? qu'est-ce qui se passe ? et tout ça. (L98-101) » Entretien 2 : « Alors, il y a des patients, effectivement, pour lesquels un entretien formel ne sera pas forcément adapté parce qu'ils sont tellement ancrés dans la pathologie. On n'aurait pas forcément de résultats à mettre en place des entretiens planifiés. (L64-66) » « Alors qu'en entretien informel, en s'intéressant plutôt à ce qu'ils font dans les ateliers, en les valorisant sur ce qu'ils font, tout ça, on obtiendra beaucoup plus de leur part en termes de confidences et de révélations, d'expressions corporelles, plutôt que, par exemple, on a des patients qui sont dans une psychose telle, tellement avancée et tellement grave que, du coup, le contact est compliqué. (L67-71) » Entretien 3 : « complètement. Surtout les patients présentant un niveau d'anxiété assez élevé, qui ont tendance à être dans l'hyper contrôle, tout anticipé, ce genre de choses, c'est ce qui va permettre de beaucoup plus les rassurer, beaucoup plus les organiser aussi, que ce soit sur le plan comportemental ou psychique. Et pour les patients, pareil, qui ont tendance à être accélérés, désorganisés, je mets en place comme des sortes de plans d'entretien qui permettent vraiment de les structurer. (L98-103) » « ça ne marche pas toujours, mais de ce que je peux voir, c'est que ça permet d'un peu plus les organiser. (L103-105) »
--	--	---

		Entretien 4 : « toutes les pathologies sont... C'est-à-dire, il y a beaucoup de pathologies différentes. (L174-175) » « une pathologie psychiatrique se colle à un caractère. (L180-181) »
Quelle définition donneriez-vous à la relation soignant/soigné ?	<i>« une interaction dynamique et complexe entre un professionnel de santé – le soignant – et une personne en situation de besoin, le soigné. Cette relation se distingue par une asymétrie de rôles, où le soignant, doté de compétences techniques et humaines, doit faire preuve de compassion, d'empathie et d'une écoute active pour comprendre les besoins et les émotions du patient » (P 15)</i>	Entretien 1 : « la relation ici, alors elle est ambiguë. Parce que du coup, comme je te dis, déjà, ils sont sous contrainte. Donc, il faut bien comprendre que pour eux, ils ne sont pas malades. C'est des patients, c'est des malades difficiles, donc d'où les UMD (L184-186) » « tu es dans un genre un peu de conflit interne. Ils sont sans consentement. Ils ne sont pas conscients d'être malades. Donc, du coup, elle est difficile. (L204-205)» « il faut bien connaître sa clinique pour pouvoir faire telle et telle relation avec un paranoïaque ou un schizophrène ou un borderline. (L223-225) » Entretien 2 : « Déjà, la relation soignant-soigné, c'est une relation entre êtres humains, déjà. Et puis, c'est deux personnalités qui se rencontrent. Des fois, ça matche, des fois non. (L75-77) » « il ne faut pas hésiter à passer le relais quand ça ne fonctionne pas. La relation soignant-soigné, c'est aussi une histoire de transfert et de contre-transfert. Parce que du coup, forcément, inconsciemment et des fois consciemment, on va projeter des choses sur la personne qui nous soigne. (L77-80) » « ce qui peut être souhaitable en début de relation n'est pas forcément souhaitable tout du long. C'est-à-dire qu'au bout d'un moment, si la personne voit en toi une maman, bon

		ben ok, il va falloir travailler sur ça. Déjà se questionner pourquoi elle nous voit en tant que maman, en tant que mère. (L87-91) » Entretien 3 : « La relation soignants-soignés, pour moi, c'est un lien assez unique, d'ailleurs, de confiance qui va plutôt tendre à l'apaisement, l'amélioration de l'état clinique. Ça va être un accompagnement qui va permettre de complètement recentrer l'individu dans sa globalité, dans son autonomie, tout en respectant son autonomie, ses valeurs. Ce qui va permettre de favoriser tout ce qui est adhésion aux soins, avec la conscience des troubles, parce que c'est vrai que les soins sont contraintes quand il n'y a pas d'adhésion aux soins et de conscience des troubles, c'est très très compliqué. (L108-114) » Entretien 4 : « c'est de l'échange, du partage et... un peu d'éducation aussi. Voilà. Nous, on est là... Pour moi, on est là pour veiller au bon développement, au bon déroulement de la vie, de nos patients. Les mettre dans les meilleures dispositions. On est une béquille. Voilà. Je nous mets à la même hauteur qu'un médicament, quoi, voire en plus. (L209-212) »
Selon vous, en quoi le cadre de l'entretien influence-t-il la relation de confiance ?	<i>« faire que notre propre présence soit perçue, c'est percevoir la présence de l'autre. » (P17)</i> <i>« Ce lien peut se retrouver très vite formalisé en reprenant les conditions d'exercice de base que sont les types d'entretiens (directif, semi directif...) »</i>	Entretien 1 : « il y a des éléments où on essaie de remettre un peu dans la réalité et le cadre de l'unité, où on ne peut pas faire n'importe quoi non plus. Par exemple, les portables sont interdits, ils disent à telle heure ils mangent. Tu vois, Il y a le fait, que ça, ça abrase aussi l'entretien, (L251-254) »

	<i>ou encore les trois notions facilitatrices fondamentales et théoriques que sont l'empathie, l'acceptation positive et inconditionnelle, et la congruence »</i> (P17) <i>« La notion de base de sécurité désigne le fait pour la figure d'attachement de représenter un support à partir duquel le bébé peut explorer le monde avec confiance. (...) Cela signifie que par extension en partant du postulat énoncé précédemment et en transposant celui émis par cette citation chez l'individu adulte, que le cadre de l'entretien peut aussi avoir une dimension sécurisante favorisant l'élaboration d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. »</i> (P23)	Entretien 2 : « la relation de confiance... Eh bien, on peut la retrouver, selon moi, dans les deux cas de figure et dans le cadre formel et informel. Alors, dans le cadre informel, pour moi, la relation de confiance, elle va s'instaurer parce que, par exemple, à n'importe quel moment de la journée, le patient peut se trouver en difficulté. Voilà. Et du coup, nous, notre job, ça va être d'être là à n'importe quel moment. (L143-145) » « dans un cadre formel, en entretien planifié, la relation de confiance, elle s'établit parce que ça va être plus sur du long terme et sur la durée où, du coup, le patient va pouvoir venir déposer tout ce qu'il a à dire aux soignants. Il va pouvoir préparer ses questions. (L150-153) » « les entretiens informels, on répond un peu plus dans l'urgence, surtout en cas de crise d'angoisse ou quoi que ce soit, tu vois.(L157-159) » Entretien 3 : « Je dirais que le fait de dédier un temps spécifique au patient, ça lui accorde une certaine importance, une certaine considération, et le fait qu'il se sente écouté, ça le revalorise complètement. (L121-123) » Entretien 4 : « Dans sa chambre, c'est son endroit. Même si ce n'est pas sa chambre dans sa maison. Sa chambre ici c'est son endroit où elle se sent en sécurité et où personne d'autre qu'elle et les soignants ne peuvent rentrer. De suite, ça a été plus efficace. Je pense que le lieu est très important. Si je fais un entretien avec un patient en chambre d'isolement parce qu'il est un peu agité, je ne suis pas sûre qu'il
--	---	---

		m'accorde la même confiance que si je lui dis "viens on va fumer une clope dans la cour". (L240-245 »
Comment adaptez-vous votre posture relationnelle selon le cadre de l'entretien ?	« Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du «comme si » (P17) « Tenir compte des défenses du client paraît essentiel afin que le thérapeute ne heurte pas le client, mais au contraire l'aide à développer un sentiment de confiance » (P19) « tous les patients présentant un même diagnostic n'ont pas besoin de la même prise en charge. Une diversité de facteurs détermine le choix de la stratégie thérapeutique retenue par le thérapeute (la meilleure indication) » (P 20)	Entretien 1 : « niveau posture, je ne suis pas pareil quand je suis avec le médecin (L295) » « des fois, je suis là pour désamorcer l'angoisse, dés-escalader un peu de la violence qu'ils ont, (L298-299) » « je m'adapte à comment ils sont (L300) » Entretien 2 : « il n'y a pas vraiment de différence suivant le cadre de l'entretien. C'est-à-dire qu'en fait, ça va être suivant la personne. (L177-178) » « on est obligé de s'adapter, d'avoir une posture relationnelle où on s'adapte à la situation, au contexte extérieur. (L188-189) » Entretien 3 : « déjà en fonction de l'état clinique du patient, en fonction de son adhésion aux soins, sa compliance aux soins aussi. Après, je vais complètement m'adapter, que ce soit au niveau de la proximité, de ma hauteur, de mon ton, les mots que je vais choisir aussi. Et parfois même le toucher, si je vois qu'il recherche un peu le contact physique avec une main qui sont assez réceptifs. (L126-130) » Entretien 4 : « Si je suis dans un entretien plutôt décontracté où on va être dans de la détente, dans quelque chose de plus léger pour changer les idées, soit, peu importe, j'ai une posture un peu plus décontractée. » (L264-266) « Par contre, si on est dans un entretien plus formel, je suis à l'entretien avec un médecin, j'ai plus

		une posture... Je pense que ça fait protection. Je prends des notes quand je suis en entretien médical. Quand on en voit 4 ou 5 et que je n'ai pas envie d'oublier des choses, je prends des notes. Je fais tout un truc clinique (L268-271) »
Comment faites-vous pour garder une juste distance relationnelle ?	« Lacan définit le transfert par « <i>La mise en acte, par l'expérience analytique, de la réalité de l'inconscient.</i> » (...) en somme le transfert exercé par le patient est une mise en évidence inconsciente de ses mécanismes internes par le transfert de ses affects sur le soignant » (P 21) « Le contre-transfert quand-à lui(...) se définit par l'« <i>Ensemble des manifestations de l'inconscient de l'analyste en relation avec celles du transfert de son patient.</i> » Cette citation sous-entend donc que le transfert exercé par le patient sur l'infirmier menant l'entretien peut également entraîner la mise en place de mécanismes inconscients chez celui-ci. En-effet, lors d'un entretien le soignant transpose également ses affects sur le patient » (P 21)	Entretien 1 : « je les vouvoie (L331) » Entretien 2 : « Du coup, voilà. La juste distance, c'est vraiment assez vaste. Du coup, ça ne va pas être la même en fonction du patient. (L110-111) » Entretien 3 : « quoi qu'il arrive, ça va être le vouvoiement l'adaptation complète. (L135-136) » « Quand je vois que c'est trop difficile, j'hésite pas à prendre mes distances et à passer le relais aux collègues. (L138-149) » Entretien 4 : « Tu fais des relais quand t'en peux plus pour te mettre à distance (L307) »

Annexe IX : Autorisation de diffusion :



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : **TESTE Louis**

Promotion : **2023/2026**

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) **Entretien formel et informel en psychiatrie, quel est leur impact sur la relation ?**

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le **14/05/2026** Signature :

Entretien formel et informel en psychiatrie quel est leur impact sur la relation ?

Ce travail de fin d'étude porte sur la thématique des entretiens formels et informels en psychiatrie et de leur impact sur la relation soignant/soigné. Les situations vécues en stage ont amené à une réflexion à partir de la question suivante : **En quoi le cadre de l'entretien formel ou informel influe-t-il sur la relation entre soignant et soigné en psychiatrie ?** Afin de traiter cette question j'ai réalisé un cadre de références m'ayant permis de définir les différents thèmes abordés : Les entretiens infirmiers et leur cadre, la relation soignant/soigné et ses composantes, puis le transfert et le contre-transfert. Suite à l'élaboration de ce cadre de références, j'ai réalisé mon enquête exploratoire, pour la réalisation de mon enquête, j'ai choisi la méthode clinique en réalisant des entretiens semis-directifs auprès de 4 infirmiers travaillant dans différents secteurs en psychiatrie. Pour m'aider à réaliser cette enquête et afin d'également faciliter la comparaison des réponses des soignants aux éléments du cadre de références, j'ai créé un guide d'entretien. Suite aux différents entretiens réalisés j'ai constaté qu'il y avait une réelle adaptation du cadre au patient pris en soin et que l'impact du cadre formel comme informel sur la relation soignant/soigné résulte des mécanismes internes opérants du patient. En résulte alors la question suivante : Comment en tant que soignants pouvons-nous nous adapter au mieux à la singularité de la personne soignée ? 245 mots

Mots-Clés : entretiens infirmiers, relation soignant-soigné, singularité du patient, cadre, psychiatrie

Formal and informal interviews in psychiatry: what is their impact on the relationship ?

This end-of-courses assignment focuses on the theme of formal and informal interviews in psychiatry and their impact on the relationship between the carer and the patient. The situations experienced during my work placement led me to reflect on the following question : **To what extent does the framework of a formal or informal interview influence the relationship between the carer and the patient in psychiatry ?** To deal with this question, I made a reference framework that allowed me to define the different themes explored: nursing interviews and their settings, the relationship between the carer and the patient and its components, and finally transference and countertransference. Following the development of this reference framework, I conducted my field study, to make this study, I chose a clinical methodology by carrying out semi structured interviews with four nurses working in different psychiatric sectors. To support this investigation and to facilitate the comparison between the nurses' responses and the elements of the theoretical framework, I created an interview guide. After conducting the interviews, I observed that there is a real adaptation of the interview framework to the patient, and that the impact of both formal and informal frameworks on the relationship between the carer and the patient results from the patient's internal operating mechanisms. This leads to the following question : How, as caregivers, can we best adapt to the uniqueness of the person receiving care ? 231 words

Keywords : nursing interview, relationship between the carer and the patient, patient's singularity, framework, psychiatry