



Groupe de Recherche en Soins Infirmiers

L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie

L'activité réelle ou le travail invisible des soignants en psychiatrie

Présentation d'une Recherche en Soins Infirmiers (RSI) sur le rôle propre de l'infirmier en psychiatrie retenue et validée en décembre 2006 par le Conseil Scientifique de la Recherche du CH Le Vinatier (69) pour la période 2007/2011.

Auteurs : Jean-Paul LANQUETIN, Infirmier de Secteur Psychiatrique, praticien chercheur en soins infirmiers au CH Saint Cyr au Mont d'Or (69),
Sophie TCHUKRIEL, Infirmière en psychiatrie, praticienne chercheuse en soins infirmiers au CH Le Vinatier (69).

Plan : ■ Introduction ■ Objectifs de la recherche ■ La question de recherche ■ Méthodologie et triangulation ■ Trois niveaux de résultats ■ Discussion ■ Conclusion

Un constat

Le contexte spécifique des infirmiers en psychiatrie s'articule autour de deux constats :

- 1) La formation initiale à cette discipline perd 90% de ses contenus sur la période 1979-1992-2009.
- 2) Il existe un écart conséquent d'une part entre activité réelle et saisie d'activité, d'autre part entre soins programmés et actions non programmées. Ces zones discrètes d'activité informelles ou indirectes peuvent représenter jusqu'à 72% du temps pour Michel Nadot (2002), 66,5% pour M. Estry-Behar (2007) et 60,8% pour l'IGAS (2007).



Les objectifs de la recherche

Il s'agit d'apporter un ancrage scientifique à nos pratiques cliniques de base en psychiatrie et à des pans entiers du rôle propre infirmier. Cette démarche n'avait jamais été entreprise auparavant.

Les objectifs sont :

- de rendre lisible et visible l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie en hospitalisation temps plein adulte.
- d'identifier et caractériser cette partie invisible de l'activité infirmière qu'est l'informel dans les soins.
- de mettre en perspective l'interprofessionnalité dans les soins au bénéfice du patient.

Le traitement de la phase exploratoire valide l'existence de ces activités informelles et détermine une approche par fonctions.

La question de recherche et l'émergence des axes théoriques

La question de recherche devient « Quelles sont les fonctions de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie en unité d'hospitalisation adulte temps plein ? »

Une porte d'entrée adossée sur l'analyse du travail. Le choix de l'hospitalisation temps plein correspond au segment de l'offre de soins où l'écart entre activités programmées ou prescrites, et actions non programmées dans le cadre du rôle propre est le plus conséquent. Nous avons retenu trois axes théoriques significatifs :

- la **psychothérapie institutionnelle** (Oury, Delion, Ayme).
- la **psychodynamique du travail** (Molinier, Dejourn, Clot).
- la **praxéologie** qui s'est imposée en cours de recherche (Perrenoud, Couturier, L'hotellier).

Une méthodologie rigoureuse

UNE RECHERCHE QUALITATIVE DESCRIPTIVE

- Méthodes requises en science humaines et sociales appliquée au domaine des soins infirmiers en psychiatrie, dès lors que l'objet de recherche porte sur les comportements humains.

UNE ETUDE MULTICENTRIQUE

- Étude sur quatre établissements de la région Rhône-Alpes représentatif de l'offre de soins hospitalière sectorisée.

Choix de méthode qualitative par triangulation

- 1) Triangulation des modèles d'analyse concrétisée par le choix des trois axes théoriques.
- 2) Triangulation des méthodes d'investigation concrétisée par le recours à trois types d'outils :
 - des séquences d'observations participantes périphériques (24).
 - des entretiens (48) sur trois populations (IDE/ISP, cadres de santé et médecins psychiatres).
 - des dialogues en interaction avec l'action.
- 3) Triangulation de ces trois populations investiguées
- 4) Triangulation temporelle
 - concrétisée par trois séquences d'observation sur des temps différents (Matin, AM, et Nuit).
- 5) Triangulation des méthodes d'analyse (résulte d'une double triangulation)
 - concrétisée par trois niveaux d'analyse :
 - Analyse descriptive et catégorielle,
 - Analyse par théorisation ancrée (Paillé P. & Mucchielli A., 2003) (détermination, caractérisation et numérotation des fonctions).
 - Analyse par outils, analyse croisée, analyse lexicale (logiciel Sphinx Lexica) et dégagement des invariants opératoires.

Enfin, UN TRAITEMENT QUANTITATIF de ces données qualitatives a donné lieu à un traitement statistique. Cette approche nous a renseigné sur la distribution des séquences d'informel en termes de 4 variables : de site et de lieux, d'horaires, de niveaux d'investigation et de fréquence de mise en fonction.

Une posture scientifique

- L'exigence d'un regard épistémologique

Les trois niveaux de résultats

À partir du traitement des observations et des entretiens nous avons pu décliner une arborescence de 3100 fonctions en lien avec l'informel.

- L'application du principe de saturation stabilise notre arbre de caractérisation au final sur 139 fonctions réparties en 33 fonctions génériques, 89 fonctions primaires, 17 attributs de fonction. Ces fonctions constituent le cœur des résultats de la recherche.

Illustration

PREMIER NIVEAU DE RESULTATS

Un exemple de caractérisation de fonction

- La fonction **générique** « créativité » avec ses huit fonctions primaires :

- 1) fonction **transgression novatrice**, toute innovation suppose une transgression. Il s'agit ici de renouveler les modes d'accès au patient en transgressant les pressions de conformité ambiante.
- 2) fonction **parole en actes**, affirmer la fiabilité de sa parole. Etre de parole pour que la parole nous tienne.
- 3) fonction **singularisation**, mécanisme de renforcement qui fait exister le patient sur une ressource positive.
- 4) fonction **évaluation**, un raisonnement clinique qui ouvre à un processus décisionnel.
- 5) fonction **initiative**, initiative en lien avec le renouvellement de multiples supports possibles pour une rencontre.
- 6) fonction **humour**, un appui facilitateur du lien avec son pouvoir de distanciation.
- 7) fonction **psychodramatisation**, reconnaître et surjouer une émotion pour en majorer la signification d'attribution d'intention.
- 8) fonction **individualisation**, soustraire le patient d'un impact groupal exposant.

DEUXIEME NIVEAU DE RESULTATS

- Le traitement quantitatif des données qualitatives.

• Deux exemples :

- 1) Les espaces de circulation et les couloirs constituent le premier lieu électif de localisation en termes d'informel, après le bureau infirmier. Le lieu de passage devient un espace de rencontres.
- 2) Le temps de l'informel, un besoin de disponibilité, un pic d'actions informel suit chaque séquence de temps formel.

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES MISES EN FONCTION PAR NIVEAUX D'INVESTIGATION ET PAR LIEUX

LIEUX	NIVEAUX D'INVESTIGATION			TOTAL OBSERVATIONS LIEU
	PATIENT	PROFESSIONNEL	EQUIPE	
BI	74	45	111	230
BUREAU INFIRMIER PHARMACIE	30	27	25	82
BUSALLE de SOIN PHARMACIE et SALLE de SOINS	44	33	14	91
PHARMACIE et SALLE de SOINS	41	32	18	91
PHARMACIE	19	14	9	41
SALLE de SOINS	13	21	10	48
SALLE de RECUL	16	11	28	55
CHAMBRE	61	63	6	130
CHAMBRE D'ISOLEMENT	18	27	5	50
CHAMBRES FERMEES	11	6	0	17
SALLE TV	7	4	0	12
OFFICE	3	7	5	11
DOUCHE	1	0	0	1
SALLE de BAIN	2	3	1	7
ATELIER	1	1	0	2
LINGERIE	1	1	1	3
SALON	3	2	0	5
SEJOUR	4	4	0	8
REFECTOIRE	33	39	23	95
PARC	2	6	0	8
PARC FERME	4	2	1	7
PATIO	1	1	1	3
HALL	7	5	0	12
CAFETERIA	1	1	0	2
COULOIR RDC	6	1	1	7
COULOIR ETAGE	2	1	1	4
ESPACES de CIRCULATION	72	62	7	141
TOTAL OBSERVATIONS/	479	413	267	1159

Visualisation sous forme de courbes de ces relevés d'observations par séquences horaires

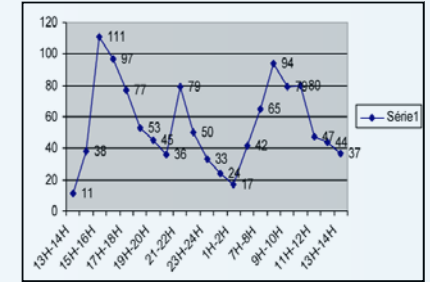
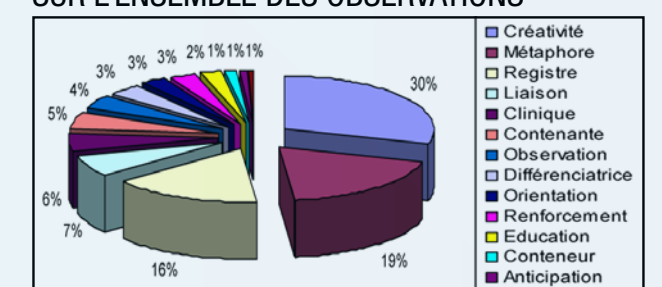


TABLEAU DU NIVEAU D'INVESTIGATION PROFESSIONNELLE PAR FONCTION MÈRE SUR L'ENSEMBLE DES OBSERVATIONS



TROISIEME NIVEAU DE RESULTATS

Des constats retrouvés sur tous les sites et auprès de tous les professionnels permettent le dégagement des invariants opératoires.

• Deux exemples :

- 1) Une pratique de soins qui se déroule portes ouvertes ; une offre de disponibilité et une présence manifeste qui limite les besoins de manifester sa présence.
- 2) La double tension ; une gestion particulière de la charge mentale, entre Cronos et Kairos, qui se recompose entre une temporalité de programmation et une temporalité de réactivité au plus près d'une sémiologie du quotidien.

Discussion

Les actions en lien avec l'informel apparaissent comme un soubassement et un ciment quant à l'affirmation d'une clinique infirmière en psychiatrie. Ces dessous du soin s'appuient sur le réel, le quotidien et ses objets comme autant de situations utilisées potentiellement comme des médiateurs de la relation. L'ensemble de ces micro et miniactes (Le Borteff - 1978) et de cet infraordinaire participe d'une trame et d'un maillage relationnel. L'informel s'affirme alors dans une médiation par le réel. L'ensemble de ses actions relèvent du rôle propre infirmier et constituent un opérateur initial et continu pour ces dimensions du soin psychique.

Conclusion

Cette étude nous permet de répondre partiellement à la question posée :

- Le repérage des savoirs empiriques n'est pas impossible, toutefois il nous apparaît partiel.
- L'approche par l'informel n'épuise pas la complexité de l'action, elle peut contribuer à en établir des schémas, à déterminer des noyaux programmatiques, des patterns dans l'acception de ce mot vis-à-vis des sciences humaines.
- Les résultats de cette recherche nous permettent de mettre en évidence des pans entiers du rôle propre infirmier. Ce dernier sort ainsi du champ du récit et de la proposition pour être nommé par un véritable concept.
- Ce mouvement de traduction des logiques d'actions dépasse l'action pour s'inscrire dans un processus psychique dynamique, un scénario professionnel qui relie action et réflexion.
- L'importance des opérations de diffusion et de réintégration des résultats dans les pratiques de soins a fait évoluer le terme d'entrée informel vers celui de Soclecare, pour un socle du prendre soin en psychiatrie.