



## ***Programmation et réactivité, une double temporalité pour le soin ? À partir d'une recherche en soins infirmiers en psychiatrie.***

**Intervention du vendredi 8 février 2013 à la journée Serpsy Paca intitulé « *le bruit du temps qui passe...* ». Centre Hospitalier Montperrin**

**Exposé de l'invariant *la double tension* et composé avec la fonction primaire *prévisionnel d'activité*.**

**Exposé du parcours de recherche, objet, outils, traitement, résultats.**

### **- 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. Ses conclusions ont été déposées en février 2012.

*Infirmier et praticien chercheur*, je tiens à souligner ici l'importance de cette conjonction de coordination dans notre parcours professionnel non universitaire mais adossé à un Comité Scientifique. *Infirmier* parce que nous sommes restés sur le terrain de la clinique et *praticien chercheur*, pour ce titre autoproclamé qui nous permet de parler de cette place et de tenir un engagement dans la réinterrogation de notre champ professionnel et la volonté de développer des connaissances sur celui-ci. Praticien chercheur dans le sens du chercheur qui pratique et praticien qui cherche.

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.

Les tentatives de nominations initiales, trop vastes, laissent du coup échapper bon nombre de traits de caractérisation et en abrasent alors 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 dans ses 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 dans le 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, 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 savoirs-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 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.

Les lignes qui suivent reprennent la présentation à des fins d'illustration d'un invariant opératoire (sur les neuf mis en évidence) issu du traitement des entretiens.

**La double temporalité apparaît après un premier invariant opératoire. Ce dernier est représenté par les portes ouvertes qui traduisent la permanence d'un contact avec la vie de l'unité et signifient une offre potentielle de disponibilité.**

#### **- Une double tension pour une double temporalité**

#### **Le cheminement qui nous a amené à ce constat**

Cette approche de la *double tension et de la double temporalité* s'est constituée à partir des données d'entretiens. Plusieurs de nos interviewés, toutes populations confondues, ont entrepris de leur initiative, ou suite à des propos de relances où nous avançons le chiffre de 50 %, de quantifier *l'informel* dans la réalité du travail des infirmiers en psychiatrie.

La majorité des quantifications atteignaient des scores qui nous laissaient sur une position d'étonnement. En effet, les scores s'établissaient entre 70 % et plus de 90 %. Notre position professionnelle et notre choix pour cet objet de recherche nous prédisposent à une sensibilité et à une perméabilité à l'optimisation de ces estimations, tendance que nous contenons, mais là nous étions surpris.

La question qui se posait à nous secondairement se formulait ainsi « *Pourquoi cet écart ?* ».

Nous avons pu dans la partie introductive de notre recherche nous appuyer sur plusieurs études. Les références en termes de quantification du temps de travail infirmier, en psychiatrie et hors psychiatrie, en hospitalisation temps plein sont respectivement pour

Michel Nadot <sup>1</sup> (2006) de 72%, Madeleine Estryn-Behar <sup>2</sup> (2007) de 66,5%, et l'étude de l'IGAS <sup>3</sup> (2007) sur six CHS de 60,8%.

Pour être plus précis, nous avons calculé à partir de ces études tout ce qui n'est pas du soin direct. Aucune donnée, par ailleurs déjà assez surprenante, ne rejoint la fourchette haute de ces estimations.

Pourtant, les propos sont là. Nous reprenons quelques extraits, cette infirmière ISP remarque : « *On est quand même très peu dans des pratiques formalisées, moi je pense et je dis que l'informel, c'est 80 % du boulot* ». Un collègue IDE de la même unité renchérit lors d'une relance, « *L'informel, cela concerne plus les situations qui d'emblée ne sont pas prévues dans le déroulement du poste, c'est-à-dire c'est ce qui nous occupe. Alors, tu disais 50 %, je vais plutôt dire plus, de 80 % à 90 % de notre temps* ». Cet infirmier parle ensuite de l'informel enchâssé dans le formel et reprendra par le haut de sa fourchette son estimation « *Etant donné que l'informel, c'est 90 % de notre travail, nous le transmettons par oral et par écrit [...]* ».

Repérer l'informel est une chose, le quantifier est un exercice difficile dont le propos de cette cadre témoigne : « *L'informel ne laisse pas de traces, mais prend beaucoup de temps. C'est difficilement quantifiable en fait. Je pense que certains jours, il y a plus d'informels que d'actes quantifiables, en tout cas sur une journée de huit heures, cela représente pas mal de temps* ».

Une infirmière ISP enthousiaste tire de son expérience ce constat « *J'ai fait de la psychiatrie avec des infirmiers... perturbants* (entendre ici, des anciens dans son propos, en regard d'une forme de conformisme actuel, Ndr). *L'informel, c'est important, je dirais qu'en psychiatrie, il y a 98 % d'informel pour ne pas dire 100 %* ».

Il nous a fallu comprendre cet écart entre les propos correspondant aux perceptions et au ressenti des professionnels interviewés et les données que nous avons référencés. Nous pouvions certes pondérer à la marge ces propos pris dans une affirmation généreuse dont les traits affirmés jusqu'à la revendication pointaient en retour la place, l'importance de l'informel, voir son ressort identitaire. Pour autant, ce n'était pas de cela qu'il s'agissait en termes de mécanisme. Nous avons compris secondairement que ces appréciations quantitatives ne reflétaient pas une évaluation tournée uniquement vers la réalité externe, vers une description de leurs activités, elles décrivaient avant tout des positions et des repérages internes. Elles mettaient en **mot des registres de temporalités différentes**.

Ces soignants parlaient alors de leurs perceptions du centrage de leur intérêt et de leurs attentions. Ils procédaient donc d'une inversion de la position décrite. Ils ne décrivaient pas les éléments de réalité entre informel et tâches, mais leur position interne en termes de tension d'attention. Autrement dit, l'unité de mesure de l'informel dont nous parlent ces

---

<sup>1</sup> Nadot, Michel, *La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel*, in *Le savoir infirmier*, sous la direction de Clémence Dallaire, éditions Gaëtan Morin, 2008, pp. 359-373.

<sup>2</sup> Estryn-Behar, Madeleine, Fouillot, J-P, « Analyse du travail des infirmières et aides soignantes dans 10 services de soins » in « *Etude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant* », *Etudes Ergonomiques*, INRS, pp.131-144, p 133.

<sup>3</sup> Strohl, Hélène, Bastinelli, Jean- Paul, Laurand, Gérard, Planes-Raisenauer, Christian membres de l'Inspection générale des affaires sociales, IGAS, « *Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie* », Rapport définitif, Tome I/IV-Rapport n° 2007, annexe Réponse la DHOS -033P, juillet 2007, pp. 41-42.

collègues concerne la localisation de leur intention. Concrètement dans une situation programmée, donnée ou lors de la réalisation d'une tâche, à l'exemple de la préparation des traitements en salle de pharmacie ou de la rédaction d'un écrit, ces soignants ne retiennent pas en premier lieu la tâche à laquelle ils travaillent. Ils priorisent leur travail d'observation périphérique et de contacts avec la vie et les mouvements de l'unité, leur travail d'attention aux patients par la porte, maintenue ici ouverte.

#### - Pour une définition de cette double tension et de cette double temporalité

**Nous caractérisons ce constat partagé sur tous les lieux d'enquêtes comme un invariant que nous nommons *la double tension*.** (Il peut exister plus de deux tensions de manière simultanée, le chiffre deux concerne alors la trame de leurs organisations respectives). Cette double tension ou double temporalité se caractérise par une **tension de programmation** de tâches, c'est-à-dire la réalité des opérations matérielles et de l'activité programmée à effectuer, et par **une tension d'attention** aux éléments liée à la vie de l'unité avec ses multiples déclinaisons, observations, ouverture à l'imprévu, disponibilité, accueil des sémiologies inhabituelles, réactivité, anticipation, etc. La première de ces temporalités donne lieu à un repérage des actes à effectuer, nous sommes alors dans une temporalité linéaire, diachronique, et la deuxième, quant à elle relève d'une temporalité de réactivité, une temporalité synchronique qui laisse la place au surgissement et ou vient se loger de manière privilégiée *l'informel*.

Cette double tension et cette double temporalité nécessite une gestion particulière de la charge mentale. **Celle-ci se caractérise par la répétition, le renouvellement des opérations mentales de reprogrammation de l'activité et de réactualisation d'une vision transversale des priorités.** Temporalité de programmation et temporalité de réactivité se réorganisent en vue d'une nouvelle planification de l'activité dans une opération qui s'avère alors être une donnée permanente, un mouvement.

Cette double tension échappe alors à une forme de stabilité programmatique, ou plutôt, le noyau programmatique de l'activité soignante se définit par sa recombinaison incessante en lien d'une part, avec les éléments programmés et les informations délivrées par les patients et l'environnement et d'autres parts, avec les conceptions de travail du soignant. Autrement dit, la sensibilité du soignant à ces signaux, le sens clinique et la profondeur de la connaissance sémiologique de ceux-ci le conduisent à faire des choix. Le choix de prendre en compte ces observations et cette *clinique du coin de l'œil*, le choix de l'intégrer et de prévoir une réponse, contribue d'alimenter ce que nous nommons le prévisionnel d'activité.

#### - La fonction : prévisionnel d'activité

Quelques mots à propos de ce que nous nommons le prévisionnel d'activité pour le différencier ici de la programmation. Le prévisionnel d'activité constitue la part d'autonomie que le ou les professionnels prennent quant à la manière de réaliser les tâches. L'autonomie recouvre ici le rôle propre en unité d'hospitalisation et la gestion de cette double tension et de cette double temporalité constitue alors un aspect central de cette autonomie. Notons

qu'à ce propos, un des volets de l'étude européenne Presst-Next<sup>4</sup> (2006) consacré à cette question apportait ce constat « *l'autonomie dans le travail est supérieur en psychiatrie par rapport aux autres disciplines, et ce dans tous les pays* ».

Cette enquête qui portait sur quatre pays européens (France, Allemagne, Grande-Bretagne, Slovaquie) remarquait également « *ceci est encore plus vrai en psychiatrie, car les tâches sont moins standardisées et font plus appel à l'initiative et à la personnalisation des soins* ». Enfin, cette étude d'envergure soulignait que cette situation était favorable aux soignants français.

La fonction de *prévisionnel d'activité* est à différencier de la programmation des tâches, qu'elle soit en lien avec les tâches liées au quotidien et son fondement organisationnel, ou en lien avec les activités de soins directs, individuels ou groupaux.

La fonction de *prévisionnel d'activité* concerne l'appréciation individuelle de chaque professionnel, quant à sa propre programmation d'activité, en lien avec ce qu'il pense ou souhaite devoir réaliser dans l'exercice de sa séquence de présence. Guy Le Borteff<sup>5</sup> dans une approche très voisine parle pour sa part **d'activité redéfinie** et il s'appuie en cela sur l'écart entre requis et réel pour ce concept pivot de la psychodynamique du travail : « *Entre l'activité requise et l'activité réelle, prend place " l'activité redéfinie ". C'est la définition que se donne l'individu en ce qui concerne l'activité à effectuer. Elle résulte de son interprétation des missions et de l'activité en fonction de ses propres représentations. Le préconisé [...] n'est pas l'utilisé. Le travail redéfinie est recomposé* ».

Nous employons alors le terme de *prévisionnel* pour le différencier de la programmation. Ce *prévisionnel* compose avec la programmation prescrite. Elle intègre ou non la manière d'interpréter et d'aborder les informations transmises lors des relèves ou autres supports d'information, et concerne l'orientation que le professionnel souhaite donner à sa séquence de travail, la distribution de ses attentions, leurs priorités et la continuité donnée à sa présence et à ses actions. En ce sens, elle ré individualise le travail, dessine des lignes et des contours propres à chacun. Nous reprenons à Michel De Certeau<sup>6</sup> cette idée d'itinéraires à propos de l'invention du quotidien. Il parle des « *ruses et arts de faire qui permettent aux individus soumis aux contraintes globales de la société moderne, notamment de la société urbaine, de les détourner, de les utiliser et par une sorte de bricolage quotidien d'y tracer leur décor et leurs itinéraires particuliers* ».

La fonction *prévisionnel d'activité* procède donc d'une opération à plusieurs niveaux : évaluation de la programmation prescrite, répartition de celle-ci entre les membres de l'équipe présente, hiérarchisation des priorités dans cette opération, propre à chacun de répartir son action entre cette double tension de programmation et de prévision. Il existe des variables importantes liées à l'expérience, aux cultures locales et aux possibilités de déployer ces zones d'autonomie, en fonction de la charge de programmation.

---

<sup>4</sup> M. Estryn-Behar, N. Duville and Co, "Mots à maux...Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois pays européens", Annales médico psychologiques, 2006, Elsevier Masson SAS, pp 732-748, p.741.

<sup>5</sup> Le Borteff, Guy, « De la compétence », Essai sur un attracteur étrange, Les éditions d'organisation, 1995, p.119.

<sup>6</sup> De Certeau, Michel, "L'invention du quotidien", réédition Gallimard, Folio essais, n° 146, 2002.

La nécessité constante d'une recombinaison entre programmation et prévisionnel est également relevée dans la recherche de Nant<sup>7</sup> : « *De notre travail d'observations et des échanges que nous avons eus avec les professionnels, il ressort que les infirmiers composent sans cesse entre le travail requis par les différentes situations de soins des patients hospitalisés, les moments "de creux" comme ils les nomment pour proposer, selon leur disponibilité temporelle et bien plus encore psychique, des activités aux patients ou encore pour aller avec eux dans "le milieu" ».*

Dans une des unités accueillant nos investigations de terrain, l'absence de *moments creux*, la charge programmée étant constamment tenue à un niveau élevé, provoquait des conflits d'intérêts quant au déploiement de cette fonction chez les professionnels. Ceci générerait une insatisfaction qui émergeait dans l'écart conséquent et durable entre programmé et prévisionnel. Nous noterons qu'à cet endroit, Yves Clot<sup>8</sup> désigne par « *activité empêchée* », ce que la personne aurait peut être voulu faire

La fonction primaire *prévisionnel d'activité* peut tout à fait s'illustrer dans le propos de ce cadre interviewé : « *Je pense que pour certains soignants il y a des temps informels qui sont quand même programmés [ici au sens de prévision, Ndr]. Ils ont dans l'esprit : « Si j'ai un peu de temps libre j'irai faire ça ou j'irais voir telle personne. ». J'entends cela parfois. Quand je pourrai, j'irai voir untel parce qu'on n'a pas parlé de cela et il faut qu'on revienne dessus... Où quand le service se présente bien, eh bien je vais peut-être sortir avec ce patient qui voulait telle ou telle chose.»*

Cette latitude et cette marge de manœuvre dans la détermination des objectifs de chaque professionnel relèvent du rôle propre infirmier.

#### - **La gestion de la double temporalité.**

Mais revenons à nos collègues interviewés. Une cadre interviewée formule en ces termes ces opérations de reprogrammation de sa charge mentale: «*Déjà pouvoir se dire qu'on ne pense pas uniquement à ce qu'on doit faire, nous pensons également à la demande qui est formulée sur le moment, ne pas être que dans ce qu'on doit faire par la suite, avec les tâches qui nous sont attribuées et avec lesquelles on n'a pas le choix*». Une deuxième infirmière remarque que cette double tension se conjugue avec la disponibilité : « *C'est un état d'esprit, ce n'est pas se sentir uniquement dans les tâches, il y en a qui savent très bien se rendre disponible, ils font leurs tâches et savent se rendre disponible*». Un état d'esprit dont on mesure les opérations pour mettre son esprit dans cet état.

Nous comprenons cette notion *d'état d'esprit* comme une description ici d'une forme de familiarité avec cet exercice mental de reprogrammation de l'activité. Nous notons pour la différencier que la question de l'interruption de tâches (qui est repéré par ailleurs comme une source d'erreur) connaît dans nos exercices professionnels en psychiatrie un destin sans doute plus intégratif.

Ce constat de la mesure des opérations mentales et de la réorganisation de ces temporalités, est mis en mot et référence par ce médecin psychiatre. Il parle alors du travail infirmier : « *C'est un boulot des fois [...], il faut hiérarchiser les tâches constamment, sans*

---

<sup>7</sup> Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, « *Interventions Infirmières en soins psychiatriques* : monographie sur le travail du milieu », Fondation de Nant, 87 pages, p. 39.

<sup>8</sup> Clos, Yves, « *La fonction psychologique du travail* », Paris, Editions PUF, 1999.

*arrêt recalculer cette hiérarchisation, ne pas oublier les paramètres précédents. Donc tout cela veut dire tourner avec une mémoire vive où il faut avoir la capacité de gérer toujours cinq à six paramètres dans le même temps. La moyenne nationale, c'est trois, il faut donc être au-dessus de la moyenne pour être un bon infirmier».*

Nous partageons pleinement ce constat, comment gérer cette reprogrammation au mieux ? Le professionnalisme avec l'expérience permet sans doute une meilleure connaissance et maîtrise en terme cognitif, mais elle en abaisse parallèlement le niveau d'interpellation par la finesse des paramètres retenus. L'observation s'affine et le seuil de réactivité peut alors s'abaisser.

Alors nous dit cet infirmier : « *Il y a les demandes assez diverses, on voit comment on essaye de les programmer dans sa journée, celles auxquelles on ne pourra pas répondre. Nous allons essayer de gérer dans l'entre-temps (de la charge fixe, Ndr). C'est vrai, il y a le fonctionnement institutionnel et puis après il y a la demande que l'on essaie de gérer [...] Être présent au moment où la demande émane, même si c'est deux minutes [...]* ». On pourrait aussi appeler cette présence au bon moment, synchrone comme un sens de l'occasion, une forme de Kairos. Elle ferait exister un temps, plus propre aux infirmiers, qui se conjuguerait avec le temps programmé, minuté, calibré et linéaire de Chronos.

Cet infirmier portera son propos ensuite sur l'adaptation des moyens afin de préserver ou de permettre le maintien de ces deux registres. Certaines équipes, et cette référence ne concerne pas nos investigations, ont donné une traduction de cette dimension dans leurs organisations et leurs effectifs. Elles prévoient alors à côté des soignants en poste, un infirmier chargé plus spécifiquement de cette dimension des soins dites *transversale*. Soit des infirmiers en temporalité de programmation, c'est Chronos qui est convoqué, et un infirmier prévu sur une temporalité immédiate qui laisse plus de place à la saisie de Kairos.

Entre Kairos et Chronos, des points d'intersections, de croisements et de nouage. La fréquence de ces derniers parle cette dimension du travail soignant, particulièrement dans le temps hospitalier de la permanence des soins. Ces deux axes de temporalité peuvent aussi nous aider à lire les différences d'appréciations qui peuvent exister entre des métiers qui interviennent au titre de la permanence et ceux qui interviennent sur le temps de la séquence.

L'importance de ces opérations d'ajustements liées au niveau d'attention et à l'intégration d'une vigilance sur l'environnement dans le cadre de l'unité apparaît comme un trait spécifique de l'exercice infirmier en psychiatrie en unité d'hospitalisation. J'insiste à l'instar de ce médecin interviewé précédemment, non pas sur la nature du mécanisme de reprogrammation de la charge mentale, mais sur le volume de celle-ci. Ce constat de l'interruption d'une tâche est établi également dans l'enquête Presst-Next<sup>9</sup> que nous mentionnons ci-dessus. Elle mentionne que « *Les interruptions ainsi que les demandes multiples et simultanées sont explicitement décrites par 70,7 % des soignants français* ». Un score significatif alors que ce chiffre inclut ici les réponses des infirmiers exerçant sur l'ensemble des sites dit intra et extra hospitalier.

Cette tension de temporalité liée à l'évaluation et à la reprogrammation de l'activité est mise en mot par cette infirmière IDE, elle exprime ce conflit dans la gestion de ces deux temps et au final sa manière de le trancher de la sorte. Je la cite « *Tu es en communication*

---

<sup>9</sup> *Ibid*, page 740.



*avec un patient ou sa famille, tu ressens que la personne a besoin de parler et tu te dis que tu es là pour l'écouter, parce que cela fait aussi partie de ton métier et en même temps tu te dis que si tu restes un peu trop longtemps, il y aura des choses qui ne seront pas faites et que je devrais faire après ou que je ne ferais pas, et forcément il y aura quelqu'un pour le remarquer. Mais bon, ce n'est pas grave, je pense que c'est important d'écouter, il y va de la prise en charge globale d'un patient et de toutes manières, si tu ne prends pas ce temps là pour connaître le patient [...] tu ne n'appréhenderas pas de la même façon et tu rateras des choses ».*

Ici, cette infirmière tranche en privilégiant la temporalité immédiate de la clinique de l'occasion sur la programmation. Elle prend le temps, elle prend du temps.

Le moins visible sur le visible, sans doute aussi, ce qui lui apparaît comme le plus en lien et en résonance avec ses conceptions des soins et en lien donc avec la tâche primaire. On entrevoit aussi la nécessité d'un solide bagage clinique pour procéder à des arbitrages éventuels en extériorité de cette situation. Ces arbitrages, nous les avons trouvés lors de nos investigations du côté de cette clinique du coin de l'œil, et de ce sens de l'occasion. En effet, et cela constitue également un enseignement de notre recherche en même temps qu'une limite. Pour que ces savoirs se déploient, ceux qui sont ici le plus fortement organisés sur une temporalité de réactivité, il apparaît nécessaire qu'ils puissent s'adosser à un cadre de travail qui le permette, le soutienne et le favorise.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons pu mettre en évidence le rôle protecteur que jouaient nos populations témoins, ici les cadres de proximité et les médecins psychiatres de l'unité. Il existait alors une validation, voir un soutien au déploiement de cette temporalité de réactivité et des savoirs qu'elle abrite. Des cadres de travail qui favorisaient ainsi cette temporalité réactive à côté de la programmation. Mais cette construction reste fragile, elle est fortement personnes/ dépendantes. Ces savoirs agis dans la temporalité de réactivité sont comme beaucoup de nos savoirs professionnels, sans statut, c'est-à-dire ni enseignés, ni pris en compte dans le calcul de la charge de travail.

A distance, nous y avons vu aussi une limite de notre recherche, dans le sens où les équipes qui nous ont accueillis sur le mode du volontariat portaient une ouverture à notre thématique et une forme d'ouverture à l'autre simplement en acceptant de mettre leurs réalités de travail sous notre regard. Nous avons donc investiguées des équipes qui travaillaient avec ces dimensions du soin.

Si les organisations se calent, se calculent, s'évaluent, sur une temporalité de programmation, en dehors de l'imprévu prévisible, la temporalité de réactivité se voit souvent écrasé par la temporalité de programmation. Nos résultats nous montrent de manière invariante que l'exercice professionnel en psychiatrie se compose des deux simultanément. D'autres résultats très dominants nous montrent également que cette conjugaison des temporalités, quand elle est possible et s'harmonise, est un élément déterminant du vécu de satisfaction au travail.

#### **- les temps du soin.**

Nous évoquions précédemment la prévalence que certains interviewés, dans le cadre de leur culture d'unité et de leur culture professionnelle, donnaient à cette réalité de leur activité en lien avec la temporalité de réactivité. Par l'importance de leur pourcentage, il la définissait comme essentielle, laissant à la tâche la place d'accessoire pour reprendre les

termes de Walter Hesbeen<sup>10</sup> (1997) sur sa théorie du *prendre soin*. Le cœur du soin se situe pour ces interviewés dans cette disposition et les éléments liés à la tâche et à la temporalité de programmation en constitueraient la variable d'ajustement. Un renversement épistémologique donc dans la lecture de l'activité, mais une lecture au plus près du réel.

Enfin et pour reprendre l'argument de cette journée, entre temporalité de programmation et temporalité de réactivité, entre cette double tension, il y a le temps d'être là. Ce terme est riche de sens pour notre profession, nous avons pu caractériser une fonction « être-là » dans nos travaux. Cette fonction est la plus fréquente et la plus renseignée de nos attributions de fonctions. La première en volume des 139 que nous avons recensés. Etre-là, c'est-à-dire aussi, soutenir une forme de qualité de présence à l'autre sans vouloir l'imposer, incarner une offre potentiel de disponibilité.

Une fonction qui se situerait comme le point d'équilibre entre temporalité de programmation et temporalité de réactivité. Etre là, prendre le temps, prendre son temps pour ne pas être pris par lui.

Etre-là, dans un entretemps.

Etre-là, présent au temps pour éventuellement faire de son temps un présent. Un présent entendu dans les deux assertions du terme, un ici et maintenant, et un présent en terme de don là ou les logiques de programmation et d'intensification nous pressent en martelant que le temps c'est de l'argent. Nous pouvons répliquer, le temps c'est aussi un don, ce qui n'est pas sans valeur, mais qui échappe en effets aux tentatives de rationalisations marchandes du soin.

Etre-là, dans un temps qui compte et qui échappe à la mesure du temps comptable.  
Un temps qui vu sous cet angle n'existe pas.

Un temps silencieux qui s'avance et passe sans bruit.

Le 8 février 2013

Jean-Paul Lanquetin  
Infirmier de secteur Psychiatrique  
Praticien chercheur en soins infirmiers

Coordonnées : [lanquetin.jp@free.fr](mailto:lanquetin.jp@free.fr) , [grsi@ch-st-cyr69.fr](mailto:grsi@ch-st-cyr69.fr) , [grsi@ch-le-vinatier.fr](mailto:grsi@ch-le-vinatier.fr)

---

<sup>10</sup> Hesbeen, Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante*, Masson, Paris, 1997, 208 pages.