

Titre : « *La place de l'informel en psychiatrie, vers une approche du travail invisible de l'activité infirmière* ».

RIFREQ, Montpellier, les 17, 18 et 19 juin 2015

Prudence empirique et risque interprétatif

Jean-Paul LANQUETIN, Infirmier de Secteur Psychiatrique, Praticien Chercheur en Soins Infirmiers, Responsable du GRSI (Groupe de recherche en soins infirmiers), CH Saint-Cyr au Mont d'or (69)

Tel : 04 72 42 32 87, adresse mail : grsi@ch-st-cyr69.fr

Centre Hospitalier de St Cyr au Mont d'Or (69)

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, 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, des méthodologies, 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 d'accès en direction des patients supposent l'acquisition et le déploiement de savoirs d'actions. Dans la même lignée, favoriser les expériences et les accès à un climat de confiance sur lequel se construit la relation de soin, repérer, anticiper et prévenir les montées pulsionnelles, réguler les interactions, soutenir une dimension sécurisante et contenante 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. D'une part, du côté du professionnel, on retient que le principal outil du soin tient en la personne du soignant lui-même (entendu ici avant l'étayage sur des supports techniques) et d'autre part, nous retenons que pour certains patients, l'expression de la psychopathologie s'exprime justement par des perturbations de nos modalités relationnelles habituelles.

Or cette approche du cœur de 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.

La situation d'appel

Parmi ces évolutions, deux constats sont à la base de cette pression croisée quant à la faiblesse et l'évanescence du statut des savoirs infirmiers en psychiatrie.

Le premier constat tient à l'absence ou 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 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 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

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.

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 Nadot (2002)², 66,5% pour M. Estryn-Behar (2007)³ et 60,8% pour l'IGAS (2007)⁴.

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 1376 heures l'enseignement de la psychiatrie⁵ ; il était de 440 heures lors de la réforme en 1992⁶, il est de 80 heures depuis 2009.⁷ 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 se situe dans cette ambition, aller à la rencontre des 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 de recherche a été déposé au printemps 2012 auprès du Conseil scientifique de la recherche (CSR) du CH Vinatier (69). Il concluait une démarche entreprise des années avant. Notre recherche est une recherche qualitative descriptive (méthodologies en sciences humaines et sociales) qui 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 nous avons choisi le terme d'informel.

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 des espaces professionnels nommés par un véritable 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 fondations, pour construire et asseoir une position professionnelle. Ainsi, identifier, nommer, qualifier et

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

³ Estryn-Behar M, Fouillot, J-P. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans dix services de soins. Document pour le médecin du travail 1990 : p. 131-144. Institut national de recherche et de sécurité (INRS).

<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=TL%205>

⁴ Strohl H, Bastinelli JP, Laurand G, Planes-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.

<http://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 et d'infirmière. <http://www.legifrance.gouv.fr>.

⁷ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. <http://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).

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 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

Nous sommes partis de l'idée **que toute forme prend naissance dans l'informe** pour aborder ce concept nomade d'informel. Ainsi, le dessin peut 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 s'appliquer particulièrement **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 miniactes⁸ (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.)

La stratégie d'investigation

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 pendant une semaine

Nous avons donc travaillé en appui sur une logique de triangulation;

- une triangulation spatiale avec la nature multicentrique,
- une triangulation des populations investiguées,
- une triangulation des outils d'investigation,
- une triangulation temporelle (séquences d'observations en trois 8)
- et une triangulation des modèles d'analyse concrétisée par le choix des 3 axes théoriques. Pour les modèles d'analyse, nous avons retenu une analyse descriptive et catégorielle, une analyse par théorisation ancrée (détermination et catégorisation des fonctions), et une analyse par outils (analyse croisée, analyse lexicale et dégagement des invariants opératoires)

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

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

Le choix des outils méthodologiques,

1/ L'entretien semi dirigé

L'entretien a constitué notre outil d'enquête lors de la phase de l'étape exploratoire du problème de recherche. Celui-ci devient lors de la phase d'investigation un outil à usage complémentaire. L'entretien est certainement une des modalités d'investigation les plus pratiquées, que ce soit en sciences humaines et sociales, en Institut de Formation en Soins Infirmiers ou de Formation-cadre lors des travaux de fin d'études. Cette généralisation quant à son usage n'en fait pas un outil d'investigation au statut instable.

L'utilisation de l'entretien de recherche répond à des critères et à un constat initial *«L'entretien comme technique d'enquête est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations»*⁹. Il s'agit donc de dépasser le mode interrogatif du guide d'entretien, d'atténuer les vécus liés aux logiques de prélèvement et d'affirmer *« [...] la spécificité de l'entretien, à savoir la production d'un savoir 'in situ'. C'est en cela qu'il est une situation sociale de rencontre et non pas un simple prélèvement d'information»*¹⁰. L'entretien touche à des processus fondamentaux de communication et d'interaction entre les individus, il engage deux personnes dans une relation duelle en situation de vis-à-vis. Ainsi, nous ne parlons pas de personnes interrogées, mais de personnes interviewées. Cette appellation distingue la pratique de l'entretien de la passation d'un questionnaire ou de l'interrogatoire. Elle rappelle la dimension interpersonnelle et d'engagement que mobilise l'entretien approfondi dans les méthodes qualitatives. L'entretien de recherche connaît de multiples domaines d'application de la psychologie à l'ethnologie, les domaines de la sociologie constituent un de ses champs d'applications de prédilection.

Alain Blanchet et Anne Gotman (2007) ont différencié trois sous-groupes d'application dans l'utilisation de l'entretien selon l'inflexion des axes de recherche. Ils retiennent les enquêtes sur les représentations (connaissance d'un mode de pensée), les enquêtes sur les pratiques (connaissance linéaire d'un mode de vie) et une forme d'enquête intermédiaire aux deux précédentes au statut mixte (connaissance d'un système pratique). Malgré le flou, annoncé par les auteurs, entre les frontières de ses trois groupes, cette distinction nous permet de saisir les niveaux de paroles mobilisés et attendus, de nature descriptive, réflexive, théorique et leur combinatoire.

Nous avons fait le choix de l'entretien semi-dirigé. C'est l'entretien qui est le plus utilisé sur le terrain, car contrairement à l'entretien non directif où l'on pose comme principe l'acceptation de l'autre - donc de ce qu'il dit ou ne dit pas, on va chercher à obtenir des informations sur des thèmes préalablement définis. Il garde une souplesse d'adaptation avec la possibilité de s'exprimer librement à partir d'une question. Il alterne donc une partie guidée avec les questions arrêtées sur le support et une partie libre dans le choix et les orientations des développements.

L'axe de notre démarche nous fait retenir une application mixte de l'entretien de recherche centré sur les représentations et les pratiques. L'objectif dans ce mode de recueil de données est d'augmenter la connaissance sur les pratiques réelles des infirmiers en psychiatrie et sur leurs conceptions quant à leurs fonctions de soignants. Mais nous avons vu

⁹ Blanchet Alain, Gotman Anne, *L'entretien, l'enquête et ses méthodes*, 2ème édition refondue, Édition Armand Colin, 2007, p. 7.

¹⁰ *Ibid*, p. 15.

également lors de la phase exploratoire les limites de cet outil. L'entretien nous permet de recueillir les opérations mentales internes liées aux motivations, aux opinions et à leurs raisonnements sous-jacents. Mais nous avons constaté que bien des zones d'actions ne connaissent pas de mise en mots ou de métaconnaissance de l'action. En regard de ce défaut de symbolisation langagière, nous avons ainsi ajouté deux outils permettant d'une part d'aller à la rencontre de ces savoirs incorporés ou implicites et d'autre part de les localiser par le croisement de leurs données.

2/ L'observation participante périphérique (OPP) avec dialogue en interaction avec l'action. (DIA)

Un statut épistémologique privilégié

Nous avons ainsi retenu deux positionnements dans la posture d'observation :

- le positionnement empirico naturaliste où l'objectif est d'expliquer le plus objectivement possible les faits,
- le positionnement interprétatif, où l'objectif sera de comprendre la signification que les acteurs attribuent à leurs pratiques. Notre regard se portera sur la construction de sens.

L'OPP se rapproche de l'observation participante. Le chercheur est intégré dans le groupe, mais cette intégration est limitée. Ces techniques d'observation sont des méthodes qui proviennent de l'ethnométhodologie. Elles ont connu des champs de domaines d'application très différents qui vont du système judiciaire à l'éducation ou aux organisations, en passant par la recherche scientifique elle-même. Elles se sont déjà appliquées au domaine médical¹¹, notamment aux « Catégorisations formelles et informelles des patients » (Studios, pp.186-207), et aux pratiques de diagnostic et de soins dans les hôpitaux psychiatriques (Ogien, 1984). Ce dernier auteur recense trois modèles d'observations participantes. Le modèle que nous avons choisi correspondant à celui où « trop d'implications nuiraient à l'analyse »¹². Dans notre modèle d'observation, le praticien chercheur ne remplit pas les tâches, il n'intervient pas dans les interactions, hormis les temps de présentation et les temps de civilité. Il n'est pas un collègue ou un membre à part entière d'une équipe. Ils se mettent en position « basse », dans le sens où ils considèrent que ce sont les acteurs de terrain qui détiennent le sens de leurs actions. Cette position est approchée par Johannes Angermüller quand il énonce « *Par rapport à ses interlocuteurs, le chercheur est censé adopter une position « inférieure » : c'est « l'informateur qui est la vedette »* (Kaufmann, 1996). *C'est en écoutant les acteurs, en apprenant d'eux... que le chercheur s'efforce de pénétrer le monde vécu des acteurs* »¹³.

Nous définissons ainsi notre périmètre d'intervention où nous restons à proximité du groupe cible, l'accompagnons dans ses actions avec comme limite de notre action l'évaluation de la perturbation qu'entraînerait notre présence physique lors de l'interaction.

Dans notre étude, cette évaluation concerne le moment potentiellement effractif de la sphère intime. Nous pouvons rencontrer ces moments sur plusieurs temps :

- lors de relations individuelles comportant un niveau de révélation profond,

¹¹ Mucchielli Alex, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, p. 91.

¹² Ibid., p 174.

¹³ Paillé Pierre directeur, *La méthodologie qualitative, postures de recherche et travail de terrain*, Éditions Armand Colin, Paris, 2006, 239 pages, p. 229.

- lors du respect de la fonction privative de la chambre du patient,
- lors de la prise en compte de la dignité du sujet avec la dimension du respect de la pudeur. Cet aspect existe particulièrement dans l'accompagnement aux soins de base et d'hygiène autour de la douche ou du bain,
- lors d'interactions sur un groupe dont la dynamique est constituée préalablement à notre présence.

Dans ces cas, l'observation se déroule soit à distance de la scène, soit hors du champ de l'interaction visuelle, mais en contact avec les voix, les productions sonores. L'observation devient indirecte. Nous pouvons ainsi dire que l'observation porte sur les aspects publics des actions et des interactions. Le mot public est entendu dans le cadre de la socialité protégée des unités d'hospitalisation, il recouvre l'idée que l'interaction se déroule sous le regard potentiel ou réel des tiers.

3/ Le dialogue en interaction avec l'action

Ce complément apporté à l'outil d'observation nous est venu suite à des rencontres.

Le questionnement de ce dernier point de méthode nous a fait sélectionner et finaliser notre modèle d'observation : l'observation participante périphérique avec dialogue en interaction avec l'action.

Si l'outil d'observation permet d'aller à la recherche de savoirs incorporés peu repérés lors des entretiens, l'observation dialoguée permet au praticien chercheur d'exercer une fonction de critique de ses propres prénotions.

Nous reprenons ici des éléments de l'idée formulée par Johannes Angermüller quand il cherche à situer de manière optimale la position du praticien chercheur : « *la posture idéale, c'est celle d'un chercheur qui ne prétend pas savoir ce qui se passe, qui est prêt à devenir « l'apprenti» des individus qu'il examine* ». Pour donner un exemple, l'ethnométhodologue Harold Garfinkel (1994) propose d'entrer dans l'interaction sociale et de perturber son déroulement « normal » afin de voir ce qui est considéré comme « évident » par les acteurs¹⁴. Si nous ne retenons pas la proposition de perturbation, nous retenons les éléments d'interaction avec les opérateurs et celle de faire parler sur ce qui est considéré comme évident. La proposition faite au soignant de communiquer et d'échanger sur son action invite à un travail de réfléchissement. (Piaget, 1977). Il s'agit d'approcher des savoirs issus de l'action.

Le dialogue en interaction avec l'action passe par la verbalisation sans être une technique de verbalisation, laquelle précise que « *Le sujet verbalise à voix haute chaque raisonnement, logique, motif de choix, pensées, émotions, actions... de son activité* »¹⁵. De même, le dialogue en interaction avec l'action exerce un rappel sur l'activité sans être une technique de rappel impromptu, laquelle stipule « *... qu'elle consiste à interrompre le sujet, sans qu'il soit prévenu par avance du moment d'interruption, en lui demandant d'effectuer un rappel (écrit, verbal, graphique...) des processus qu'il a mis en œuvre au moment de l'interruption* »¹⁶. Le choix de notre outil se situe sur une position médiane de ces techniques. Cet outil a été adapté aux besoins de notre enquête et a tenu compte d'impératifs déontologiques en lien avec la nature interactionnelle du lien professionnel/patient sur laquelle allait porter notre observation.

Le dialogue en interaction avec l'action consiste donc à interroger l'opérateur sur le sens qu'il porte à son action. Cette interrogation est portée, quand c'est possible, juste à la

¹⁴Ibid., p. 229.

¹⁵ Briffault Xavier, « Méthodes, techniques et épistémologie de l'analyse qualitative », *Pour La recherche*, n° 42, septembre 2004, p. 5.

¹⁶ Ibid, page 5.

fin de l'action et peut être sinon différée à une courte distance (activité remémorée). Ce dialogue permet la validation du sens et de l'intention portée à l'action sans lesquelles notre compréhension pourrait se limiter à une interprétation. Ce dialogue permet également un « arrêt sur image » invitant l'acteur à une mise en récit et à une définition de ses actes. Cette méthode est ici précieuse pour aller à la rencontre des savoirs d'action et des savoirs incorporés par l'invitation à la métaconnaissance de son action qu'elle promet ainsi.

Nous avons repéré trois niveaux de pertinence quant à l'introduction et l'utilisation de cet outil complémentaire.

En premier lieu, il permet de faire apparaître des savoirs, parfois insus, aux yeux des acteurs eux-mêmes, les obligeant ou les invitant à une reconsidération du déroulement de la séquence, et à une ré-interrogation de leur positionnement avant le passage à la mise en mots.

À un deuxième niveau, quand l'identification de l'action est préalablement posée, ce dialogue permettait le développement d'éléments réflexifs sur l'action. Enfin, sur un troisième niveau, les situations ont été nombreuses où les soignants ont mis en mots leurs actions à notre intention, devant notre demande éventuelle, avec sans doute pour certains, le plaisir de pouvoir enfin faire parler le réel de leur travail. Dans tous les cas, le DIA permettait un point d'objectivation sans lequel nous n'aurions pas été en mesure de la qualifier, dans l'acceptation scientifique du terme, puis de caractériser certaines actions en cours.

Le dialogue en interaction avec l'action fait parler l'action dans le double sens du terme, sa mise en mot et sa mise en évidence.

L'informel, à titre d'exemples,

Sur ce dernier point, nous avons pu caractériser des fonctions d'une part au niveau des interactions soignants/soignés, et d'autre part en lien avec le groupe au travail, avec ce tiers que constitue l'équipe.

A 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 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, d'alimenter un narcissisme défaillant, de porter une attention liée à un élément de confort, ou encore de mobiliser son sens de l'occasion sur l'ouverture d'une fenêtre « relationnel ». Toutes ces actions et ces intentions ont une profonde signification sociale et humaine.

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 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 » et elles parlent alors le lieu de soin. L'ensemble de 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 tensions psychologiques 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 contenante et où elles renforcent le sentiment d'efficacité du groupe au travail.

Ces soins **au** quotidien contribuent à créer **du** quotidien¹⁷, entendu ici dans le sens de connu et de rassurant. La constance de leurs déploiements dessine un environnement soignant, un « holding » au sens de Winnicott¹⁸ (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 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 carative¹⁹ se renforcent l'un de l'autre.

Ces savoirs 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, (centre 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 résultats²⁰ 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

Evoquer 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 de soins, le regard porté sur ce qui constitue le travail (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 du champ 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, issu d'une démarche par théorisation ancrée, viennent alimenter les répertoires de ressources professionnelles,

¹⁷ 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.

¹⁸ Winnicott, Daniel, *L'angoisse liée à l'insécurité*, 1952.

¹⁹ La dimension « carative » découle du concept de caring, démarche soignante humaniste, définie par J. Watson (1988) dans laquelle elle décrit un ensemble de 10 facteurs caratifs.

²⁰ Rapport de recherche effectué dans le cadre du Conseil scientifique de la Recherche du Centre hospitalier du Vinatier, « *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* », rapport non publié, 430 pages, disponible auprès des auteurs.

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 fonctions, si elle favorise la traduction des logiques d'actions, n'épuise pas la complexité de ces dernières. Elle contribue à en donner des schémas de modélisation, de dérouler des scénarios psychiques professionnelles. 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 Benner²¹: « *L'infirmière compétente travaille dans un même environnement depuis deux ou trois 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 d'une part le sentiment d'autoefficacité et d'autre part ce que Albert Bandura a développé dans l'aspect central de sa théorie, à savoir l'agentivité, pour ce qui « *concerne les actes réalisés intentionnellement* »²².

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 soins 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 soins du patient.

Ces « petits riens » soignants du quotidien sont autant de médiateurs et d'opérateurs, souvent inauguraux, et continus de la relation de soins. Le déploiement de ces répertoires de ressources professionnelles favorisent et concourent donc à la disposition du patient à l'égard des soins.

En termes de résultats, les multiples aspects du soin informel qui constituent des pans entiers du rôle propre infirmier deviennent des espaces professionnels nommés par un véritable concept. Oui, il s'agit bien alors 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 fondations, pour construire et asseoir une position professionnelle.

La recherche en soins 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'actions et les savoirs « d'en haut » ou académiques.

L'ensemble de ses savoirs d'actions ont en commun de reposer sur une attention et une intention, qui ont pour objectif de forger un ciment, lequel contribue à donner une tenue à la relation soignant/soigné. Leurs identifications nous permettent de conclure ainsi, le sable de la relation et le ciment de l'intention.

CH de Saint Cyr au Mont d'Or, 69 ; le 2 juin 2015

²¹ Benner, Patricia, *De novice à expert*, Editions Masson, Paris, 2005, 253 pages.

²² Bandura, Albert, *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*,

