

L'informel en psychiatrie, approche du travail invisible de l'activité infirmière

L'informel dans le travail infirmier en psychiatrie en unité d'hospitalisation temps plein a fait l'objet d'une démarche de recherche en soins infirmiers (RSI), de nature qualitative descriptive, dont les conclusions ont été déposées en février 2012. Retour sur le parcours de ses auteurs, avec une présentation du choix de cette thématique de recherche, un aperçu des résultats et une mise en perspective des enjeux liés à la réintégration des résultats et à la place de la RSI.

Éléments attendus d'une contribution infirmière aux soins

« *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. Ce dernier est souvent défini comme un métier où le temps relationnel avec les patients peut connaître une optimisation des conditions, voire de la temporalité, de son déploiement. Ainsi, contribuer à créer du lien, affirmer le primat d'une parole fiable qui nous engage, participer à la création d'une ambiance relationnelle propice à une quiétude collective, renouveler nos modes de communication et de mise en relation avec les patients supposent l'acquisition et le déploiement de savoirs d'actions. Dans la même lignée, favoriser pour les patients les expériences et les accès à un climat de confiance dans lequel se construit la relation de soin, repérer, anticiper et prévenir les montées pulsionnelles, réguler les interactions, soutenir une dimension sécurisante

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 Mission interministérielle recherche expérimentation (Mire), l'Association recherche en psychiatrie (ARP) et le centre hospitalier spécialisé de Lorquin, ouvrage, convention de recherche n° 278/87, Fra 1993, 274 pages, p. 100.

Jean-Paul Lanquetin

Infirmier de secteur psychiatrique, praticien chercheur en soins infirmiers, responsable du Groupe de recherche en soins infirmiers (GRSI), Centre hospitalier Saint-Cyr au Mont-d'Or (69)

L'essentiel

Une recherche en soins de nature qualitative descriptive a permis caractériser les fonctions de l'informel dans le soin infirmier en psychiatrie. Ses résultats, établis sur des données valides, permettent d'apporter une visibilité et une lisibilité à ces « dessous du soin ». Avec l'apport de cette dimension scientifique, ce travail invisible du quotidien effectué dans le cadre du rôle propre, accède à un véritable concept quant au « prendre soin ».

Mots clés : recherche en soin ; travail invisible ; soin infirmier en psychiatrie ; temps informel ; relation soignant-soigné ; rôle propre ; prendre soin.

et contenant du soin psychique, tels sont, parmi d'autres, les attendus, souvent implicites, de la contribution infirmière aux soins. Ces attendus s'exercent en tenant compte de deux particularités du soin infirmier en psychiatrie. Du côté du professionnel, on retient que le principal outil du soin tient en la personne du soignant lui-même (entendu ici avant l'étagage par des supports techniques) et, par ailleurs, nous retenons que, pour certains patients, l'expression de la psychopathologie s'exprime justement par des perturbations des modalités relationnelles habituelles. Or cette approche du cœur de

Offrir sa présence sans l'imposer,
saisir une main qui se tend,
porter une attention
liée à un élément de confort...

métier de l'infirmier en psychiatrie, cette culture psychiatrique de la rencontre avec le patient, s'éloigne tant elle a été soumise à des évolutions qui ont fragilisé le statut de ces savoirs infirmiers ces vingt dernières années.

La situation d'appel

Parmi ces évolutions, deux constats sont à la base de cette pression croisée quant à la faiblesse et à l'évanescence du statut des savoirs infirmiers en psychiatrie. Le premier constat tient à l'absence ou à l'**insuffisance de recensement de ce réel de l'activité**, entendu ici dans l'écart entre ce qui est demandé à l'infirmier ; le registre est ici du côté du prescriptif et de ce que cela lui demande. Ce dernier registre convoquant alors la question du « comment ? ». L'informel se manifeste de manière privilégiée, particulièrement dans le cadre de l'hospitalisation temps plein, dans l'écart conséquent entre activité réelle et activité prescrite, puis entre activité réelle et ses modes de saisie et enfin entre soins programmés et actions

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

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

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

5- Arrêté du 12 avril 1979 programme d'enseignement et organisation des stages en vue de la préparation du diplôme d'État infirmier. www.legifrance.gouv.fr.

6- Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État infirmier. www.legifrance.gouv.fr.

7- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. www.legifrance.gouv.fr, Par ailleurs, cette dernière formation renouvelle le paradigme de la formation initiale et le déterminisme socioconstructiviste remplace la pédagogie par objectifs dans une maquette compatible au niveau européen avec le système licence, master, doctorat (LMD).

non programmées. Ces dernières zones discrètes d'activité informelle, ces « dessous du soin » peuvent représenter jusqu'à 50 % du temps « non identifié », particulièrement en unité d'hospitalisation temps plein. Certaines études, qui évaluent la répartition des soins entre soins directs et activités d'autre nature donnent des chiffres supérieurs : 72 % du temps pour Michel Nadot² (2002), 66,5 % pour Madeleine Estry-Behar³ (2007) et 60,8 % pour l'Igas⁴ (2007). Cette place est donc quantitativement importante. Elle est le plus souvent liée à la permanence des soins dans les aspects du partage de la vie quotidienne, c'est-à-dire du « vivre avec », de « l'être avec » et de sa gestion. Ces aspects inhérents au rôle propre de l'infirmier mobilisent et questionnent puissamment l'utilisation de cette dimension institutionnelle du soin. Le deuxième élément concerne **la logique soustractive à l'œuvre** quant à l'enseignement de la psychiatrie et des processus psychopathologiques lors des refontes successives de la formation initiale des infirmiers. L'arrêté de 1979 portait à 33 mois et 1 376 heures l'enseignement de la psychiatrie⁵ ; il était de 440 heures lors de la réforme en 1992⁶, il est de 80 heures depuis 2009⁷. Soit un rapport en pourcentage de moins 94 % en vingt ans confinant à un épiphénomène les contenus d'enseignement propre à cette discipline.

Un parcours de recherche

Notre travail de recherche (**Encadré**) se situe dans cette ambition, aller à la rencontre de ces savoirs essentiellement relationnels avec un cadre rigoureux d'investigation et contribuer à leurs connaissances. Une démarche de découverte de ce qui est trop souvent là sous nos yeux, mais à couvert, recouvert. Notre rapport a été déposé au printemps 2012 auprès du conseil scientifique de la recherche (CSR) du centre hospitalier Le Vinatier (Bron, 69). Il concluait une démarche entreprise des années auparavant. Notre recherche est de nature qualitative descriptive (méthodologies en sciences humaines et sociales). Elle s'intéresse à l'activité réelle des infirmiers en psychiatrie en unité d'hospitalisation temps plein. Pour aller au plus près de cette activité, nous avons choisi une porte d'entrée adossée à l'analyse du travail et avons choisi le terme d'informel. Ici, l'investissement dans la recherche correspond à la nécessité de sortir, en tous cas de dépasser le champ de la proposition et du récit pour entrer dans celui du fait objectif. Ainsi, en termes de résultats, les multiples aspects du soin informel qui constituent des pans entiers du rôle propre infirmier deviennent-ils des espaces professionnels nommés par un concept. Il s'agit d'apporter une dimension scientifique à nos pratiques cliniques et ici à nos pratiques cliniques de base en psychiatrie. Or il faut des bases et des fondations pour

construire et asseoir une position professionnelle. Identifier, nommer, qualifier et surtout caractériser les fonctions de l'informel dans le soin infirmier en psychiatrie, objectiver les savoir-faire mobilisés, mais aussi leurs impacts et leurs spécificités, affirmer la nécessité d'asseoir ces pratiques en attente d'expertises sur des données valides, tels sont les objectifs de cette recherche en soins infirmiers (RSI). Il s'agit avant tout de donner une lisibilité et une visibilité à ces savoirs, et de concourir ainsi à leur légitimité.

L'informel, un concept nomade

Pour aborder ce concept nomade d'informel, nous sommes partis de l'idée que toute forme prend naissance dans l'informe. Ainsi le dessin peut-il partir de la feuille blanche, la sculpture d'un bloc de terre, des mises en forme à partir d'un informe. Ce constat peut s'appliquer à la permanence des soins en unité d'hospitalisation temps plein, au quotidien et à l'ordinaire. Il peut particulièrement s'appliquer à la construction et à la mise en forme de la relation avec nos patients. L'informel peut devenir alors l'élément support sur lequel va se tisser et s'exercer, touche après touche, « petits riens » après « petits riens », une mise en forme de la relation. Cette approche est constituée d'un maillage de « *microactes* » et de « *miniactes*⁸ » (Guy Le Boterf, 1995) pour ces niveaux d'actions souvent très investis en psychiatrie. 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, ainsi qu'un continuum d'activité qui lie les activités programmées et contribue à faire le lit du soin. De même, nous retrouvons une notion processuelle dans le passage possible parfois de l'informel vers le formel et, enfin, sa perception aux entrées larges quant aux pratiques concernées (individuelle ou groupale, occasionnelle ou régulière, en lien avec le patient ou l'équipe, etc.)

L'informel, à titre d'exemples

Sur ce dernier point, nous avons pu caractériser des fonctions au niveau des interactions soignants-soignés, ainsi qu'en lien avec le groupe au travail, ce tiers que constitue l'équipe. À titre d'illustration pour le premier niveau, il peut s'agir d'aller discrètement au-devant de l'autre, de se rendre disponible, de soutenir et d'offrir sa présence sans l'imposer, de s'arrêter sur une détresse ou une inquiétude, ou encore de diriger un geste qui entoure. Il s'agit aussi de saisir une main qui se tend (« main-tenir »), d'alimenter un narcissisme défaillant, de porter une attention liée à un élément de confort, ou de mobiliser son sens de l'occasion sur l'ouverture d'une fenêtre « relationnel ». Toutes ces actions et ces intentions ont une signification

...ces actions et intentions
ont une signification
sociale et humaine profonde.

Méthodologie et résultats

Méthodologie

La nature de cette recherche, validée et financée par le conseil scientifique de la recherche du CH Le Vinatier (Bron, 69), est qualitative descriptive appliquée au domaine des soins infirmier (méthodologie de recherche en sciences sociales). La phase d'enquêtes de terrain, auprès d'équipes de soins d'unités d'hospitalisation temps plein de quatre établissements de la région Rhône-Alpes, a allié des « entretiens semi-dirigés », des séquences « d'observations participantes périphériques » ainsi que des « dialogues en interaction avec l'action ». Le traitement par théorisation ancrée de ces données de terrain a abouti à la détermination de 3 100 unités d'actions en lien avec l'informel. Nous nous appuyons dans nos axes théoriques sur les apports et les invariants structuraux de la psychothérapie institutionnelle, de la psychodynamique du travail ainsi que de la praxéologie.

Résultats

Les résultats se présentent sous une forme triple. Tout d'abord, le cœur de la recherche avec la caractérisation de 139 fonctions mobilisées sur trois niveaux d'investigations : en direction du patient, du professionnel et de l'équipe. Puis l'approche quantitative de ces données qualitatives (variable de lieux, de temps, de sites, analyses croisées des outils etc.). Enfin le dégagement d'invariants opératoires, c'est-à-dire des caractéristiques communes à tous les sites investigués.

Source : *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*, rapport de recherche effectué dans le cadre du conseil scientifique de la recherche du centre hospitalier Le Vinatier, non publié, 430 pages, disponible auprès de J.-P. Lanquetin, grsi@ch-st-cyr69.fr et de S. Tchukrikel, grsi@ch-le-vinatier.fr

8- Le Boterf, Guy, *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*, Les Éditions d'organisation, 1995.

Le travail infirmier en psychiatrie concourt à fiabiliser la relation de soin.

sociale et humaine profonde. De même, s'immerger, acter sa parole, aller à la rencontre des zones de moindres résistances dans les plis du quotidien, s'en servir comme d'un support au soin, comme d'un facilitateur pour pénétrer l'univers mental de l'autre, que ce soit dans le sens d'un désamorçage, d'un apaisement ou d'une ouverture, ces actions-là aussi concourent à la construction d'une ambiance « relationnel ». Par leurs propriétés, elles parlent alors les qualités attendues du lieu de soin. Ces actions ont en commun d'abaisser le seuil d'accès à l'autre et de participer des effets de modulations de la qualité de présence des soignants. Au niveau de l'équipe, nous pouvons citer des fonctions de renforcement des coopérations, de constructions des accords normatifs de travail, de développement d'une culture du beau geste à travers l'expression de jugement de beauté, de repérage des mises en tension psychologique qui précèdent des temps d'exposition à forte charge psychique. Nous pouvons aborder la place « sentinelle » des identifications perceptives des enveloppes sensorielles dans le repérage d'éléments d'alerte, la pertinence d'une posture réflexive en appui sur les situations que le quotidien génère ou encore les mécanismes de réouverture des fenêtres d'empathie quand la confrontation avec l'altérité de l'expression des pathologies vient émousser le capital d'empathie. Toutes ces actions en lien avec l'équipe restent invisibles là où elles concourent à la construction d'une capacité groupale contenant et où elles renforcent le sentiment d'efficacité du groupe au travail. Ces soins au quotidien contribuent à créer du quotidien⁹, entendu ici dans le sens de connu et de rassurant. La constance de leurs déploiements dessine un environnement soignant, un « *holding* » au sens de Winnicott¹⁰ (1952) et une toile de fond sur laquelle vont se tramer les autres facettes de soins plus construits. Dans le cadre de notre approche, les espaces de temps informels sont adossés de manière élective sur ce temps du quotidien et de la permanence hospitalière. En ce sens, soins prescrits et soins dans le cadre du rôle propre avec leur dimension caritative¹¹ se renforcent l'un de l'autre. Ces savoir-faire discrets et ce travail invisible que suppose toute

relation de soin nous permettent d'effectuer un saut logique. Celui de dépasser la démarche de qualité des soins (centrée sur les process autour de la personne) pour aborder celui de la qualité du soin, c'est-à-dire viser la qualité au cœur du soin. Les résultats¹² de notre recherche multicentrique sont riches d'enseignements. Nous avons ainsi pu aboutir en particulier à la caractérisation de 139 fonctions en lien avec ces activités informelles. Un nombre important de repérages d'actions dont aucune ne donne lieu à saisie d'activité.

La place et le destin de l'informel dans les soins

Évoquer le recours à l'hospitalisation temps plein revient à indiquer la nécessité de soins infirmiers. Le destin de l'informel pour cette part de l'exercice infirmier sera conditionné par les conceptions des soins, le regard porté sur ce qui constitue le travail et la tâche primaire (c'est-à-dire la réalisation de la tâche avec ou sans prise en compte des investissements immatériels qui le portent) et leur traduction dans les organisations. Cette recherche et ses résultats permettent d'apporter une visibilité et une lisibilité à ce continent immergé. Ce réel de l'activité avance donc comme une variable masquée dans l'appréciation et l'évaluation du réel du travail infirmier. Cette variable dépasse le champ disciplinaire de la psychiatrie et du cadre initial de l'hospitalisation temps plein, pour concerner le champ des métiers de la relation en général et celui des dimensions relationnelles du soin en particulier. Le quotidien et l'informel deviennent ici des éléments constitutifs d'une médiation par le réel pour cette dimension de tiercité que représente l'institution. Ils concourent à un « prendre soin » individuel et collectif, participent d'un climat relationnel, ouvrent à des espaces transitionnels où se déploient aussi bien des actions de cognition sociales que les différentes dimensions de la proxémie, de l'empathie et du care. La caractérisation de nombreuses fonctions en lien avec l'informel viennent alimenter les répertoires de ressources professionnelles, faciliter une métaconnaissance de ses actions avec leurs potentiels relationnels et soignants, et ainsi favoriser l'ajustement des réponses soignantes. Pour autant, cette approche par fonction, si elle favorise la traduction des logiques d'action, n'épuise pas la complexité de ces dernières. Elle contribue à en donner des schémas de modélisation et à dérouler des scénarios psychiques professionnels. Ces derniers s'entendent dans une représentation finalisante pour cette capacité à rattacher et à lier l'action de l'ici et maintenant « d'intensité faible » à une finalité plus large. Cette visée constitue alors un élément d'acquisition de compétence tel que la définit Patricia Benner¹³ : « *L'infirmière compétente travaille dans un même environnement depuis deux ou trois*

9- Le quotidien se soutient d'une valence en forme de paradoxe, d'une part, il s'agit d'entretenir une forme de stabilité et, d'autre part, il faut se défendre d'une forme de routine et laisser ouvert la place de l'imprévu et de la surprise.

10- Winnicott Daniel. *Langoisse liée à l'insécurité*, 1952.

11- La dimension « caritative » découle du concept de *caring*, démarche soignante humaniste définie par J. Watson (1988).

12- Rapport de recherche effectué dans le cadre du conseil scientifique de la recherche du centre hospitalier Le Vinatier, « L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie », non publié, 430 pages, disponible auprès des auteurs.

13- Benner Patricia, *De novice à expert*, Masson, Paris, 2005, 253 pages.

ans. Elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente. » Ce constat est de nature à renforcer le sentiment d'autoefficacité et par ailleurs ce que Albert Bandura a développé dans l'aspect central de sa théorie, à savoir l'agentivité, pour ce qui « concerne les actes réalisés intentionnellement¹⁴ ».

Au-delà des résultats de recherche

Les résultats de notre recherche mettent en évidence des pans entiers des enjeux du travail infirmier en psychiatrie. Celui-ci concourt à ramener de l'inconnu à du connu, à fiabiliser la relation de soin en éprouvant une relation de confiance, dont on sait qu'elle constitue un facteur favorable dans la prédictivité et l'évolution du patient. Le mécanisme tient au renfort du sentiment de sécurité interne qu'elle est susceptible de générer et son impact se traduit de manière favorable sur le recours aux soins. Inversement, son absence constitue une perte de chance dans le parcours de soin du patient. Ces « petits riens » soignants du quotidien sont autant de médiateurs et d'opérateurs souvent inauguraux et continus de la relation de soin. Le déploiement de ces répertoires de ressources professionnelles favorisent et concourent à la bonne disposition du patient à l'égard des soins. Il s'agit bien alors d'apporter une dimension scientifique à nos pratiques cliniques, et ici à nos pratiques cliniques de base. Ces résultats constituent alors une base conceptuelle que nous pouvons nommer à ce stade, à l'instar d'un groupe d'initiative belge : le socle du « prendre soin » en psychiatrie¹⁵. La recherche en soin apparaît comme un moteur de développement mais aussi un outil de réappropriation d'une clinique infirmière en psychiatrie et de reconquête de nos métiers du soin. La création de cette spirale ascendante entre pratique et savoirs permet de mettre en perspectives les savoirs de base, les savoirs d'action et les savoirs « d'en haut » ou académiques. Ces savoirs d'action ont en commun de reposer sur une attention et une intention dont l'objectif est de forger un ciment qui contribue à donner une tenue à la relation soignant-soigné. Le sable de la relation et le ciment de l'intention.

14- Bandura Albert, *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*, Éditions De Boeck Université, Bruxelles, 2003.

15- Le GRSI accompagne les opérations de réintégration des résultats de recherche dans les pratiques. À cet endroit, au niveau international francophone, ces opérations se traduisent par la mise en place d'un partenariat franco-belge. C'est dans ce cadre que la terminologie désignant nos résultats de recherche a évolué vers un terme synthèse, le « soclecare », voir à ce propos le site : www.soclecare.eu. Signalons qu'en novembre 2014 une journée Soclecare a réuni 46 institutions à Dave (Namur) (établissements, Haute École, fédération hospitalière, etc.), c'est-à-dire la très grande majorité des établissements de la Belgique francophone.

II^e Rencontre de la recherche en soins en psychiatrie du centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or

Du 27 au 28 janvier 2016 à Ecully (69)

Ces journées seront l'occasion de présenter des travaux de recherche en soins en psychiatrie, en cours ou réalisés, PHRIP ou hors PHRIP, français et francophone (Suisse, Belgique), locaux ou nationaux.

L'objectif est de favoriser la connaissance de ces travaux et de favoriser les mises en lien et en réseaux de ces acteurs tout en offrant la possibilité de présentation dans un format qui favorise les échanges. La recherche en soin en psychiatrie a besoin de se connaître et de se faire connaître, de monter en puissance pour mieux s'affirmer dans notre champ disciplinaire puis à l'extérieur de celui-ci.

Ces deux journées seront réparties en quatre demi-journées thématiques :

- Aspect local, national et international ;
- La recherche en soins francophone, Suisse et Belgique ;
- Des recherches PHRIP en cours ;
- Des recherches non PHRIP, universitaires et non universitaires.

Inscription par la formation continue.

Contact

Groupe de recherche en soins infirmiers
04 72 42 32 87 et 06 14 46 72 79
ou grsi@ch-st-cyr69.fr

