



Intervention Journées de GAP / AFREPSHA des 21 et 22 mars 2013 :
« La psychiatrie, un avenir f(l)ou ».

**« La recherche en soins infirmier : outil de
réappropriation de la clinique au quotidien »**

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 validée et financée par le Conseil Scientifique de la Recherche du CH le Vinatier (69) lors de sa séance de décembre 2006 et ses conclusions ont été déposées en février 2012

L'informel dans les soins et les pratiques infirmières en psychiatrie constitue un thème incontournable et 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.

Des tentatives de nominations initiales trop vastes laissent échapper les traits de caractérisation, abrasent les significations. Ces premières approches d'analyse « collent » encore par leur proximité avec le matériau empirique, le terrain, dont *l'informel* n'est pas encore suffisamment extrait pour prendre forme. Aujourd'hui, le recours et le passage par une méthodologie de recherche, ici une méthodologie de Recherche qualitative appliquée au domaine des soins infirmiers (méthodologie de recherche en sciences sociales) nous a permis d'approcher cet objet. 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 dans le travail de construction de liens que nous pouvons déployer envers nos patients.

Cinq critères nous ont fait retenir ce terme *d'Informel*. Nous retrouvons son usage transdisciplinaire, sa nature d'activité hors prescription et programmation de tâches, un

usage aux entrées larges quand aux pratiques concernées, 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'hospitalisations temps plein. 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. Celle-ci fait par ailleurs l'objet de la circulaire de janvier 2006 relative à la mise en place du tutorat d'intégration pour les infirmiers arrivant 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.

L'approche retenue en a été une caractérisation par fonction qui permet de répondre à la question « *A quoi cette action sert –elle ?* ». C'est-à-dire, une approche qui va au-delà de l'acte et qui permet d'explorer les aspects périphériques de l'acte et du soin. Une approche susceptible d'introduire à partir de l'action et du geste, un processus psychique dynamique qui lie ces deux aspects des réalités de travail, action et réflexion.

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.

Le traitement de ces données de terrain a abouti à la détermination de 3100 unités d'actions en lien avec l'informel. Cette détermination s'est construite avec les six étapes d'une démarche de théorisation ancrée.

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.

A partir le l'argument de ces journées

Pour présenter mon intervention, je vais m'appuyer et même coller à l'argumentaire de ces journées. Je reprends ici le propos du premier pavé « *Le soin psychique est un long chemin qui commence par une rencontre extraordinaire. Mais sommes nous, professionnels de la psychiatrie sur le point d'emprunter des voies et des impasses qui nous détournent chaque jour davantage de notre chemin premier* »

Je vous propose de me suivre dans ces premiers moments de la rencontre et de percevoir comment le processus de recherche lié à l'utilisation de méthodes et d'outils qualitatifs nous a permis d'approcher et d'éclairer comme autant d'effets de zooms bien des facettes du soin relationnel, de cette manière de faire avec la folie et la maladie mentale.

Les lignes qui suivent reprennent la présentation à des fins d'illustration de deux fonctions primaires de ce premier niveau de résultats par caractérisation de fonctions. Elles appartiennent au niveau d'investigation professionnel. Nous présentons ainsi successivement :

- Et la fonction *Construction du lien* issue avec 4 autres fonctions et leurs attributs de la fonction mère Liaisons.

- La fonction « *Etre-là, être avec* », issue avec 7 autres fonctions de la fonction mère Métaphore maternelle.

La fonction primaire Construction du lien (versus synchronique) et ouverture à la relation.

« *La qualité principale de l'infirmier est la capacité de rentrer en relation avec les patients de manière rassurante* ». ¹ Cette définition est issue d'une recherche menée par la Mire en 1987. Elle pourrait à elle seule assez bien résumer ce point de l'exercice infirmier en psychiatrie. En effet, en amont et lors de l'instauration d'une relation thérapeutique, il y a nécessairement des préalables qui sont instaurés. Il y a donc un début.

Nous définirons donc la fonction construction du lien, qui pourra prendre sa valence à visée thérapeutique, avec la relation d'aide, **par toutes actions intentionnelles de l'infirmier destinées à amorcer, appuyer, initier, inaugurer ou maintenir une ouverture à la relation.**

En amont du contact physique ou parlé, intervient le temps du regard qui caractérise la première interaction. Cette question prend une sensibilité particulière en psychiatrie dans le sens où, le contact physique ou parlé peut vite alimenter des vécus envahissants ou hostiles, en lien avec la des éléments actifs de la pathologie. Il en est alors un des premiers signes symptomatiques. À titre d'illustration, les vécus persécutoires ou d'intrusion, les biais d'attribution d'intentions s'activent souvent dans les transports en commun, moment de

¹ Alain Pidolle, Viviane Kremer, Pascale Gauthier, « *Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique* », Recherche menée par la MIRE (Mission interministérielle Recherche Expérimentation), l'A.R.P (Association recherche en psychiatrie), Centre Hospitalier Spécialisé-Lorquin, Ouvrage, Convention de Recherche n°278/87, Fra 1993, 274 pages, p 100.

rapproché physique sur une durée non furtive, chez de nombreux patients « *Qu'ont-ils à me regarder ?* ». À cet endroit, la codification sociale du regard est puissante, croiser un regard c'est voir, soutenir son regard c'est scruter, le temps d'après c'est dévisager. Ces codifications sont fortement marquées par le genre, en effet, les échanges de regard d'un homme et d'une femme ne donnent pas lieu au même temps, il est plus bref chez la femme. Cette codification est également marquée par les cultures, croiser le regard peut être parfois l'équivalent d'un affront.

Dans tous les cas, soutenir un tant soit peu son regard peut marquer l'intérêt, le désir, l'ouverture et ici, l'ouverture transférentielle. Le regard peut contenir de bien nombreuses significations nous dit Alain Frobert « *Avant toute chose, le soin est un regard. Tout dépend de ce qu'il contient : méfiance, contrôle, bienveillance, compassion, pitié, mise à distance [...] mais le regard ce n'est pas que l'action de diriger les yeux, c'est encore autre chose. C'est l'expression des yeux, la manière de regarder et par là d'envisager le monde et les autres. Ce n'est pas seulement voir mais aussi "faire attention", "considérer". [...] Ce qu'engage le regard du soignant, c'est cette promesse d'une réponse qui tient à son propre désir, ce pour quoi il est là, ce pour quoi il a choisi ce métier* ». ²

Cette remarque est proche de celle que formulent Jean-Michel Jamet et Véronique Depré quelques années avant « *Le regard est la caractéristique de l'homme dans ses échanges qu'il effectue avec les autres hommes [...] dans la relation avec le malade, le regard touche jusqu'aux profondeurs de l'être. Il envahit tout l'espace extérieur en lui révélant l'état d'esprit dans lequel le soignant est. [...] la grande fonction du regard dans la relation entre l'infirmier et le patient est de marquer une cohabitation. Cohabiter signifie habiter avec* ». ³ On ne parle donc pas dans cette caractérisation de cette fonction du balayage du regard qui ne s'arrête pas et qui du coup balaie dans ce même mouvement l'existence de l'autre.

Après ce premier temps du regard, cette fonction se développe à partir des éléments du quotidien, et au premier rang desquels, les rencontres que génère le journalier, dans l'intentionnalité d'un bonjour, comme le précise une IDE interviewée : « *En tout cas, j'essaie de dire bonjour, de prendre un temps relationnel avec le patient, d'être présente avec lui et de voir comment il réagit face à cette sollicitation. Voir s'il nous répond, voir s'il nous voit, des fois, il passe et il ne nous voit pas, tout dépend de l'état du moment. C'est l'une des raisons qui font que je travaille en psychiatrie* ». Un bonjour ou une salutation qui est une manière de faire signe à l'autre, voire dans certains cas, une simple posture quand il a été perçu que la banalité d'un bonjour pouvait contenir en soi un potentiel intrusif. La posture se caractérise ici par la prise en compte de cet état de fait.

L'intentionnalité est constitutive d'un élément moteur, ici un souci personnalisé, de nature à le différencier « *d'une posture de guichet* » ⁴ pour reprendre une expression de Jean Furtos. Une posture de guichet que l'on pourrait décrire comme une posture creuse avec ses tics d'attitude, ses comportements réflexes et ses phrases pré calibrées. Éléments qui font dire à Jean Oury dans le prolongement de cette idée « *Un sourire, si cela est fait exprès, cela devient une grimace* ». Heureusement, tous les guichetiers n'ont pas adopté cette posture et cette attitude-écran.

² Alain Frobert, « Les yeux dans les yeux... », *Santé Mentale*, n° 118, mai 2007, pp 44-47, p. 47.

³ Jean-Michel Jamet, Véronique Depré, *L'accueil en psychiatrie. Aspects juridiques, théorique, pratique*, Editions Hospitalières, Collection souffrance psychique et soins, 1997, 111 pages, pp 80-81.

⁴ Jean Furtos, « La clinique change-t-elle ? », *Rhizome*, n° 35, juillet 2009, p.1.

Dans une précédente communication, nous définissions ce premier contact, ou mise en contact de base lié à l'énoncé d'un bonjour, par de multiples jeux de nuances « *il peut se jouer beaucoup de choses à partir de cet énoncé : l'ouverture, la fermeture, le bonjour constitue une formule polysémique par excellence à l'image du babil du bébé, elle ouvre un rapport signifiant/signifié quasi infini. Ce sont les mots de l'après qui viendront qualifier le registre de l'avant, mais déjà dans la formulation, la déclinaison sémantique, la prosodie l'euphonie, l'enchaînement musical se nuance, se décline et se précise le registre de l'ouverture - fermeture* ». ⁵

Ces propos sont de la même teneur que ceux recueillis auprès d'une infirmière ISP lors d'un entretien : « *Et bien déjà dire bonjour le matin, voilà juste essayer de se mettre et de mettre en condition. Le matin il s'agit de l'approche de la personne hospitalisée : déjà le bonjour on peut le faire ou ne pas le faire, le dire ou ne pas le dire, tout dépend comment on dit bonjour c'est très important et après c'est tout ce qui ce passe autour et ensuite pendant toute la journée* ». L'utilisation de cette surface du quotidien pour initier un échange, nouer une relation, stabiliser des liens et au final, participer à la création d'un climat relationnel propice à la mise en confiance, est décrite dans son intentionnalité et sa mise en place par un infirmier IDE interviewé : « *Moi c'est souvent comme cela que je fais, sur une petite demande, j'ai derrière une grosse idée en tête un peu plus creusée, poussée, et cela me permet aussi d'avoir par des petits liens un peu plus anodins, cela me permet d'aller un peu plus loin dans les relations et d'avoir des réponses que je ne pense pas avoir forcément de but en blanc si je demande comme cela ! Donc, petit à petit, on crée une espèce de petite confiance, un lien un petit peu plus continu ! Ce qui permet ensuite de rebondir sur des projets, des accompagnements plus poussés, avec déjà une confiance instaurée* ».

La construction du lien et de la relation s'appuie sur les situations de soins, mais elle concerne également des échanges matériels ou symboliques, les transactions, et toutes formes d'attention sur lesquelles elle pourra s'appuyer. La construction de cette relation se fait par petites touches successives, ces petites touches sont souvent repérées derrière les mots « *petits riens* », « *petites choses* » du soin. Ces petites touches ou petits riens multiples ont en commun de reposer sur une attention et une intention, qui ont pour objectif de former un ciment, lequel contribue à donner une tenue à la relation soignant/soigné.

Le sable de la relation et le ciment de l'intention.

Ces petits riens multiples peuvent être le temps d'un sourire, une main bienveillante posée sur une épaule, la prise en compte d'un mouvement de désarroi, la prise de la tension (*l'attention ?*) pour rassurer, la prise en considération d'un narcissisme défaillant, une attention liée à un élément de confort ou la mise à disposition d'un objet d'hospitalité, le prêt d'un livre ou d'un CD ou l'engagement dans une transaction sociale marquée par une part de don.

Walter Hesbeen ⁶ est connu dans le domaine des soins infirmiers pour ses apports à la profession. Il a notamment développé une théorie de *l'essence* et de *l'accessoire* dans les soins sur un mode qu'il déploie de manière retournée. En quelques mots, *l'essence* concerne la prise en compte particulière de la personne « *dans la globalité de son être* » et *l'accessoire*

⁵ Jean-Paul Lanquetin, Bruno De Roissy, Bernadette Dourmap, « *De l'intentionnalité soignante au destin des infirmiers psychiatriques* », 6^{ème} Assise Nationale des Infirmiers en Psychiatrie, <http://cnmp.free.fr>, 5 déc. 1998.

⁶ Walter Hesbeen, *Prendre soin à l'hôpital*, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Éditions Masson, Paris, 1997, page 64

renvoie à la tâche et à la répétition des actes. *L'essence* concerne la démarche interpersonnelle et *l'accessoire* les moyens comme supports pour y parvenir. L'essence concerne la qualité des soins et l'accessoire la qualité du soin.

Ces développements l'ont amené à s'intéresser aux modalités qui viennent soutenir le déploiement de ces attentions et participer à la construction de la notion de petites choses « *Les petites choses, si anodines en apparence, si peu sophistiquées et si peu spectaculaires soient-elles, font partie de la vie et sont donc nécessaires au déploiement de la santé de la personne. Elles le sont parfois autant et parfois plus que des actes compliqués, de haute technicité* ». ⁷ Cette dernière remarque prenant un relief singulier pour la psychiatrie où la richesse des plateaux techniques est avant tout composée des compétences des femmes et des hommes qui les composent. La continuité de son raisonnement le conduisant à définir les infirmiers comme des **spécialistes en petites choses**. « *Les infirmières et les infirmiers peuvent dignement apparaître comme des soignants qui assument leurs fonctions d'experts et de conseillers tout en étant 'spécialistes en petites choses'. Car toutes ces petites choses quand elles sont mises en lien avec les différents éléments d'une situation de vie, ne sont jamais banales pour une personne soignée dans la mesure où elles témoignent, à chaque fois de la **grande attention** que ces professionnels ont été capables de lui porter et, dès lors, du professionnalisme qu'elle requiert* ». ⁸

Ces petites choses, comme les petits riens restent toutefois chez de nombreux auteurs un ensemble générique en attente d'une clinique ou d'une expertise qui attacherait du prix au « détail ». Un accord apparaît par contre sur leur utilité, Walter Hesbeen précise ensuite : « *Il s'agit de "petites choses" qui contribuent à donner du sens à la vie, à alimenter l'espoir. La mise en valeur de l'utilité de ces "petites choses" pour la santé des personnes et des talents nécessaires à une telle pratique infirmière n'est-elle pas, en définitive, la voie la plus sûre et la plus solide pour assurer la reconnaissance de cette profession* ». ⁹ Un des éléments de réponse se trouvera sans doute, pour partie, dans l'accueil de ce travail de Recherche en Soins Infirmiers.

D'autres auteurs infirmiers ont abordé ce thème, ainsi Blandine Ponet évoque-t-elle pour sa part des signes **d'intensité faible** reprenant en ce sens l'expression de l'historienne Arlette Farge. Elle écrit : « *Ces signes minuscules participent au - prendre soin -, à la rencontre et à l'attention à l'autre. S'ils nous aident à tenir en gardant de l'intérêt pour notre travail, ils permettent aussi aux patients d'avoir quelque chose/quelqu'un/quelque part à quoi tenir et se tenir. Dans ce sens, ces signes infimes, ces "intensités faibles" jouent comme autant de points d'accroche... enfin, ces signes infimes balisent une frontière, une sorte de limite qui départage le monde habitable où l'on est relié aux autres, et le désert, le monde où l'on est intensément isolé quand on est pris dans son délire* ». ¹⁰

Ces petites choses et ces petits riens qui ouvrent à la relation et à sa personnalisation, sont mis en mots dans les propos de ce cadre interviewé : « *L'attitude stéréotypée mène probablement à quelque chose de négatif dans le regard que le patient pourra avoir, il faut, je crois, donner au patient l'envie de venir vers nous et s'il n'arrive pas à*

⁷ Walter Hesbeen, *La qualité des soins infirmiers*, Penser et agir dans une perspective soignante, 2^{ème} édition, Ed Masson, Paris, 2002, page 40.

⁸ *Ibid*, p.41.

⁹ *Ibid*, p.41.

¹⁰ Blandine Ponet, « La profondeur des apparences », *Santé mentale*, N° 149, juin 2010, pp. 68-70.

venir, il nous faut trouver la petite ouverture qu'il offrira pour que nous allions vers lui. Celle-ci peut être de percevoir un regard en coin qui fasse sentir que l'autre à envie d'échanger, c'est peut être un sourire, un petit sourire, un petit geste, un petit hochement de tête, un petit quelque chose, quoi». Jean Oury dans une de ses conférences nous tient un propos similaire « Ce qui compte dans les investissements multiples et partiels des malades, c'est peut être des tout petits signes comme un clin d'œil, un bonjour et c'est ce niveau-là peut être apparemment sans importance qui **compte le plus**. C'est moins que rien comme dirait Jankélévitch, ces petits riens comme ça». ¹¹ Faire des passerelles de l'un à l'autre, établir des ponts, il s'agit aussi d'être **pontonier** pour reprendre ce terme à ce dernier auteur.

Ces quelques illustrations nous rappellent qu'il n'est pas possible de cartographier ces multiples riens, toutefois, ceux-ci présentent des invariants constitués d'éléments qualitatifs :

- la **spontanéité**, ils n'adviennent que dans l'imprévisibilité du quotidien ;
- ils caractérisent le **passage du patient objet de soins au patient sujet** ;
- ils **ouvrent à un entre-deux** du côté de la mise en avant de la part personnelle chez le professionnel. Il peut exister alors l'apport d'une part personnel, un *supplément d'âme*.

Ce dernier aspect prend une valeur particulière pour Paul Fustier : « Il s'agit de don de simple humanité en renonçant temporairement à l'asymétrie du lien. ». Pour cet auteur, ces actions sont du registre d'une méta professionnalité :

*« Ceci nous amène à considérer qu'il y deux niveaux de professionnalité : "Une professionnalité niveau un" qui est définie par le contrat de travail et les actes qu'il suppose, une "professionnalité niveau deux" que nous nommerons plutôt "métaprofessionnalité", et qui comprend la professionnalité, niveau un, tout -- en la débordant. Une méta professionnalité rend le professionnel capable de laisser venir, de contenir et de mettre au travail des situations qui sont hors "professionnalité niveau un" : il s'agit de leur donner un sens, répondant à l'objectif du professionnel (ici soigner), donc de les intégrer dans une position soignante. Nous considérons aussi, notre exemple le montre bien, que la méta professionnalité suppose que la "professionnalité niveau un" soit suffisamment assurée ou stabilisée, qu'elle ne soit pas attaquée».*¹²

Pour cet auteur le soin infirmier en psychiatrie passe et s'appuie puissamment sur le quotidien.

Ces différents aspects de la fonction *Construction du lien* participent à ce préalable aussi souvent évoqué qu'il s'en trouve, à l'inverse, plus que rarement décrit. Ce préalable se retrouve derrière les recommandations ou conditions telles que « créer un climat de confiance » ou « établir une relation de confiance », la question du comment demeurant le plus souvent ouverte. Dans leur recherche en soins infirmiers, Joëlle Bastian, Jean Luc Valdeyron, Véronique Vaquier ont pour objectif de décrire et d'explorer le passage de la relation de confiance à l'alliance thérapeutique auprès d'une population d'adolescents en unité d'hospitalisation spécifique.¹³ Concernant la relation de confiance, ils se réfèrent et citent Lionel Bellenger « La confiance interpersonnelle se construit dans un processus où

¹¹ Jean Oury, « Concepts fondamentaux », <http://users.belgacom.net/Pl.IP/>, p 12

¹² Paul Fustier, Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial, *Professionnalité niveau un et métaprofessionnalité*, Editions Dunod, Paris, 1999, 216 pages, p.133.

¹³ Joëlle Bastian, Jean Luc Valdeyron, Véronique Vaquier, « De la relation de confiance... », *Santé Mentale*, n° 55, Février 2001, pp. 41,45.

chacun prend progressivement de petits risques envers l'autre. Elle s'identifie selon trois facteurs : l'engagement d'au moins une personne, un respect mutuel des personnes en relation et la volonté de s'engager et négocier ce processus de risque pendant un temps». ¹⁴ Nous retrouvons là un des points qui a valeur de paradigme concernant la construction du lien, celle-ci se construit et se solidifie parallèlement dans la relation de confiance. Et sur cette dernière, peuvent s'appuyer la relation d'aide et la relation d'aide thérapeutique, plus centrée sur l'objet maladie. Avec cette particularité pour le domaine des soins psychiques où les atteintes à la confiance en soi sont fréquentes, la relation aux autres est tributaire de la confiance en soi.

L'objectif de cette construction préalable, ou de son renforcement est donc l'instauration d'une relation thérapeutique. Nous pouvons alors reprendre la définition de cette dernière avancée par Mary C. Townsend ainsi : « *Le but de la relation thérapeutique est l'expression du vécu de l'expérience de la personne, l'apport de soutien ou en général la résolution de problèmes*». ¹⁵

Enfin, cette fonction de *Construction du lien* et d'instauration d'une relation de confiance correspond à la notion d'apprivoisement telle que décrite par Dominique Friard, et au mouvement qu'elle sous-entend « *Il ne s'agit pas de prendre et de jeter. Il s'agit d'un apprivoisement, pas d'une séduction. On se rapproche petit à petit, un petit peu plus chaque jour, un petit peu plus longtemps à chaque fois pour ne pas envahir l'autre, pour ne pas être envahi, pour signifier qu'on est pas tout et que l'on veut pas être tout pour l'autre. Il faut être sensible aux mouvements de l'autre, deviner quand nous sommes de trop, quand nous ne sommes pas assez, savoir voler un peu plus loin, se rapprocher. Apprivoiser un patient psychotique, ça implique d'avoir et de se donner du temps*». ¹⁶

Il ne s'agit pas d'entendre ici la définition courante du mot du côté de la domestication, mais bien de respecter le sens premier et oublié, décrit par Saint Exupéry dans « *Le Petit Prince*», et repris par notre auteur, apprivoiser signifiant « créer des liens Pour reprendre les termes de l'intervention de ce début de matinée, *apprivoiser m'inattendu, bricoler l'ouverture*.».

Si cette fonction est naturellement utilisée par les infirmiers, elle peut être partagée par les autres professionnels. Ce rapprochement progressif, cette idée d'avancer par petites touches successives, de limiter la notion de dissymétrie du lien, ce mouvement aux multiples gradations qui utilisent la temporalité comme une alliée, sont non seulement caractérisés, mais utilisés dans sa pratique médicale par ce psychiatre comme il l'explique lors d'un entretien : « *Nous avons un patient qui est très persécuté par l'idée de venir dans mon bureau, qui est persécuté par l'idée que je vienne dans sa chambre. Donc, j'ai fait des entretiens, oui. Le dernier que j'ai fait, il était assis sur un rocher, sur le rocher dans le parc. Là où il était ! Là où il est, et en m'en approchant doucement parce qu'il se lève et il fout le camp et là, ce n'est pas la peine. On ne peut rien fixer dans le formel avec lui, et face à ces grands malades, il est quasiment impossible de fixer une organisation. On est obligé de s'adapter à sa maladie, là où il nous laisse faire*».

¹⁴ Lionel Bellenger, *La Confiance en soi*, col. *Formation permanente en sciences humaines*, 1995.

¹⁵ Mary C. Townsend, « *Soins Infirmiers Psychiatrie et santé mentale*», ERPI, 2004, pp. 90-91.

¹⁶ Laurent Morasz, Annick Perrin Niquet, Jean Pierre Vérot, Catherine Barbot, *L'infirmier en psychiatrie*, postface de Dominique Friard, Ed Masson, 2004, p. 291.

Dans les développements de cette idée, il s'agit bien pour les soignants d'aller à la rencontre du patient là où il se trouve, surtout quand il ne peut pas venir à l'équipe, comme dans ce dernier exemple. Un mouvement *sociofuge* d'aller vers cet autre qui vient équilibrer le mouvement *sociopète* des patients qui viennent trouver les soignants pour cette notion qui sera reprise dans le chapitre de présentation des résultats.

En filant sur l'argument de nos journées ;

Je continue la lecture de l'argument, dernier pavé « *Comment poursuivre le travail avec toutes les personnes concernées par les troubles psychiques et prendre le temps de penser ensemble ? De multiples métissages semblent nécessaires pour prendre soin, « être-avec », aider la personne en souffrance là où elle en est [...]* ».

« Être là, être-avec »

Cette fonction et cette notion d' «Être là, être avec» sont régulièrement convoquées dans les écrits qui invitent à penser le rôle des infirmiers en psychiatrie, particulièrement en hospitalisation temps plein. Non seulement ils sont fréquemment convoqués, mais, sans être dans une approche quantitative, nous avons été étonnés par la fréquence du recours à cette notion lors de nos entretiens. Celle-ci apparaît dans plus de la moitié des entretiens, et ce, de manière convergente pour tenter de définir les critères d'une certaine qualité de présence de l'infirmier en psychiatrie. Cette fonction apparaît également comme la plus fréquente en termes de recensement dans notre recherche en soins.

Ces éléments ont été confirmés lors de la présentation des résultats, la fonction « Être-là» s'est avérée constituer la fonction la plus fréquemment retrouvée. Elle porte donc en elle un potentiel de dénominateur commun chez les professionnels qui traduirait à la fois la dimension d'une qualité de présence et celle d'une possible rencontre.

Du côté des écrits, Chantal Coquerelle¹⁷ exprime qu'« *être là serait une sorte d'intuition, c'est-à-dire une connaissance immédiate qui n'a pas recours au raisonnement, au discours* ». Par ailleurs, nous abordons cette question de l'intuition dans la fonction préoccupation soignante primaire.

De même, Roseline Orofiamma¹⁸ précise « *Etre là, être avec : une forme d'écoute de la souffrance et de la folie. Une présence à l'autre [...] L'art de transformer les gestes du quotidien en actes de soin* »

Du côté des conceptions philosophiques ancrées dans des courants phénoménologiques, nous retrouvons ce terme chez Heidegger. Pour cet auteur, l'être là (*dasein*), est un terme désignant l'être de l'homme en tant qu'il existe, en tant qu'il est au monde, et la conscience que la personne a de sa situation au monde. Pour Michel Richard¹⁹ « *Ex-ister veut dire être hors de soi. L'homme n'existe pas comme les choses et les objets, il se définit et se réalise comme mouvement hors de son être, c'est-à-dire comme présence à soi et au monde, ce qui se traduit par être là* ».

¹⁷ Coquerelle Chantale, « Être là, Etre celle d'une qualité de présence et celle d'une possible rencontre avec » *Les savoirs infirmiers en psychiatrie*, Édition Éducation Permanente, octobre 2006, 208 pages, p.31.

¹⁸ Orofiamma, Roseline, Op.cit. Page 196.

¹⁹ Jean-Louis, Gérard, « De la relation d'aide à la relation thérapeutique », *Soins Psychiatrie*, n° 163, mai 1994, citant, Michel Richard, *Les courants de la psychologie*, Éditions Chroniques sociales, Lyon, 1990, p. 32.

Henri Maldiney ²⁰ insiste pour sa part sur cette présence « *Présence est synonyme d'être-là. Le là de l'être-là comme présence est le même que le là du monde auquel elle est. C'est précisément ce qui rend possible la projection. Mais le sens de ce là n'est pas simple. En lui s'articulent deux dimensions : l'y être et l'être ici. Être là c'est tout à la fois être ouvert au monde, mieux : être l'ouverture du monde et être exposé au monde, se trouver compris sous son horizon.* »

De notre côté, nous entendons par cette fonction « Être là » la capacité pour l'infirmier d'affirmer une qualité de présence sans l'imposer, répondant d'une part aux impératifs liés au quotidien et au vivre ensemble, à « l'être-avec » et affirmant d'autre part une forme d'attention qui s'appuie sur la coprésence, sous-tendue par une quête de sens et une intentionnalité.

L'être là définit alors une capacité et une garantie de faire face aux différentes situations que ce quotidien particulier de côtoiement de la maladie, de la souffrance et de « la folie » peut générer. Nous utilisons ici le mot « folie », qui n'est pas un terme médical, dans son acception générale et sociale. C'est-à-dire, dans le sens d'une irruption, d'un excès, d'une démesure, d'une incompréhension qui vient dépasser l'entendement de son énonciateur. En ce sens, l'emploi de ce mot renseigne autant sur celui ou celle qui l'emploie qu'il n'informe sur la situation décrite.

Cette fonction fait appel au vivre avec, à l'être-avec, nous sommes là et ils sont là (les patients) et dans ce travail de l'infirmier en psychiatrie, il s'agit «... *de mettre au travail une pensée complexe dans la banalité des choses les plus simples.* », Serge Klopp ²¹. Gérard Jobert ²² apporte lui cette caractérisation à « l'être là » en plaçant l'infirmier comme l'outil du soin : « *Le patient a besoin d'avoir en face de lui un interlocuteur qui soit là, au sens plein et entier de l'expression « être là ». Autrement dit, l'infirmière et l'infirmier doivent assumer le fait que la relation au patient puisse ne pas toujours être asymétrique* ». Du côté de la littérature scientifique, Alain Pidolle, Viviane Kremer, Pascale Gauthier ²³ définissent « l'être là » « *comme la capacité d'accueil et d'écoute, elle est considérée par l'ISP d'intra comme l'élément le plus important pour le patient (...). La qualité principale de l'infirmier est la capacité de rentrer en relation avec les patients de manière rassurante* »

De même « *Les ISP d'hôpital préfèrent « l'être là », l'accueil, la présence et la disponibilité : ils ne vont pas vers le patient, mais attendent que celui-ci s'adresse à eux pour qu'un contact non formalisé puisse s'établir.* » ²⁴

« L'être là » est souvent apparié avec une autre notion qui lui est proche « l'être avec ». Dans cette même étude, cette « être avec » est considéré comme étant « [*...] à la base même du savoir-faire infirmier à l'hôpital* ». Les auteurs nous rappellent « *Notre regard est focalisé sur l'aspect productif et nous oublions que tisser des relations, « être avec », être en relation est aussi un travail (un prattein).* » ²⁵

²⁰ Maldiney, Henri, *Aîtres de la langue et demeures de la pensée*, Edition L'âge d'homme (épuisé), 1974.

²¹ Klopp, Serge, Op.cit, p. 151.

²² Jobert, Gérard, « Pour renouveler la transmission du métier d'infirmier en psychiatrie », *Pratiques en Santé Mentale*, 2007, n° 2, p. 33.

²³ Pidolle, Alain, Kremer, Viviane, Gauthier, Pascale ' une recherche menée par la MIRE (Mission interministérielle Recherche Expérimentation) et l'A.R.P (Association recherche en psychiatrie), Centre Hospitalier Spécialisé-Lorquin, intitulée « *Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique* », 1993, p. 103.

²⁴ *Ibid.*, p. 100.

²⁵ *Ibid.*, p. 108.

Dans cette recherche les auteurs opposent le « *prattein* » et le « *poiein* ». Pour ces termes relevant des activités du paysan et de l'artisan dans la Grèce Antique, la distinction porte ici, sur les deux formes de travail et d'effort. Le « *prattein* » correspond « à une activité naturelle dont la fin n'est pas de produire un objet extérieur, mais de se dérouler pour elle-même, sans autre exercice que son but et son accomplissement. Au « *poiein* » correspond « le champ de la fabrication et de la production d'objets et de services ». Cette distinction, qui n'a plus court, nous permet de relever cette activité et son impossibilité de la cerner, pour la faire participer au circuit économique en termes de production de soins. Déjà à cette époque étaient repérées les activités productives et les activités dites non productives.

Une autre illustration de cet « être-là » peut se caractériser par une particularité d'une qualité de présence soignante : signifier que le soignant est là, qu'il y a du possible sans l'imposer, juste indiquer ce possible. Nous le retrouvons dans le propos d'une ISP lors d'un entretien « *Être là, c'est être présent. Cela veut dire être là pour qu'il ait un échange possible, indiqué qu'il y a une rencontre possible. Cela ne veut pas dire qu'elle va se faire, mais indiquer qu'il y a du possible. Elle peut aussi ne pas se faire.* » Ou dans le propos de cette infirmière IDE interviewée « *... simplement le fait d'être là... c'est la simple présence, et le patient peut venir, il sait qu'on est là et qu'il peut nous solliciter à tout moment, et en même temps savoir il nous faut mettre de la distance* ».

Cette place de « l'être là - être avec » émerge également avec son côté saillant et sa convergence dans les observations portées par les rédacteurs de la recherche de Nant quant à la gestion du temps des infirmiers en Unité hospitalière de soins aigus. Le commentaire qui suit porte sur l'analyse d'entretiens « *Dans ces propos plus introspectifs, nous retrouvons les mêmes propos qui relèvent de l'importance à « être avec les patients » et qui nous avaient été signifiés lors de nos journées d'observation. Être permet la « rencontre », « juste être là » pour accueillir la souffrance et encore être pour permettre de se rencontrer mutuellement et de tisser un lien. Nous retrouvons cependant en filigrane dans cette recherche et dans cette compétence des infirmiers à « être » avec les patients un souci d'efficacité qui se traduit par exemple par pouvoir amener des observations plus constructives* ». ²⁶

Serge Klopp conclut l'ouvrage éponyme « *Etre là, être avec* » de l'hôpital de Maison Blanche sur l'appui de ce constat : « *Au terme de ce travail, il est apparu avec force que ce qui fonde notre pratique, c'est le « Être là » le « Être avec » le sujet, et non le « faire », ni l'action centrée sur l'éradication du symptôme* ». ²⁷

Pascale Molinier apporte l'éclairage de la recherche en psychodynamique du travail. Une partie significative de ses travaux porte sur le travail des infirmières.

Elle souligne ainsi que le développement de la capacité thérapeutique d'une équipe est une capacité collective. La psychodynamique du travail, c'est-à-dire l'« *analyse dynamique des processus psychiques mobilisés* » la conduit à remarquer cette particularité et cette qualité de l'être là. Les infirmières « *doivent aussi prodiguer les derniers soins, "accompagner", "être-là, et c'est sans doute ce qui est le plus difficile à réaliser : sans parfois presque rien faire d'autre que d'assumer la qualité d'une présence. Pour réaliser leur tâche,*

²⁶ Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, « *Interventions Infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu* », Fondation de Nant, 87 pages, p. 37.

²⁷ Klopp, Serge, Op.cit, p. 208.

*dans bien des occurrences, les infirmières doivent donc avoir appris comment ne pas fuir devant la souffrance, la folie, la mort [...] ».*²⁸

Nous retrouvons cette proximité définitionnelle dans les propos de Serge Gauthier s'appuyant sur l'idée de présence et de soutien du moi de Paul Charles Racamier, et soulignant que cette présence est un acte, laquelle est un « *Acte de présence, un travail d'organisation et de réflexion pour conquérir cette simplicité qui n'est qu'apparente* ». ²⁹

Être là, être avec, dont il nous dit un peu plus loin : « *ce "on" qui produit quelque chose de moins ambitieux que l'autonomie, mais néanmoins très important pour la vie psychique qui évoque la notion d'ambiguïté de Winnicott, le trouver/créer et où l'important est de ne pas en trancher l'origine* ». ³⁰

Ce propos nous fait évoquer Philippe Paumelle (1950), cité ici également par Serge Gauthier quand il reprend des caractéristiques qui viennent qualifier cette manière de soutenir sa présence dans les services d'hospitalisation en unité de psychiatrie Il précise alors qu'il s'agit « *d'inventer des formes de présence qui ne soient ni la violence rejetante, ni l'indifférence, ni l'hyper protection* ». ³¹

Ainsi, Être là comme manière d'affirmer sa propre permanence sans l'imposer, être là et présent pour les autres dans l'unité, c'est la teneur des paroles de ces deux infirmières IDE recueillies lors d'entretiens.

Pour la première, il s'agit « *D'être là, présente dans le service, sans forcément faire quelque chose, mais en étant visible pour les patients, les regarder, mais pas les observer comme des curiosités. Être disponible entre guillemets ou sembler être disponible, il s'agit de leur donner l'impression qu'ils peuvent venir vers nous. Et cela, franchement, je crois que c'est l'exercice des plus difficiles* ».

Et pour cette deuxième infirmière, une part conséquente de son travail consiste à « *Prendre du temps pour être là avec les gens, rester sans rien dire pendant un moment. Pour moi, une des chose les plus importantes consiste à aller m'asseoir quelque part à côté des gens quand ils sont plusieurs et là, d'observer ce qui se passe , de prendre l'ambiance [Nous avons caractérisés une fonction nommée : la fonction thermométrique, Ndr], et petit à petit de créer quelque chose avec les personnes hospitalisées* », travail de présence sur lequel elle portera cet ajout « *Je suis infirmière IDE, mais là, je ne me sens pas du tout infirmière dans ce sens IDE, je fais beaucoup de choses qui ne sont pas programmées.* ». Approche que confirmera ce médecin psychiatre interviewé : « *Il faut savoir être là, savoir repérer quand il est intéressant de ne pas trop se presser, de ne pas se précipiter pour tout saturer...* »

Pour Blandine Ponet³², le travail infirmier en psychiatrie fait toucher le BA BA de l'humain à travers des éléments les plus simples. Il s'agit alors pour cette auteur de « *faire société* » dont l'être là nous paraît une composante introductive « *Faire société, c'est souvent*

²⁸ Molinier, Pascale, « Un éclairage psychodynamique de la notion de compétence : à partir d'une analyse de la coopération infirmière », *Éducation permanente*, n° 132, juillet/septembre 1997, pp. 149-158, p. 150.

²⁹ Gauthier, Serge, « L'acte de présence en psychiatrie, sa spécificité, ses effets cliniques », in *l'Information Psychiatrique*, volume 83 ; N° 4, avril 2007, pp. 293-301,

³⁰ *Ibid.*, p. 298

³¹ Gauthier, Serge, « L'apport psychanalytique à la psychiatrie de secteur », In *l'Information Psychiatrique*, 1970, vol 921/24, p. 46.

³² Ponet, Blandine, *L'ordinaire de la folie, Une infirmière engagée en psychiatrie*, Édition Erès, mai 2006, p. 27.

être avec les patients à la naissance du lien social» et de poursuivre en lien avec le titre de son ouvrage « *Une des passions de ce métier, c'est qu'il fait sentir le miracle de l'ordinaire* ».

Cette action de présence qui tapisse l'unité et l'habite, cette manière d'avancer par petites touches successives, de poser ici ou là des signes qui peuvent faire trace, nous évoque l'approche des différents niveaux d'actions que propose Guy Le Borteff³³ reprenant une lecture de Moles et Rohmer (1978). Il propose une lecture de l'action en cinq niveaux. En transposant cette approche, le niveau central représente l'action, effectuer un accompagnement, un soin somatique, un entretien programmé, etc. Les deux niveaux supérieurs se composent alors de la maxi action, assurer le suivi au long court d'un patient par exemple et de la macro action, construire un référentiel de soins infirmiers en psychiatrie, toujours pour l'exemple.

Ce sont les deux premiers niveaux (micro action et mini action) qui retiennent notre attention et particulièrement le dernier, celui de la micro action. Effectivement, il nous apparaît que de nombreux actes en psychiatrie relèvent de cette échelle, trop modestes pour être quantifiés, et trop imperceptibles pour être retenus. Pourtant, leurs déploiements, leurs répétitions constituent ou contribuent à dessiner une toile de fond, un arrière-pays sur lequel va se dessiner le soin plus construit, celui qui trouvera éventuellement une traduction dans le projet de soins infirmier. Le micro acte constitue la trame du quotidien, il ne prend son sens qu'en gagnant le **statut d'acte minimum**, c'est à dire en devenant un geste signifiant, s'inscrivant dans un ensemble plus large qui le contient. Cet ensemble peut s'énoncer alors comme mieux connaître, observer, chercher à comprendre, en tout cas alimenter une clinique infirmière du quotidien.

Ce constat nous conduit à une réflexion collatérale. Ces micros actes renvoient à **des micros capacités** dont le tissage et le maillage progressif entre elles finit par constituer des macros capacités. La traduction de ces macro capacités, qui à ce stade accèdent au statut de compétences, prennent toutes leurs importance dans une approche pédagogique en direction des professionnels et de la formation de ces derniers. L'activité contenue dans cette fonction « *être-là* », et c'est un point commun de nombreuses fonctions en lien avec *l'informel*, connaît un faible niveau d'observabilité. Leurs repérages constituent donc un élément pivot dans la constitution plus général des catégories d'activités et de familles de situations sur lesquels peuvent se baser l'acquisition de compétences attendues.

Cette approche prend toute son actualité et sa pertinence avec la mise en place depuis 2009 d'une refonte de la formation infirmière avec l'introduction du paradigme socioconstructiviste. C'est-à-dire, pour ce courant contemporain de la psychologie de l'apprentissage, l'affirmation d'une part de la place et de l'initiative laissé à « l'apprenant » dans la construction de ses connaissances à partir des savoirs existants et d'autre part l'affirmation du côté essentiel des contextes d'apprentissages dans les transférabilités.

Ce détour nous fait aborder une autre discipline. Marguerite Altet évolue dans le champ de l'enseignement et de la spécificité des pratiques pédagogiques. Elle parle d'un travail interactif avec les « apprenants » dans une situation particulière. Cette spécificité rejoint les aspects évoqués ci-dessus et nous paraît en bien des points superposables et analogiques aux pratiques soignantes dans leurs approches convergentes. Les blancs ont gommé la référence pédagogique : « *Ces pratiques consistent en un ensemble d'actions s'appuyant sur des décisions prises au préalable et sur des microdécisions multiples prises en situation d'interactions. Ces interactions sont toujours incertaines et dépendantes des divers*

³³ Le Borteff, Guy, *De la compétence, Essai sur un attracteur étrange*, Les éditions d'organisation, p.34.

acteurs [...] Cette incertitude intrinsèque à toute situation [...] qui ne se reproduit jamais à l'identique va distinguer les pratiques [...] des situations de travail de tout autre métier technique où les rôles, fonctions, tâches sont clairement définissables a priori et identifiables». ³⁴ Il en est de ces actions comme de l'évolution de certains tableaux cliniques, il faut travailler alors sur des nuances fines, donc sur une clinique étayée d'observations et renouvelée. Blandine Ponet parle de cette part trop imperceptible pour inscrire un retour clinique, fut-il positif « *Le sentiment d'avoir accompli un exploit à la fois petit et extraordinaire [...] et nulle place pour le voir ou le recevoir*». ³⁵

Comment rendre compte alors de cet extra ordinaire ? Peut être avec Georges Pérec en parlant avec lui de l'infra ordinaire de l'endotique qui vient faire césure avec l'exotique. Il aborde cette dimension en nous disant à propos des journaux qui parlent de tout sauf du quotidien « *Ce qui se passe vraiment, ce que nous vivons, le reste, tout le reste, ou est-il ? Ce qui se passe chaque jour et qui revient chaque jour, le banal, le quotidien, l'évidence, le commun, l'ordinaire, l'infraordinaire, le bruit de fond, l'habituel, comment en rendre compte, comment l'interroger ? Comment le décrire ? Interroger l'habituel, mais justement, nous y sommes habitués. Nous ne l'interrogeons plus, il ne nous interroge pas, il semble ne pas faire problème, nous le vivons sans y penser, comme s'il ne véhiculait ni question, ni réponse, comme s'il était porteur d'aucunes information [...] comment parler de ces « choses communes », comment les traquer plutôt, comment les débusquer, les arracher à la gangue dans laquelle elles restent engluées, comment leur donner un sens, une langue ; qu'elles parlent enfin de ce qui est, de ce que nous sommes* ». ³⁶ Comme lors de notre recherche lors du traitement des données empiriques, le matériau colle au réel dont il peine à s'extraire.

Ainsi, cet infraordinaire apparaît comme l'exact opposé du RAS (rien à signaler) qui se trouvait annoté sur les supports d'information d'antan, rythmant la vie des unités. Il s'agit d'interroger à nouveau ce qui paraît aller de soi, de retrouver une capacité à s'étonner « *Peut être s'agit-il de fonder notre propre anthropologie : celle qui parlera de nous, qui ira chercher en nous ce que nous avons si longtemps pillé chez les autres. Non plus l'exotique, mais l'endotique [...] Interroger ce qui semble tellement aller de soi que nous en avons oublié l'origine* ». (Ibid).

Cet endotique, ces postures de productivité de liens, c'est aussi avec cette approche que nous pouvons lire cette illustration de deux infirmiers ISP lors d'une séquence d'observation d'après-midi. Ils se trouvaient adossés au mur du couloir de l'unité située à proximité de la porte d'entrée. A l'invitation à la parole lors d'un DIA (Dialogue en interaction avec l'Action) sur la raison de leurs présences à cet endroit, ils indiquèrent : « *Nous avons repéré que cet endroit est lui-même investi par les patients, c'est un lieu carrefour dans les passages* ». Lors de ce temps de stationnement, alors qu'ils conversaient tranquillement sur des thématiques en lien avec la vie de l'unité (soutenant par là même une présence soignante dans l'unité), ils s'étaient mis à l'endroit le plus exposé à la vue et aux possibles échanges, lieu de croisement privilégié, et lieu « stratégique ». Ils « tapissaient » les murs de l'unité de leur présence dans une disposition de disponibilité à la rencontre

³⁴ Altet, Marguerite, *L'analyse des pratiques professionnelles*, sous la direction de Claudine Blanchard –Laville et Dominique Fablet, Édition l'Harmattan, Paris, 2000, 282 pages, pp. 15-32, p. 18.

³⁵ Op, Cit., p. 91.

³⁶ Pérec, Georges, *L'infraordinaire*, Ed du Seuil, Paris, 1989.

Dernier retour sur l'argument de nos journées

Retournons vers les questions qui nous sommes posées dans l'argumentaire « *Comment continuer à être en position de donner du sens à l'expression de la souffrance psychique ? Pour les professionnels de la psychiatrie, comment créer les conditions qui permettent d'avoir prise sur les pratiques ? Comment renforcer la solidité des institutions soignantes ?* »

Ce parcours de recherche en soins nous a permis d'approcher le réel de l'activité de l'infirmier en psychiatrie en unités temps plein. Cette illustration avec la caractérisation de ces deux fonctions permet de se rendre compte d'un des attendus de cette recherche, à savoir, contribuer à rendre visible et lisible des pans entiers de l'activité infirmière en psychiatrie. Deux fonctions là ou nous en avons identifiés 139 sur ce premier des trois niveaux de résultats.

Voilà, ici la recherche en soins infirmiers en psychiatrie, c'est à dire une méthodologie qualitative appliqué à notre domaine nous a permis d'aller à la rencontre du réel de l'activité et de toucher des savoirs restés trop souvent sans statut, afin de leur rendre une lisibilité et une visibilité. Aucun de ces registres d'actions que nous avons caractérisé, par ailleurs, ne donne lieu à saisie d'activité, et aucun ne donne lieu à module d'enseignement en formation initial notamment. Ce constat pose à l'évidence la question du statut des savoirs, ici infirmiers, en psychiatrie.

Un des buts d'une recherche, outre de contribuer à l'augmentation des connaissances dans un domaine donnée, consiste en l'intégration des résultats de la recherche dans les pratiques. Les pratiques ici concernent aussi bien la dimension clinique que pédagogique, sans oublier l'impact organisationnel que peut revêtir la mise à jour de ces pratiques de l'ombre.

Avec ce réel de l'activité et le traitement par mise en fonctions, des processus et des scénarios psychiques professionnels s'affirment. Les données ainsi obtenus permettent de contribuer à l'ancrage du soin infirmier et au delà, de ses bases et de ses fondamentaux sur des données valides dans une période ou, comme le constate l'argument, nous constatons une déculturation de notre champ disciplinaire.

La recherche en soins infirmiers en psychiatrie est aussi un outil de réappropriation de la clinique du quotidien.

Une manière qui procède d'une quête systématique et qui dégage des éclairages, des effets de zoom sur des zones restées à notre sens parfois trop *flou*, et cela dans une démarche qui soutient une exigence clinique et peut être un pari d'avenir un peu *fou*.

GAP, le 21 mars 2012

Jean-Paul Lanquetin, Infirmier de Secteur Psychiatrique, Praticien Chercheur en Soins Infirmiers.

Coordonnées : lanquetin.jp@free.fr , grsi@ch-st-cyr69.fr , grsi@ch-le-vinatier.fr .