



Saint Jacud de la mer – CH Dinan/ St Brieux - 22101

Le Vendredi 27 novembre 2015

Journée du soin : « *Faire équipe* »

Des activités informelles qui font équipe

Résumé de présentation

L'équipe constitue un tiers dans les relations et les situations de soins que portent les infirmiers. Une recherche en soins a identifié certaines des fonctions qui composent cette activité d'équipe. Parmi elles, la réouverture des fenêtres d'empathie, la thermométrie, l'historicisation, la respiration psychique et d'autres se construisent dans les temps informels qui ponctuent la vie des collectifs de travail.

De l'équipe au collectif de travail

Travailler en psychiatrie comme infirmier, c'est aussi et nécessairement travailler en équipe. Cette dernière constitue le tiers incontournable et le témoin privilégié des relations de soins engagés au quotidien. L'équipe relève pour ce premier abord d'une assignation. Pour autant, ce terme recouvre des réalités différentes quant à ses définitions, ses propriétés et quant à leurs qualités.

Le terme d'équipe comporte ainsi une forte charge imaginaire dont la définition périmétrique peut apporter une saillante illustration. Ainsi, suivant les lieux, les moments et les interlocuteurs, la délimitation de l'équipe peut recouvrir un axe de définition impliquant les seuls collègues infirmiers de proximité, en passant par l'équipe pluriprofessionnelle d'un site ou d'une unité, et en étirant la référence jusqu'à l'ensemble de l'équipe de secteur. Toutes les nuances intermédiaires sont possibles, et cette variabilité de définition périmétrique tend à faire du terme équipe au plan théorique un mot « valise ». C'est-à-dire un mot gorgé de significations sur des qualités attendues que le terme initial rassemble mais peine alors à contenir. Avec cette charge imaginaire, l'évocation de l'équipe peut se faire par défaut, elle est alors convoquée là où on ne la

trouve pas. La notion d'équipe évoluant comme le relève Annie Petrognani entre *l'équipe, c'est les autres ! C'est personne ! C'est moi ou c'est nous.*¹

Ces niveaux d'assertions révèlent des positions et des étapes de construction différentes. Nous sommes par ailleurs à une époque où cette dimension collective se trouve en partie érodée devant le primat des évaluations individuelles, des outils de soins individualisés, et un rapport fonctionnel à la tâche.

Or les propriétés d'une équipe peuvent se définir comme la potentialisation des capacités des uns et des autres pour aboutir à des qualités intrinsèques supérieures à la somme des capacités de chacun de ses membres. Nous touchons ici au renforcement des capacités contenantes groupales et au sentiment d'efficacité collectif.

La cohérence minimale exigible vers laquelle doit tendre toutes équipes concerne à mon sens une représentation à peu près partageable par l'ensemble des soignants du fonctionnement psychique du et des patients et non pas, l'application par tous d'un même modus opérandi quant à l'abord des situations à traiter. Cette objectif réhabilite par ailleurs la place de la *dispute professionnelle* (Yves Clot, 2008 - Patrick Chaltiel, 2009)

L'équipe est donc une condition nécessaire mais pas suffisante. La question qui nous intéresse devient *qu'est qui fait équipe ?* Ce passage d'une référence centrée sur l'équipe à la construction de ses propriétés nécessite un saut qualitatif. En nous référant aux apports de la psychodynamique du travail, nous passons alors de la notion d'équipe à celle de collectif de travail et d'une logique de coordination à une logique de coopération. Citons à ce propos Christophe Dejours² « *Il existe toujours un décalage entre l'organisation du travail prescrite, ce qu'on désigne sous le nom de **coordination**, et l'organisation du travail effective, ce que l'on désigne sous le nom de **coopération**.* »

La formation du collectif repose un ensemble d'éléments qualitatifs partagés :

- Un partage du socle de valeurs engagées, valeurs qui peuvent s'étayer ou non sur des références communes quant à un modèle théorique.
- Une relative homogénéité des seuils d'investissement, d'implication engagés dans le travail, et des niveaux de mobilisation suscités.
- L'adéquation aux règles que le groupe se donne pour accomplir sa mission.
- Des relations inter personnelles basées sur la connaissance des fonctionnements de chacun, et cimentées par un climat de confiance.

Ces qualités participent à la construction du sentiment d'appartenance à un collectif de travail et, secondairement, à une unité ou un service, une profession. Ce sentiment d'appartenance à des valeurs partagées, à des conceptions de soins, devient le lieu de la **mise en cohérence entre culture de travail et réalité des pratiques**. La réunion de ces éléments constitue par ailleurs le socle des constructions des identités professionnelles. Une nuance d'importance, génératrice potentiellement de confusion, existe souvent autour de cette notion de cohérence, et ici de

¹ Petrognani Annie, *Et si équipe rimait avec éthique*, in Soins Gériatrie, n° 55, septembre/octobre 2005, Ethique, équipe et fin de vie, pp. 20-22, cité par Friard Dominique, *Faut il bruler Jeanne ?*, 2006, www.serpsy.org, consulté le 20 février 2014.

² Dejours, Christophe, *Le soin en psychiatrie, entre souffrance et plaisir*, cité dans *Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie*, sous la direction de Chiland, Colette, Bonnet, Clément et Braconnier, Alain, Editions Erès, octobre 2010, , pp 399-421, page 409.

3 Source : L'impact de l'informel dans le travail en psychiatrie, rapport de recherche, non publié, 2012, 430 pages, disponible auprès des auteurs, J-P Lanquetin, grsi@ch-st-cyr69.fr et S Tchukriél, grsi@ch-le-vinatier.fr.

cohérence d'équipe. Le mot cohérence vient du latin : co = avec, ensemble et haerere = être fixé à. La cohérence prend le sens d'aller ensemble, et l'incohérence pointe ce qui sépare. Nous voulions insister sur le constat que les vecteurs de cohérence s'originent davantage dans le partage et l'accord des valeurs qui sous-tendent l'action, que dans l'application par tous d'un même modus operandi, (co-errance) quant à l'abord des situations à traiter ; cette dernière approche étant réservée à quelques situations cliniques dûment identifiées.

La place de l'informel dans le travail d'équipe

Pour ce dernier niveau, 38 fonctions relevant des activités informelles ont pu être caractérisés. Toutes ont en commun d'approcher le développement de compétences collectives. Toutes participent également d'un repérage des moments, des lieux et des principes d'actions ou se déploie la construction patiente de ces répertoire de ressources collectives. Cette présentation se propose d'approcher quelques fonctions dont les propriétés contribuent au fonctionnement d'un collectif de travail ainsi qu'au soin direct et indirect en favorisant alors un retour vers le patient.

Fonction historisation

Ce fond de mémoire inscrit les préoccupations du moment dans un axe diachronique qui affirme la singularité de chaque lieu et de chaque institution en l'actualisant dans le croisement de l'axe synchronique du temps présent. L'activation de cette mémoire vive contribue au travail sur les situations du présent dans le sens où celles-ci sont susceptibles de devenir alors des possibles reproductions du passé avec ses variables. Cette fonction permet ainsi d'établir une dimension de continuité du temps. « *Tout en agissant, les praticiens (ici les infirmiers. Ndr) les associent à la situation inédite qu'ils rencontrent comme « des métaphores génératrices » (Shön- 1994) qui donnent sens à la situation présente de manière efficace*».³

Et Donald A.Shön précisent dans « *C'est notre capacité de voir le présent comme une variable du passé et d'agir en conséquence qui nous permet d'appréhender les problèmes qui ne cadrent pas tout à fait avec les règles établies*»⁴.

Sur cette place de l'historisation, Georges Gaillard pour sa part observe le potentiel de déliaison institutionnelle en lien avec « *... les captations et les éradications de la temporalité qui infiltrent les jeux institutionnels. Les atteintes qui sont faites à l'histoire et à la temporalité attaquent et mettent en péril les processus identificatoires de l'ensemble des personnes participants de ces institutions (professionnels et usagers), elles libèrent d'intenses charges de violences mortifères*».

Son analyse porte sur les transformations de l'arrière-plan socioculturel qui se traduit par une modification du rapport à la temporalité qu'il nomme le *basculement de la vectorisation temporelle*. « *Tout se passe comme si un organisateur culturel central se renversait : le passé perd sa légitimité au profit du futur et de la valeur qui s'y associe, le chargement. Il s'opère donc une mutation telle que ce ne sont plus la durée, la mémoire et le passé qui font référence et modèle [...]* ».

Ce constat vient souligner les différentes et nécessaires places que revêt l'historisation. Nous remarquons qu'une fois décondensée la crispation synchronique sur l'immédiateté, la vectorisation temporelle refait son lit, comme on le dit d'une rivière. Il s'agit alors de déplier une temporalité adaptée et respectueuse de la temporalité psychique en direction des patients et de l'équipe. Cette dimension temporelle est également soulignée par Pascale Molinier quand elle conclue que

³ Galvani Pascal., « Étudier sa pratique une autoformation existentielle par la pratique » Présence, *Revue d'étude des pratiques psychosociales*.

⁴ Shon, Donald.A, *Le praticien réflexif, A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Logique 1994, 418 pages, p. 178.

« L'équipe soignante doit pouvoir vieillir ensemble, sinon qui tiendra la mémoire des "différences" et qui pourra la transmettre aux nouveaux arrivants ? Or préserver et transmettre ce savoir pratique suppose d'avoir du temps pour parler ensemble en toute confiance ».

Pour le patient :

L'holisme tend ici à prendre en compte les facettes multiples qui composent une personnalité et l'histoire d'un sujet. Il s'alimente des interactions que la personne entretient avec son environnement dans un mouvement de causalité circulaire où cette démarche clinique de majoration de la connaissance sur une personne est susceptible de réorienter la démarche et le projet de soin. C. Debout *« La causalité linéaire des phénomènes est rejetée, car jugée trop simpliste au profit d'une causalité circulaire qui reconnaît l'impossible exhaustivité de toute recherche d'étiologie ».*

La finalité concerne ici ce mouvement circulaire : renouveler, alimenter, injecter des informations, qui permet de garder de la mobilité dans le regard porté, dans une visée qui reste, par nature, asymptotique.

Ce mouvement et cette fonction d'historisation en lien avec la personne prennent toute son importance dans les suivis au long court où, la connaissance d'éléments nouveaux sur les particularités d'une personne est de nature à favoriser un mouvement de déport dans la manière de regarder, renouvelant alors les modes d'accès. Ce constat s'illustre dans les propos de cette infirmière IDE interviewée *« Si je prends l'exemple d'un patient, tiens, il a fait des études dans tel domaine, on n'était pas au courant et on l'apprend, et des fois, cela peut changer notre vision du patient. La possibilité de se dire qu'il en est arrivé là, à ce moment-là, qu'autrefois c'était autrement, et même si on n'arrivera jamais à revenir sur ce qu'il était avant, en tout cas, il a été autre chose et cela est important, important et aussi valorisant pour lui. Et puis cela modifie l'image que l'on a de la personne. Cela remet de l'humain.*

Je me dis, si on apprend que dans sa jeunesse ce patient a par exemple fait beaucoup de natation, voir qu'il a eu des médailles, alors nous allons y réfléchir, nous allons y penser autrement. Nous allons nous dire, tiens cela pourrait être intéressant d'essayer de lui proposer une activité en lien, peut-être ne voudra-t-il pas, mais au moins on verra comment il réagit par rapport à ça, à ce qu'était sa vie avant ! »

Pour l'unité ou l'institution

La fonction historisation en lien avec l'unité, le service ou l'institution, concerne la capacité à revenir à la source d'une pratique ou d'un fonctionnement qui a eu un impact organisateur dans les méthodes de travail et ce faisant, permet à celle-ci de garder leur sens en l'actualisant. Cette actualisation du contexte d'apparition, des enjeux, des réflexions, des luttes, parfois, qui ont été au fondement d'une modalité de travail, permet une mise en perspective qui contribue à la compréhension et à la mise en sens de l'action en cours. Au niveau de l'unité ou du service, c'est donc à une mobilisation et à une lecture des schémas de comportements adaptatifs, à des *habitus* que cette fonction d'historisation nous invite.

Fonction alimentation de l'empathie

Cette fonction est incidemment repérée dans le propos d'une infirmière IDE interviewée qui répondait à la question des qualités d'une bonne relève pour elle. Les propriétés de dédramatisation, d'évacuation, de retour à un état émotionnel moins chargé sont évoquées autour d'évocations à l'aspect moqueur *« Etonnement des fois il y a un peu de, je ne sais pas comment dire, pendant la relève, il y a des espèces de phrases, de moqueries, mais en fait je me dis que cela permet de dédramatiser par rapport aux patients ! Et bon, je me dis les étudiants ils doivent se dire : « ho, là, là,*

franchement c'est pas cool en psychiatrie...». Je ne sais pas, je me dis, je le vois comme ça ! Mais en fait je me rends compte que c'est une façon pour le collègue de se libérer de ce qu'il a subi... On a l'impression que ce qu'il a emmagasiné dans la matinée, faut que ça ressorte au moment de la relève»

Cette dimension rejoint les observations de Pascale Molinier⁵ quand elle relève : « *La tonalité des échanges peut apparaître insolite, voir choquante pour des personnes extérieures [comme nos étudiantes de l'extrait précédent, Ndr]. Les situations décrites sont souvent pathétiques, pourtant, c'est la bonne humeur qui règne. Chacune s'ingénie à dédramatiser les situations vécues en déployant des prouesses d'inventivité et de fantaisie pour trouver de quoi rendre le quotidien amusant et cocasse. Pour le dire autrement, il s'agit d'inventer ensemble les ressources symboliques qui permettent de rendre le monde vivable sans pour autant en évacuer la souffrance*». Et de remarquer in fine qu'en se « moquant » des patients, les soignant(e) s se moquent aussi d'eux-mêmes.

Cette fonction est mise en mots avec une grande précision clinique lors d'un dialogue en interaction avec l'action au cours d'une observation. Le DIA portait ici sur l'utilisation du mime dans la reproduction d'une manière d'être d'un patient, reproduction par ailleurs convaincante.

L'infirmière ISP interrogée précisera « *cette utilisation du mime répond à plusieurs fonctions, elle permet de faire du lien entre nous et de conforter ce lien, lequel conforte en retour la place de chacun. Elle permet ensuite d'évacuer des éléments contre transférentiels et concourent à leur transformation, c'est du bêta - défoulement [en référence à la théorie de Bion, Ndr]. Cela permet d'associer le bon moment et le patient. Enfin, cette dimension empathique renouvelée permet de retourner vers le patient avec une position psychique disponible et malléable*».

Enfin, la fonction de l'alimentation de l'empathie peut également concerner l'équipe dans le travail de mise en disposition psychique d'accueil, lorsque les soignants se mettent dans un contexte émotionnel adéquat face à une situation annoncée à l'exemple d'une admission. Cette mise en condition et en tension passe également par la convocation d'anecdotes favorables, partagées autour de situations clés. Cette mise en circulation est alors de nature à maintenir une disposition d'accueil, à partager le même niveau émotionnel dans l'équipe, et à abraser ou évacuer les mécanismes d'anticipation anxieuse.

Le jugement de beauté

Toutefois, nous nous attacherons au deuxième jugement évoqué par notre auteur, le jugement de beauté dont il nous dit qu'il est lui-même double : « *Le premier volet consiste à reconnaître que le sujet travaille conformément aux règles de l'art [...] c'est par cette reconnaissance que le sujet est intégré à un collectif ou à une communauté d'appartenance. Le second volet consiste à attribuer au sujet des qualités qui la distinguent des autres : originalité, ingéniosité, c'est-à-dire ce par quoi quelqu'un est différent de tout autre*».

Dans un autre ouvrage, l'auteur apporte cet ajout concernant les particularités du travail en psychiatrie : « *Le jugement de beauté qui connote la qualité, la beauté d'un travail, la belle ouvrage [...] est encore plus important à l'égard de la santé mentale [...] car en reconnaissant la qualité de mon travail, l'équipe m'accorde, de facto, l'appartenance à cette équipe*

Le jugement de beauté consacrera alors un « art et une manière de faire » et en tissera quelques lettres de noblesse qui généralement resteront au sein du groupe de référence, mais qui contribueront à alimenter les autorités de compétence. Son expression et son utilisation nécessitent, de la part de ceux qui le formulent, une connaissance fine des contraintes liées à la situation et de celles liées à la finesse et l'adaptation des ressources mobilisées. Cette fonction jugement de beauté

⁵ Molinier, Pascale, *Les enjeux psychiques du travail*, op. cit. p. 249)

peut prendre aussi une valeur d'exemplarité, elle alimente alors les fonds de mémoire collectifs, elle nourrit les récits, elle trame les histoires des groupes. À titre d'exemple, nous pouvons citer, désamorcer et faire tomber une présentation exaltée avant la limite de la coercition physique (fonction contenante), trouver le point de rencontre et d'adhésion à un traitement chez un patient réticent (fonction d'alliance thérapeutique), pénétrer l'univers mental d'une personne en situation de grand retrait (fonction de construction du lien), proposer une autre scène et une autre lecture d'un envahissement délirant permettant une mise à distance au moins momentanée (fonction décalage) etc..

Si la fonction jugement de beauté concerne préférentiellement un groupe de manière horizontale, elle peut parfois s'exprimer de manière plus verticale et concerner une équipe pluri professionnelle. Elle en signera alors des aspects qualitatifs et fédérateurs. Nous ne pouvons que souligner l'importance de ces formes d'espaces de soutien et de valorisation, qui quand ils existent, valident les expériences, renforcent les sentiments d'appartenance, la cohérence avec la tâche primaire, et favorisent la mobilisation des ressources. Ces retours ont également pour effet de sécuriser, valider et structurer les cadres internes des soignants, en cela ils possèdent une puissance de légitimité.

Entre historisation et jugement de beauté, la place du narratif :

Nous avons choisi deux illustrations recueillies sur un site investigué pour mettre en évidence cette difficulté. Nous les avons retenues sans en avoir été le témoin direct. Elles font partie de ces transmissions orales dont l'évocation concordante vient tapisser le fond de mémoire d'une équipe, rejoignant en cela le fonctionnement de toutes les équipes où une transmission s'active. Le pointage de ces illustrations a été répété dans les propos des soignants. Il a été recueilli lors des entretiens et en dehors des entretiens, par différents professionnels, de différents métiers (dont le médical), à différents moments et sur deux unités différentes. Elles parlent d'une forme de jugement de beauté, d'une référence qui fixe le beau geste auquel l'équipe prend plaisir à s'identifier. Cette communauté de référence renforce l'appartenance et l'identité de nos locuteurs. Elle vient faire contrepoint aux souvenirs à potentiel traumatique qu'a pu connaître une équipe en habitant l'autre extrémité de l'axe de ce fond de mémoire commune. L'évocation est effectuée sur un mode ludique et nous ne sommes pas en mesure de vérifier les adaptations et la véracité du récit, son intérêt n'en demeure pas moindre. Nos histoires professionnelles sont également faites de ces récits dont la puissance d'évocation n'est pas entachée par la « clandestinité » des pratiques.

- La première situation relate la présentation inadaptée et répétée d'une patiente. Celle-ci allant s'allonger régulièrement, à cette période chaude de l'année, devant l'entrée du pavillon dans une tenue vestimentaire dont la caractéristique semblait résider en son absence ou quasi-absence. Cette inconvenance situationnelle dans un lieu public et fréquenté obligeant l'équipe à intervenir afin de protéger la patiente et le groupe de ce dévoilement intempestif. Les soignants signifiaient à nouveau à la patiente les codes sociaux en usage dans notre culture tout en lui faisant réintégrer l'unité. Sans entrer dans une psychologisation de la situation, nous dirons que la patiente avait trouvé là un moyen de mobiliser l'équipe sur cette sémiologie particulière. Ainsi, agirs symptomatiques et réponses soignantes s'enchaînèrent à un rythme que le récit nous fait comprendre comme soutenu. La répétition s'installait sans que des stratégies alternatives ne viennent l'enrayer. Jusqu'à ce qu'un infirmier ISP décide d'ouvrir un nouvel angle d'abord. Lors de la mise en acte qui s'en suivit, cet infirmier se rendit auprès de la patiente et au lieu d'une mobilisation à réintégrer l'unité, il l'installa « confortablement » à l'aide d'un oreiller et signifia ce *prendre soin* d'elle par la mise à disposition d'une crème solaire protectrice. L'histoire nous dit que la patiente, sans doute déçue de cette absence de prise sur l'équipe, réintégra l'unité et que ce symptôme s'estompa dans cette forme.

- La deuxième situation concerne le réveil des patients de l'unité lors d'une matinée de jour férié. Alors que l'unité sort progressivement de sa torpeur nocturne, deux infirmiers de l'équipe décident vraisemblablement de manifester leurs bonjours dans une forme qui se voulait vraisemblablement littérale, c'était donc un bon jour. Alors que les collègues faisaient le tour des chambres et accompagnaient l'éveil de certains, ces derniers passaient dans les couloirs, passant par l'entrebâillement des portes leurs têtes, lesquelles étaient coiffées pour l'occasion de bonnets de bain à l'effet assurément comique, ponctuant la séquence d'un bonjour innocent. C'était leur manière de saluer ce jour-là et l'effet sur les collègues et les patients ne se fit pas attendre plongeant les uns et les autres dans une hilarité partagée. Même les plus dépressifs riaient nous dit cette infirmière « *Ils s'étaient mis des bonnets de bain et ils couraient dans tout le service. Et les malades rigolaient. Ils rigolaient. Là aussi, tu vois, c'est de l'informel ! et des malades qui ne rigolaient jamais d'habitude, terriblement tristes et souffrants, ils rigolaient ! Là, ils les ont vus passer avec leur machin. C'est la Vie.* » Nous avons constaté de notre côté, en lien avec nos expériences, que les patients (entendu de manière générale) aiment bien voir leurs infirmiers faire les « fous ». Cela les inquiète, *le sont-ils vraiment ?* Et les rassure, *ils ne sont pas si différents de nous ?* Outre cette ouverture identificatoire favorisée par la mobilité des représentations, ces registres parlent d'une forme de dédramatisation de la souffrance par le courant de vie qu'ils insufflent. Ils contribuent sûrement à tramer une histoire collective qui marque le lieu hospitalier d'autres résonances, ils participent d'une ambiance, d'un « faire société » qui détermine un sens à cet être ensemble. Ces pratiques prennent le risque de la vie.

Nous imaginons volontiers l'impact positif sur l'ambiance de cette matinée et ses prolongements en termes de connivence établie, ainsi que les appuis à distance sur ces dernières. Cela appartient au groupe ainsi constitué ce jour-là sur le fond de la permanence.

Mais comment alors apprécier ces registres ? Comment doit-on comptabiliser le rire d'un dépressif, le sourire d'un mélancolique ? Nos fonctions nous permettent de caractériser la première situation en 2.1.1 (Transgression novatrice) et en 1.8 (Décalage). La deuxième serait renseignée en 2.1.7 (Rire et humour) et le récit du côté de l'équipe en 3.13 (Jugement de beauté) et en 3.1.1.2 (Historicisation en lien avec l'institution). Et quelle saisie en termes d'activité ? Quel cadre théorique en termes de formation initiale ? Ces pratiques ne peuvent exister que dans le spontané, lequel nécessite un contexte d'apparition favorable, c'est-à-dire travaillé. Cette improvisation est réelle, mais comme les résultats de cette recherche nous le montrent, les improvisations les plus réussies sont celles qui ont été les plus travaillées. Cette formulation relève d'un paradoxe qui ici n'est pas un double message, mais une invitation à le penser. Nous n'imaginons pas un protocole pour formaliser ces pratiques, auquel cas, surtout sur la deuxième situation, nous en prendrions connaissance avec un plaisir non dissimulé.

Certes, ces situations sont emblématiques. Elles ont en commun d'illustrer cette part *d'informel* dans les soins et elles nous posent la question par-delà leurs émergences de leur existence et de leur contribution au soin. À ce titre, elles méritent d'être accueillies et soutenues.

La fonction mise en lien groupale

Le temps de mise en lien groupale est donc également le temps d'évaluation de sa capacité à se mettre au travail dans une opération empirique qui évalue d'une part la charge psychique liée à sa situation personnelle (ses soucis) et d'autre part les effets protecteurs ou non de la mise en situation de travail. Le résultat en sera l'évaluation du degré de disponibilité et pour les équipes fonctionnant

en collectif, la communication de cette évaluation qui peut se traduire par des arbitrages dans les répartitions de tâches.

Ce temps est généralement observé au moment de la prise de poste, il peut devancer l'horaire de travail effectif et fonctionne comme un sas entre d'une part l'extérieur et le personnel et d'autre part entre le réel du travail et le professionnel. Ce temps d'attente, ce n'est pas encore du travail, mais la personne étant au travail, ce temps lui permet alors de percevoir le réel des situations de soins à travers la lecture des éléments d'ambiance et l'attitude de l'équipe présente avant la prise de poste.

Cette pratique de devancer l'horaire réglementaire est mise en mots par un des infirmiers IDE interviewés : « *Par exemple l'après-midi c'est deux heures et quart, moi j'arrive au alentour de deux heures. En même temps je comprends les gens qui veulent arriver à deux heures et quart. Moi j'ai besoin pour me rendre compte, le temps d'un café, euh, me rendre compte avant la relève de comment elle est l'ambiance!... J'ai envie d'avoir ces informations. L'après-midi ce quart d'heure n'est pas pris en compte celui-là.* ».

L'activation de cette tension de mise en travail et au travail peut se mobiliser dès l'arrivée sur le site comme le remarque cet infirmier IDE lors d'un entretien : « *Dès le départ, j'ai l'impression qu'on se met dans une position où on va faire attention aux gens, attention aux moindres choses. Il s'agit d'arriver à repérer s'il y a quelques choses qui ne va pas, puis du coup en faire découler quelque chose... Alors, je ne dis pas qu'on est tout puissant, des fois on passe à côté ! Mais, ouais, dès, dès qu'on passe l'accueil. Même avant l'accueil ! Je pense que dès qu'on sort de la voiture, là voilà, on a une attention plus, plus accrue.* »

NB : Quand il devance l'horaire réglementaire, le temps de mise en lien groupal permet de percevoir le réel des situations de travail à travers la lecture des éléments d'ambiance et l'attitude de l'équipe présente avant la prise de poste.

Certains éléments caractérisent ce temps :

- Glissement progressif des thématiques personnelles au profit des thématiques professionnelles.

- Actualisation des données et des informations du moment à travers l'activation de la chaîne associative. Ce dernier terme concerne le travail d'enchaînement des idées dont le point de départ est un propos polysémique qui ouvre à l'abaissement du coefficient d'induction associative. Ce mécanisme consiste à partir d'un propos à thématique générale, comportant de multiples portes d'entrée, de permettre de manière emboîtée le déploiement des chaînes associatives.

Ce propos peut s'originer dans des thématiques non professionnelles pour s'orienter et se mettre en phase avec la mise en tension professionnelle. Ces caractéristiques ne sont pas sans évoquer une **forme d'étirement psychique**, à l'image de l'étirement physique qui annonce une mobilisation corporelle particulière.

- Montée en charge, rassemblement des éléments constitutifs (niveau d'attention, de concentration, d'anticipation) de la tension psychique propre à la situation de travail.

- Mise à distance de l'anxiété de prise de poste par l'accès à un niveau de quiétude satisfaisant et propice aux expositions ultérieures.

La fonction coopération déontique

La fonction de coopération déontique est décrite par C. Dejours comme « *un espace de délibération qui contribue à l'élaboration, mais aussi à la transmission des règles de métiers (activités déontiques) qui ne sont pas prescrites, mais négociée entre ceux qui travaillent* ».⁶

⁶ Gernet I., Demaegdt C., Dejours C *Psychiatrie et psychologie en médecine du travail*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-886-A-10, 2009, p. 5.

Cet espace de coopération se définit par plusieurs caractéristiques, il s'agit d'un espace spécifique où sont échangés les points de vue relatifs au comment faire devant telle situation, et au comment travailler ensemble. Ces échanges mobilisent donc des arguments relatifs aux valeurs, faisabilité, à l'expérience, aux solidarités, à l'idéologie, aux références théoriques... Un aspect de cette coopération déontique apparaît dans le propos de ce cadre interviewé « ... ces temps-là d'informel permettent aussi quelque chose de l'ordre de la régulation, mais au sens propre c'est-à-dire, il permet de pointer les dysfonctionnements de l'équipe, mais en dehors de la présence du responsable c'est-à-dire, favoriser une autogestion d'équipe. On est tous là pour faire la même chose, on est tous infirmiers, on est tous là avec le même objectif, on est tous là pour s'occuper du patient avec cette notion qu'il faut qu'on soit plusieurs, qu'on soit là dans le même état d'esprit sans pour autant qu'on soit obligé d'avoir la même idée. Apporter le mieux et le meilleur au patient. »

Dans ce travail de délibération collective en petits ou en grands groupes, C. Dejours repère plusieurs niveaux dans la construction des règles de métier « (...) si l'accord peut être stabilisé, il prend alors la valeur d'un **accord normatif**, c'est-à-dire d'un accord qui fera désormais référence, pour tous. Lorsqu'on réussit à régler plusieurs accords normatifs, on parvient à construire ce que l'on appelle une **règle de travail**. Lorsqu'enfin plusieurs règles sont articulées entre elles, elles forment une « **règle de métier** ».

La qualité de cette activité contribuera pour beaucoup à donner une couleur particulière au travail entre collectifs. C'est un lieu de confrontation, voire d'affrontement au sens de « la dispute » d'Yves Clot où les relations de confiance entre les membres seront les éléments contenant de ce jeu accord/discord. La « Con-Fiance » : soit faire quelque chose avec quelqu'un comme contenant de la dispute et élément organisateur d'un collectif de travail.

Yves Clot précisait alors l'importance de l'instauration des disputes professionnelles dans les collectifs de travail « La dispute permet de décider des critères du travail bien fait, c'est une manière de faire revenir la vie. La dispute protège, et non-limite, la qualité du travail. Dans le collectif, on peut être en désaccord sans craindre d'y laisser sa peau, sinon on est dans « une collection » de type colmatante. Dans les collections, on peut parler de tout, sauf de ce qui fait désaccord, on ne parle plus du travail ».

Ce passage de la dispute dans un collectif à une collection peut concerner les perceptions de cette infirmière IDE de la première génération quant à l'évolution de son groupe de travail : « En début de carrière, je posais beaucoup de questions, j'exprimais mes ressentis et il y avait des éléments sur lesquels mes collègues ISP me disaient « il y a des choses difficiles à expliquer, elles s'apprennent par l'expérience, tu comprendras avec le temps ». Nous pouvions nous exprimer sans arrière-pensée sur des points sur lesquels on n'était pas forcément d'accord, tant s'en faut, mais on pouvait s'exprimer. Nous pouvions même « gueuler », et puis voilà, après, on allait boire un café et c'était fini...aujourd'hui, on ne peut plus échanger, la question du pourquoi, du sens des actions reste ouverte, le recours et la plainte à la hiérarchie est fréquent quand le questionnement se fait insistant et je finis par être perçue comme trop dérangeante ».

Cette nuance toute en profondeur sur la dispute qui préserve le collectif est illustrée dans le propos d'une ISP interviewée : « Ces temps [d'informel, Ndr] nous permettent d'être solidaires et quand il y a un problème, d'être plus au clair et tout le monde ensemble. À cette fin, je ne romps jamais le dialogue quand il y a un souci avec un collègue, je fais en sorte de continuer de dialoguer même si nous ne sommes pas d'accord pour ne pas arriver à des situations sans issue. Quand le dialogue est rompu et que tout le monde reste sur sa position, c'est là que tout s'envenime très vite. Donc, garder le dialogue, rester en lien, et cela, avec tous les membres de l'équipe et de la même manière avec les patients et leurs familles. »

Pour C. Dejours « ... *l'activité déontique fait partie intégrante du travail ordinaire et elle conduit à des différenciations parfois très marquées entre équipes ou entre collectifs, entre styles de travail* ». ⁷ Observation qui trouve toute sa pertinence en regard des équipes et collectifs de travail en psychiatrie où cette question du rapport à l'équipe, entendu au sens large, est un élément de base de cette réalité de travail sur lequel va s'appuyer, se structurer la nature même du soin.

La notion d'équipe et sa déclinaison qualitative, le collectif constituent un axe majeur du travail en psychiatrie dans ses multiples facettes : capacité à réunir, rassembler et tenir dans un ensemble les informations en lien avec un patient, capacité à se soutenir et s'étayer mutuellement, capacité à développer des compétences collectives, élaboration, contenance. Ce qui souligne l'importance du tiers que représente l'équipe...

Le développement et la réunion de ces capacités nécessitent le respect d'une temporalité qui permette la coconstruction et la maturation d'une équipe. Ces aspects ont été relevés dans un document réponse de la DHOS, où l'on peut lire « *Cependant, avant la nécessaire et souhaitable mobilité [des agents Ndr], il est important que les équipes puissent compter sur des équipes stables, car seule cette stabilité permet à chacun et au collectif d'acquérir une expérience (de travailler ensemble, de développer des problématiques de soins spécifiques, etc.) qui favorise le renforcement de la qualité soignante* ». ⁸

Ce constat porte donc sur l'importance de l'équipe en psychiatrie et sur une nécessaire stabilité de cette dernière. Ces propriétés, qui lui permettent de construire et de développer ses capacités collectives, sont un fait majeur dans le travail en secteur de psychiatrie. La notion de temporalité dans les équipes s'occupant du soin psychique nécessite alors un faible coefficient d'interchangeabilité de ses acteurs. Cette dernière condition favorise d'une part, les évolutions et les possibilités de fonctionner sur le modèle d'une unité apprenante, et d'autre part les évolutions vers un collectif au sens de C. Dejours et M. Alderson. Les qualités de mobilité attendues sont avant tout de nature psychique chez les acteurs du soin. La mobilité de nature géographique trouve sa pertinence dans le cadre des choix, et en regard des souhaits quant aux trajectoires professionnelles individuelles des soignants.

La fonction thermométrique,

Thermométrie en lien avec le groupe patient

Ces opérations passent des relevés où la place du corps et la familiarité entretenue par l'expérience avec l'environnement immédiat prennent toute sa place. Les constantes ainsi relevées par la mise en éveil des identifications perceptives, liées à la mobilité sur l'unité concernent des informations non écrites, de nature sonore, visuelle, tactile et même olfactive en lien avec un patient, le groupe de patients, le groupe de soignants également ou les locaux. Ce qui rejoint les propos d'une infirmière IDE interviewée : « *L'ambiance c'est assez sensitif, c'est visuel, c'est auditif. Donc, je regarde s'il y a des patients qui sont tendus, si je vois un de mes collègues marcher vite. Au niveau auditif, il y a des cris ou des voix un peu plus hautes. C'est vrai qu'on le sent, c'est sensitif ce*

⁷ Op, cit. p. 410

⁸ Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie», Présenté par Hélène Strohl, Jean - Paul Bastinelli, Gérard Laurand et Christian Planes-Raisener membres de l'Inspection générale des affaires sociales, Rapport définitif, Tome I/IV-Rapport n° 2007, annexe Réponse la DHOS -033 P, juillet 2007.

que l'on perçoit de l'extérieur, ça passe par les sens. On voit si les patients sont apaisés, s'ils marchent dans les couloirs, s'il y en a un ou plusieurs, il peut y avoir un effet boule de neige qui angoisse d'autres patients. ». La contagion des tensions et les effets de réticulation des angoisses sont des mécanismes actifs dans les unités de soins de psychiatrie, impliquant alors de brusques fluctuations dans les charges de travail.

Ou encore le décodage de cette infirmière ISP de nuit : « *Et bien déjà il y a une atmosphère quand on passe la porte, un peu des odeurs, des sons, si c'est plus bruyant que d'habitude, les patients, les premiers patients que l'on croise, s'ils sont plus ouverts ou moins ouverts que d'habitude. Une foule de petits détails qui te donnent une sensation de l'atmosphère avant d'avoir ouvert le cahier de consignes, d'avoir vu les dossiers, puis des petits trucs : quand tu vois une tablette devant la chambre d'isolement, tu sais qu'elle est occupée, quelques petites choses comme ça ! L'attitude de certains patients, s'ils te disent bonjour, pas bonjour, s'ils te font la tête, si on les entend crier...* »

Sans doute, parmi ces éléments environnementaux qui déterminent les ambiances sensorielles, c'est l'information sonore qui sera le plus caractérisant. Elle s'appliquera de jour comme dans les particularités de la nuit à identifier, repérer, classer les informations qui concerneront alors des déambulations bruyantes, des claquements de porte, des volumes sonores insuffisamment modérés, éventuellement des coups aux portes, plus sûrement des éclats de voix et leurs répliques. Cet aspect a été mis en mots par l'une des médecins interviewés « *Les infirmiers, ils écoutent quoi. Je pense qu'il y a énormément de choses qui passe en psychiatrie par le son... alors vraiment-moi si il y a une chose qui m'a vraiment frappée par rapport à d'autres services de médecine où j'ai beaucoup aimé trainer avant de revenir à la psychiatrie, notamment de la chirurgie, c'est le son et la chirurgie c'est l'image et l'odeur et ici c'est vraiment le son.* ».

La sensibilité à ce travail d'identification perceptive et à son repérage en termes de catégorie nécessite donc, par-delà les éclats bruyants ou des formes saillantes immédiatement perceptibles par tous, un temps prolongé d'acclimatation où seule cette notion de temporalité longue, doublée de la sensibilité du soignant en situation, permettra ces repérages précoces et cette lecture du décodage habituel / inhabituel.

Ces observations portent sur la source en termes de localisation sur les mobilités, les trajectoires, en termes de fluidité ou non sur les regroupements. Ce niveau de lecture a toute sa pertinence dans une unité de soins psychiatriques où nous sommes dans l'axe de la verticalité, dans le vivre debout avec ses traductions en termes de mouvements, mobilité voir déambulation. Elle concerne aussi bien la prise de poste que la séquence de travail, voire juste avant la prise de poste, quand des informations sont renseignées depuis l'extérieur même de l'unité (nombre de fenêtres ouvertes, niveau d'éclairage et volume sonore).

Cette qualité d'observation est remarquablement décrite et forte d'une puissance d'évocation dans les propos d'un ISP de nuit : « *en fait quand je rentre dans le service, à la poussée de la porte, je sais déjà la qualité énergétique du service c'est-à-dire que si ça fait « vvv... ! » ou si fait « ouh... ! » ce n'est pas la même qualité énergétique et donc du coup, j'ai pas le même éveil en moi à la rentrée dans les locaux, à la rentrée dans les bureaux aussi. En fait, il y a des signatures, on voit s'il y a eu de l'énerverment, il faut être blasé pour ne pas le voir et puis comment il va falloir nettoyer cela par sa présence. C'est-à-dire on passe dans des couloirs vides et c'est comme si on rangeait... ».*

Thermométrie en lien avec le groupe soignant

La fonction thermométrique avec le groupe soignant intervient principalement au moment de la prise de poste. Elle concerne des informations liées à l'identité des collègues qui sont en présence sur la séquence (équipe en roulement), à la présence ou non des intervenants de l'équipe pluriprofessionnelle et surtout, elle **concerne l'état émotionnel du groupe de travail en lien avec les**

vécus professionnels, mais également personnels. Ces éléments sont des indicateurs de la vie psychique du groupe et sont en lien, voire en reflet avec la thermométrie en lien avec le groupe soigné. Comme le note cette infirmière IDE interviewée : « *Forcément ça retentit sur l'équipe infirmière, soignante, ASH compris ; on sent qu'il y a plus d'énerverment, d'effervescence. On est plus à l'écoute, plus attentif aux choses qui viennent du groupe patient, on est stressé, et on peut renvoyer notre stress à l'autre* ». Une autre infirmière IDE aura ces deux niveaux de lecture : « *Il y a des patients thermomètres et il y a des collègues baromètres* », ou encore : « *On le voit à la tête des collègues, s'ils sont plus énervés, plus souriant...* », « *Si c'est le bazar dans le bureau, si c'est un peu désorganisé, alors cela je le sens* ».

Pour autant, cette lecture de l'ambiance de l'équipe au travail, de son niveau de préoccupation ou d'inquiétude, n'implique pas forcément son partage comme le remarque cette ISP interviewée : « *Cela ne veut pas dire que la situation de l'après-midi va être identique à celle du matin. À la fois il ne faut pas se laisser trop envahir par cela pour ne pas attaquer le poste sur des modalités d'intervention par trop rigides. Ce qui se passe le matin ne va pas forcément se passer ensuite. Il va y avoir d'autres interactions qui vont jouer, d'autres choses qui vont peut-être se dénouer parce qu'on est différents dans l'équipe, mais on l'a en tête de toute façon* ».

Lors des entretiens, l'enchaînement des réponses à la question sur les lectures de l'ambiance de service s'est majoritairement fait dans un premier temps sur un repérage perceptif sensoriel du groupe patient, son odeur principalement, suivi d'une lecture visuelle des dynamiques de déplacement, puis d'observations plus fines sur les postures, les mimiques, les réponses à l'ouverture. Dans un deuxième temps, ces observations se sont appliquées à l'équipe

La fonction respiration psychique

La respiration correspond à un temps d'alternance permettant la limitation de l'exposition, la baisse de cette tension d'exposition et le recouvrement, au moins partiel, de ces capacités de travail par une forme de temps d'intégration de l'expérience vécue.

Nous entendons par la fonction respiration psychique la succession et l'alternance de deux temps complémentaires pour la vie psychique du professionnel engagé sur les situations : **le temps de l'exposition et le temps de la récupération ou du retrait.**

- **Le temps d'exposition** concerne la mobilisation psychique du soignant sur une interaction, une action à fort coefficient émotionnel. Celles-ci peuvent être liées à la gestion d'un comportement agressif ou violent, à une situation de détresse psychologique dense, à un acting out un passage à l'acte, à une exposition aux effets de l'identification projective, à la charge d'une délivrance de confidentialité soutenue, à une « immersion » prolongée. La liste est ici non exhaustive, il s'agit plus généralement de l'exposition brutale ou prolongée à toute situation dont la charge intrinsèque au niveau émotionnel (stress, montée d'adrénaline...) atteint le seuil de criticité dans la capacité d'absorption du professionnel. Ce temps est semblable au mouvement d'inspiration, où le professionnel a fait « le plein » de ses capacités d'imprégnation. Et l'exposition dans la rencontre au quotidien avec les patients psychotiques peut contenir ses effets déstabilisants. Jacques Hochmann a repéré et décrit ces sentiments envahissants mobilisés particulièrement dans l'expérience de la rencontre avec ces patients. Il relève alors trois sentiment principaux ; « *le sentiment de vidange, le sentiment d'invasion et le sentiment de réduction à l'absurde* ». ⁹ Des effets à l'impact affectif notoire et que l'expérience professionnelle apprend à percevoir, reconnaître et à partager.

Les expressions retrouvées lors des enquêtes pour qualifier ce retour à une phase d'exposition s'exprimaient à travers des formulations comme « on s'y jette » évoquant une

⁹ Jacques Hochmann, *Propos sur le contre-transfert avec des patients psychotiques*, sous la direction de Delion Pierre, *Psychose et vie quotidienne*, éditions Erès, Ramonville Sainte Anne, 1998, pp 83-92.

précipitation. Ce propos s'illustre lors de cette interview d'un cadre : « ... Alors peut-être que le nouveau il va se jeter dans la bagarre et qu'il va se dire oh là ça bouge, il faut que j'y aille. ». Bien sûr, la bagarre n'est pas ici le pugilat, mais une métaphore pour une forme d'adversité que caractérise la rencontre avec une altérité parfois radicale de certaines présentations clinique.

- **Le temps de récupération** que l'on nomme temps de recul, de retrait, de repli, de repos (certains dispositifs en dehors de nos enquêtes ont intégré cette fonction qui s'est traduite au niveau géographique dans le cadre architectural) concerne la mise à distance momentanée de la situation d'exposition. Il permet l'abaissement du niveau émotionnel dont il recherche la stabilisation, le recouvrement de capacités professionnelles, de disponibilité et d'empathie qui ont été réduites, hachées lors de la mobilisation. Ce temps est par nature variable selon les professionnels, les personnalités. Il peut se dérouler seul ou avec d'autres membres de l'équipe, autour ou non d'objets de convivialité (café, boisson...), et s'accompagner ou non d'une mise en mots reprenant le récit de la situation à des fins d'évacuation, d'identification, de catharsis ou de compréhension.

Ce temps fonctionne comme un entracte qui permet de quitter l'acte précédent avant d'engager l'acte suivant. La fonction de ce temps est semblable au mouvement d'expiration, il s'agit de retrouver une homéostasie émotionnelle par la régulation des tensions et les remises à niveaux psychiques. Parmi les fonctionnalités potentielles de ces temps de retrait, nous retenons la continuité d'un espace de travail psychique qui s'accompagne ici d'un apaisement de la tension pour le professionnel concerné.

Extraits de verbatim pour cette fonction

Ce médecin relève la fonction soupape de ces temps : « On s'aperçoit bien qu'il y a une fonction soupape dans ce métier qui est stressant, avec l'histoire des pointes d'agressivité. Il y a donc l'espace soupape qui permet de « déconner » pendant un moment et puis de relativiser la violence d'un tel ou un tel ».

Ce que confirme une infirmière ISP interviewée : « Si tu viens de discuter avec un patient difficile tu seras peut-être un peu moins disponible. Quelques fois, si je vois un patient qui me dit des choses difficiles, j'ai besoin d'un temps pour le transcrire, peut-être même d'un temps pour m'isoler et retranscrire. Oui, il me semble qu'après je serai à nouveau disponible... »

Ou encore cet infirmier IDE interviewé qui voit dans ces moments un lieu de dépôt avant de repartir « Je pense comme je le disais tout à l'heure que ces temps permettent, effectivement, de repartir, de se préparer à affronter des moments plus difficiles et de se recentrer après. Ces temps permettent de poser un certain nombre de choses, peut-être pas d'être plus efficace, mais en tout cas de souffler un moment et de repartir... » et de remarquer : « Réduire ces temps informels le plus possible c'est la caricature de la rentabilité, c'est essayer de considérer la personne comme une machine. On ne peut pas être considéré comme productif tout le temps. C'est fou ça ! ».

Un autre médecin psychiatre interviewé illustrera son propos à partir d'une métaphore corporelle en lien avec la fonction cardiaque, autour de la diastole et de la systole, avant de glisser sur la métaphore respiratoire ; « Je crois que les temps informels, cela remet en rythme, dans le bon tempo, parce que cela resynchronise la personne par rapport à elle-même et au travail. Ses actions seront meilleures car plus inscrites dans une certaine qualité de l'individu. Et cela resynchronise le groupe... Les gens se rassemblent. C'est une **diastole**. Je vois cela comme une **respiration**, c'est un moment de diastole qui permet de repartir de manière plus concentrée collectivement. Le résultat en est qu'en bougeant moins vite, on fait mieux et cela homogénéise une pratique d'une équipe. Enfin, cela donne au patient le sentiment qu'ils sont pris en charge dans une institution ».

Une cadre interviewée illustrera cette idée en parlant des temps de pauses et de reculs : « ... Comme s'il y avait quelque chose de très important sur ces temps-là... Comme si ça leur était nécessaire en termes de souffle, de souffle de vie, de souffle de travail... Je pense que c'est un temps qui est très plein, qui est très, très plein. Alors tant mieux si il y a plein de plaisir à se poser, plein de plaisir à discuter avec les autres et puis c'est plein de boulot de toute façon... Techniquement, ils ne font rien, mais n'empêche, ils sont là et que c'est un moment... vous voyez cette espèce de jubilation d'être au boulot sans bosser, et ce moment-là finalement il leur donne du plaisir à être là. Alors, ils ont plein de plaisir à être avec les patients, mais ces petits moments, on a l'impression que c'est un moment à eux qui est un peu intemporel, un peu un espace de réalité différent de toutes les autres réalités».

La fonction interstitielle

Nous parlons de fonction interstitielle et de sa dynamique dans l'installation de cette précarité transitionnelle qui, en premier lieu, **se caractérise par une mobilité des registres entre personnel et professionnel** activant le travail des chaînes associatives, et en second lieu, nous retenons l'abaissement des seuils de vigilance professionnels par une mise en périphérie momentanée des statuts ou des fonctions.

L'extension de la notion d'interstitiel à tendance à accueillir, sans doute faute de dénomination précise, l'ensemble des temps de passage d'information, d'articulation qui ne rentre pas dans un temps programmé. Si l'interstice ne peut pas, par définition, être programmé, il ne saurait qualifier la totalité des temps non programmés. Ses qualités résident précisément dans les propriétés évoquées plus avant et, seule leur réunion permet de répondre à des fonctionnalités telles qu'essayer un nouveau niveau de parole, proposer une alternative, tester une orientation, associer plus librement, lâcher et évacuer les trop-pleins, nouer des alliances, partager des valeurs, affirmer le lien groupal, exprimer ses envies, coordonner les actions, etc.

De plus, d'autres propriétés peuvent caractériser cette fonction interstitielle telles que, préparation des réunions, délimitations des ordres du jour, recensement des besoins en termes de réunions, mise au point de stratégies d'abord, recherche d'accord normatifs dans le cadre d'une coopération déontique ensuite, reprise d'agir de patient dans l'unité afin d'en requalifier la profondeur et l'impact, etc. Ces propriétés sont bien repérées dans le propos de cet infirmier ISP : « *Donc effectivement quand on se retrouve en pause ou dans le bureau, on continue toujours à parler de ce qui s'est passé, des coups de fil qu'on a reçu, des prises en charge qui sont difficiles, des relations difficiles qu'on a avec les patients, l'entourage... Des fois on prépare des entrevues, des réunions et ben on se dit, là pour ce patient, on y arrivera pas il nous faudra absolument prévoir une synthèse ou une réunion extraordinaire, ou selon ce qui s'est passé, ou selon des fois, la gravité des faits, des passages à l'acte, des fois on est tellement pris dans le tourbillon, dans l'action, qu'on en arrive à minimiser, à banaliser ce qui se passe et puis après, c'est avec le recul, le superviseur ou en analyse de la pratique qu'on réalise que c'est grave, qu'on ne devrait pas laisser passer certaines choses, et tout cela ça prend beaucoup de temps, et c'est pas toujours considéré et pris en compte par l'administration, la hiérarchie, alors que c'est indispensable pour prendre du recul et réfléchir les choses et pas toujours être dans l'action».*

L'importance stratégique de ces temps est repérée par cette infirmière IDE sous l'angle d'un double avantage : « *il s'agit d'informel dans le sens où nous sommes en pause-café et il se trouve que lors de cette pause-café, nous allons faire de l'information sur le boulot... On se détend, donc on est plus efficace et il faut ajouter que nous échangeons des informations avec les collègues. Du coup, ce n'est pas du temps perdu, il est doublement rentable parce qu'on se détend et qu'en plus, cela nous permet de rassembler et passer des infos».*

De plus, la localisation du lieu qui va accueillir la fonction de l'interstice varie suivant les sites. Nous avons retrouvé deux types de mode de désignations, un premier dont la nomination renseigne la fonctionnalité du lieu « coin détente, tisanderie, salle relève...», un deuxième décrivant le lieu qui abrite cette fonctionnalité « pharmacie, réfectoire, bureau infirmier...».

Nous remarquons qu'il n'existe pas de lien entre la qualité d'un lieu, en termes de confort, et la qualité interstitielle qui s'y déroule. Ainsi, ce constat est illustré dans le propos de ce cadre interviewé à propos de la salle de soins de leur unité : *« C'est un endroit qui est particulièrement hostile, juste un endroit qui est complètement fermé, il n'y a pas de fenêtre, c'est de la lumière artificielle, c'est tout petit, et pourtant ils sont toujours là, en tas, là-bas dedans en train et de tchatcher, tout le monde est debout... Enfin, il ne tchatte pas que de la varicelle du petit dernier, c'est souvent des moments où on parle des patients »*.

Nous retrouvons là, la fonctionnalité centrale de l'interstice, telle que nous la retenons : *« Pourquoi ça se fait comme ça ? C'est des moments où les gens sont sans doute plus à l'aise et voilà moi, je suis toujours effaré quand je les vois là-bas dedans, je leur dis vous êtes bien là au moins ? Ce n'est pas possible, ils sont entassés dans cette petite salle, mais ils parlent de choses intéressantes et moi cela m'arrive de faire la même chose. »*

Nous remarquons également que ces propriétés ont une fonction de régulation au sein du groupe et visent un élargissement et un assouplissement des registres d'actions. Nous le distinguerons donc de ce que nous nommons le faux interstitiel où, l'espace interstitiel est convoqué au titre de sa convivialité, mais est dépourvu de sa fonction transitionnelle. La liberté de paroles se restreint aux fonctions et aux statuts alors fétichisés, sans possibilité de jeu. Cette parole fonctionnelle est de celles que l'on retrouve lors de réunion programmée ou officielle, où chaque intervenant tient son rôle, et souvent sa parole. Il s'agit donc de la perte de la différenciation-personne/fonction au prix d'un effacement de la personne dans le professionnel. À cet endroit nous remarquons que lorsqu'il n'existe pas de différenciation-personnes/ fonction qui vient **modérer les représentations idéalisées ou contre idéalisées, c'est-à-dire quand le rapport d'identification à la fonction est massif alors le lien inter personnel en est proportionnellement dégradé.**

Jean-Paul Lanquetin, CH de Saint Cyr au Mont d'Or, GRSI

Le 26 novembre 2015

Contacts : grsi@ch-st-cyr69.fr , tel 04 72 42 32 87 et 06 14 46 72 79