



« *Psychiatrie et médico social, quels savoir être et savoir faire pratique partageables* »,

**En lien avec les résultats d'une recherche en soins en psychiatrie (RSI).
Journée Ancre Psy du vendredi 13 décembre 2013, Paris, CH St Anne**

Plan de l'intervention :

- Présentation, Jean-Paul Lanquetin, ISP et praticien chercheur en soins infirmiers au CH de st Cyr au Mont d'Or.

Présentation de la position de Praticien Chercheur en soins infirmiers et de la thématique de la recherche « *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* ».

- Présentation de l'intervention en quatre temps :
 - 1) Une illustration clinique à partir du suivi conjoint d'un patient entre éducatrice SAVS, référentes de maison relai et ISP. La description d'un tissage progressif.
 - 2) Le lien avec trois fonctions caractérisées dans le cadre de la RSI.
Des fonctions partagées entre les intervenants.
 - 3) Comment avons-nous caractérisé ces fonctions. Présentation générale de notre démarche de recherche et de sa place dans les soins.
 - 4) Les fonctions, une approche transversale aux métiers ainsi qu'aux aux champs disciplinaires et une approche intégrative. Partir du réel de l'activité pour définir et partager les niveaux d'actions et affirmer les spécificités et les complémentarités.

A partir d'une situation clinique.

Patrick,

Patrick est un patient schizophrène de 46 ans. Il est suivi par nos dispositifs de soins depuis le début des années 90.

Ces dernières années, Patrick avait intégré un appartement collectif qu'il partageait avec deux autres résidents également suivi par notre équipe. Cet appartement avec une maison supervisée de trois places constituait une offre d'hébergement et de soins propre à notre secteur.

Ce passage avait été l'occasion de mettre en place un SAVS¹ (Service d'accompagnement à la vie sociale).

Ce dispositif s'arrêta fin 2011 et ce moment fut pour Patrick l'occasion d'intégrer une maison relai géré par un bailleur social. (Association Habitat et humanisme)

Ce changement correspond ici à une évolution favorable en termes d'une autonomisation progressive étayée pour une bonne part par l'appui sur le SAVS. En effet, Patrick dispose d'un appartement clair et équipé pour lui seul et le support sur la structure passe par des moments où la relation au groupe peut être choisie. Un repas hebdomadaire est proposé et peut rassembler la trentaine de résidents que compte cette maison, mais les participations sont à l'initiative des résidents qui le souhaitent.

Mon intervention auprès de Patrick commence à ce moment de sa trajectoire et vient en relai et en continuité de l'arrêt de l'étayage soignant que proposait l'appartement collectif.

Nous nous connaissions du CMP mais sans référence formalisée. Les premiers contacts organisés au CMP ont permis de confirmer l'accord pour ce suivi et de lever en partie l'ambivalence initiale liée à ce relai. Nous convenons d'une régularité de rencontre à domicile organisé sur un rythme à trois semaines.

La première rencontre à domicile se fit en présence de l'éducatrice du SAVS et fut l'occasion de valider les attentes de Patrick, de préciser les niveaux d'interventions de chacun et surtout de pointer le chemin parcouru. De toute évidence, de nombreuses actions sur le quotidien avaient été effective ou étaient en cours et il se dégagait de cet échange une solide connaissance mutuelle et une forme de proximité, entendu ici dans le sens d'une familiarité rassurante. Une dimension de la relation qui nécessite avec beaucoup de nos patients une qualité des savoirs être et des savoir faire pratique. Un énoncé que l'on peut traduire par la question suivante, soit, comment s'y prendre avec la « folie », la psychose ?

Dans un deuxième temps, des liens croisés se nouent également avec les deux référentes de la Maison relai.

Nous convenons, en tous cas, dans ce partenariat de rester en lien et de travailler avec un niveau d'accès à l'autre et un niveau d'interpellation professionnelle à bas seuil et organisé sur une réactivité.

¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et décret d'application 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Visite après visite, échanges après échanges, les VAD se sont poursuivies à un rythme régulier et Patrick a pu en éprouver une constance et une fiabilité. Pour ma part, j'avais compris qu'il me fallait respecter sa temporalité, son territoire, son niveau de contrainte ressentie et le lieu qu'il choisissait pour la rencontre dans les invitations réciproques à aller au café voisin.

De même, l'investissement du SAVS sur le quotidien m'obligea à une redéfinition et à une précision des contours de mon action d'infirmier de secteur. Patrick montrera alors un côté facilitateur dans ce mouvement de redéfinition en me réservant des contenus liés à ses angoisses de mort récurrentes (dans lesquelles, tout peut arriver, il peut s'écrouler dans la rue, la menace de mourir peut être imminente). Les questions liées au traitement et à ses effets, ses vécus de ses hospitalisations et son histoire clinique constitueront également des thèmes réguliers. Il s'agit donc d'une adresse qui s'organise sur des éléments plus médicaux.

Lors de ce suivi, aucun RV n'a été manqué, la ponctualité est de rigueur pour les VAD comme pour les RV médicaux au CMP, il existe même de manière liminaire des demandes de confirmations téléphonique de sa part.

Le temps de l'épreuve, resserrer le maillage entre partenaires

2012 fut l'année de la construction de son projet, lequel se concrétisa par une orientation vers le DRSP (Département de réhabilitation socioprofessionnelle). Patrick rédige à cette fin le CV qui lui était demandé et sur lequel il fait figurer la dernière date d'une trace d'activité professionnelle, soit en 1994. Entre cette date et aujourd'hui, rien, pour ne pas renseigner l'existence de la maladie.

L'année 2013 allait voir l'assise de ces fragiles équilibres remis en question. Plusieurs éléments objectivables ont certainement participé de cette déstabilisation sans que nous soyons en mesure d'apprécier leurs impacts respectifs.

Je retiendrais le départ à la retraite de sa psychiatre Référente, des incompréhensions ouvrant à des distanciations, voir à des ruptures avec son entourage familiale au niveau de des quelques liens qui se maintenaient dans sa nombreuse et dysfonctionnelle fratrie. La rupture dans l'approvisionnement de son traitement injectable et le passage en relai à une médication per os.

De même, il du écourter séance tenante sa participation à la session du DRSP, une succession d'entretien individuel ayant fortement réactivé des vécus effractifs et d'intrusion. Enfin, il attend l'avis de la MDPH (Maison départemental de la personne handicapée) quant à un renouvellement de son AAH (Allocation adulte handicapée) et il sait que l'action du SAVS va arriver au terme de ces 5 ans d'accompagnement.

Soit, de nombreux éléments de discontinuités. La problématique, en regard de ces éléments de déstabilisation, apparaît comme une réactivation massive de ses angoisses de mort. Si, en entretien médical ou infirmier, ou pour toute autre situation relationnelle avec ses interlocuteurs, Patrick est capable de tenir un discours cohérent, sans réticence excessive, hormis des sous entendus compris essentiellement de lui-même, il en est complètement différemment à son domicile.

Il importune et insécurise son voisinage par des cris et des vociférations qui dépassent maintenant les limites de la maison relai. Les relations habituellement

satisfaisantes avec ses voisins du fait de sa sociabilité se dégradent, les plaintes et les récriminations se multiplient, l'inquiétude gagne.

Nous sommes informés régulièrement de cette sémiologie bruyante qui impressionne et attaque le « vivre ensemble » que les référentes de la maison relai s'efforcent de promouvoir et de maintenir.

Nous resserrons notre propre maillage mais le comportement symptomatique est l'objet d'une dénégation et Patrick reste assidu à ses soins. Nous comprenons l'activation des angoisses de mort par la souscription à un contrat obsèques, l'actualisation de ses cotisations à l'ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité), voir par la multiplication de consultations médicales en lien avec sa santé cardiaque et respiratoire.

A chaque étape ou événement significatif, à l'initiative de l'un ou l'autre d'entre nous, nous sommes en relation avec l'éducatrice et les référentes de la Maison, au delà des temps de régulation prévu initialement. Tous les acteurs gèrent au plus près et nous fonctionnons par diagnostic partagé, ou en est-on ? Que pouvons-nous proposer ? Quel mesure correctrice apporté ? L'hospitalisation sous contrainte est évoquée.

Pour le soignant que je suis, l'appui sur des éléments de l'histoire clinique, une lecture de la compréhension de certains mécanismes pathologiques ou la prise en compte de situations anxiogènes aident à une compréhension partagée. De leurs côtés, les référentes insistent sur la liberté individuelle que constitue l'accès à l'habitat, l'éducatrice quant à elle pointe les continuités relationnelles avec elle et un relatif maintien des acquisitions.

Du côté du soin, et devant des doutes partagés sur une régularité quant à la prise du traitement, nous prévoyons d'instaurer de nouveau un traitement NAP (Neuroleptique à action prolongé). L'annonce de la mise en place de ce traitement lui est alors faite en CMP.

De retour sur la Maison relai, et auprès de différents interlocuteurs, Patrick évoque l'instauration de ce traitement en se tenant la main sur l'épaule, lieu annoncé du point d'injection. La parole qui accompagne cette information est si manifeste « *Il a eu une injection dans le bras* » que les différents interlocuteurs pensent que le traitement a été réellement administré. Moi même, pris dans la force de l'appel contagieux de cette parole, je suis dans l'impossibilité de démêler l'effectivité ou non de la mise en place dans la réalité de ce traitement et je me vois également me renseigner à ce sujet.

Nous ne sommes pourtant qu'à la phase d'annonce et tout se passe pour Patrick comme il n'y avait pas de différence entre l'idée du traitement et sa réalisation. J'en comprends pour ma part que l'annonce et le projet d'instauration d'un traitement retard agit comme par incorporation, pour cette forme d'intériorisation qui à la différence de l'internalisation ne fait pas le détour par la subjectivation. Comme si Patrick avait déjà le traitement dans la peau.

Une forme d'intériorisation donc, et déjà un effet que nous constatons avec les référents et l'éducatrice.

Je prévois de revoir Patrick dans les jours qui suivent équipé d'une plaquette d'information quant à la mise en place de ce traitement. Patrick m'avait appelé la veille, ainsi que l'éducatrice pour nous dire que tout allait bien dans un mouvement de réassurance et aussi de réparation. Le jour de la visite, il m'invite dans les lieux communs, me présente

comme son infirmier aux autres résidents, donnant à voir qu'il est suivi et que ses débordements sont potentiellement contenus. Il me fait remarquer la tenue satisfaisante de son appartement en lien avec les invitations soutenues de l'éducatrice et il m'invite à remarquer que son réfrigérateur à renouer avec sa fonction de conservation des aliments. Patrick m'interpelle ensuite sur le médicament qu'il nomme, « *le déplions* », (et ici toute proximité phonétique avec un neuroleptique injectable de dernière génération à 260000 euros le litre n'est pas fortuite). Suite à mes informations, il aura surtout entendu que ce traitement avec point d'administration dans l'épaule, allait *l'épauler*.

Le traitement a déjà des effets avant son instauration. Cette amélioration très temporaire permet à chacun de valider les effets conjoints de nos actions. Une compréhension partagée qui a pour effet de favoriser la réouverture de fenêtres d'empathie et de faire bouger favorablement les lignes de l'acceptation et de la tolérance institutionnelle à la sémiologie.

Mais, la situation n'est que transitoire malgré l'assurance que nous avons maintenant quant à une prise de traitement régulière. Les semaines passent et avec l'été, les propos entendus sur ce qu'il nomme « *les pouvoirs publics* » reviennent au premier plan. J'entends surtout le mot *pouvoir* sans arriver à comprendre lesquels, des pouvoirs occultes peut être.

Les angoisses s'organisent maintenant autour de la thématique du traitement. La logique de la recrudescence anxio délirante mets en lien les associations d'idées suivantes : traitement = thérapeutique, thérapeutique = acharnement thérapeutique (la preuve par la mise en place des injections), acharnement thérapeutique = fin de vie prochaine annoncée, fin de vie prochaine = contrat obsèques et entraîne l'établissement d'un devis pour le funérarium.

L'insécurité personnelle de Patrick gagne du terrain et se transmet à l'environnement. La sémiologie bruyante nocturne se manifeste à nouveau avec ses effets délétères sur la vie des autres résidents, voir en effets retours négatifs sur Patrick avec appel à la police. Lors des visites, il évoque fréquemment ses hospitalisations antérieures qu'il a connu sur le mode de la contrainte et de l'épreuve de force. Patrick a du mal à retrouver une assise, d'ailleurs la décharge motrice est présente et l'akathisie en est le signe. Les rendez vous se déroulent plus fréquemment en lieu neutre dans les cafés de proximité. Lors de ces parcours, Patrick marche d'un pas vigoureux, négligeant les obstacles sur le trajet, tout en me parlant. Slalomant sur les trottoirs, j'ai pour ma part du mal à revenir à sa hauteur pour soutenir l'adresse de l'échange. Je me dis alors que ce doit être cela le mouvement de suivi du patient, dans tous les cas, il nous précède.

Nous resserrons de nouveau les contacts avec les référentes et notre propre maillage. Il est convenu que le bailleur fera un rappel à l'ordre. Il s'agit de signifier dans le réel avec à terme une impossibilité de rester dans la structure sans corrections de ces perturbations. Le courrier envoyé lui permettra de garder son calme que quelques jours.

De notre côté, nous prévoyons une hospitalisation et nous resserrons le suivi autour de cette perspective. Il s'agit alors de préserver son maintien dans cette structure et de répondre aussi à la lassitude des intervenants.

Les objectifs de cette hospitalisation sont fixés avec lui du côté d'un rééquilibrage du traitement et d'un bilan somatique.

Une première date est arrêtée qui ne sera pas effective. Patrick n'aura pas trouvé à faire garder le chaton qu'il a adopté quelques mois auparavant. La deuxième date sera la bonne. Patrick, attendu, se présente en jour et en heure. Il pourra bénéficier d'une permission négociée pour le weekend.

A quelques semaines de cette hospitalisation, nous pouvons constater que la situation s'est détendue en termes de sémiologie. Le traitement a pu être augmenté. Patrick contient maintenant ses moments d'angoisse en ayant recours au traitement si besoin du soir.

Ce travail partagé au plus près de la sémiologie du patient peut nous apporter quelques enseignements.

La compréhension partagée des vécus de Patrick s'est construite et développé proportionnellement à la recrudescence de la sémiologie. Le niveau des informations à partager sur la personne soignée a suivi ce chemin, mieux comprendre pour mieux accepter et faire bouger les lignes de l'acceptabilité. Et cela, au-delà de la dualité binaire d'un *asymptomatique*, il reste sur la structure, *symptomatique*, il va en soins à l'hôpital.

Si ces deux extrémités peuvent borner un axe, il n'est pas souhaitable de se borner sans discriminations à ce repérage. Tout le réel du travail de partenariat se situe dans la palette de nuances aux multiples variables de cet entre deux. Et, là, il y a de la place.

Dans cette situation, les capacités des différents intervenants se sont renforcées mutuellement. L'appui du sanitaire sur le médico social et inversement ont fait bouger les lignes. Il nécessite une prise en compte des contraintes de chacun et en particulier ici des acteurs de premières lignes.

Aujourd'hui, la situation est moins contractée, Patrick a repris sa place auprès des autres résidents, sa place au GEM voisin. La ponctualité au RV est toujours présente, ces derniers constituent autant de repères.

Surtout, Patrick a pu revenir en hospitalisation en HL, là où son histoire clinique l'avait plusieurs fois confronté au mode de la contrainte. Il évoquait souvent douloureusement en terme narcissique cette dernière hospitalisation en HO il y a maintenant 7 ans. Il a pu éprouver qu'il puisse en être autrement.

Si nous pouvons nous attribuer ce bénéfice et cette avancée conjointement, il tient en premier lieu aux acteurs de première ligne. Aujourd'hui, nous pouvons également nous appuyer sur cette parole tenue et sur l'éprouvé du patient pour assouplir la perception de prochaines modalités de soins hospitaliers s'ils s'avéraient nécessaires.

Un travail de partenariat qui nous oblige à un saut qualitatif dans nos relations de partenariat, il ne s'agit plus alors de faire du partenariat, **mais d'être partenaire.**

Un travail de partenariat et un travail de psychiatrie de secteur.

Des savoirs être et des savoirs faire pratiques partagés

A partir de cette histoire clinique, il m'apparaît qu'au delà des compétences spécifiques aux différents métiers et aux différents secteurs du sanitaire et du social, la

réalité de la maladie, la réalité dans l'abord de la personne nécessite, elle, des compétences et des savoirs qui peuvent être voisines et partagées.

Quel que soit son métier d'origine, nous faisons et nous composons avec ces réalités.

Le constat que je pose à travers cette expérience de partenariat soutenu touche plus aux réalités de nos exercices, au *réel de l'activité* entendu ici au sens de la psychodynamique du travail. Pour aborder, faire avec, approcher, soutenir, accompagner, construire une relation de confiance, qu'elle soit d'aide ou d'aide thérapeutique, il a fallu mobiliser des savoirs, des ressources.

Je vous propose de reprendre brièvement trois fonctions caractérisés dans le cadre de notre recherche en soins infirmiers en psychiatrie et qui ont été utilisés par nos partenaires.

Je reviendrais ensuite pour vous dire quelques mots du cadre de réalisation de cette recherche.

La fonction d'explicitation

La fonction explicitation vise à **reformuler une information**, une décision, une action en utilisant différents registres de communication, une adaptation du langage, et des ajustements linguistiques – et cela de façon à rendre accessibles les contenus du message et en optimiser la valeur informative vis-à-vis des possibilités de compréhension du patient.

Cette fonction existe avec une fréquence soutenue dans les soins infirmiers en unité d'hospitalisation, elle existe aussi pour nos partenaires. Ces occurrences sont en lien avec des distorsions consécutives à la pathologie, lesquelles peuvent atteindre simultanément plusieurs des canaux de la communication. Ainsi, les perceptions, les émotions, la compréhension, la pensée peuvent se trouver isolément ou simultanément touchées et perturbées par ces mécanismes de moindre discrimination.

La fonction explicitation peut concerner et s'adapter alors à ces différents registres :

- Cette fonction peut consister par exemple en une reprise de vécus ou de perceptions manifestement altérés chez le patient pour en proposer une lecture ouvrant à une distanciation. Cette possibilité de recul sur la situation vécue par le patient permettant de mieux identifier les distorsions en lien avec la nature du fait psychopathologique. Cette distanciation éventuelle et **cette possibilité d'admettre que les autres ont des états mentaux différents, ainsi que la possibilité d'exercer, ou non, une lecture critique renseignent également sur l'ancrage du symptôme.**
- La fonction explicitation concerne aussi et pour une grande part les éléments d'information liés au cadre, aux modes d'intervention, aux métiers et à leurs objectifs. Il s'agit alors de reprendre de manière fine ou générale l'exposé des motifs et de **les adapter aux modes de compréhension du patient.** Cette explicitation passe par une adaptation des niveaux de langage, un ajustement sémantique et elle peut également s'appuyer sur une augmentation de la diversification des modes de communication lors de l'interaction.

- Plus généralement, la fonction explicitation est souvent amenée à **rendre accessible une lecture et une compréhension de l'environnement immédiat du patient**. Cette fonction peut alors être effective, si l'état du patient le permet, dans les moments inauguraux de la rencontre.

La fonction explicitation vient alors reprendre les éléments abordés, le sens des interventions, en mettant en perspectives les registres de communication. Il s'agit alors d'un travail de décodage des éléments du cadre ou de l'intervention restés muets et donc difficilement appréhendable par le patient. Parfois encore, c'est le décodage des décisions toujours en lien toujours en lien avec les éléments restés muets pendant les entretiens, les interventions ou les accompagnements, par inhibition du côté du patient. Mais souvent, nous observons qu'il s'agit de la mise en mouvement des représentations liées au statut et à la fonction, lesquelles peuvent rétablir une nouvelle perspective en termes de cognition sociale. Faciliter dans et par l'explicitation ces retours de communication, mettre en mouvement le regard et la représentation du patient en le délivrant des codes sociaux locaux ou généraux sont des opérations qui se réalisent en veillant à préserver les places symboliques des différents statuts.

Enfin, cette fonction peut opérer comme une reprise d'une situation antérieure vécue par le patient et dont le soignant ou l'éducateur a été le témoin direct ou indirect. L'explicitation effectuée à distance temporelle de la situation d'appel, l'échange confirmatif qui le conclut, peut permettre un bouclage rétro actif susceptible de faciliter à son tour, un retour sur les vécus liés à la situation initiale et ainsi, contribuer à sa distanciation. Cette action vise à une flexibilité cognitive en reconsidérant la charge émotionnelle initiale liée à la situation convoquée.

La fonction Réglage

Nous définissons la fonction *Réglage* comme une action qui vise à **mettre en mots et à expliciter les codes culturels** ainsi que les contraintes tacites demeurées généralement muettes dans les rapports sociaux habituels. Cette fonction réglage peut concerner des domaines tels que la partition des registres sexués, les relations de civilité, l'impact des codes culturels ou religieux. Elle en précise alors les habiletés requises (souvent silencieuses) afin de limiter les désavantages sociaux encourus par le patient. Cette action à visée pédagogique peut s'apparenter à des techniques d'entraînements aux habiletés sociales. La finalité n'est pas une normalisation du comportement attendue mais une mise en mots, parfois en gestes, à valeur de repérage de ce qui est usuel, habituel et de ce qui l'est moins. **Elle vise à limiter la position d'échec social souvent incorporée, liée pour partie à une internalisation de la stigmatisation.** Elle contribue au jour le jour à favoriser une expérimentation relationnelle plus recevable ou plus satisfaisante dont nos unités de soins et les lieux de vie peuvent en constituer le laboratoire.

Le code social, l'usage est ici parlé, démutisé, ponctué afin de favoriser sa mise en sens et sa prise en compte. Il s'agit de contribuer à identifier au plus près du contexte et en appui de manière synchronique sur une situation réelle émergente de la vie de l'unité, les codes sociaux qui agissent et structurent ces rapports. Cette fonction peut donc être activée

et convoquée sur différentes situations, parmi lesquelles contribuer à mettre en mots le réglage de la distance physique interpersonnel, les registres de révélation de soi ainsi que les lieux et les moments propices à ces dévoilements jusqu'à l'élucidation de l'intention implicite de l'interlocuteur par identification des éléments de contexte. Postures, regards, mots d'adresse et d'ouverture à l'échange, codification sociale des rapports hommes/femmes, mise en avant et mise en forme des expressions les plus courantes de la relation de civilité sont également des registres où cette fonction trouve préférentiellement à se déployer.

Mais il existe un registre particulier où cette fonction *Réglage* prend une importance spécifique dans la vie des unités de soins en psychiatrie ou des lieux de vie. Ce registre concerne la prise en compte de la sémiologie de « l'autre » quand la disparité des pathologies, le brassage des populations dans un hétéroclisme parfois baroque peuvent prêter à discussion et se traduire par des incompréhensions et des rejets. La fonction *Réglage* vise alors à donner et à partager quelques éléments d'informations sur la sémiologie des pathologies rencontrées au sein de l'unité ou du lieu de vie afin d'augmenter le niveau d'acceptation des différences et contribuer à fluidifier le « *vivre ensemble* ». L'objectif n'est pas de délivrer des informations confidentielles à des tiers mais bien de remettre en mouvement le jeu des identifications latérales. Il s'agit **de maintenir des tolérances parfois remarquables et de soutenir les effets d'entraide et de coétayage entre patients dont nous savons l'importance et le rôle de pondération**. Ce travail de réglage passe alors par la mise en commun des expériences intimes de la maladie.

La parole est un acte

Nous entendons par la fonction *Parole en acte* un principe d'action qui consiste dans une situation de soin ou d'intervention à visée éducative donnée, à **souligner l'importance de la parole dans ses caractéristiques de fiabilité et de viabilité**. La nature de cette parole vise alors à réduire l'écart entre le faire et le dire pour s'approcher d'un modèle qui pourrait se résumer dans la congruence fondatrice de l'assertion suivante : « **Dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit** ».

De par la nature des troubles qui sont accueillis dans les unités et les structures médico-sociales (nous pensons particulièrement aux troubles apparentés aux sémiologies psychotiques dans leurs défauts d'habileté sociale ou dans leurs défauts d'attribution d'intention), l'utilisation de la parole est convoquée de façon à mettre des mots sur les codes sociaux et les intentions. Ces zones sortent alors de leur mutité.

La parole en acte accompagne également les différents temps de la journée, les présences et les absences et plus généralement l'ensemble des actions qui s'appuient sur le quotidien. Le quotidien est entendu dans cette ici dans **le double sens** d'une part, de réaliser ce qui incombe aux exigences du journalier (les différents temps liés à l'hygiène, la vêtue, le repas, le traitement, l'activité, etc.), et d'autre part d'utiliser ces temps journaliers dans le sens de **créer du quotidien**, c'est-à-dire ici, du connu, du familier, du repéré, et au final, du rassurant. Un travail de quotidianisation.

"Faire parler" le quotidien

Le quotidien, la gestion et l'appui sur des éléments du réel peuvent ainsi constituer des temps privilégiés pour passer d'une situation brute à une **situation parlante**.

Le propos n'est pas ici de se livrer à une interprétation, ni de produire une représentation du conflit inconscient. Le propos est plus de l'ordre d'une métaphore qui permet de mettre à disposition un sens ou une représentation plus acceptable. Il s'agit d'une mise en forme, d'une mise à disposition qui commente, suggère, précise, décrit les impressions sur la scène des éléments du réel, des situations du quotidien ainsi convoquées. Cette scène peut faire penser à une forme de théâtralité avec ses didascalies, pour ces notes qui au théâtre désignent l'action, nomment et énoncent les circonstances, indiquent les sentiments, précisent les émotions.

Ainsi, certains mots facilitateurs ont une valeur de sésame lors de ces actions parlantes, par la proposition de lien et du potentiel d'ouverture qu'ils sous tendent ; à l'instar des « *peut-être* » et des « *c'est comme si* ». Une parole qui fait le lien entre l'acte et les mots, une parole qui favorise l'émergence d'effets de sens.

La parole comme vecteur de la construction du lien

Enfin, la parole est utilisée dans l'exercice auprès des patients comme l'un des vecteurs principaux de la construction de la relation de confiance. Cette relation est lien qui permettra éventuellement des effets d'internalisation pour le patient. Le « tenir parole » contribuant ainsi à un « tenir ensemble » qui renforce du même coup la valeur et l'étymologie de la définition de l'entretien.

Tenir sa parole, donner sa parole, tenir à la parole pour que la parole tienne et participe d'une construction d'un lien. Ce ne sont plus alors « *des paroles en l'air* ».

Deux niveaux de parole

- **Premier niveau : Etre de parole**

Dans ce premier niveau, la *Parole en acte* a pour objectif de rendre la parole pleine. Il s'agit alors de tenir sa parole de professionnel dans les informations et les engagements qu'elle contient. Ce niveau peut être entendu dans les deux sens de cette assertion dans son passage du général, nous sommes des *êtres de parole*, à la singularité fiable de chacun, *être de parole*. Pouvoir parler de tout mais n'avoir qu'une parole.

Un des exemples les plus fréquents concerne *le renvoi*, entendu ici en termes de report de la disponibilité, en termes de différé ou de suivi segmenté d'une situation de soin ou d'accompagnement. C'est-à-dire ces moments où le professionnel assure une présence discontinuée. Dans ces situations, le professionnel renvoie alors à un délai. La parole devient pleine quand le professionnel respecte ce délai ou communique au terme de celui-ci sur son indisponibilité renouvelée.

Cette parole prend également son importance en terme d'ouverture du lien et de construction de la relation de confiance, d'éprouvé de fiabilité quant au cadre proposé avec sa valence du côté de la réassurance.

La parole en acte prend son sens ici dans l'effectivité de la parole du ou de la professionnelle, la parole est actée.

- **Un deuxième niveau : reprendre la parole**

Le deuxième niveau de parole en acte concerne une méthode d'action dans la présentation et la gestion d'une situation de soin. Celle ci laisse régulièrement au patient une marge de latitude d'appréciation et de décision lors du déroulement de la séquence engagée ou à venir.

Le patient n'est ici pas mis en position passive d'exécution, mais dans une position plus active et responsable. Il est invité et a d'emblée son mot à dire sur l'agencement du déroulement de la séquence. Même et surtout quand l'interaction se passe au titre d'un cadre clinique contraint. Cette position, plus respectueuse de la personne, est à la fois souple par la marge décisionnelle que peut prendre le patient et l'atténuation de l'asymétrie des rôles, et ferme par le maintien du cadre dans lequel la situation se déploie. L'organisation de la séquence à l'intérieur de celui-ci peut prendre en compte la parole et l'initiative du patient. Cette position de soutien prend en compte et se renforce d'une antériorité de connaissance et s'appuie sur l'expérience partagée antérieure.

La parole en acte prend son sens ici dans l'effectivité de la parole du patient dans sa marge décisionnelle.

Présentation : résumé de la recherche

Cette recherche en Soins Infirmiers en Psychiatrie est portée par deux infirmiers. L'un du CH le Vinatier (Mme Sophie Tchukriel) et l'autre du CH de St Cyr au Mont d'Or (Mr Lanquetin Jean-Paul) constitués en Groupe de Recherche en Soins Infirmiers (GRSI). Nous sommes donc infirmiers et nous avons dû construire parallèlement, et de manière exploratoire, une position de praticien chercheur.

Cette investigation a été réalisée dans le cadre du Conseil Scientifique de la Recherche du CH le Vinatier (69), elle a été initialement validée et financée lors de la séance du CSR de décembre 2006. Ses conclusions ont été déposées en février 2012.

L'informel dans les soins et les pratiques infirmières en psychiatrie, l'informel comme élément de spécificité constitue un thème incontournable dans notre métier. Nous avons constaté ainsi que les tentatives pour le nommer, le caractériser et le sortir de sa nuit institutionnelle ont longtemps semblé fuir comme la ligne d'horizon devant le navigateur.

Ainsi, pendant longtemps, des tentatives de nomination initiales, trop vastes ou approximatives (*avoir un bon feeling, sentir ou ne pas sentir, etc....*), si elles permettent une

communication partagée entre les infirmiers, laissent cependant échapper bon nombre de traits de caractérisation et abrassent les significations.

Aujourd'hui, le recours et le passage par une méthodologie de recherche, ici une méthodologie de Recherche qualitative descriptive appliquée au domaine des soins infirmiers (méthodologie de recherche en sciences sociales) nous a permis d'approcher cet objet dans ces différentes dimensions. La rigueur de la démarche nous a obligés à en payer le prix du détail et du sérieux théorique.

Nous abordons ce concept nomade d'informel en partant du constat que toute forme prend naissance dans l'informe. Et nous appliquons ce constat au quotidien et avec le quotidien vis à vis du travail de construction de liens que nous pouvons déployer à l'égard de nos les patients.

Cinq critères nous ont fait retenir ce terme d'*Informel*. Nous retrouvons ainsi son usage transdisciplinaire, sa nature d'activité hors prescription et programmation de tâches, sa perception aux entrées larges quand aux pratiques concernées. Nous retrouvons une notion processuelle dans le passage possible parfois de l'informel au formel et enfin, un continuum d'activité qui lie les activités programmées et contribue à faire le lit du soin.

L'informel se manifeste de manière privilégiée dans l'écart conséquent entre activité réelle et saisie d'activité, entre soins programmés et actions non programmées. Ces zones discrètes d'activité informelles peuvent représenter jusqu'à 50% du temps « non identifié », particulièrement en unités d'hospitalisation temps plein. Certaines études donnent des chiffres supérieurs, 72% pour Michel Nadot² (2008), 66,5% pour Madeleine Estryn-Behar³ (2007), ou encore 60,8% pour l'étude de l'IGAS⁴ (Inspection Générale des Affaires Sociales, 2007).

Cette place importante est le plus souvent liée à la permanence des soins dans les aspects de la vie quotidienne, du « vivre avec » et de sa gestion. Ce constat conforte l'idée d'une approche qualitative et d'un recensement des compétences attendues pour identifier, utiliser, élaborer et gérer ces espaces temps.

La question de la transmission des savoirs infirmiers, particulièrement celle des savoir-être et des savoir-faire pratiques est également largement soulevée avec cette part de l'exercice professionnel. Cette transmission fait par ailleurs l'objet de la circulaire de janvier 2006⁵ relative à la mise en place du tutorat d'intégration pour les infirmiers arrivant en psychiatrie.

² Nadot, Michel. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In Dallaire C (dir.) Le savoir infirmier. Paris : éditions Gaëtan Morin; 2008: 359-373.

³ Estryn-Behar M, Fouillot, J-P. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans dix services de soins. Document pour le médecin du travail 1990 : p. 131-144. Institut national de recherche et de sécurité (INRS). <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=TL%205>

⁴ Strohl H, Bastinelli JP, Laurand G, Planes-Raisenauer C. Inspection générale des Affaires Sociales. Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie. Rapport définitif, Tome I/IV-Rapport n° 2007, annexe Réponse de la DHOS -033P, juillet 2007

⁵ Cette question d'un socle de connaissances propre à cet exercice s'actualise autour de la question de la transmission des savoirs avec la circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat et de la consolidation des savoirs pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie

Ainsi, identifier, nommer, qualifier et surtout caractériser les fonctions de l'informel dans le soin infirmier en psychiatrie, objectiver les savoirs faire mobilisés, mais aussi leurs impacts et leurs spécificités, affirmer la nécessité d'asseoir ces pratiques en attente d'expertises sur des données basées sur des preuves, tels sont les objectifs de cette recherche en soins infirmiers (RSI). Ces objectifs de lisibilité et de visibilité sont mobilisés sur trois niveaux d'investigations : en direction du patient, du professionnel et de l'équipe.

Cette recherche multicentrique a connu sa phase d'enquêtes de terrain auprès d'équipes de soins d'unités d'hospitalisation temps plein de quatre établissements de la région Rhône Alpes, établissements représentatifs de l'offre de soins publique sectorisée. Sur chaque établissement, deux unités ont été investiguées. Les enquêtes ont allié le recours de trois outils : des « entretiens semi-dirigés », des séquences « d'observations participantes périphériques » et des « dialogues en interaction avec l'action » pour cette forme d'arrêt sur image de l'action. Nous nous appuyons dans nos axes théoriques sur les apports et les invariants structuraux de la psychothérapie institutionnelle, de la psycho dynamique du travail ainsi que de la praxéologie.

Nous avons travaillé en appui sur une méthode de triangulation ; une triangulation spatiale avec la nature multicentrique, une triangulation des populations investiguées, une triangulation des outils, une triangulation au niveau des axes théoriques et une triangulation des méthodes d'analyse (analyse descriptive et catégorielle, analyse par théorisation ancrée et analyse lexicale).

Le traitement de ces données de terrain a abouti à la détermination de 3100 unités d'actions en lien avec l'informel.

Les résultats de ce long parcours de Recherche se présentent sous une triple forme. Tout d'abord, le cœur de la recherche avec la caractérisation de 139 fonctions en lien avec ces pratiques informelles, puis l'approche quantitative de ces données qualitatives (variable de lieux, de temps, de sites, d'unités, d'attributions de fonctions etc.) et enfin le dégagement d'invariants opératoires, c'est-à-dire des caractéristiques communes à tous les sites investigués.

L'approche par fonctions, une approche transversale aux métiers.

- L'acte, le geste, et dans une moindre mesure l'intervention quand elle inclut la dimension relationnelle ne rend pas ou que partiellement compte de la complexité des situations de soins et d'accompagnement. **La fonction permet à notre sens une approche qui va au-delà de l'acte et du métier, elle permet d'explorer des aspects périphériques de l'acte, du soin, de l'accompagnement. Elle nous permet également d'en restituer des aspects symboliques et des explicitations en termes de dynamique des processus psychiques ou de scénarios professionnels.**

L'idée de la fonction ne se rapporte pas un but ou un objectif, atteint ou non atteint, car cette visée ne retiendrait pas la correspondance étroite qui se manifeste dans les faits ou situations qui déterminent la fonction. De même, l'idée de fonctions en science sociale et l'ouverture de son champ définitionnel permettent d'aborder les situations autant en termes de processus, de finalité, d'effet ou de résultat. L'utilisation du terme de fonction

nous permet de rendre compte de réalités difficilement objectivables, elle peut s'adapter à des infra actes. Le passage de l'acte, ou plus précisément du mini ou micro acte⁶, à la fonction s'effectue par la mise en sens de l'acte ou micro acte.

Nous retrouvons notre terme dans un autre domaine que la sociologie. Le courant de la psychothérapie institutionnelle l'a formulé avec Jean Oury autour du concept de distinctivité entre rôle, statut et fonctions. Ce concept différencie et fait exister deux types de hiérarchie.

La hiérarchie de type classique, pyramidal et vertical, lourde ou balourde, est une hiérarchie statutaire. Chaque soignant ou chaque intervenant a alors une fonction qui correspond à son statut. La pertinence de la psychothérapie institutionnelle est de reconnaître et de conceptualiser qu'à côté de ce cette lignée existe *une hiérarchie subjectale* qui tient compte et prend en compte les implications et les initiatives de chacun dans la ou les relations au patient, au-delà des métiers et des cultures d'origine donc. Ce qui se joue là ne relève pas d'un savoir « académique », mais d'une approche de sujet à sujet dans la singularité de chacun en lien avec des savoirs opératoires. Cette prise en compte nécessite un dispositif d'accueil de cette parole ou le déploiement de sa subjectivité, issue des rencontres avec les patients, peut s'effectuer. Elle peut se construire dans nos relations de partenariat. Elle permet alors de s'affranchir de la pesanteur des statuts et de gagner en liberté. Il s'agit donc de dé-hiérarchisation statutaire et de hiérarchie subjectale.

Celle-ci vaut reconnaissance que toute rencontre avec l'autre et les figures de l'altérité est singulière est porteuse de valeur de responsabilité et d'initiative. Les rôles et fonctions peuvent être revisités en regard de cette pertinence clinique. Il ne s'agit pas d'une dé-différenciation des statuts, formation, métier, mais d'une reconnaissance des aspects diffractés qui s'agissent dans la relation (et le transfert).

Les fonctions représentent également un concept conjonctif, dans le sens où leurs caractéristiques sont généralisables à différents lieux d'exercices des infirmiers, d'abord pour cette population sur laquelle notre étude portait, mais certainement, bien au-delà quand les analyses de situations présentent des analogies comme dans notre situation clinique.

Les fonctions invitent à déconstruire la dichotomie entre action et réflexion en introduisant à partir de l'action et du geste, un processus dynamique psychique qui met en lien ses deux aspects des réalités de travail et favorise les représentations finalisantes (lié son geste d'ici et maintenant à un objectif et une finalité qui peut être éloigné, soir organiser une téléotique).

⁶ Cette approche par niveaux d'actions est proposée par Guy Le Borteff (1978). Il distingue cinq niveaux d'action, au centre l'acte, ici l'acte de soins tel que nous le connaissons. Au delà, la maxi action (exemple, un suivi au long court) et la macro action (exemple : une réforme des études menant au diplôme d'infirmier). En deçà, les deux premiers niveaux d'action apparaissent très investis en psychiatrie. Trop modestes pour être quantifiés et trop imperceptibles pour être retenus, la constance de leurs déploiements dessine pourtant une toile de fond sur lequel va se tramer un soin plus construit.

Pour conclure ;

La fonction prise isolément est transférable, elle ne définit pas le métier. Le métier en vient à se caractériser par contre par **la fréquence, la diversité et la mobilité** de son recours à l'arbre de caractérisations que nous avons identifié. Cet abord nuance les approches à tentation narcissique du métier, tel *l'art ou l'essence infirmière* pour nous, elle en tempère les contours et ouvre à une mobilité des registres. Leur point de rapprochement est de partir de réel des situations dans la rencontre avec nos patients.

Le 13 décembre 2013

Jean-Paul Lanquetin,

Infirmier de secteur psychiatrique, praticien chercheur en soins infirmiers, centre hospitalier Saint-Cyr au Mont d'or, 69450 Saint-Cyr au Mont d'or, France

lanquetin.jp@free.fr, grsi@ch-st-cyr69.fr