

Ne pas se préparer au

Dans un ouvrage anglophone récent, qui se présente comme une « référence vivante » en psychiatrie, un chapitre dédié à l'entretien vante les avantages du recours à la structuration de ce dernier : « *Étant donné que les patients peuvent sous-estimer leurs symptômes, ces entretiens structurés peuvent aider à recueillir toutes les informations nécessaires.* » (Kung, Durand et Alarcón, 2023). On en déduit que l'entretien peut être considéré avant tout comme un outil permettant de recueillir des informations factuelles dont la nature (ontologie) est indépendante de la situation interpersonnelle de l'entretien même. Pour le clinicien, ce dernier donnerait accès à une réalité extérieure, celle de l'existence et de la vie psychique du patient, y compris lorsqu'il n'est pas en situation d'entretien. Les « symptômes », le Graal de l'entretien positiviste, auraient une intensité objective, laquelle échapperait à certains patients (malheureusement défaillants), mais que la structure de l'entretien aiderait à évaluer. Une fois les symptômes recueillis, le clinicien disposerait des « informations nécessaires » et pourrait initier le traitement, quitte à recourir à de nouveaux rendez-vous, pour en suivre le déroulement. Dans cette perspective, l'entretien précède le traitement, il peut l'accompagner, mais il n'est pas un traitement lui-même.

L'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE INTERPERSONNELLE

En rupture radicale avec ce qui précède, le courant psychodynamique interpersonnel, initié en psychiatrie par Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann et Erich Fromm pour ne citer qu'eux, ainsi que par Hildegard Elisabeth Peplau en soins infirmiers (1), formule une critique radicale de la vision positiviste et médicale

Krzysztof M. SKUZA

PhD, psychosociologue, professeur associé,
Haute École de santé-Vaud (HESAV), Lausanne, Suisse.



premier entretien ?

Lors d'une première rencontre, à rebours des pratiques contemporaines, le soignant peut considérer le patient (l'inconnu, l'étranger) comme une présence unique et non comme une catégorie diagnostique ou une représentation.

de l'entretien. Cependant, il ne s'agit pas de déclarer ce dernier sans intérêt pour la clinique interpersonnelle, mais bien au contraire de faire reconnaître sa valeur en tant que situation interpersonnelle d'une intensité intersubjective hors du commun, et donc révélatrice sur le plan clinique des dynamiques psychiques participantes. Harry Stack Sullivan était très influencé par l'interactionnisme symbolique (2) et la première École de Chicago (3), faisant sien le point de vue radical de cette dernière concernant la participation comme condition nécessaire à l'observation lors d'un entretien. On en trouve une expression éclairante dans le passage suivant, qui précise la condition générale de la clinique interpersonnelle : « *Les actions ou opérations à partir desquelles l'information psychiatrique est dérivée sont des événements dans des champs interpersonnels auxquels le psychiatre participe. Les événements qui fournissent des informations pour le développement de la psychiatrie et de la théorie psychiatrique sont des événements auxquels le psychiatre participe ; ce ne sont pas des événements qu'il observe du haut de sa tour d'ivoire.* » (Sullivan, 1953, p. 13-14, notre traduction [NTI]).

Pour Sullivan, il s'agit donc d'assumer pleinement la dimension participante de l'observation qui s'accomplit durant l'entretien (voir aussi l'article de B. Villeneuve, p. 28), dans la mesure où ce qui s'y passe et ce qui s'y dit (et comment cela se dit) est inévitablement coproduit par le clinicien et doit, dès lors, être considéré en référence à une psychologie à deux personnes (1954). L'impossibilité de la tour d'ivoire et ses effets sur le clinicien, notamment sur le plan contre-transférentiel, jouent un grand rôle dans son idée de l'obsolescence d'une psychologie individuelle. À cet effet, Sullivan parlait de l'illusion d'une personnalité individuelle (1950). Étudier une personnalité en faisant abstraction de ses relations interpersonnelles et « de l'extérieur », dans l'espoir de produire une connaissance en termes de structure ou de mécanismes, reviendrait selon lui à une illusion spéculative de très peu d'intérêt. En revanche, l'entretien permet d'initier

© Clara Ramirez Katz - Portraits, Souvenir du regard, 2021.

une enquête conjointe, menée avec le patient, dont l'objet sont les difficultés de sa vie. Cette recherche se fait avec la présence inévitable des problématiques du clinicien – que ce dernier ne manquera pas de faire intervenir, bon gré mal gré, dans la situation interpersonnelle d'entretien. Ainsi, il y a fort à parier qu'une fois sorti de sa tour d'ivoire, le clinicien vivra une forme d'insécurité face à certains patients. L'anxiété/l'insécurité de cet intervenant, et celles qu'il provoquerait chez le patient au moment de l'entretien, sont à considérer comme une donnée majeure dans l'approche interpersonnelle, et doivent faire l'objet d'une prise en compte dans toute élaboration et investigation conjointes d'hypothèses de travail avec le patient. De manière très parlante, Frieda Fromm-Reichmann consacre la première partie de ses *Principes de la psychothérapie intensive* (1953/1999) aux qualités personnelles du clinicien, et notamment à ses propres difficultés avec l'anxiété : « Là où il y a un manque de sécurité, il y a de l'anxiété; là où il y a de l'anxiété, il y a la crainte de l'anxiété des autres. Le psychiatre qui manque de sécurité est donc susceptible d'avoir peur de l'anxiété de ses patients. (...) Pour le patient, l'anxiété du psychiatre représente un indicateur de ses propres caractéristiques anxiogènes. Si le thérapeute est très anxieux, le patient peut interpréter cela comme une confirmation de sa propre crainte d'être menaçant, c'est-à-dire "mauvais" ». En d'autres termes, l'anxiété du thérapeute diminue l'estime de soi du patient. (Fromm-Reichmann, 1953, p. 24-25, NT).

LA PSYCHOLOGIE À DEUX PERSONNES, UN CHANGEMENT DE PARADIGME

Le courant interpersonnel nous invite ainsi à considérer que dans le contexte d'un entretien, le clinicien devra rester vigilant à sa propre anxiété, qu'il aura tendance à sous-estimer. Ceci s'explique par le rôle culturel d'expert que la société a attribué aux professionnels de santé, comme le souligne Sullivan. Pourtant, la personne que le clinicien croit observer est toujours un patient-en-interaction-avec-l'observateur. L'observateur-participant qu'est le clinicien l'est, lui aussi, avec le patient. Pleinement assumée par le clinicien, qui s'observe lui-même dans la relation avec un patient, et observe ce dernier dans cette même relation, comme le souligne Peplau (1953), la psychologie à deux personnes transforme profondément la donne. L'innovation de

l'analyse mutuelle, que l'on doit à Ferenczi (1988), ou encore la conceptualisation symbiotique de la relation thérapeutique avec le patient, chez Searles (1976), peuvent ainsi être considérées comme des développements théoriques et cliniques radicaux : leurs buts étaient d'acter le changement de paradigme de la psychologie individuelle en faveur de celui d'une psychologie à deux personnes. Si l'on ajoute à ce groupe de deux personnes la quantité « parfois décoiffante » de personnes physiquement absentes de l'entretien mais que le patient fait intervenir, comme le dit Sullivan (1954), on comprend alors à quel point l'entretien est une situation interpersonnelle.

Dans le courant interpersonnel, la définition de l'entretien, celle du soin psychique ou de la thérapie en général tendent à se confondre. C'est dire à quel point il y a lieu de parler d'une rupture radicale avec l'idée d'entretien médical anamnestique contemporain, comme l'illustre la définition de l'entretien (ou bien est-ce celle du traitement psychiatrique?) de Sullivan : « Selon moi, un tel entretien est une situation de communication essentiellement vocale dans un groupe de deux personnes plus ou moins volontairement intégrées, sur une base expert-client qui se développe progressivement, dans le but d'élucider les schémas de vie caractéristiques de la personne concernée, le patient ou le client, schémas qu'il ressent comme particulièrement gênants ou particulièrement utiles, et dont il espère tirer profit » (Sullivan, 1954, p. 4, NT).

LA TEMPORALITÉ DE L'ENTRETIEN

Sullivan (1953, 1954) et Peplau (1954) conceptualisent les relations interpersonnelles (y compris les relations interpersonnelles cliniques) comme des processus intersubjectifs non linéaires, mais dotés d'une temporalité. Ils nous invitent dès lors à considérer que la normativité qui régit la définition de ce qui est approprié, adéquat ou encore professionnel est toujours située et relative à la phase/au stade de la relation interpersonnelle en question. Cette dernière est non linéaire, car un événement interpersonnel (par exemple l'insécurité grandissante du clinicien) peut provoquer la perte d'un acquis présumé (la confiance, par exemple) ou une régression dans le fonctionnement psychique de l'un des protagonistes. Par conséquent, ce qui était considéré comme adéquat et satisfaisant pour le patient et le clinicien sur le plan interpersonnel à un moment donné peut

s'avérer (de nouveau ou momentanément) inadéquat et devenir un obstacle, voire un facteur de régression ou de rupture si le clinicien ne parvient pas à s'adapter à ce mouvement.

• Les phases

Chacun des deux auteurs apporte une contribution spécifique à la temporalité de la relation interpersonnelle. Chez Sullivan (1954), on notera surtout l'idée d'une double granularité de la réflexion temporelle. Le psychiatre propose un modèle à quatre stades, applicable à la fois à l'ensemble du processus thérapeutique avec un patient et à chacun des entretiens qui le composent.

— **L'inception formelle** (le commencement) inclut l'accueil du patient et l'établissement initial de la relation. L'interviewer doit se montrer respectueux et sérieux, tout en clarifiant les raisons de la rencontre pour mettre le patient à l'aise (baisser le niveau d'anxiété) et amorcer la discussion.

— **La phase de reconnaissance** consiste à obtenir un aperçu général de la vie sociale et personnelle du patient. Cela inclut des questions sur son âge, son lieu de naissance, ses parents, ses frères et sœurs, ainsi que les personnes présentes dans son environnement familial durant ses premières années.

— **L'exploration approfondie** porte sur les schémas de vie du patient, ses difficultés, ses relations interpersonnelles et les événements marquants de son passé.

— **La conclusion** consiste en une synthèse des informations recueillies, une clarification des attentes du patient et des prochaines étapes à suivre. Si nécessaire, elle peut également marquer la fin du traitement.

À l'instar de Sullivan, la théoricienne infirmière Hildegard Peplau (1953) propose une structure interpersonnelle temporelle à quatre phases, qui correspondent globalement à celles de Sullivan :

— **l'orientation** (rencontre infirmière-patient pour clarifier le problème et l'identifier) ;

— **l'identification** (repérer et déterminer conjointement des objectifs réalistes) ;

— **l'exploitation** (utilisation pleine par le patient des services qui lui sont offerts) ;

— **la résolution** (restauration des capacités d'autonomie du patient, processus de libération du patient) (Benaïche, 2024).

• Aligner phases et rôles infirmiers

Peplau systématise également les rôles infirmiers spécifiques (étrangère, personne

ressource, substitut, leader et conseillère), dont on peut aligner l'émergence dans le processus interpersonnel sur les phases relationnelles. Forte de ses observations cliniques très perspicaces, réalisées dans une multitude de contextes cliniques, Peplau va au-delà. Son modèle propose d'aligner les phases relationnelles et les rôles infirmiers avec un répertoire de fonctions ou de positions qui se succèdent, à l'instar des stades développementaux de l'ontogénèse du sujet : étranger, nourrisson, enfant, adolescent, adulte.

serait par exemple encore trop anxiogène. En effet, durant la phase de résolution, où il est question de résoudre les dynamiques transférentielles, il est attendu du patient qu'il adopte le rôle d'adulte, tout comme il est attendu de l'infirmier qu'il favorise ce processus, ne serait-ce qu'en adaptant à la baisse le « faire pour le patient » et à la hausse le « faire avec » et surtout le « faire faire ».

À l'instar de Sullivan, Peplau insiste sur le fait que, lors du premier entretien, le patient et l'infirmier sont des « étrangers » l'un pour

– Le second principe, quant à lui, semble viser tout particulièrement la psychiatrie avec une formulation qui laisse transparaître une critique : « *traiter le patient comme un étranger émotionnellement capable et établir des relations avec lui sur cette base jusqu'à ce que des preuves montrent qu'il en est autrement* » (Peplau, 1953/1999). C'est sur ce second principe que repose la finalité de la phase d'orientation, le premier entretien marquant le début de celle-ci.

Soulignons avec force ce que l'orientation

“ **En d'autres termes, lire un dossier avant la rencontre revient à tenter de voir sans être vu et à feindre l'ignorance. Le tout sans grand bénéfice, car on ne voit pas la personne réelle, mais bien son double virtuel subjectif...** »

L'infirmier et le patient peuvent endosser certains rôles délibérément, pour l'infirmier, par souci de respecter l'impératif thérapeutique. D'autres rôles, notamment ceux de substituts, sont davantage mobilisés par attribution plus ou moins consciente de l'un ou l'autre. Le rôle infirmier de substitut maternel est probablement le plus évocateur de la nature temporelle et située de la normativité interpersonnelle.

« *Le patient peut confier à l'infirmière des rôles tels que celui de substitut de la mère, du père, du frère ou de la sœur, dans lesquels l'infirmière aide le patient en lui permettant de rejouer et d'examiner de manière générique des sentiments plus anciens générés par des relations antérieures. Une performance efficace dans ces rôles fournit au patient un nouveau symbole des figures d'autorité ou de rivalité, et lui permet de réorienter ses sentiments à leur égard.* » (Peplau, 1953, NT).

Le rôle de substitut maternel peut être productif et adéquat durant la phase de travail (identification ou exploitation), où le patient peut être amené, en raison de sa dynamique de difficultés, à se comporter « comme » un nourrisson ou un petit enfant (nécessitant alors des « *soins primaires* » : bain, toilette intime, mais aussi une « *préoccupation maternelle* » de la part de l'infirmier). Or, son émergence tardive et soudaine, associée à l'adoption par le patient du rôle de nourrisson ou d'enfant, pourrait signifier que la phase de résolution n'est pas encore envisageable, car elle

l'autre. Peplau met en garde les soignants contre la situation où ils n'auraient pas l'impression de rencontrer un étranger. Cela pourrait s'expliquer de deux manières : soit ils utilisent à leur insu un « stéréotype » de patient, soit ils font preuve d'un processus transférentiel intempestif et non reconnu. Dans les deux cas de figure, la personne en face serait dépourvue injustement du droit d'être soi-même, un droit qui, selon Peplau, occupe une place centrale tant pour le patient que pour l'infirmier. Lorsque le patient confère un rôle de substitut au soignant, celui-ci doit l'assister dans son exploration interpersonnelle tout en préservant activement sa véritable identité d'infirmier. C'est ainsi qu'il accompagne le patient dans l'exploration des similitudes et des différences entre les personnes et les situations.

RENCONTRER UN ÉTRANGER

Le premier entretien est donc, dans l'idéal, une rencontre entre deux étrangers « *qui n'ont rien en commun dont ils soient conscients* » (Peplau, 1953/1999). Outre l'impératif de « *courtoisie ordinaire que l'on accorderait à tout invité* » (Peplau, 1953/1999), Peplau mentionne explicitement deux principes auxquels l'infirmier doit s'astreindre et dont chacun comporte son lot de difficultés (qui éloignent la réalité de la rencontre avec l'idéal...).

– Le premier principe est relativement générique pour les soins infirmiers et n'est pas détaillé ici : il faut accepter le patient tel qu'il est.

veut dire dans la théorie de Peplau, qui insiste sur le caractère déstabilisant de l'expérience de la maladie pour le patient et sur l'impératif d'assister ce dernier dans le processus d'intégration de la nouveauté. Il s'agit donc d'orienter le patient, ce qui ne doit pas être confondu avec l'éducation, qui a également sa place, mais pas en ce qui concerne la dimension existentielle. L'infirmière encouragera le patient à explorer ses sentiments et s'abstiendra de tout jugement. En revanche, elle se montrera très proactive pour lui indiquer ce que l'on peut mettre à sa disposition pour l'aider à aller mieux. En un mot, la phase d'orientation n'est pas là pour orienter l'infirmière. Ce sera le cas chemin faisant. Ce second principe laisse ainsi transparaître une lecture éthique universaliste de l'interactionnisme symbolique, courant dominant dans les sciences sociales à l'époque où Peplau et Sullivan rédigeaient leurs écrits les plus importants. Selon les interactionnistes symboliques, l'humain n'agit pas par automatisme, mais en fonction de significations et d'objectifs qu'il poursuit, et il est capable de communiquer ces derniers grâce à sa maîtrise des symboles. À l'instar des interactionnistes – pour qui la compréhension du monde de l'acteur social est la seule à même de rendre compte de manière complète de ses raisons d'agir –, Peplau considère qu'il s'agit d'explorer en premier lieu la compréhension de ses actes par le patient. Bien entendu, il est nécessaire pour cela de partir du principe énoncé plus haut,

qui fonctionne dès lors comme un socle éthique sur lequel repose une démarche méthodologique d'entretien clinique (pour Peplau) ou d'enquête sociologique (pour les interactionnistes).

« La façon dont le patient perçoit le problème détermine la manière dont il agira pour tenter de le résoudre. Les attitudes du patient sont constituées de besoins et de sentiments, ou d'émotions ; pour aider un patient à comprendre un problème, il est nécessaire de lui permettre de révéler avec ses propres mots ce qu'il ressent face à ce problème. Les attitudes sont liées aux communications, verbales et non verbales, du patient, lorsque la difficulté est formulée à l'intention de l'infirmière. Lorsque le patient est en mesure de révéler ses véritables attitudes à lui-même et à une infirmière qui lui sert de caisse de résonance pour réfléchir à ce qu'il dit et ressent, il peut prendre conscience de ses attitudes et ainsi élargir sa compréhension d'un problème. » (Peplau, 1953/1999, NT).

QUID DU DOSSIER DU PATIENT ?

En nous lisant, l'infirmier d'aujourd'hui, formé selon les standards de qualité, voire de sécurité contemporains (ou « déformé » selon Sullivan, qui aurait été plus que réticent à embaucher des infirmiers dans son unité expérimentale pour jeunes schizophrènes à l'hôpital Sheppard Pratt à Towson, Maryland), se demande sans doute ce qu'il en est du dossier médical du patient, qu'il prend soin de parcourir à minima avant de serrer la main du patient en question. Nous constatons que cet objet, devenu tellement central dans la pratique soignante, est particulièrement peu présent dans la pensée de Peplau. Outre la personne de superviseur, qui devrait s'y intéresser.

En effet, Peplau considère que les patients se présentent généralement de manières très variées aux différents soignants, faisant sienne la critique radicale sullivanienne du concept de « personnalité abstraite » des relations interpersonnelles. Dans cette perspective, un dossier qui consigne la façon dont un patient s'est présenté à un autre professionnel dans le cadre d'une relation interpersonnelle a une utilité toute relative en dehors de cette relation. De surcroît, la lecture de ce dossier avant la rencontre peut avoir un effet néfaste sur le soignant. Le spectre des possibles quant à la présentation de soi par le patient pourrait en être tristement réduit, et ce à l'insu du patient lui-même.

En d'autres termes, lire un dossier avant la rencontre revient à tenter de voir sans être vu et à feindre l'ignorance. Le tout sans grand bénéfice, car on ne voit pas la personne réelle, mais bien son double virtuel subjectif, qui nous en apprend autant sur le patient que sur celui qui a rédigé son dossier.

Sullivan considère lui aussi qu'il n'est pas approprié de recueillir les informations factuelles habituelles concernant le patient avant l'établissement initial de la relation. La priorité de ce premier entretien est d'ordre interpersonnel. Sullivan emploie le terme « inconnu(s) » pour décrire ce qui se rencontre lors du premier entretien, et fait comprendre clairement que le clinicien doit faire passer l'impératif de réduire l'incertitude du patient face à la situation nouvelle qu'il vit, devant son désir propre de savoir le plus rapidement possible qui est (et de quoi souffre) la personne en face de lui. Il s'agit donc de mettre le patient à l'aise, de réduire son anxiété, d'établir une relation professionnelle basée sur le respect et la confiance, de clarifier les raisons de la rencontre pour éviter tout malentendu et de préparer le terrain pour les étapes suivantes de l'entretien. À l'instar de Peplau, Sullivan semble très pragmatique concernant les informations factuelles auxquelles le patient est en droit de s'attendre de la part du clinicien. Il souhaitait disposer de manière systématique d'une donnée factuelle en amont du premier entretien : le nom du patient, afin de pouvoir le saluer en l'utilisant, le tout « sans excès de familiarité ni de formalisme », puis inviter le patient à s'asseoir. Sullivan ne s'asseyait pas en face du patient. Il estimait que cette position était intrusive, intimidante et potentiellement anxiogène pour un inconnu. Cette attitude était le fruit de sa propre décompensation psychotique survenue deux ans avant la fin de ses études de médecine. Son expérience clinique avec des personnes atteintes de schizophrénie lui avait confirmé ce fait. Il s'asseyait donc à un angle qui permettait au patient de ne pas se sentir épié (Chapman, 1978), proche de 90 degrés (Conci, 2012). Fait marquant, alors que Sullivan, en tant que psychiatre hospitalier, pouvait souvent disposer d'une grande partie des informations concernées par le stade d'inception, il tenait à ce que celles-ci proviennent du patient lui-même et non de son dossier. Lorsqu'il disposait d'informations préalables, il en informait d'emblée le patient, afin de lui donner

l'occasion de corriger ou de compléter ces informations et d'établir une relation de confiance : « *On m'a informé de [tel fait], est-ce exact ?* » ou « *Voici ce que j'ai compris, pouvez-vous m'en dire plus ?* » (Sullivan, 1954 ; Chapman, 1978). Une relation de confiance ne peut se bâtir sans la transparence la plus totale de la part du clinicien, qui doit aussi faire le choix de rester suffisamment vague au sujet de sa connaissance de certains éléments concernant le patient, afin d'éviter toute amplification de l'anxiété de ce dernier lors de leur évocation.

CONCLUSION

Concernant le premier entretien, la posture largement partagée et défendue par Peplau et Sullivan rompt, une fois de plus, de manière radicale avec une conception des soins assujettie à un élargissement excessif au point de devenir universellement valable, d'une définition par une médecine technique/d'urgence de la sécurité du patient et de la qualité des soins, laquelle finit par être subordonnée à cette première. Par rapport à la pratique courante, cette posture opère deux modifications majeures : elle donne la priorité à l'information du patient plutôt qu'à l'obtention d'informations sur le patient par le clinicien, et adopte une position éthique de non-maîtrise de la situation par le soignant.

En effet, le concept de la qualité des soins semble de plus en plus parasité par une interprétation erronée, et qui est la volonté de contrôler de façon la plus complète possible les variables et de s'assurer de l'exclusion des variables concomitantes parasites. En sous-entendu, le fait de ne pas maîtriser la situation, en laissant certains éléments « insus » (qui le sont parfois parce qu'ils sont inconnaissables), serait préjudiciable pour la sécurité du patient et donc pour la qualité des soins. En fait, n'est-ce pas surtout une question du poids de la responsabilité inconditionnelle du soignant, imposée par le paradigme de la médecine technique ? Et de la difficulté de ce dernier à se décentrer suffisamment, pour dépasser la simple maîtrise technique anxiolytique, et s'ouvrir à l'altérité du patient ?

Lévinas (1991) considère que le patient doit être perçu comme une présence unique, et non comme une catégorie diagnostique ou une représentation. Si, avant de faire la connaissance d'un patient, j'apprends qu'il s'agit d'un « patient schizophrène »,

y verrai-je autre chose qu'un représentant de cette catégorie? Certes, cette approche reconnaît l'inconnaissable et le mystère inhérent à chaque individu, que le soignant ne pourra jamais totalement maîtriser. Ainsi, l'asymétrie du projet de soin selon Lévinas est une posture éthique qui place la relation humaine au cœur de la pratique médicale et soignante, en intégrant la dimension relationnelle et humaine au-delà de la technique et avant elle. L'inconnu chez Sullivan et l'étranger chez Peplau ne sont-ils pas les figures de l'autre avec qui, comme l'écrit Lévinas, on peut/doit entretenir dès le début une relation avec « *autrui en tant que tel et non pas relation avec l'autre déjà réduit au même, à l'"apparenté" au mien* » (Lévinas, 1991, p. 206)? L'éthique de la non-maîtrise est une posture d'incertitude assumée par le soignant, jusqu'au moment de l'« *épiphany du visage de l'autre* », dans un face-à-face toujours unique.

A noter : la Haute Ecole de Santé-Vaud (HESAV) propose une microcertification (5 ECTS) en Soins interpersonnels et méthodes psychocorporelles à partir du 26 mars 2026. En savoir plus : <https://hesav.ch/formation/formation-continue-et-postgrade/microcertification-soins-interpersonnels-methodes-psychocorporelles-2026/>

1— Dans les citations, je propose ma propre traduction de Sullivan, Peplau et Fromm-Reichmann, soit parce qu'il n'existe pas de traduction française publiée soit par choix de revenir aux textes originaux.

2— L'interactionnisme symbolique est un courant de pensée principalement présent au sein de la sociologie (par exemple Erving Goffman) et initié par les travaux du philosophe, sociologue et psychologue George Herbert Mead (1863-1931), et ceux de son élève Herbert Blumer (1900-1987), qui a proposé ce terme en 1937. L'interactionnisme symbolique puise dans le pragmatisme philosophique américain et le behaviorisme social (opposé au comportementalisme psychologique) et postule que les individus sont des êtres sociaux qui dérivent la signification des processus interactionnels impliquant des symboles, et que c'est en fonction de ces significations qu'ils agissent. Provenant avant tout des interactions avec les autres, les significations sont également constamment produites, gérées et modifiées par une forme de dialogue intérieur (le *mind* selon Mead, soit une forme d'interaction avec soi-même). Dans cette approche, un stimulus extérieur ne peut avoir le même effet sur tous. Pour les interactionnistes, il est nécessaire de parvenir à une compréhension mutuelle par le biais de l'élaboration de symboles communs. Cette dernière idée inspire directement le concept de validation consensuelle de Sullivan, qui constitue l'un des piliers de son approche thérapeutique.

3— L'École de Chicago, qui tient son nom de son lieu d'origine universitaire, émerge dans les années 1890 et devient le courant dominant de la sociologie américaine entre 1915 et 1935 (on parle alors de « première école de Chicago »). Inspirée par l'interactionnisme symbolique, l'école de Chicago innove de manière radicale en postulant que l'acteur est capable d'interpréter le monde qui l'entoure de manière adéquate, c'est-à-dire de donner un sens à son action. Dès lors, sa méthodologie donne la priorité aux points de vue (significations) des acteurs. Selon Herbert Blumer, l'observation participante, par opposition à l'observation extérieure détachée, doit permettre à l'observateur de voir le phénomène tel qu'il est perçu par l'acteur. C'est ainsi qu'il pourra comprendre les tenants et les aboutissants des actions de ce dernier. Hildegard Peplau et Harry Stack Sullivan adaptent chacun à leur façon l'observation participante sociologique à un contexte clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- Benaïche A. (2024). *La théorie de Peplau : lien efficace à la pratique clinique infirmière*. Revue de la pratique avancée, Vol. V, n° 3, juillet-août-septembre 2024.
- Chapman, A. H. (1978). *The treatment techniques of Harry Stack Sullivan*. Brunner/Mazel.
- Conci, M. (2012). *Sullivan revisited : life and work : Harry Stack Sullivan's relevance for contemporary psychiatry, psychotherapy and psychoanalysis* (2nd rev. ed). Tangram edizioni scientifiche.
- Ferenczi, S., Balint, M., Dupont, J., Sabourin, P. (2014). *Journal clinique janvier-octobre 1932*. Payot.
- Fromm-Reichmann, F. (1953). *Principles of intensive psychotherapy*. Allen & Unwin. (traduction française: Fromm-Reichmann, F., & Faugeras, D. (1999). *Principes de psychothérapie intensive*. Érès).
- Lévinas, E. (1991). *Entre nous : Essais sur le penser-à-l'autre*. Paris : Grasset.
- Kung, S., Durand, D.M., Alarcón, R.D. (2023). *The Psychiatric Interview: General Structures and Techniques*. In: Tasman, A., et al. *Tasman's Psychiatry*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-42825-9_88-1
- Peplau, H. E. (1953). *Interpersonal Relations In Nursing : A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. G.P. Putnam's Sons.
- Searles, H. F. (1976). *Transitional phenomena and therapeutic symbiosis*. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 5, 145–204.
- Sullivan, H. S. (1950). *The illusion of personal individuality*. *Psychiatry*, 13(3), 317–332. <https://doi.org/10.1080/00332747.1950.11022783>
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. W.W. Norton.
- Sullivan, H. S. (1954). *The Psychiatric Interview*. W.W. Norton.

Résumé : Cet article explore une approche psychodynamique interpersonnelle de l'entretien clinique en général, et du premier entretien en particulier, en opposition à la vision positiviste et médicale traditionnelle. Il critique l'idée que l'entretien se limite à un outil de collecte d'informations factuelles sur les symptômes du patient, sans prendre en compte la dimension interpersonnelle et thérapeutique. À travers les travaux de Harry Stack Sullivan (psychologie à deux personnes), Hildegard Elisabeth Peplau (processus relationnel structuré en phases) et Frieda Fromm-Reichmann (incertitude et anxiété chez le soignant), il met en avant l'importance de l'entretien en tant que situation intersubjective intense, révélatrice des dynamiques psychiques et porteuse du potentiel de transformation. L'auteur adopte la position de Peplau, estimant qu'il est nécessaire de traiter le patient comme un « étranger émotionnellement capable jusqu'à preuve du contraire » et de préserver son droit de se présenter au soignant comme il l'entend. L'article met également en lumière une éthique de la non-maîtrise, où le clinicien accepte l'incertitude et gère son angoisse pour préserver l'altérité du patient, selon Emmanuel Lévinas. Enfin, il critique l'usage excessif des dossiers médicaux avant le premier entretien, qui pourrait réduire la richesse de la rencontre interpersonnelle.

Mots-clés : Conduite de l'entretien – Confiance – Éthique professionnelle – Premier entretien – Psychodynamie – Relation interpersonnelle – Relation thérapeutique – Rôle propre – Théorie des soins infirmiers – Transfert.