G.R.S.I.

Groupe de Recherche en Soins Infirmiers

RAPPORT DE RECHERCHE

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

Jean-Paul LANQUETIN et Sophie TCHUKRIEL
Infirmiers en psychiatrie, praticiens chercheurs

29 FÉVRIER 2012

Recherche en Soins Infirmiers
réalisée dans le cadre du Conseil Scientifique de la Recherche
du Centre Hospitalier Le Vinatier

Remerciements :

Nous sommes des infirmiers en psychiatrie qui ont voulu poser et explorer de façon rigoureuse des aspects de notre métier. Nous avons choisi d'approcher la réalité de cet exercice professionnel par la fenêtre de l'informel dans l'activité infirmière en hospitalisation temps plein. À cette fin, nous avons initié et porté une démarche de Recherche en Soins Infirmiers en psychiatrie et nous avons construit notre cadre de travail. Nos remerciements s'adressent à celles et ceux qui nous ont fait confiance et qui ont contribué à concrétiser cette démarche et cette aventure :

- A **Mr Dominique Valmary**, Président du CSR, au **Professeur Jean Dalery**, vice président du CSR et à travers eux, l'ensemble des membres du CSR qui, en décembre 2006, ont validé et financé notre devis de recherche. Nos remerciements portent également sur la volonté de respecter une tradition et une culture de travail d'équipe pluriprofessionnelle en psychiatrie qui se traduit par l'ouverture du CSR à **tous les soignants.**

- A **Madame Geneviève Roberton**, ex présidente de l'Association pour la Recherche en Soins Infirmiers (ARSI), pour son appui indéfectible depuis 2001 à ce projet.

- A **Mrs Christophe Ledez**, Directeur des Soins et **Alain Vivès**, Directeur d'Établissement du Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or pour la mise en place d'un cadre d'accompagnement et de soutien à ce projet depuis 2007.

- A **Madame Corinne Martinez**, chargée de mission pour la psychiatrie à l'Agence Régionale de la Santé (ARS) pour son appui depuis 2007 à certaines étapes décisives quant à la continuation de ce projet.

- A Mrs **Philippe Quinet** (cadre de santé au CH Vinatier), **Dominique Friard** (Infirmier de Secteur Psychiatrique à Gap, rédacteur en chef adjoint de la revue Santé Mentale) et **Laurent Morasz** (Psychiatre**,** Psychanalyste, Formateur) pour leurs lectures attentives, leurs retours et commentaires critiques sur tout ou parties de notre rapport de recherche.

- A **Mr Le Dr Guy Ardiet** pour sa constante disponibilité dans la maîtrise des logiciels de traitements des données.

- A **Mrs Jean-Marie Nicaise** (ISP au CH Saint Jean de Dieu), **Frédéric André** (IDE en psychiatrie) et **Jean-Jacques Robert** (Cadre de Santé) qui ont accompagné le groupe jusqu'au début 2007.

- A nos **conjoints, Corine et Eric**, pour leur soutien et pour leur patience à amortir durablement les contre coups et les répercussions de cet investissement.

- A **Béatrice, Catherine, Martine**, nos **collègues de l'équipe infirmière** du CMP/Cattp de Champagne au Mont d'Or (69) et à **Murielle, Martine, Jean-Marie**, du Centre de Jour Ampère de Rilleux (69) qui ont absorbé patiemment les perturbations et les transferts de charge de travail liés à la réalisation de ce projet.

- A **toutes celles et tous ceux** qui nous ont accueillis sur les terrains d'enquêtes, ont accepté nos regards et nos questions, et un merci particulier à celles et ceux qui nous ont témoigné leurs encouragements.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE 7
- Les auteurs 7
- Des motivations singulières 7
- Un positionnement professionnel : infirmier *et* praticien chercheur 8
- Objectifs généraux de la recherche 10
- Le cadre réglementaire : que nous disent les textes 10
- Un itinéraire groupal 11

INTRODUCTION 13
- Éléments de contextualisation du problème de recherche 13
  - Le contexte particulier des infirmiers en psychiatrie 13
  - Le contexte général de la psychiatrie 14
- La situation d'appel 21
- La problématique et l'énoncé de la question de recherche de départ 23

PREMIERE PARTIE : EXPLORATION DE L'OBJET DE RECHERCHE 26

1 EXPLORATION EMPIRIQUE DU PROBLÈME DE RECHERCHE 27
1. 1 Exploration théorique de la question de recherche 27
1.2 L'exploration empirique de la question de recherche 29
1. 2. 1 Les entretiens exploratoires 29
1. 2. 2 Le traitement des données d'entretiens et le dégagement des éléments significatifs 30
1.3 Enseignement de l'étape exploratoire et énoncé de la question de recherche 35

2. L'ÉTAT DE LA CONNAISSANCE 37
2. 1 L'exploration des données scientifiques 37
2.1. 1 Michel Nadot : L'activité soignante, la fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire 38
2.1.2 J.C. Mc Closkey et G.M. Bulechek, Une classification des interventions infirmières. 39
2 .1.3 La recherche du M.I.R.E : « Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extrahospitalier des infirmiers de secteurs psychiatriques » 40
2.1.4 L'étude Pressnext : « Mots à maux… Expression de la souffrance chez lez soignants en psychiatrie» 41
2.1.5 *La recherche de NANT* : « Interventions infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu » 42
2.2 L'exploration des données documentaires, la détermination des mots clés et des éléments significatifs 44
2.2.1 En lien avec la psychothérapie institutionnelle 45
2.2.2 En lien avec la psychodynamique du travail 46
2.2.3 En lien avec la praxéologie 47
2.2.4 En lien avec les sciences de l'éducation 48
2.2.5 En lien avec les soins infirmiers 48
2.2.6 Autres domaines 49

3. L'EMERGENCE DES AXES THEORIQUES DE LA RECHERCHE 51
3.1 La psychothérapie institutionnelle 52
3.2 La psychodynamique au travail 58

3.3 La praxéologie 65

DEUXIEME PARTIE : INVESTIGATION DE L'OBJET DE RECHERCHE 73

4. MÉTHODOLOGIE 73
4.1 La stratégie d'investigation. 73
4.1.1 Les étapes préalables à l'investigation. 73
4.1.2 La conception et la planification de l'investigation 76
4.1.3 Le déroulement de l'investigation 79
4.2 La procédure d'investigation 81
4.2.1 Le choix de l'échantillonnage 81
- Les personnels 82
- Les structures 84

4.2.2 Choix et construction des outils d'enquêtes 86
4.2.2.1 Premier outil d'enquête : L'observation en situation 87
4.2.2.2 Deuxièmes outils : Les entretiens 94
4.2.3 Le choix des méthodes de traitements des données 102
4.2.3.1 Le journal de bord 103
4.2.3.2 Le choix des trois niveaux d'investigation 104
4.2.3.3 Le principe de saturation 105
4.2.3.4 La théorisation ancrée 106
4.2.3.5 Le traitement des observations 117
4.2.3.6 L e traitement des entretiens 118
4.3 Les limites de l'étude 119
4.3.1 Les limites en lien avec le champ de l'étude 119
4.3.2 Les limites méthodologiques 120
4.3.2.1 Les limites liées à l'appropriation des méthodes 120
4.3.2.2 Les limites en lien avec les équipes investiguées 120
4.3.2.3 Les limites en lien avec la définition de notre objet de recherche 122
4.4 La détermination des fonctions 124
4.4.1 Le choix de penser en termes de fonctions 124
4.1.2 La numérotation des fonctions 128

TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE LA CARACTÉRISATION DES FONCTIONS 129

5. LA CARACTÉRISATION DES 139 FONCTIONS 129
5.1 CARACTERISATION DES FONCTIONS EN LIEN AVEC LE PATIENT 133
Présentation récapitulative des fonctions du niveau d'investigation patient 133
1.1 Fonction mère : Phorique 133
1.2 Fonction mère : Supplétive 139
1.3 Fonction mère : Amortissante 145
1.4 Fonction mère : Disponibilité 153
1.5 Fonction mère : Protectrice 162
1.6 Fonction mère : Attention Flottante 163
1.7 Fonction mère : Effets de la Permanence 165
5.2 CARACTERISATIONS EN LIEN AVEC LE PROFESSIONNEL 178
Présentation récapitulative des fonctions du niveau d'investigation professionnel. 178
2.1 Fonction mère : F. Créativité 178
2.2 Fonction mère : Métaphore Maternelle 192
2.3 Fonction mère : Registre Maternel 203
2.4 Fonction mère : Renforcement positif 209
2.5 Fonction mère : Orientation 209
2.6 Fonction mère : Contenante 210

2.7 Fonction mère : Conteneur 211
2.8 Fonction mère : Éducation 212
2.9 Fonction mère : Fonction de liens 213
2.1.a. Fonction mère : Fonction Différenciatrice 221
2.1.b. Fonction mère : Clinique 222
2.1.c. Fonction mère : Observation 222
2.1.d. Fonction mère : Prévisionnel d'activité 223
2.1.e. Fonction mère : Écoute 224
2.1.f. Fonction mère : Anticipation 225
2.1.g Fonction mère : Engagement et de portage psychique 226
5.3 CARACTERISATIONS DES FONCTIONS EN LIEN AVEC L'EQUIPE 229
Présentation récapitulative des fonctions du niveau d'investigation équipe 229
3.1. Fonction mère : Liaison 229
3.2 Fonction mère : Coopération et collectif de travail 239
3.3 Fonction mère : Élaboration 246
3.4 Fonction mère : F. Coordination 248
3.5 Fonction mère : Thermométrique 249
3.6 Fonction mère : Respiration Psychique 251
3.7 Fonction mère : Interstitielle 255
3. 8 Fonction mère : F. Organisation 257

QUATRIEME PARTIE : RÉSULTATS DE L'INVESTIGATION 259
6. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS 259
6.1 Présentation des différents sites CH1, CH2, CH3, CH4 260

6.1.1 Présentation de CH1 261
6.1.1.1 Unité U1. 261
6.1.1.2 Unité U2. 261
6.1.2. Présentation de CH 2 262
6.1.2.1 Unité U 3 262
6.1.2.2 Unité U4 263
6.1.3 Présentation de CH 3 264
6.1.3.1 Unité U5 264
6.1.3.2 Unité U6 265
6.1.4 Présentation de CH 4 265
6.1.4.1 Unité U7 266
6.1.4.2 Unité U8 266
6.2 Analyse descriptive des séquences d'observations 267

6.2.1 Tableau (n°2) de synthèse des relevés d'observations par site et par praticien chercheur. 268
6.2.2. Tableau (nº 3) de répartition des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par site. 271
6.2.3 Tableau (n°4) de synthèse des mises en fonctions par niveau d'investigation et par répartition des lieux 273
6.2.4 Tableau (nº 5) de répartition des mises en fonctions sur les trois catégories de lieux. 278
6.2.5 Tableau (nº 6) de synthèse des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par séquences horaires. 282
6.2.6 Tableaux (nº 7) de synthèse des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par fonctions mères et primaires. 285
6.3 Analyse descriptive des entretiens 292

6.3.1 Tableau (n°10) de synthèse des 1951 mises en fonction par personne interviewées et par site. 292
6.3.2 Tableau de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires et par niveaux d'investigation. 296

6.3.3 Tableau (nº 14) de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires, par niveaux d'investigation, par population cible et témoin et dans la population cible entre ISP et IDE. 303
6.4 Analyse croisée des résultats à partir des observations et des entretiens. 318
6.5 Éléments d'analyse lexicale 328
7. SYNTHESE ET ÉLÉMENTS SIGNIFICATIFS 333
7.1 Éléments significatifs à partir des observations 333
7.1.1 Les portes ouvertes 333
7.1.2 Les déplacements 335
7.1.3 L'immersion ou l'initiative au soignant 337
7.2 Éléments significatifs à partir des entretiens 339
7.2.1 La double tension 339
7.2.2 Mode d'accès à l'autre et répertoire de ressources professionnelles alternatives 342
7.2.3 Éléments de satisfaction au travail 344
7.3 Éléments significatifs à partir des entretiens et des observations. 352
7.3.1 Le temps de la relève 352
7.3.2 Le temps du tour 358
7.3.3 Démarche clinique et démarche de soin, une dimension circulaire 360
8. LES CONCLUSIONS 363
8.1 Réponse à la problématique 363
8.1.1 Discussion en regard de questionnements d'auteurs infirmiers dans la profession 363
8.1.2 Discussion en regard des conceptions quant à l'utilisation des soins infirmiers dans les unités d'hospitalisation temps plein 366
8.1.3 Discussion sur la place de l'informel, comme élément du réel de l'activité, en regard des définitions du travail 369
8.2 Réponse relative au statut épistémologique de l'informel 374
8.3 Perspectives de recherche à partir de nos résultats 377
9. PERSPECTIVES, RESTITUTIONS ET COMMUNICATIONS 379
9.1 Les perspectives 379
9.1.1 Contribution à un modèle de spécialisation infirmière en psychiatrie 379
9.1.2 Contributions à un volet formatif. 381
9.2 Restitution, communications et publication 381
9.2.1 La phase de restitution 381
9.2.2 La construction d'un plan de diffusion 382
9.2.3 La diffusion du rapport de recherche 383
9.2.4 Les communications envisagées 384
9.2.5 Les publications envisagées 384
9.3 Un parcours de praticien chercheur 385
9.3.1 La problématique de la recherche en soins en France 385
9.3.2 Une quête de statut 386
9.3.3 La commission Couty, note en annexe n°5 et n°6 388
9.3.4 Les perspectives pour la recherche en soins infirmiers en psychiatrie 389
9.3.5 Une recherche légitime 392
10. BIBLIOGRAPHIE 393
11 - ANNEXES 405
Liste des tableaux et figures 406
Les outils d'enquête 407
Les contributions 418

PRÉAMBULE

- **Les auteurs**

De formation initiale, Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP) pour l'un et Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) pour l'autre, nous témoignons chacun d'une expérience de trois décennies dans la discipline et d'un long parcours hospitalier en unité d'hospitalisation temps plein, (psychiatrie générale) puis en dispositif ambulatoire de secteur (CMP/Cattp/Hôpital de jour).

Nous appartenons aux deux établissements publics du département du Rhône (69), le Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or pour l'un et le Centre Hospitalier du Vinatier pour l'autre. Nous menons également ponctuellement des activités de formateur, auteur et tuteur pour l'un et de formatrice pour l'autre.

- **Des motivations singulières**

Pourquoi se lancer dans la Recherche ? Nous pourrions rationaliser à cet endroit sur l'importance pour la profession, la réponse aux enjeux et aux exigences de demain, certes ces éléments existent, et ils ont leur pertinence, leur actualité, mais en l'état, ils resteraient désincarnés sans la principale motivation qui réside pour nous dans une double insatisfaction.

- La **première** insatisfaction tient au peu de cas qui est fait de la réalité de l'exercice infirmier en psychiatrie, pris dans l'écart entre ce qui lui est demandé (le prescriptif) et ce que **cela** lui demande (le comment). Alors qu'au quotidien ceux-ci sont au contact, accompagnent, répondent, vivent avec, observent, élaborent, apprennent à connaître, rassurent en intra comme sur les dispositifs de soins ambulatoires. Les infirmiers sont bien en première ligne, ils sont les plus nombreux, ils sont en général aux petits soins et pourtant, ils demeurent à peu près absents dans les textes d'orientations pour notre discipline.

Nous avons également à l'esprit toutes ces situations du quotidien où des collègues, mobilisant leur sens de l'occasion, réussissent à pénétrer l'univers mental de l'autre, dans le sens d'un désamorçage, d'une contenance, d'un apaisement, d'une ouverture quand la tension ou l'angoisse font craindre une condensation. Qu'ont-ils fait ? Où est passé le repérage de ce précieux travail hormis, au mieux, dans le jugement de beauté de leurs collègues de proximité ? Comment être satisfait de voir ces sommes de compétences passés à la trappe ? Comment être satisfait de voir ces savoirs faire écrasés, disqualifiés ou sous-estimés avec une culture psychiatrique qui se perd ?

- La **seconde** insatisfaction tient à la réalité de la maladie, quand la rencontre avec l'autre se dérobe sous le poids de la souffrance, quand nos réponses de mise en place de contrôle du symptôme n'arrivent pas à rompre l'isolement de celui qui est fermé dans son monde.

Comment être satisfait de nos soins quand ils en viennent à échouer dans leur finalité ? Bien sûr, nous butons sur le poids du réel, la force du non réductible, sur cette part d'impossible. De l'autre côté, et en tension avec ces réalités, s'affirme le désir soignant, étayé de nécessaires illusions, qui cherchent à réduire cette part. **Sans ces éléments moteurs, pourquoi être soignant ?** La recherche clinique se présente alors comme un prolongement et constitue une des traductions de ces exigences professionnelles.

Sans doute avons-nous eu la chance de connaître dans nos parcours professionnels des moments et des équipes qui invitaient à la réflexion, qui encourageaient l'expression, qui solidifiaient la confiance. Il est vrai que nous avons connu des réunions pluri professionnelles où nous pouvions confronter nos hypothèses, nos évocations, nos ressentis dans une singularité de parole, qu'autorisent les échanges au niveau de la hiérarchie subjectale. Ces réunions pluriprofessionnelles fonctionnaient comme des temps formatifs, la psychopathologie ouvrait à des explications sur les dynamiques psychiques, ici fécondées par la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle. Nos organisations de secteur et nos orientations de soins se pensaient en appui sur cette dynamique clinique.

Ce bain pouvait nous donner le sentiment, quelques fois vérifié, d'être au cœur d'une problématique humaine. Cette richesse d'avoir connu ces organisations apprenantes, ces ambiances,

qui favorisent la créativité et la responsabilité de chacun, ont aiguisé notre goût pour la clinique et impulsé nos parcours.

L'exercice infirmier en psychiatrie est précisément au carrefour de ce lien théorico-empirique. Empirique par la confrontation au réel et l'ancrage sur le quotidien, théorique par la nécessité de penser les actions et par la confrontation aux situations complexes.

- **Un positionnement professionnel : infirmier *et* praticien chercheur**

La recherche clinique est une exigence et une attitude. Elle procède d'un sentiment d'insatisfaction face à la réalité. Elle procède également d'une attitude, celle de vouloir avancer sur ces questions et de relever « *le défi d'une telle aventure* ». (Françoise Martel, in « La recherche en soins infirmiers, stratégie scientifique et politique de l'infirmière générale », in *Recherche en Soins Infirmiers*, N. º 33, 1993)

Pour le praticien chercheur, l'acquisition de cette place réunit plusieurs particularités :

- L'**adoption d'une posture de rupture épistémologique**. Il s'agit d'acquérir et d'éprouver une position d'étonnement avec sa pratique pour interroger les apparentes évidences, les habitus, les traditions orales et les éléments muets qui vont « *sans dire* » ou « *qui vont de soi* » et qui se retrouvent du coup, *ni dit, ni écrit.* Cette position évoque une démarche d'explorateur.

Cette position est bien décrite par Pascal Galvani quand il constate à propos des praticiens chercheurs *« C'est aussi la confrontation à la logique même de leur problématique qui les amène à transformer leurs représentations et à s'émanciper des préjugés. Le processus de recherche amène le praticien- chercheur à se confronter à ses propres résistances au-delà desquelles se produit une véritable maïeutique du **sujet** chercheur par le **sujet** de la recherche* **».** (« Etudier sa pratique : une autoformation existentielle par la recherche », *Présences,* Revue des pratiques psychosociales, www.uqar.ca, consulté le 26 octobre 2009).

- La possibilité de passer du prurit de questionnements récurrents à des i**nterrogations organisées et appliquées**.

- L'ouverture et le maintien d'espaces de rencontres, de confrontations, de pensées au-delà des murs de son site de travail quand le mouvement actuel est plutôt au repli.

- Le **développement d'un mouvement de va-et-vient, du particulier au général et du général au particulier, ainsi que la confrontation de ses intuitions avec les données d'autres disciplines**.

- La possibilité de rester pleinement soignant, quand la **recherche clinique est un moyen pour prendre de la distance**, c'est-à-dire mesurer sa propre proximité dans les soins.

- L'ouverture à d'autres voies et perspectives d'évolution professionnelle en restant dans le champ de la clinique et cela particulièrement dans la gestion des deuxièmes parties de carrière. Il s'agit de rompre avec cette tendance curieuse qui tend à organiser les achèvements de carrière en dehors du métier d'origine et surtout de le présenter comme une consécration. Cette remarque s'appliquant de manière atténuée aux formations promotionnelles, il n'existe pas de promotion en dehors de l'accès à l'école des cadres. La configuration professionnelle de la recherche génère également **un effet protecteur contre les manifestations d'émoussement du capital compassionnel, et leurs traductions en termes de démobilisation**.

Dominique Friard, dans un article de fond sur la recherche, repère trois niveaux dans une dynamique de recherche en soins infirmiers, dont les deux premiers ne sont pas encore de la recherche, mais correspondent au mouvement d'être en recherche. (Être en recherche permanente, *Santé Mentale*, n ° 55, février 2001, p. 28).

- Un premier niveau plus individuel, proche du sens étymologique du mot recherche (tourner autour) qu'il appelle le furetage. Une situation m'interpelle, m'agace et je me donne les moyens d'aller voir, je cherche des outils pour mener à bien cette étude, « *laquelle s'arrête quand la question dérangeante cesse de démanger* » (*Loc.cit)*
- Un deuxième niveau qui nécessite un cadre d'enquête plus large avec étude, comparaison, recherche bibliographique. L'absence de rigueur est moins importante que la mobilisation et la mise en mouvement d'une équipe ou d'un collectif de travail. Les connaissances mobilisées sont plus importantes et cela peut donner lieu à un article.
- Le troisième niveau correspond à un cursus universitaire de troisième cycle avec une formation méthodologique solide.

Notre parcours singulier nous ferait ajouter un niveau intermédiaire entre les niveaux deux et trois : celui d'infirmiers de terrain avec une activité de praticien chercheur adossée à la validation d'un conseil scientifique.

Souvent à l'occasion de colloques, de réunions, de prises de contact préliminaire avec les établissements enquêtés lors de la présentation de nos travaux d'étapes et de notre démarche, il nous est demandé à un moment ou à un autre, quel est notre directeur de recherche ? Avec quel laboratoire travaillons-nous ? L'ombre de la référence universitaire plane. Nos réponses suscitent alors un air interrogateur dans un premier temps, de celui que génère un conflit sociocognitif.

Infirmiers **et** praticiens chercheurs, les deux qualités sont donc difficiles à apparier, elles s'excluraient mutuellement dans les représentations courantes sur notre profession. Pour nombres d'interlocuteurs, se positionner sur un travail de recherche supposerait de se trouver en extériorité à notre profession, de telle sorte que **notre propos soit reçu à un autre lieu que celui de son énoncé**. Nous gardons avec acuité en référence l'écueil que peuvent représenter ces glissements qu'ont connus certains de nos prédécesseurs, un statut entraînant la non-reconnaissance de l'autre. (Voir à ce sujet, l'article de Frédéric Masseix, « Le mythe de l'infirmier chercheur », *Santé Mentale*, nº 55, février 2001, pp.54-55). Notre positionnement trouve ici un point d'articulation entre théorie et empirie, décondensant l'opposition citée par Henri Bergson « *la théorie sans la pratique est impuissante, mais la pratique sans théorie est aveugle ! »* (L'énergie spirituelle, Essais et conférences, Chapitre 1- La conscience de la vie, Édition PUF, 1919)

Ainsi, les fondements de notre positionnement se trouvent dans cette **conjonction de coordination,** dans ce **et,** infirmiers **et** praticiens chercheurs. Nous avons initié ce travail, choisi la thématique, défini le champ de l'investigation, réfléchi aux outils d'enquêtes, affiné la méthodologie et travaillé à la production de résultats. Fort de la validation du Conseil Scientifique du CH Vinatier (69) et, pragmatiquement, en regard de la mission de recherche infirmière inscrite dans nos compétences (nouvellement définies dans l'annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, il s'agit de la compétence 8), nous avons ensuite sollicité nos hôpitaux.

Pour autant, nous n'avons jamais considéré la recherche comme une simple activité infirmière, on le voit avec cet épisode, nous la concevons comme un positionnement certes professionnel (dans une approche inter professionnelle), mais aussi **éthique et politique**. Nous avons pris l'option de développer des possibles et de rester les pieds enracinés dans la clinique infirmière. Nous avons choisi, à partir de cette légitimité de terrain conférée par la reconnaissance de nos pairs, de dilater de l'intérieur ces espaces liés à nos missions. Nos missions, rien que nos missions, pour être pleinement infirmier.

Notre position est une expression professionnelle et celle-ci s'inscrit dans une logique **d'engagement**, elle ne s'inscrit pas dans une logique de carrière. Être engagé dans ce type de travail n'apporte aucun changement de statut, aucune modification d'exercice, aucun titre, aucun avantage matériel, aucune promotion professionnelle, juste une responsabilité à assumer et une solide charge de travail. Cette expression professionnelle nous permet surtout de prendre l'étendue de la mesure de la confusion entretenue dans notre profession entre compétences et hiérarchie. Déjà, il y a plus de dix ans, Marie France Collière écrivait « *il n'existe actuellement aucune reconnaissance des personnes qui font de la recherche. Celles et ceux qui réalisent ce travail ne reçoivent ni avancement, ni prestation. »* (« La recherche, entre décision de soins et élaborations des savoirs », *in Décisions Santé*, nº 143, p. 14).

- **Objectifs généraux de la recherche**

La recherche scientifique n'est pas une fin en soi, **elle a pour finalité le développement de la connaissance en produisant de nouveaux savoirs ou en validant des savoirs existants**. La recherche est indispensable à l'avancée des disciplines et à la reconnaissance des professions.

Or, si la psychiatrie est une discipline médicale à part entière, elle se distingue de celle-ci par des dimensions spécifiques qui vont façonner et organiser l'offre et les modalités de soins. Nous retenons principalement : la question de l'accessibilité (lié aux effets désocialisant des pathologies), l'importance de la continuité des soins et de la notion de responsabilité dans le dispositif de secteur, l'interaction de la contrainte et de la demande, la faible prédictivité du diagnostic, l'extrême variété des pathologies d'un sujet à l'autre, la place des savoirs expérientiels et le rôle déterminant de l'entourage et des familles dans la prise en charge des patients.

L'ensemble de ces particularités intéresse le champ de la recherche en psychiatrie en général et de la recherche infirmière en particulier. Concernant cette dernière, il nous apparaît important d'explorer son champ sémantique afin de lever des confusions.

La recherche infirmière se caractérise par un centrage sur la profession, ce sont des « *travaux effectués ou conduits par des infirmières pour développer des connaissances professionnelles ou améliorer la pratique* » (Dechanoz.G, Magnon.R, Dictionnaire des soins infirmiers, Pantin, Amiec, lettre R).

La Recherche en Soins Infirmiers (**RSI**) est bien une composante de cette dernière et s'intéresse aux moyens spécifiques utilisés par les infirmiers dans les soins, aux contenus de ceux ci et à leur sens et leurs impacts pour nos patients. **Le soin n'est pas une dimension propre à l'infirmier, c'est un champ commun partagé avec d'autres professions du soin. Avec son ancrage sur le terrain, la RSI contribue avec sa complémentarité, ses observations à faire avancer les soins**. Ancrée dans le domaine des sciences humaines, notre recherche est de type qualitatif, appliquée au domaine des soins infirmiers (méthodologie de recherche en sciences sociales).

Au niveau internationale de la profession infirmière, le Conseil International des Infirmières (CII) a affirmé en 2007 que *« La recherche en soins infirmiers, est indispensable pour générer de nouvelles connaissances et faire progresser les sciences infirmières, évaluer les pratiques et les services existants et apporter des informations qui serviront de repères pour l'enseignement infirmier, la pratique de la profession, la recherche et la gestion dans ce domaine. [...] La recherche en soins infirmiers facilitera aussi une meilleure connaissance des politiques et systèmes qui fournissent effectivement et efficacement des soins infirmiers [...] »*. (« La Recherche en Soins Infirmiesr », Prise de position. CII (2007) : www.icn.ch/fr/presearch99f.htm2007.)

Le développement de la RSI devient un nouvel enjeu en matière de politique de santé. Un bref détour des textes réglementaires va permettre d'en apprécier la pertinence.

- **Le cadre réglementaire : que nous disent les textes**

Il faut attendre la loi portant réforme hospitalière de 1991 pour légitimer une place à la recherche en soins infirmiers (CSSI, projet de soins infirmiers). Les décrets de 1993 régissant l'exercice professionnel infirmier, les ordonnances de 1996 renforcent cette orientation, l'esprit du législateur est de développer les méthodologies de recherche en vue d'analyser et d'évaluer les pratiques de soins. Mais seul un médecin peut être investigateur de recherche clinique.

Cette situation trouve une nouvelle déclinaison dans des textes plus récents, le nouveau décret du 27 juillet 2004 dit de compétences et dans l'attribution nº 2 du décret de 2005 portant sur la mission des CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, Rééducatifs et Médico-Techniques).

En parallèle, les formations initiales, spécialisées et formations de cadres de santé introduisent de 1992 à 1995 un module d'initiation à la recherche à concrétiser par un travail écrit de fin d'études de type recherche. En 2002 les deux dernières formations qui n'enseignaient pas les méthodologies de recherche (IADE et IBODE) voient leur programme réformé en ce sens, et le Diplôme d'État Infirmier voit remplacer les épreuves finales écrites de contrôle de connaissance par le travail écrit de fin

d'études (Initiation à la recherche). On voit ainsi se développer une formation à la recherche en dehors de l'université, dans le cadre de formations professionnelles post-baccalauréat.

Plus près de nous, des évolutions ont eu lieu dans le cadre de la mise en place du nouveau diplôme d'état d'infirmier à la rentrée 2009 avec son changement de paradigme et son intégration au système européen LMD, (Licence, Master, Doctorat). L'initiation à la recherche est reprise dans les Unités d'Enseignements (UE) : 3.4.S4 « Initiation à la démarche de recherche » et 3.4.S6 « Encadrement des professionnels de soins » et ce, dès la première année de formation.

Enfin, et en cohérence avec cette réforme, la question de la Recherche Infirmière vient d'être confortée avec la mise en place d'un PHRI (Programme Hospitalier de Recherche Infirmière) au niveau national, qui peut désormais constituer un cadre d'accueil de ces démarches.

Cette mise en place de PHRI, dans une logique proche des PHRC, a fait l'objet d'une circulaire en date du 28 septembre 2009. (Circulaire N° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009) relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010. Ce cadre concernait l'accueil de dix recherches pour l'ensemble de la profession sur cette première année. Au printemps 2010, ce sont 15 recherches infirmières qui ont été retenues sur les 80 projets présentés pour cet exercice triennal. L'une de ces recherches concerne plus spécifiquement notre discipline. A l'été 2011, le PHRI se voit rajouter un « P » et devient PHRIP en vue d'intégrer les autres professions paramédicales. Sur cet exercice, 113 projets sont déposés (dont 74 de recherche infirmière) et 21 retenus (dont 10 de recherche infirmière), une recherche concerne notre discipline.

On regrettera toutefois que ces appels à projets ne s'adressent qu'aux établissements de santé pouvant bénéficier d'un financement au titre des MIGAC (Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) limitant ou complexifiant des possibilités d'accueil et de financement pour nombres d'établissements de psychiatrie comme les nôtres. L'appel à projets pour 2012 tient compte de cette situation et propose un type de financement alternatif.

- **Un itinéraire groupal**

Nous sommes à la fin des années quatre-vingt-dix, des soignants de trois services représentant les trois hôpitaux psychiatriques du Rhône décident de se rencontrer pour réfléchir aux particularités du travail infirmier en psychiatrie. L'impulsion inaugurale de ces rencontres et l'activation de ce réseau départemental interhôpitaux revient à l'ASCISM (ASsociation des Cadres et Infirmiers en Santé Mentale) dont le siège social est basé à Bron (69). Cette association a pour objectif de contribuer à l'élaboration des savoirs et des pratiques infirmières en psychiatrie ainsi que la promotion de la profession, de formations qualifiantes et du soin infirmier en psychiatrie. C'est à partir de ce cadre initial qu'une quinzaine de soignants se retrouvent alors. Le projet et l'idée, validé par les directions de soins respectives, est de s'orienter vers une démarche de recherche en soins infirmiers. L'idée est présente pour chacun, avec la nécessité d'arriver à s'appuyer sur des données reconnues, des données probantes, et là **tout** reste à construire.

La modestie des moyens, quelques réunions annuelles, des perspectives lointaines et un cadre de travail flottant auront raison de la motivation de quelques participants, des mutations dans les trajectoires professionnelles auront raison d'une autre partie du groupe.

Cette longue période aura été un temps d'appropriation de la démarche de recherche, de redéfinition de notre question de départ sur le cœur de métier de l'infirmier en psychiatrie. Cette expérience d'une temporalité longue fut aussi un enseignement, celui de permettre les opérations mentales de décentrement nécessaire.

Il nous aura fallu nous former, ici auprès de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers. L'ARSI, Association de Recherche en Soins Infirmiers, (Site www.arsi.asso.fr), publie depuis 1985, *« Recherche en Soins Infirmiers »* (-seule revue infirmière scientifique française, référencée sur la BDSP " Banques de Données en Santé Publique" et Medline) elle organise des formations à la recherche et des journées ciblées sur la recherche en présentant des travaux validés.

Ces sessions, auxquelles nous avons participé, furent l'occasion de nouer avec une formatrice (Présidente de l'ARSI de 1999 à 2005) une relation d'appui méthodologique qui ne s'est jamais démentie depuis. Nous avons dû regarder du côté des autres disciplines, préciser et organiser notre cadre de référence, construire notre étape exploratoire.

Cette dernière aura lieu sur les trois hôpitaux du Rhône et validera notre question de départ. Fin 2006, le noyau du groupe se repositionne. Il devient **le Groupe de Recherche en Soins Infirmiers (GRSI),** l'objectif est de présenter un devis de recherche auprès d'un conseil scientifique et c'est logiquement que nous nous tournons alors vers le Conseil Scientifique de la Recherche (CSR) du CH du Vinatier (69).

Le CSR, structure de promotion et d'accompagnement de projet de Recherche **ouverte à tous les soignants,** retiendra, validera et financera notre devis *« Impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie »* pour les années 2007/2010.

La question d'une temporalité longue n'aura pas échappé au lecteur après un parcours de dix années. Il est bien évident que nous ne l'avions pas imaginé non plus. Et pour cause, nous étions en défaut de représentation des différentes étapes et aléas, mais aussi en défaut de référencement à des travaux de même nature. Les capacités mobilisées de constance, de ténacité - les Finlandais parlent à cet endroit de *« sisu »* - sont pour nous, au final, de même nature que celles mobilisées quand nous sommes dans une durée de la clinique lors d'accompagnements au long court de nos patients. **(**Le *sisu*, mot finnois sans équivalent en français, véritable état d'esprit qui décrit un acharnement patient qui permet d'affronter les situations et de mener à bien ses objectifs-Source wikipédia.org).

INTRODUCTION

- **Éléments de contextualisation du problème de recherche**

➢ Le contexte particulier des infirmiers en psychiatrie

Notre réflexion débute en 1999, sept ans après l'arrêt de la formation initiale des Infirmiers de Secteur Psychiatrique (ISP) et quatre ans après l'arrivée des premiers Infirmiers Diplômés d'État (IDE). Le contexte est à une fin de mobilisation, le collectif du même nom, le Collectif National de Mobilisation en Psychiatrie (CNMP) qui a initié nombres d'actions et 26 journées d'ampleur nationale entre 1992 et 1999, dont 8 manifestations parisiennes réunissant jusqu'à dix mille infirmiers, pour les plus grands rassemblements de l'histoire de la profession, voit sa revendication d'équivalence de droit non reprise. L'article 34 des diverses dispositions de la loi portant CMU (loi nº 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle) vient de passer ce 27 avril 1999 scellant et clôturant sept années de mobilisation autour de cette question de principe et d'équité, **dépourvue d'incidence matérielle**. Cette durée nous renseigne au passage sur la force et la profondeur de l'ancrage de ce principe d'équité et sur son ressort identitaire. Derrière le dénominateur commun de cette revendication était posée la question de la reconnaissance et de l'affirmation du soin infirmier en psychiatrie en lien avec la perte de la formation spécifique et déjà la question de la transmission des savoirs.

La structure de mobilisation ne déboucha pas, à partir de son réseau, sur la mise en place d'une structure de réflexion, leurs dynamiques se révélant de nature différente. Beaucoup ont voulu voir dans la **fusion** des diplômes et dans cette consécration de l'infirmier polyvalent le paramètre d'une augmentation substantielle du volume d'heures accordées à notre discipline dans le cadre de la formation initiale des infirmiers. Le souci d'une information rigoureuse aurait nécessité la même énergie et la même exigence dans sa symétrie. C'est à dire dans une communication non unilatérale sur le deuxième paramètre sur lequel était adossée cette réforme, à savoir **la division par trois** des enseignements qui étaient apportés jusque-là à ceux qui allaient se voir placé dans la déshérence d'un cadre d'extinction : les Infirmiers de Secteur Psychiatrique.

En effet, l'arrêté de 1979 portait à 33 mois la durée de la formation initiale, dont une première année commune, et à **1376 heures** l'enseignement théorique de la psychiatrie. Seules **440 heures** de ces derniers enseignements étaient maintenues dans cette réforme du diplôme d'infirmier du 23 mars 1992. La division est vite faite, et ce volume est encore significatif par rapport à la dernière réforme de 2009 où **80 heures** d'enseignement sur les processus psychopathologiques surnagent de ces refontes successives. Cette dernière réforme vise à former des infirmiers *généralistes* qui succèdent aux infirmiers *polyvalents*. L'exercice de la psychiatrie requérant secondairement un complément de formation théorique et clinique dont aucune maquette n'existe à ce jour.

Certes, cette formation renouvelle le paradigme de la formation initiale et le déterminisme socioconstructiviste remplace la pédagogie par objectifs. Sa maquette est en cohérence au niveau européen avec le système LMD (Licence-Master-Doctorat), elle devrait rendre compatible et faciliter les passerelles avec l'université. Nous sommes dans les années de mise en place de cette réforme, et concernant notre métier, les professionnels de terrain ont du mal à relier les éléments de leurs activités avec l'abstraction des neuf compétences. Cette approche se fait donc surtout à partir d'activités clefs qui ne représentent que les aspects les plus repérables de la fonction et dont l'addition ne saurait, à elle seule, définir le métier. Cette difficulté se trouve majorée par un effritement et une érosion continue des savoirs de base et des fondamentaux du soin infirmier en psychiatrie que cette recherche a partiellement pour ambition de caractériser.

Le constat d'une continuité et d'une prévalence de **la logique soustractive** mise à l'œuvre s'impose concernant l'enseignement initial de notre discipline. Le rapport en pourcentage est **de moins -94 % en 20 ans, depuis 1992.** Il ne semble pourtant que ni l'état de la connaissance, ni l'avancée des sciences et techniques permettent de rationaliser cette logique. De même, l'état des

données épidémiologiques (Rapport OMS 2001, 2004), le recensement des besoins de santé et des besoins en expertises ciblées relevant de notre champ disciplinaire ne va pas dans un sens soustractif. Dans un tel contexte, la question de la transmission des savoirs spécifiques à la pratique infirmière en psychiatrie allait logiquement se poser. L'actualité de cette question sera l'objet de deux circulaires, l'une en 2004 sur le respect de l'enseignement de la psychiatrie en formation initiale et l'autre en 2006 concernera la mise en place d'un module *consolidation des savoirs* dont le volet de la mise en place du tutorat apparaîtra novateur. Ces actions s'inscrivent dans le plan Santé Mentale 2005/2010 qui ne prévoit pas leur pérennité. Ce plan prévoyait d'autres mesures comme l'accréditation des Instituts de Formation en Soins Infirmiers et la réorganisation des stages. Ces mesures ont été abandonnées.

Lors de nos premières rencontres, un des objectifs centraux concernait la thématique sur les spécificités du métier. Un terme revient régulièrement dans les discussions pour cerner des pans entiers de l'activité infirmière en psychiatrie. Le terme employé est celui de *l'informel*. Les professionnels s'accordent pour définir leur pratique comme une activité s'appuyant sur les éléments du quotidien, sur une réalité partagée. Ces activités et ces savoirs ne donnent alors pas lieu à un repérage quantitatif et faiblement à un repérage qualitatif. Ces activités et ces savoirs n'apparaissent pas de ce fait comme suffisamment efficients dans les soins. Stéphane Lambert présente ainsi ce constat introductif : *« Les savoirs agis dans la partie la plus étendue des soins infirmiers en psychiatrie, celle qui recouvre une relation de proximité avec la folie, la souffrance des patients, ne sont que partiellement révélés par les énoncés standards des conduites à tenir, les catégories d'interventions stéréotypées liées aux diagnostics infirmiers et les protocoles de service [...] Les éléments les plus subtils des soins sont issus d'un quotidien incertain, difficile à anticiper sans en avoir auparavant été imprégné dans l'expérience, c'est-à-dire sans l'avoir vécu dans la durée* ». (Ouvrage collectif, *« Être là, Être avec, Les savoirs infirmiers en psychiatrie »*, Édition Permanentes, octobre 2006, p. 17.)

Afin de comprendre notre démarche, nous allons aborder des éléments de contextualisation du problème de recherche et identifier notre situation d'appel.

➢ Le contexte général de la psychiatrie

Le contexte général de la psychiatrie est soumis ces vingt dernières années à de fortes transformations. Nous ne procéderons pas à un recensement de ces multiples évolutions et injonctions, parfois contradictoires, de même nous ne chercherons pas à établir l'enchaînement des causes et des effets. Réunir et synthétiser dans un ensemble les différents paramètres de la psychiatrie et des évolutions nous apparaît comme une tâche hors de mesure. En premier lieu parce que nous déduisons de ce constat qu'il n'y a pas d'ensemble de la psychiatrie. Nous renonçons donc à faire tenir ensemble des éléments qui ne peuvent être de fait contenus dans un ensemble sans contours. Nous resterons donc sur des grandes lignes et des constats qui nous semblent partagés. En regard de ce préalable, notre propos témoignera de nos places de professionnels et d'acteurs de terrain ainsi que des points de réalité qui participent à la construction de notre lecture de notre environnement, c'est-à-dire avec leurs traits résiduels de subjectivité.

Nous retenons quatre grands facteurs à cette évolution :

- Une augmentation croissante des missions et des recours à son endroit liés entre autre à l'extension du champ de la psychiatrie à la Santé Mentale (Psychiatrie médico-légale, souffrance psychique, précarité…),
- Des files actives en expansion (plus de 80 % des suivis sont réalisés en ambulatoire),
- Une épidémiologie de plus en plus étendue avec une demande aux contours imprécis,
- Des besoins spécifiques en augmentation pour les enfants, les adolescents et les personnes âgées, doublée d'une segmentation de l'offre par pathologies, les prises en charge post-traumatiques, les unités dédiées à la nosographie des différents troubles psychiques, etc.

Un éloignement dans la référence au principe du secteur

Le secteur a été une organisation novatrice dans sa référence à une logique de territorialité. Ce système organisateur assure la continuité des soins, de la prévention au dépistage, des soins hospitaliers et des soins curatifs aux soins de post cure, enfin des soins ambulatoires aux soins de réadaptation. Trois maîtres mots viennent affirmer les principes organisateurs du service public de psychiatrie avec sa référence au secteur : la **proximité** et son corollaire, l'accessibilité aux dispositifs par des offres de soins à bas seuil, la **continuité** à travers la mise en place de dispositifs, diversifiés et complémentaires, qui accompagne les trajectoires de soins et la **responsabilité** qui passe par l'assurance du maintien des continuités relationnelles, en direction du patient, de sa famille et des partenaires, c'est-à-dire une base de cohérence des soins. Ces continuités personnalisées assurent une référence, un ancrage contextuel et un repère de stabilité qui ne permettent pas une interchangeabilité répondant à des « tics » de mobilité.

Nous citerons le décret (nº 86-602) et l'arrêté du 14 mars 1986 portant sur les équipements et services de lutte contre les maladies mentales. Ce dernier liste les différents lieux de soins dont peuvent être équipés les secteurs ou les inters secteurs de psychiatrie. Ce texte vient prendre acte et consacrer, dans un cadre juridique, le secteur et ses structures de soins. En ce sens, il vient faire césure avec la tentation de la référence hospitalocentrique et garantit l'ouverture des interventions de soins en psychiatrie. Le secteur devient une entité, une unité de référence au sein de laquelle les différentes structures de soins, dont les unités d'hospitalisation temps plein, s'articulent. Et l'on ne peut articuler que ce qui est distinct.

Cette référence unitaire et la possibilité laissée aux équipes de construire leur politique de santé mentale se sont montrées structurantes au même titre que l'obligation d'accueillir tout patient relevant de son champ d'intervention. L'effet-cadre de cette organisation active la structuration de la fonction éthique quand elle invite à ne pas se défausser de la demande sur le prétexte d'une indication inadéquate à la structure d'accueil. La tentation de l'évitement au nom d'une institution « idéale » lors de la confrontation à des situations complexes est toujours présente. Elle se trouve sûrement activée avec une offre surspécialisée qui peut alors organiser et légitimer cet évitement.

Il est vrai que cette référence au secteur a connu un usage polysémique auprès des professionnels comme des publics. Cette polysémie s'attachant à surdéterminer une des caractéristiques de cette conception au détriment des autres, le territoire sur les principes, les moyens sur le mode d'organisation, etc. Or, le projet du secteur consiste à maintenir ensemble et dans un ensemble qui le contient, ses différentes composantes et les déclinaisons des différentes qualités de ses attributs. Cette visée constitue le projet du secteur, même si au final les développements se sont montrés inégaux, beaucoup d'équipes n'ont pas démérité et d'autres n'ont pu ou voulu égaler cette ambition. Nous remarquons que l'échelle du secteur avait été pensée à « taille humaine » au niveau de l'aire géographique et de la taille de l'équipe. Que veut dire cette dernière expression, *à taille humaine,* que l'on entend fréquemment ? Quelle serait cette échelle référentielle où l'homme serait convoqué par le centrage sur son humanité comme unité de référence ? En quoi perdrait-elle ses aspects humains ? Si l'on souhaite accepter dans la plénitude de son sens cette assertion, la taille humaine nous apparaît comme la taille critique au-delà de laquelle les relations interpersonnelles de tous ses membres ne sont plus possibles à l'intérieur d'un ensemble qui les contient. Nous passons alors de relations interpersonnelles, interindividuelles à des relations fonctionnelles et nous passons de la parole à la communication.

Un saut de logique dont Jacques Lacan nous disait *« Lorsque le langage devient trop fonctionnel, il devient impropre à la parole »*. (*« Fonctions et champ du langage et de la parole en psychanalyse »,* in Écrits, éditions Le Seuil, 1953, réédition 1996.)

Autrement dit, nous passons d'un potentiel de circuits courts à des circuits longs, fonctionnels et bureaucratiques où les lignes décisionnelles s'éloignent des acteurs de terrain. Cette donnée de dépassement d'une taille critique entraîne mécaniquement un accroissement des temps de coordination et de réunions **pour ré-unir**, ou unir à nouveau, ce qui, *in fine,* se désunit. Ce qu'il s'agit de réunir, n'est-ce pas toujours au final, l'adaptation des moyens à la définition de la tâche primaire ? Celle-ci nécessitant alors un besoin renouvelé de définition du fait même de cet éloignement structurellement

provoqué. Il n'est pas sûr que l'importation vers la psychiatrie d'une organisation par pôle issue d'une logique MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), ait tenu compte de ces particularités et qu'elle réponde à ces besoins précis. La loi PHST prive d'effet la référence au modèle d'organisation de la psychiatrie par sectorisation sans pour autant que les textes organisateurs de cette dernière n'en soient explicitement abrogés. Cette situation **d'incohérence juridique** contribue à priver la psychiatrie de perspectives globales. La Cour des Comptes souligne en décembre 2011 cette déshérence progressive de la sectorisation et pointe ses effets délétères ; *« Le flou qui s'est progressivement instauré sur le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie a contribué à une démobilisation de ses acteurs ».* (Rapport public thématique de la Cour des Comptes *« L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "Psychiatrie et santé mentale "2005-2010 »*, Communiqué de presse, décembre 2011, www.ccomptes.fr).

Pourtant, c'est bien en fonction de ces éléments cités plus haut qui fixent une unité de référence et un centre de gravité que nous parlons d'activation de la **perte de la référence au secteur.** Cette référence structurante pour les équipes est entendue dans le sens que lui donne Patrick Chaltiel : *« Le secteur ne vivra que s'il s'améliore sans cesse. Le secteur n'est pas un "état" mais un "processus" ».* (« 50 ans de secteur...Pourvu que cela dure... », *Santé Mentale*, n°147, avril 2010, pp 10-12, p.11). Nous parlons, pour notre part, du secteur à partir de la réunion d'un triple repérage constituant des acquis à pérenniser:

- Le secteur comme principe de fonctionnement en termes de ressources. Nous entendons par ressources les logiques de moyens en termes matériels et les ressources immatérielles. Ces dernières sont représentées par les principes d'actions, les valeurs de service public et les conceptions des soins qui organisent la politique de soins en santé mentale localement.

- Le secteur comme modalité d'organisation de l'offre publique et de planification (le recensement continue des besoins permet l'adaptation de l'offre). C'est-à-dire, le secteur comme unité territoriale de planification sanitaire.

- Le secteur comme territoire avec sa délimitation à échelle humaine au niveau de l'aire géographique et de la taille d'équipe.

Un flottement durable dans les orientations

L'inflation dans le champ des réformes que connaît notre société n'exclut pas la psychiatrie. Pour cette discipline aussi, leurs effets additionnels peuvent donner un sentiment de tourbillon et de saturation. Le cadre législatif a connu de nombreuses évolutions, la loi sur la place et le rôle des usagers, 1995-la charte du patient, loi de 2002 et 2004, loi de 2005 sur la reconnaissance du handicap psychique pour ne citer que les plus emblématiques et les plus positives.

Nous avons repris les différents rapports que notre génération a connus et de leur collection émane un sens particulier. Il existe une faiblesse des orientations quant à une politique publique de psychiatrie dans la hiérarchisation des critères (objectifs et problèmes), hormis ceux souvent caricaturaux quand ils ne sont pas stigmatisants, concernant le versant sécuritaire de notre discipline. Alain Ehrenberg dans la préface de l'ouvrage de Livia Velpry introduit également ce constat : *« La psychiatrie publique [...] a connu, malgré la succession de rapports et de recommandations, une grave crise intellectuelle pour concevoir et mener une politique publique ».* (*« Le quotidien de la psychiatrie ; sociologie de la maladie mentale »*, Éditions Armand Colin, Paris, 2008, 330 pages, p. 11). Son propos se fait même plus tranchant *« [...] On ne peut guère dire que l'offre politique indique une quelconque direction permettant de sortir du désarroi et de la confusion qui règne aujourd'hui ».* (*Ibid.*, p. 11).

Nous avons relevé les nombreux rapports d'orientation de ces trente dernières années dont nous avons été les témoins. Pour mémoire, nous citerons Gallois et Taïb (1981, l'organisation du système de soins), le rapport Demay (1982), le rapport Zembrowski (1986), le rapport Peigné (1991), le rapport Massé (1992), le rapport du Conseil Economique et Social dit rapport Joly (1997), le rapport de la Cour des Comptes (2000), le rapport Piel/Roelandt (2001), le rapport Cléry-Melin (2003), plus

près de nous le rapport du Sénat (2007/2008) et pour les derniers en date, le rapport Couty (2009) et la Cour des Comptes (2011)..

Nous relèverons la déception liée à ce dernier rapport en date, rédigé par Édouard Couty (voir également au chapitre 9.3.2) qui fait l'économie d'une analyse des politiques publiques de santé mentale et de l'évolution des moyens face à une demande en augmentation. Le volet organisation des soins, en instaurant une rupture de continuité entre l'extra et l'intra, a préparé l'intégration de la psychiatrie dans l'organisation PST (Patient, Santé, Territoire). Ce n'est pourtant pas trop de secteur qui affecte la psychiatrie, il n'y a pas d'erreur de conception dans cette organisation des soins, mais un secteur insuffisamment développé et soutenu. L'évolution du secteur n'est pas un problème, il en est la solution. Ce document devait être un « rapport des rapports ». La documentation importante, les apports de qualité, ainsi que les **convergences des professionnels** qui ont alimenté cette commission sont restés, au final, bien peu exploités et le rapport en lui-même apparaît vite oublié confirmant, à ce jour, un destin plus proche de l'étagère que d'un impact organisationnel.

Il existe donc un **flottement durable** dans des orientations fortes pour la psychiatrie. Pourtant, le champ sensible de l'exposition et de la confrontation humaine intrinsèque à notre discipline nécessiterait et bénéficierait de l'effet-cadre (effet de contenance et de structuration identitaire) constitutif de l'affirmation de **valeurs républicaines fortes et fondatrices**. Cette perspective est ouverte dans le rapport de la Cour des Comptes (2011) quand elle en appelle à une remobilisation à fournir *« afin de soigner chaque patient avec la dignité à laquelle il a droit en France »*. (Op.cit, p.3).

La psychiatrie, ses usagers et ses professionnels valent bien une grande loi d'orientation à l'image des débats nourris de l'assemblée constituante en 1838 lors de l'élaboration de la loi éponyme, plutôt que des lois parcellaires en réaction le plus souvent à des drames. Nous remarquons que la dernière loi nº 2011-803 du 5 juillet 2011 « *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »* n'a pas échappé à ce constat. D'abord dans son énoncé, l'affirmation du souci de protection s'affiche avec une intention si avérée qu'elle laisse entendre dans l'interligne une dilution potentielle de la référence sanitaire dans des préoccupations d'ordre sécuritaire. Ensuite avec le constat d'une préséance, celui de la mise en place difficile, coûteuse en ressources soignantes de cette loi **en préalable** à un second temps, celui de la réunion d'une commission de propositions et d'orientations d'une politique publique pour la psychiatrie au niveau national en vue du plan santé mentale 2012/2015. Ce constat est également porté en décembre 2011 par la Cour des Comptes dans la première de ses recommandations ; *« En premier lieu, la définition, au sens du code de la santé publique, **et la mise en œuvre d'une mission de service publique visant l'ensemble de la psychiatrie** (au lieu de la seule hospitalisation sans consentement comme jusqu'à maintenant). Cette clarification devrait préserver les acquis de la sectorisation [...]).* (Op.cit, p.3).

Des éléments exprimant les tensions persistantes

Cette tension se traduit par des lignes de crise qui s'expriment durablement dans notre paysage disciplinaire et le nombre de rapports atteste de ce malaise.

Nous retenons, pour notre part, le blanchiment progressif de son champ disciplinaire et du fait psychopathologique qui tranche avec son retour bruyant, par effraction, sur la scène sociétale évoquant une des formes du retour du refoulé pour l'associer avec ce concept freudien. Nous nous expliquons en quelques mots, depuis 1984, la psychiatrie ne fait l'objet d'aucune mention dans les textes de loi les plus conséquents, rien en 1991 avec la loi portant Réforme Hospitalière, pas de mention avec les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ; La loi de 2002 fait évoluer le droit des malades, mais ne s'intéresse pas au malade mental et *« Ce n'est pas le nouvel étendard de la législation sanitaire, la loi "Hôpital, patients, santé et territoires"(HPST), qui change la donne* » ponctue Dominique Letourneau. (« Regard subjectif sur 30 ans de politique psychiatrique », *Soins Psychiatrie*, nº 267, mars/avril 2010, pp.16-19, p. 17.)

Ou plutôt, cette absence de mention de la psychiatrie n'est démentie que lorsqu'il s'agit de faire tomber petit à petit, ses dénominations spécifiques. Nous pensons au S des CHS (Centre Hospitalier Spécialisé) qui deviennent des CH en 1991, à l'arrêt de l'internat en psychiatrie (CES)

pour les médecins, à la promotion de l'infirmier polyvalent qui succède à l'Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP) qui perd ainsi sa référence d'appartenance à son champ disciplinaire. Dans le même temps les psychiatres deviennent des praticiens hospitaliers, le cadre infirmier en psychiatrie devient lui cadre de santé et nul besoin d'une formation, de connaissances ou d'une acculturation pour venir travailler en psychiatrie pour ces professionnels. L'entreprise et l'ambition de nos aînés, les pères fondateurs du secteur, ont-elles été égalées ? L'entreprise désaliéniste de Lucien Bonnafé serait-elle arrivée à son terme avec un malade mental, des professionnels et des lieux de traitements non stigmatisés ? Ce gommage des spécificités voudrait le laisser croire. Ces coups de gomme se font au nom du droit commun, d'une *dé stigmatisation* de bon aloi doublée d'une absence de référence spécifique à la psychiatrie dans les textes, laquelle procède au final d'une forme de dénégation. Les voies de cette dernière sont alors porteuses de renseignements. En premier lieu desquels, le blanc laissé par le gommage ne remplace pas une réflexion plus en profondeur sur les représentations sociales de la maladie mentale, des personnes qui en souffrent et des soignants qui ont en responsabilité l'adaptation des soins.

Des représentations sociales défavorables chez le public et les professionnels de santé

Que nous disent alors les études sur l'état des représentations sociales pour apprécier ce phénomène ? Et bien simplement, rien de nouveau, elles demeurent inchangées dans leurs dominantes négatives. Jean-Luc Roelandt a coordonné la vaste enquête sur *La santé mentale en population générale : images et réalités*. Cette enquête de très grande ampleur s'intéressait aux représentations sociales autour de trois mots d'entrée : le fou, le malade mental, le dépressif. Elle comprenait également un volet épidémiologique. Il commente dans un article *« Des représentations archaïques » : « Pour la majorité des personnes interrogées, il n'existe pas d'autre lieu pour soigner un "fou" que l'hôpital psychiatrique, même pour un proche. Cette représentation renvoie à une conception largement dépassée des troubles mentaux [...] »*. (*Santé Mentale*, nº 61, octobre 2001, pp. 13-16, p. 14.). La représentation qui lie violence (meurtre, inceste, viol) et folie est conséquente et le lien est établi pour 46 % de la population. La notion d'exclusion est très présente *« Ils sont près de 90 % à penser qu'il (le fou Ndr) est exclu à la fois de son travail et de la société [...] »*.Celle d'incurabilité n'est pas loin *« Les personnes pensent qu'il est extrêmement difficile de guérir un "fou". Seuls 10 % estiment qu'une telle personne peut guérir totalement »*. (« La santé Mentale en population générale, images et réalités », Drass Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Info Stat*, nº 9, avril 2009, p.10 www.santé.gouv.fr , consulté le 19 novembre 2011). Ce chiffre passe à 20 % pour le terme « malade mental ». Le terme dépression n'enregistre pas ces résultats, il permet une identification qui vient éloigner *« La projection, "c'est l'autre qui est fou, moi je suis sain" »* (*Ibid*., p. 15.). Enfin, ce constat était repris dans le plan santé mentale 2005-2010 comme un élément retardant ou freinant l'accès aux soins avec ses conséquences en termes de perte de chance dans le parcours du patient.

Le fond commun de ces représentations stéréotypées est également véhiculé par les médias qui assurent de ce fait leurs maintenances. Nous remarquons à ce propos que le champ lexical utilisé (référence à l'asile, à la démence, etc.) nous renseigne plus sur l'état des représentations du commentateur ou du présentateur qu'il ne renseigne sur la réalité décrite. Cette prévalence des représentations stéréotypées est objectivée lors d'une recherche citée par Marc Oeyhausen. (« Stigmatisation en Psychiatrie : le poids des médias », *Rhizome*, n°42, septembre 2011, p.14). Celle-ci fut effectuée à partir du moteur de recherche « Lexis Nexis® » et releva de manière longitudinale sur 12 mois auprès de sept journaux nationaux les articles consacrés à la psychiatrie : *« On trouve […] 52 articles qui ont utilisé les mots clés "psychiatrie" et "violence", 48 articles "psychiatrie" et "danger". Dans le même temps, seulement 12 articles ont évoqué dans un même sujet les termes "psychiatrie" et "logement", 3 ont parlé de "psychiatrie" et "rétablissement". Pour le terme "maladie mentale", les résultats sont équivalents»*. **Quelle place reste-t-il pour l'ordinaire de la psychiatrie ?**

Après les représentations dans la population générale, que nous disent les représentations de la psychiatrie chez les professionnels de santé ? Denise Chevallet, Philipe Dunezat et une promotion d'étudiants ont relevé cette interrogation lors d'une recherche-action (2007). Leurs situations d'appel portaient sur le constat *« [...] de l'existence d'un lien entre le regard porté sur les soignants en psychiatrie et celui porté sur les patients, vécu dans les deux cas comme porteur de représentations*

plutôt dévalorisantes chez nos futurs collègues rencontrés au hasard des stages pour les étudiants et des évaluations sur le terrain pour les cadres formateurs». (« Psychiatrie, Stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel», *L'information Psychiatrique*, Vol. 83, nº 8, octobre 2007, pp. 675-681, p. 676). Leurs résultats confirment leur situation d'appel *« Les résultats ont permis de conclure à des représentations défavorables chez **tous** les soignants, avec une perception comme générateur de perte de savoir technique, renvoyant à la violence avec une charge de travail moindre»* (*Ibid.*, p. 675). Des professionnels de santé, formés et soumis à des règles déontologiques et porteurs de représentations proches de celles du grand public. Cet état de fait amène le commentaire suivant chez ces auteurs : *« L'analogie des représentations de la santé mentale et du soin (tâche technique dissociée de son support relationnel) avec celle du grand public chez des professionnels étant amenés à soigner des patients atteints de troubles psychiques est un élément fort, qui laisse supposer l'ampleur du travail à faire, pour que la pathologie mentale puisse ne plus être stigmatisée»*. (*Ibid*., p.680.)

Au moment où cette étude a été réalisée, nous sommes quinze ans après la réforme des diplômes de 1992, la moitié des professionnels de terrain en activité sont donc issus de cette formation lors de la réalisation de cette recherche. C'est-à-dire qu'ils ont dû faire des stages et recevoir un enseignement en psychiatrie au titre de leur formation initiale. Nous pouvons remarquer alors que la fusion ne représente pas l'intégration croisée et harmonieuse de cultures différentes, mais plutôt l'écrasement d'une culture par une autre**. La prétention à la polyvalence sur ce point intégratif se voit opposer un démenti dont l'aspect cinglant touche ici à un échec**. Il existe dans cette recherche, une immuabilité du noyau central des représentations sociales. (Voir à ce propos, conclusion de la partie 6.4, niveau d'investigation patient) et un travail sur ces dernières nécessite une temporalité (de stage notamment) plus longue au contact d'une pratique réflexive soutenue.

À notre sens, ces aspects reposent sur une confusion majeure dont ce rapide état des lieux témoigne. **Une confusion entre l'homme et la maladie**.

- **Oui**, et nous l'affirmons haut et fort, l'homme (ou la femme) souffrant de maladie mentale est un homme, sujet en droit et en devoir et à ce titre *« Il est raisonnable de croire en la disparition de la plus grande des souffrances et des injustices : celle de ne pas pouvoir être vu comme sujet à part entière, parce que malade»*. (*Ibid*., p.681.)

- **Non,** la maladie mentale n'est pas tout à fait comme les autres dans le sens où elle nécessite des dispositifs de soins, des formations, des compétences et des modalités de soins qui lui sont propres.

En regard de ces enseignements, nous notons que le rabattement régulier de la première affirmation sur la deuxième participe à une confusion qui ne soutient en profondeur, au final, **aucune de ces deux affirmations**.

C'est globalement sur ces constats que la discipline, avec 2000 représentants des différents métiers, se réunissait à Montpellier en juin 2003 lors des États Généraux de la psychiatrie pour trois journées de réflexion, de mobilisation et de propositions. Ces dernières resteront sans effets.

Notre compréhension du contexte est la suivante, ce dernier réunit d'une part un blanchiment de la psychiatrie, de la maladie mentale, avec la régression de la réflexion sur *l'interrogation de la folie* et d'autre part des représentations sociales normatives et sans évolutions quant à leurs noyaux durs.

En décembre 2004 survient le drame de Pau. La sauvagerie du meurtre de nos deux collègues connaîtra un retentissement national sans précédent projetant comme par effraction sur la scène sociétale à la fois une réalité de fait psychopathologique dans son rictus pétri par l'effroi et l'état de la psychiatrie publique. Aucun des drames avec meurtre de soignant (infirmiers et un aide soignant) survenu les années précédentes, connu un tel retentissement, la confidentialité restait de mise, Pessac (1997), St Jean De Bonnefond (juillet 1999), Lyon le Vinatier (avril 2002), Antilles françaises (2003), Uzès (septembre2004).

Le drame de Pau a atteint et a meurtri bien des soignants dont nous sommes. Il a donné lieu dans ses suites à une prise en compte par le politique qui s'est traduit par le plan santé mentale 2005/2010. Il a également donné lieu à un traitement de la psychiatrie, médiatique et politique, s'engouffrant trop souvent par la porte desservant le côté sécuritaire de la discipline. Un abord majoré

par le sensationnel, s'appuyant sur un émotionnel bien légitime et le relayant sans mesure, alimentant le fond commun que nous évoquions précédemment, mais au détriment d'une réflexion au cadrage plus général qui est restée désertée. La dilution de la référence à la psychiatrie n'entraîne pas la dilution de la maladie.

Enfin et non sans lien avec ce contexte de mise en tension de la psychiatrie, nous retenons également les confrontations récurrentes sur la scène psychiatrique française, quand ce ne sont pas des affrontements, où s'opposent des conceptions de la pathologie et donc des prises en charge. Une polémique dont Alain Ehrenberg remarque *« [...] dans la foulée de l'ancrage des neurosciences* et *du paradigme cognitif : aux partisans "du sujet parlant "s'opposent ceux du "sujet cérébral" dans un jeu de miroir qui ressemble d'ailleurs à la traditionnelle "querelle du sujet" des philosophes»*. (*« Le quotidien de la psychiatrie ; sociologie de la maladie mentale»*, Éditions Armand Colin, Paris, 2008, p.11.)

Même si la culture infirmière en psychiatrie se constitue sur un pragmatisme qui se construit par un abord plutôt intégratif de ces différents modèles ou théories, il ne s'agit pas de renvoyer dos à dos ces thématiques et ses acteurs au nom de lointaines querelles picrocholines. En effet, et même si nous ne développerons pas plus avant ce point, nous laisserons parler nos résultats, nous remarquons que derrière ces orientations se définissent des modèles et des visions de l'homme. **Ce qui n'est pas le moins dans un métier de l'humain où la question du sens du travail et de l'action et du sens du symptôme se réfère justement à l'intériorisation et à l'internalisation de ces conceptions.**

Du côté des acteurs médicaux et infirmiers.

Le paysage des professionnels aujourd'hui :

Le nombre de psychiatres connaît une diminution, celle-ci devrait s'accroître avec une réduction programmée du nombre de psychiatres, de 13000 à 8000 en 2020. Concernant le service public de psychiatrie, les postes vacants représentent environ un cinquième des 6000 postes budgétaires alloués. (Soit 1155 postes au 1er janvier 2009, selon le rapport public thématique de la Cour des Comptes *« L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "Psychiatrie et santé mentale "2005-2010 »*, décembre 2011, p.92, www.ccomptes.fr). D'autres parts le déficit d'attractivité du secteur public au profit du libéral est régulièrement souligné ainsi qu'une répartition très inégale de ces derniers sur le territoire national.

Les infirmiers en psychiatrie représentent 51100 postes équivalent temps plein en 2009. (*Ibid,* p.95). En 2007, Magali Coldery constate pour la Drees ces évolutions démographiques depuis 1989, elle note que le nombre des *« personnels non médicaux a en revanche diminué de 10% sur la période, malgré la forte croissance de la file active par secteur (de 900 à 1500 patients en moyenne) »*. (« Le personnel des secteurs de psychiatrie : état des lieux et évolution depuis 1989 », *in La prise en charge en santé mentale*, Drees, la Documentation Française, 316 pages, p.110). Soit -10% des moyens pour +66% d'augmentation de l'activité en termes de file active et -94% de contenus en formation initiale. Nous parlions précédemment d'un blanchiment de la psychiatrie qui devient une discipline comme les autres, sauf sur le plan des moyens et de la formation, donc.

La disparition du cadre des formations initiales spécifiques avec la réforme de 1992 entraîne la disparition progressive des Infirmiers de Secteur Psychiatrique, celle-ci s'est accentuée après les réformes des retraites en 2003 et 2010 qui ont précipité des choix de départ dont l'avenir nous dira s'ils ont été compensés par le choix de la classe A d'une faible partie des ISP. Ces évolutions ont accéléré en conséquence un renversement des populations infirmières exerçant en psychiatrie. Les IDE sont devenus très nettement le groupe majoritaire suite au départ des ISP qui parfois même n'existent plus au sein des équipes soignantes. Nous assistons à des constitutions d'équipes très jeunes, et nous nous en réjouissons, mais nous constatons alors une absence de mixité générationnelle. Le statut d'ancien vieillit mal et rajeunit par voie de conséquence. Il s'acquiert sur un faible nombre d'années. La dialectique des anciens et des nouveaux demeure, mais elle se base alors sur une faible amplitude

en termes d'années d'écart. Ce sont les aspects transgénérationels (plusieurs générations) et surtout intergénérationnels (deux générations) qui tombent.

- **La situation d'appel**

Les éléments développés précédemment se sont intéressés au contexte général de la psychiatrie sur ces dernières années. Nous n'avons pas fait l'économie de ce détour tant il nous semble, à l'instar de Dominique Letourneau que *« Cependant, sur ces 30 dernières années, c'est autour de la question infirmière que s'est jouée la conception de la psychiatrie».* (Op.cit, p. 18). Nous avons noté la logique soustractive concernant notre discipline que l'on retrouve lors des réformes de la formation initiale, notre auteur remarque dans le prolongement de ce constat *« Cet abandon des infirmiers ne part pas d'un débat de fond, pas de comparaison possible avec les travaux du Groupe de Sèvres en 1958»*. (Op.cit, p. 18.) Initié par Georges Daumezon, ce groupe s'intéressa à la formation des infirmiers et les divergences sur la participation des infirmiers à la psychothérapie eurent raison de sa pérennité. Nous allons maintenant resserrer la situation d'appel à l'intérieur de ce contexte. Outre les éléments en lien avec la disparition de la formation initiale spécifique, la réalité du travail infirmier et de sa mesure constitue le deuxième élément central de cette situation d'appel :

- **Des situations en lien avec la difficulté de repérage** du travail réel des infirmiers en psychiatrie. Parmi les différents paramètres de cette difficulté, nous retenons :

- Un constat partagé sur la répartition des temps de travail infirmier en intra hospitalier en deux grandes catégories, les activités de soins programmées donnant lieu à une visibilité et les activités non programmées qui restent dans l'ombre des organisations.
- L'accord porte sur l'importance quantitative de la seconde et est validé autour d'un travail initié et formalisé par le secteur 69G15 de l'hôpital Saint-Jean de Dieu. Cette étude qui a alimenté les premières réflexions de notre groupe est tirée de « L'exploitation des données relatives à l'activité infirmière dans les unités fonctionnelles du secteur 69G15» lors des travaux d'extension du PMSI à la psychiatrie (Année 1998/1999/ Document interne au CH St Jean de Dieu, Secteur 69G15/ Didier CASE).
  Celui-ci observe qu'entre 50 % et 75 %, l'activité infirmière n'est pas repérable ou repérée et ces données sont confirmées par d'autres sources « Que fait-on qui n'est pas le faire ?» (Gérard Anselme, Jean-Paul Lanquetin, Philippe Quinet, « Les soins infirmiers en intra hospitalier», *Soins psychiatrie,* nº 194,1998, pp. 26.)
- La mise en place des outils d'enregistrement de l'activité à travers notamment le PMSI et ses travaux qui prennent en compte les actes et les actions d'une durée égale ou supérieure à 10 minutes.
- Toutes les actions d'une durée inférieure à 10 minutes liées le plus souvent à la gestion de la vie quotidienne, au travail de liaison et d'articulation, à l'ouverture à la relation, à l'observation pour n'en citer que quelques-unes n'apparaissent alors pas. Cette part importante, cette *« dimension capitale»* (Molinier Pascale, citée par Madeleine Monceau, *« Soigner en Psychiatrie, Entre violence et vulnérabilité»*, Des pensées et des actes en psychiatrie, Ed Gaëtan Morin, 1998, 1996, p. 116.) de la réalité de travail des infirmiers (ères) *« reste négligée, méconnue de tous, utilisateurs ou partenaires de travail»*. (Op.cit., p. 116.)
- Cet écart entre temps comptabilisé et le vécu des soignants est également relevé avec l'utilisation de la grille EDGAR.
- Enfin, la mise en place des 35 heures et la réorganisation des temps de travail qui les ont souvent accompagnées se sont traduites par un tassement ou un écrasement des temps « mous», des temps « morts» ou intermédiaires.

Nous avons vu que la répartition du temps de travail infirmier, particulièrement en unités d'hospitalisations, laisse apparaître deux types d'activités. La première est liée aux activités de soins programmées et la seconde aux activités non programmées. Nous connaissons l'importance quantitative de cette dernière et nous savons que l'exercice infirmier hospitalier peut être composé à plus de 50 % de temps non identifiés. L'organisation des soins en termes de densité d'activités laisse

donc une place importante à *l'informel*, le plus souvent lié aux aspects de la vie quotidienne et de sa gestion.

La question de l'abord et de la quantification de ce que peut recouvrir l'informel varie suivant les modes de repérage de l'activité. Michel Nadot a classé l'activité infirmière en 14 groupes de pratiques. Il relève que quatre de ces groupes (pratique de collecte d'information, pratique de gestion et de coordination, pratique de régulation, pratiques professionnelles de la relation) peuvent être regroupés sous un chapeau *pratiques informationnelles.* Il note alors que cette dernière peut représenter jusqu'à « ***72 % de la journée de travail*** *d'une infirmière (Nadot et autres, 2002) »* (*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)

Une étude ergonomique menée par L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) et publiée en 2007 porte sur les études de charge mentale et de charge psychique chez des infirmières et aides soignantes de 10 services de soins en milieu MCO. Cette étude répertorie l'organisation du travail de manière fort intéressante pour nous, elle repère des catégories voisines à l'étude précédente, mais avec une finesse ajoutée dans la codification. En effet, elle distingue les soins directs et les soins indirects et pour cette dernière catégorie, elle isole les soins indirects **en lien** avec un soin direct (SIL) et celles **non en lien** avec un soin direct (SINL). D'autres catégories secondaires sont indiquées, les pauses, les aides à une collègue et les « autres». Leurs constats montrent que *« les soins directs ne dépassent pas le plus souvent 30% du temps de travail. »* (Estryn-Behar, M., Fouillot, J-P, *«* Analyse du travail des infirmières et aides soignantes dans 10 services de soins» in « Étude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant», *Étude Ergonomique*, INRS, pp.131-144, p.133.)

Dans cette étude les SIL (préparation, rangement, etc.) et les SINL (Recherche d'informations, réapprovisionnement, opérations de désinfection, etc.) représentent 50 % du temps. Les pauses et autres représentent 16,5 % et l'aide collégiale 3,5 %. Cette approche rejoint celle de Michel Nadot, la partie indirecte des soins **représente 66, 5% du temps**. Des modes de calcul et d'approche différents, des catégorisations hétérogènes, mais un constat partagé sur **l'importance quantitative sensiblement équivalente** des groupes que nous repérons sous l'approche programmée et non programmée. Nous notons comme un argument complémentaire la particularité de ces deux études de s'intéresser au champ général de l'activité infirmière sans s'arrêter sur le champ des soins infirmiers en psychiatrie.

Enfin, l'IGAS dans son enquête menée en 2007 sur l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie, s'intéresse aux différents personnels, dont les infirmiers. Leurs résultats généraux prennent en compte les structures ambulatoires et d'hospitalisations temps plein et les différents temps d'équipes (Matin, Après midi et Nuit). La répartition constatée ci-dessus se confirme, le temps direct représente 50,4 %, le temps indirect 41,1 % et pour ces observateurs le temps personnel 8,5 %. Nous notons qu'un certain nombre d'actes relevés au titre du soin direct sont de l'ordre de la logistique et de la tâche (pour 11,2 %) portant à notre lecture le temps direct final à 39,2 %. Soit **60,8 % pour les aspects non direct**. (Strohl, Hélène, Bastinelli, Jean- Paul, Laurand, Gérard, Planes-Raisenauer, Christian membres de l'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 la DHOS -033P, juillet 2007, pp. 41-42).

- **Une émergence de cette question au niveau ministériel.**

Notre propos et notre intérêt se portent alors sur la volonté d'essayer d'éclairer des pratiques peu ou pas formalisées, maintenues dans l'ombre des organisations au quotidien, et de ce fait peu visibles. Pour notre part, nous établissons le lien entre ce défaut de visibilité et le constat que ces zones d'exercice ont peu donné lieu à expertise.

Ces zones de compétences ont été soulignées, et ce, à différentes reprises par Mr Douste-Blazy alors Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille notamment. Nous avons souligné, au vu des

développements précédents du contexte général, à quel moment sensible se situent ces déclarations initiales. Ces dernières recouvrent pour nous une importance particulière, c'est en effet la première fois qu'un représentant de haut rang des politiques publiques de santé s'arrête, très momentanément, sur ces aspects du soin infirmier en psychiatrie :

- **le 20 décembre 2004** à Paris dans les suites du drame de Pau :

« Il faut donner plus de reconnaissance à ces hommes et à ces femmes qui traitent les plus fragiles d'entre nous, car ce sont des ***gestes invisibles****, compassionnels, d'affection»* (Philippe Douste-Blazy Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, *Dépêche APM*, Paris, 20 décembre2004).

- **ou le 6 avril 2005** à Paris en introduction de la journée : « Le souci de la sécurité en psychiatrie» : *« Ce sont ces* ***gestes invisibles*** *qui permettent de redonner au patient toute leur dignité et leur place, non seulement comme malade à part entière, mais aussi comme citoyen».* Philippe Douste-Blazy Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, intervention lors de la journée à Paris *« Le souci de la sécurité en psychiatrie»*, (texte imprimé *un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens*, Le Château d'Olonne, Editions Orbestier, impr. 2005, Paris, 6 avril 2005, vol. 1, 237 pages, p16).

Ce ministre apportera ces compléments sur la formation des infirmiers en psychiatrie : *« Ces savoirs se construisent essentiellement dans la confrontation des pratiques où il n'existe jamais une seule manière de faire, auto construction permanente toujours en lien avec l'histoire individuelle et collective. En effet, il s'agit avant tout de savoirs être, de savoirs lier et ajuster à la complexité des situations rencontrées, qui sont bien différents de savoirs constitués sous forme de procédures techniques académiques.»* (Op.cit., p. 20)

Cette question des savoirs infirmiers en psychiatrie et de leurs transmissions allait connaître une traduction avec la circulaire de janvier 2006 instituant le tutorat, dans le cadre initial limité aux cinq années du plan santé mentale 2005/2010. Depuis, la situation est contrastée, certaines institutions tentent de pérenniser ce système là où d'autres l'ont abandonné. Les hôpitaux les plus motivés tentent de garder cet effet de levier, le solde des crédits initiaux du plan ayant été reporté à fin 2012.

- **La problématique et l'énoncé de la question de recherche de départ**

L'exposé du cadre contextuel et de la situation d'appel présente en commun la difficulté d'une mise en mots de la pratique infirmière en psychiatrie, quand celle-ci vient à se distinguer dans une part importante d'activités ne relevant pas du prescriptif. Cette part non programmée est souvent « invisible», informelle et non repérée comme des actes de soins et cela, parfois, par les acteurs mêmes du soin.

Le terme *d'informel* vient qualifier l'activité infirmière en psychiatrie qui ne s'inscrit pas dans les repérages quantitatifs des actes de soins programmés, lesquels correspondent souvent aux activités en lien avec le prescriptif. Ce constat et cette évidence intuitive n'en font pas une vérité scientifique. Le choix de la recherche pour vérifier cette réalité et lui donner une assise basée sur des preuves nous fait passer d'une logique professionnelle **étayée par *l'é-prouvé*** à une logique scientifique **étayée sur *le prouvé.*** Il s'agit pour nous, à partir de la formulation définitive de la question de recherche, de qualifier et caractériser l'activité infirmière en psychiatrie dite du rôle propre. Le constat est simple et la logique redoutable. En l'absence de caractérisations de ces pans d'activités, ces dernières échappent aux nomenclatures des actes et aux compétences demandées (même si elles sont attendues, ce qui en constitue un message à valence paradoxale). En l'absence de ces dernières, elles ne peuvent donc pas être enseignées en formation initiale, et leur absence de recensement vient boucler cette logique. Les conséquences en sont l'invention d'un tutorat post-formation initiale pour accompagner les professionnels notamment sur ce thème, et notre pratique de tuteur le confirme. Elles concernent également les différences d'appréciations sur les charges en soins infirmiers en psychiatrie, quand elles ne confinent pas à l'incompréhension, avec leurs conséquences en termes de calcul d'effectifs, entre les DRH et les directions de soins. Cette partie du réel de l'activité représente alors une variable qui s'avance masquée.

Nous retenons le terme générique *d'informel* pour désigner l'ensemble de ces zones d'activités infirmières. Le terme d'informel apparaît assez récent quant à son introduction dans le vocabulaire. Dominique Friard situe son apparition en 1952 dans le domaine des arts plastiques. Son extension au vocabulaire suivra *« L'autre source étymologique de l'adjectif est l'anglicisme "informel" d'informel qui signifie officieusement. Il apparaît dans la langue française en 1958»*. (« Un entretien qui ne ressemble pas à un entretien…», *Santé Mentale*, nº 136, Mars 2009, pp 22-27, p. 25).

Cinq critères nous ont fait arrêter le choix de cette notion :

- Cette notion n'est pas propre à la discipline psychiatrique. Elle peut englober d'autres approches disciplinaires d'identifications et de nominations pour désigner ces zones d'activité. Elle possède donc **un aspect transdisciplinaire** et cette composante nomade avait retenu initialement notre attention.
- Nous définissons par *informel* tout ce qui n'est pas formalisé et n'entre pas dans un prescriptif. Le terme d'informel précise alors la nature d'activité **hors prescription ou hors programmation** à laquelle il prétend s'intéresser.
- Ce terme invite à un cheminement, à un passage, à **une notion processuelle** qui consiste à pouvoir repérer ce qui de l'informel peut construire ou pas du formel. Cette proposition permet à cette notion de s'inscrire dans des processus dynamiques. Elle s'efface devant une éventuelle formalisation sans se diluer dans cette dernière. Par ailleurs, nous avons bien à l'esprit que cette possibilité n'est pas sa finalité. En effet, un certain nombre de ces pratiques informelles ne doivent leur efficacité qu'à l'indétermination de leur statut.
- Ce terme peut venir qualifier des **pratiques aux entrées larges**, individuelles ou groupales, solitaires ou d'équipes, ponctuelles ou structurelles, établies ou fortuites. Elle peut donc s'appréhender sous l'angle de l'individu, du groupe, de l'équipe ou de l'organisation.
- Ce terme part du constat d'une discontinuité des tâches et des exercices qui rend le recours à cette notion comme nécessaire. Il vient s'inscrire alors comme une toile de fond qui relie dans **une continuité d'activité** les discontinuités des séquences programmées. Il permet alors de tenir ensemble des catégories tenues pour opposables.

D'autres termes lui étaient voisins et pouvaient entretenir une proximité conceptuelle avec notre *informel*. Toutefois, nous ne les avons pas retenus en raison de leur champ définitionnel plus restreint ou de leurs appartenances marquées à une discipline particulière.

À titre d'exemple, *l'interstice* (Roussillon, 1988) est un terme qui connaît une exportation et une extension conséquente dans nos exercices. Nous notons d'une part que son auteur l'associe à une autre fonctionnalité qu'est *le débarras* et d'autre part que le champ définitionnel proposé est précis, et donc limité dans sa définition. Nous l'utiliserons pour qualifier une fonction spécifique.

Le terme *intermédiaire* entretient également des proximités conceptuelles. Il définit un objet concret qui n'a ni le statut d'interne, ni le statut d'externe et qui devient de ce fait un objet support. L'objet est concret, mais ce sont les croyances dans les vertus de l'objet qui lui donnent ses propriétés, l'objet n'est que le médiateur du processus intermédiaire. Des propriétés d'ordre transitionnelles, précieuses dans le quotidien des pratiques infirmières en psychiatrie quand elles permettent le tissage des subjectivités. Ces catégories de l'intermédiaire sont décrites notamment par René Kaès, nous trouvons toutefois leurs limites par cette appartenance privilégiée au champ de la psychologie et de la psychanalyse.

L'*entre-deux* comme catégorie de l'intermédiaire trouvera ses limites par la nécessité de renseigner cette notion dans ses volets topiques (entre deux états ou objets, lesquels ?) et topologiques (entre deux lieux, lesquels ?) que son usage réclame. C'est-à-dire, répondre à l'exigence de définir et identifier les deux parties qui contiennent la suggestion ainsi apportée par cet *entre-deux*.

***L'informel* ne nous contraint pas à ces définitions préalables. Le vecteur de son champ définitionnel est ici apporté par les praticiens chercheurs.**

La question de départ

L'énoncé des constats issus de notre situation d'appel renforce l'idée d'une approche qualitative et d'une compétence attendue pour identifier, élaborer et gérer cet espace-temps en lien avec *l'informel.*

La question de recherche qui émerge de l'ensemble de nos interpellations, de notre vécu d'infirmier de terrain et qui sous-tend la problématique connaîtra une évolution en trois étapes quant à sa signification. Lors de la constitution du groupe en 1999 que nous évoquions au début ce cette partie introductive, notre questionnement quant à la manière d'aborder les spécificités de métier d'infirmier psychiatrique s'appuyait sur son objet de travail, c'est-à-dire le patient et la maladie mentale.

Nous pensions alors pouvoir approcher les particularités de notre exercice en les confrontant au potentiel d'altérité radicale que nous pouvions trouver chez les patients souffrant de pathologie schizophrénique. La question préalable s'exprimait ainsi lors de cette première étape :

« Situer la contribution infirmière à la prise en charge de patients schizophrènes ?»

Cette approche nécessitait une approche diagnostique et donc l'implication de médecins pour délimiter notre objet de recherche et les cohortes de patients pour une étude longitudinale. Cette reformulation du cadre de travail ne fut pas souhaitée, elle s'éloignait de notre axe de référence. Notre réflexion s'orienta et se centra de nouveau sur l'activité réelle de l'infirmier et le terme *informel* faisait son apparition. Ce deuxième remaniement trouva sa formulation en 2001 dans la question suivante pour cette deuxième étape :

« Qu'est-ce qui fait soin dans l'informel de la pratique infirmière en psychiatrie ?»

Toutefois, cette question ne faisait pas apparaître des délimitations quant à notre objet d'étude. Celle-ci concernait la référence à un cadre légal avec la convocation du rôle propre, la référence à un savoir spécifique et le cadre de l'hospitalisation adulte temps plein. La troisième étape allait être la bonne, notre question de départ devenait :

« En quoi l'informel dans la pratique infirmière en psychiatrie constitue-t-il un savoir spécifique susceptible de favoriser l'affirmation du rôle propre infirmier en unité d'hospitalisation adulte temps plein ? »

PREMIERE PARTIE : EXPLORATION DE L'OBJET DE RECHERCHE

Préambule

La partie introductive a présenté l'historique de notre démarche ainsi que la situation d'appel. Elle a précisé la question centrale et fixé l'objectif de la question de départ de la recherche. Cet objectif vise à identifier, à faire apparaître et caractériser les particularités et les spécificités du métier d'infirmier en psychiatrie. Le projet de recherche est suffisamment construit à ce stade pour permettre l'énoncé de la question de départ qui est devenue :

« **En quoi l'informel dans la pratique infirmière en psychiatrie constitue-t-il un savoir spécifique susceptible de favoriser l'affirmation du rôle propre infirmier en unité d'hospitalisation pour adulte ?»**

La phase exploratoire vise maintenant à tester la question provisoire de recherche dans sa clarté, sa faisabilité et sa pertinence. Elle a alors pour prétention d'essayer d'éclairer des pratiques peu ou pas formalisées et maintenues dans l'ombre des organisations au quotidien. Nous comprenons qu'une des causes liées à ce manque de visibilité est en lien avec une attente d'expertise.

La phase exploratoire s'est articulée sur deux temps principaux :

- Un temps d'exploration théorique à partir d'une recherche documentaire dans la littérature professionnelle et scientifique. Ce temps consiste à « *recueillir des éléments théoriques sur chaque mot clef de la question de départ*». (G.Roberton et C. Cataud, *Diplôme d'état infirmier, le travail de fin d'études,* Éditions Masson, Paris, 2004, p. 22). Ce temps de recherche documentaire se traduira par un recensement de différentes approches. Il se manifestera aussi chez les praticiens chercheurs par une infiltration et une sensibilité documentaire avec le thème de recherche, qui va rester active de manière longitudinale sur le déroulé de la recherche.

- Un temps d'exploration empirique du problème de recherche qui « *vise à cerner le problème de recherche dans toutes ses composantes, à apprécier la pertinence de l'objectif de recherche, ceci par le recueil du point de vue des différents protagonistes concernés par le problème de recherche.*» (*Ibid*., p. 22). Ce temps d'exploration se traduira par une phase d'investigation et une première campagne d'entretiens.

Ce sont principalement ces deux temps qui vont être présentés dans la partie qui suit. L'exploitation de la phase exploratoire du problème de recherche aboutira ensuite sur la détermination de la problématique avec la reformulation de la question de départ. Les enseignements de l'étape exploratoire, la confrontation avec les présupposés détermineront ainsi la question de recherche définitive.

Parallèlement à ces étapes, un deuxième travail en profondeur s'est installé de manière évolutive, se traduisant par :

- une familiarisation progressive avec la méthode scientifique de déroulement d'une recherche qualitative. Il s'agit de la lente démarcation épistémologique d'avec notre activité de terrain.
- la constitution d'un fond documentaire conséquent qui est venu alimenter nos ressources bibliographiques.

La phase exploratoire n'a pas pour objectif de répondre à la question de départ, son but réunit les opérations de test, d'adéquation du questionnement et de faisabilité.

Enfin, la présentation des pavés répond à trois codes couleurs. Ils servent de repères dans l'organisation de ce document. Les pavées sur **fond vert** concernent les préambules et les préalables méthodologiques. Les pavés sur **fond bleu** contiennent les enseignements et les éléments de conclusion des parties concernées. Les pavés sur **fond ocre jaune** soulignent de manière élective des points et des constats décisifs.

1 EXPLORATION EMPIRIQUE DU PROBLÈME DE RECHERCHE

1. 1 Exploration théorique de la question de recherche

- **Modalités de constitution du fond documentaire**

L'étape exploratoire a consisté sur ce point à délimiter le champ des connaissances théoriques que nous pourrions mobiliser. À partir du recensement des premiers mots clés en lien avec notre thématique, plusieurs champs disciplinaires allaient se voir convoquer. Nous avons sélectionné les données documentaires à partir des termes retenus dans la formulation de la question de départ. Le terme d'informel constituant le point central de ce travail de documentation.

Dans un premier temps, plusieurs thématiques se sont dégagées. Elles se sont organisées autour des notions et domaines tels que :

- le formel et l'informel, le travail prescrit et le réel du travail, les soins programmés et non programmés
- la pratique infirmière notamment en psychiatrie
- les soins dispensés au patient adulte souffrant de pathologie psychiatrique
- le mode d'hospitalisation temps plein en psychiatrie adulte.

Les premiers retours d'exploration documentaire allaient nous conduire à organiser notre champ de recherche documentaire en cinq domaines ou disciplines. Ceux-ci sont présentés sans ordre préférentiel ou d'importance dans leur apparition. Ces mots clés constituent autant d'angles d'abord et de fenêtres qui ouvrent sur notre thématique. Beaucoup trouveront leurs places à terme lors de la caractérisation de nos fonctions. Nous les livrons à titre d'un **repérage préalable** et exploratoire qu'ils ont constitué, l'étendue de leurs champs conceptuels sera abordée avec la partie consacrée à l'état de la connaissance.

- **Les champs de la recherche documentaire**

<u>Le champ de la psychodynamique du travail</u>

Cette discipline s'intéresse à l'homme en situation de travail.

- *« la ficelle», « le truc», « le bricolage», « le travaillé», « la tâche discrète», « la zone grise».* (Dejours Christophe, « Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel » *Éducation permanente,* n° 116, mars 1993, pp.47-70).

- *« Les savoirs faire discrets», « le travail d'anticipation invisible*» (Pascale Molinier, « L'invisible travail des infirmières», *Santé Mentale,* n° 42, novembre 1999, p. 44).

<u>Le champ de la pédagogie</u>

Dans ce champ disciplinaire, nous avons sélectionné des mots clefs qui font référence au « *savoir comment*». Ce savoir s'intéresse au comment faire les choses, il s'agit de connaître des moyens et des méthodes pour les accomplir. C'est le savoir lié à la performance d'une action. Il est défini comme étant le mode d'accès aux connaissances pratiques.

- *« Le savoir pratique tacite»* et *« le savoir caché»* (Donald. A Shon, *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Logique 1994, 418 pages).

- *« La métis », « l'intelligence oblique».* (M. Détienne et J.P. Vernant, *« La métis, intelligence oblique»,* 1974, cité par André Geay et Jean-Claude Sallaberry, in *Revue Française de Pédagogie,* La didactique en alternance ou comment enseigner dans l'alternance, n°128, juillet/août/septembre 1999, p. 8).

Dans le champ de la psychiatre

Nous avons bien évidemment retenu notre champ disciplinaire, avec comme dégagement de mots clés initiaux :

- « *Le soin institutionnel*», *« le tissu conjonctif mou»* (Racamier, Paul Louis, « Le soin institutionnel des psychotiques : nature et fonction», *L'information psychiatrique*, Sipem édition, Lyon, vol. n°46, 8 octobre 1970).
- *« Le corridor», « le brouhaha», « la métaprofessionalité»* (Fustier, Paul, *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod, 2000, p 76, p. 132).
- *« L'interstitiel», « le tact»* (Roussillon, René, Kaès, René, (dir) *« L'institution et les institutions, Études psychanalytiques : Le débarras et l'interstice »*Paris, Dunod, 1988, p.165, p. 176.)
- *« L'être-avec, l'être là »* (Pidolle (Alain), Kremer (Viviane), Gauthier (Pascale), et al. Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation. (M.I.R.E.). Paris. FRA, Association de Recherche en Psychiatrie. (A.R.P.). INC, Centre Hospitalier Spécialisé de Lorquin. (C.H.S.). Lorquin. FRA *« Nouvelles technologies et spécificité du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique»*, Ouvrage, 1993, FRA, FRE, convention de recherche nº 278/87, 274 pages).

Dans le domaine des Soins Infirmiers en psychiatrie :

Nous avons retenu un certain nombre de mots clés qui approchent et définissent des actions ou des savoirs en lien avec notre thématique.

- *« Le spécialiste des petites choses»* (Hesbeen, Walter, *Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, in Paris Inter Édition Masson, 1997, p. 45).
- *« Les zones d'ombre»* (Perrault - Solivarès, Anne, *Infirmière, le savoir de la nuit*, Paris, PUF-Le Monde, novembre 2001, 5ème édition, pp. 3 - 88).
- *« Les savoirs indiciaires», « les petits riens»* (Friard, Dominique, URL : www.serpsy.org, *« Savoirs indiciaires, infirmerie et récit»* écrit le 6 juin 2001).
- *« L'informel», «les zones muettes», «les missions flottantes»* (Lanquetin, Jean-Paul, Quinet, Philippe, Soins infirmiers et relation avec la famille du patient», *Soins psychiatrie*, n°226-227, juillet-août 2003, pp. 40-41).

Un cinquième domaine est constitué de mots clés qui échappent à la classification précédente. :

- *« La connaissance sensible et la connaissance scientifique»* (Bachelard, Gaston « La formation de l'esprit scientifique» *in : Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, 10° Edition 1977 édition J.Vrin, *JECT*).
- *« La boîte noire»* (Migne, Jean-Régis, *« Le concept et sa construction»* Communication, Journées de formation ARSI -Association de Recherche en Soins Infirmiers-) (*Les concepts et leur application aux soins infirmiers* et Fourez, Gérard, « *L'évolution des concepts»*, Ibid., Paris, 25 et 26 janvier 2001).

Dans chacun de ces champs disciplinaires ou domaines, nous avons retrouvé des exemples de mots clés qui renvoient à des dimensions de l'informel. Ils ont en commun de nommer des pratiques qui échappent aux approches quantitatives dans la définition des actes. Ce premier fond documentaire nous a permis de vérifier que plusieurs disciplines renvoyaient à notre objet de recherche.

1.2 L'exploration empirique de la question de recherche

Préambule

L'objet de cette phase d'exploration empirique consiste à vérifier la pertinence de notre objectif de recherche et à mieux cerner ce dernier. Il nous permettra également de construire une connaissance empirique du problème de recherche. A cette fin, nous avons souhaité recueillir les avis de professionnels concernés par ce problème de recherche. Nous avons donc construit notre enquête exploratoire au moyen d'entretiens. Ceux-ci se sont déroulés à partir d'un guide d'entretien et ont concerné une population cible et témoin.

1. 2. 1 Les entretiens exploratoires

- **Lieux de déroulement des entretiens**

L'étendue de l'enquête exploratoire a concerné les trois hôpitaux spécialisés en psychiatrie du département du Rhône. Cette base correspond à la constitution du groupe de Recherche d'alors. Elle nous a permis de croiser la répartition des conduites d'entretien dans le sens où nous enquêtions dans un autre établissement que notre établissement d'origine.

Notre recherche s'intéresse à l'exercice infirmier en psychiatrie et nous avons sélectionné, sur la base du volontariat, cinq unités d'hospitalisation de psychiatrie. Ces unités ont été choisies en fonction de nos appartenances respectives, un secteur par établissement était concerné.

À partir de ces trois secteurs, nous avons initialement sélectionné les professionnels de cinq unités de soins. Lors de cette phase, nous n'étions pas uniquement centrés sur l'hospitalisation temps plein. Les unités sélectionnées se répartissaient ainsi :

- CH1 : une unité d'hospitalisation temps plein et une unité d'hospitalisation de semaine.
- CH2 : une unité d'hospitalisation temps plein et un Hôpital de jour.
- CH3 : une unité d'hospitalisation temps plein.

Sur les trois lieux d'hospitalisation temps plein, nous retrouvons les trois modes d'hospitalisation. Cette surface d'investigation nous permet d'avoir un échantillon diversifié. Ce dernier allait de la séquence longue de l'hôpital de jour au temps de la permanence et de la continuité des soins pour l'hospitalisation à temps complet.

- **La population interviewée**

Nous avons retenu deux catégories de populations :

- Les acteurs principaux : les infirmiers exerçants en psychiatrie, ils assurent la continuité des soins avec une présence vingt-quatre heures sur vingt-quatre.
- Les témoins privilégiés : les cadres de santé en unité de psychiatrie et les médecins psychiatres concernés indirectement par la problématique de recherche.

Le cadre de l'enquête exploratoire recommande d'inclure une troisième catégorie de personnes. Cette dernière concerne alors les experts ayant réalisé des travaux sur le problème identifié. La singularité de notre objet de recherche ne nous a pas permis d'identifier de personnes ressources qualifiées spécifiquement, ou du fait de travaux antérieurs, sur ce thème.

- **Les entretiens**

Les entretiens se sont déroulés sur la base du volontariat. Dans un premier temps, nous sommes entrés en contact avec les unités où exerçaient ces professionnels infirmiers, cadres et médecins psychiatres. Dans un deuxième temps, nous avons fixé les rendez-vous d'entretiens de manière individuelle. Le temps de l'entretien allait de trente minutes à une heure. Ils ont été saisis sur magnétophone ou dictaphone après accord des interviewés.

Nombre d'entretiens réalisés

Nous avons réalisé vingt-trois entretiens sur cette période de deux mois. Ils se répartissent ainsi entre les différentes populations :

- douze en direction des infirmiers de jour sans distinction de diplôme initial,
- quatre en direction des infirmiers de nuit,
- quatre en direction des cadres de santé,
- trois en direction des médecins psychiatres.

Élaboration des guides d'entretiens exploratoires **(document en Annexe nº 1, page)**

Nous avons réalisé un guide d'entretien non dirigé avec cinq questions ouvertes déroulantes qui devaient nous éclairer sur la pertinence de la problématique de recherche. Ces questions partent d'un point de questionnement large pour se resserrer progressivement sur notre thématique. Deux questions complémentaires renseignaient pour l'une la population interviewée et pour l'autre l'unité où se déroulait l'entretien. Le guide d'entretien étant ciblé sur la population infirmière, une adaptation a été apportée en direction des cadres et des médecins. La question s'énonçait alors à partir d'un centrage sur l'activité infirmière.

1. 2. 2 Le traitement des données d'entretiens et le dégagement des éléments significatifs

Préalable méthodologique

L'ensemble des entretiens à donné lieu a une retranscription intégrale sur support informatique. Les entretiens ont ensuite fait l'objet d'un traitement lexical au moyen du logiciel Sphinx Lexica ® (logiciel d'études qualitatives et de traitement des données textuelles).

L'analyse lexicale s'intéresse à la fréquence d'apparition d'un mot ou d'un terme dans un corpus donné. Cette fréquence d'apparition peut être ensuite comparée en pourcentage en regard des autres populations. La base 100 correspond au nombre de fois où un item est cité pour une population donnée.

Le premier temps du traitement a concerné l'analyse thématique. Un certain nombre de mots représentatifs des réponses ont été isolés. Les occurrences de ces mots ont été comptabilisées et rattachées à chacune des catégories des populations interviewées.

Dans un second temps, ces groupes d'occurrences ont été rassemblés sous un même vocable les caractérisant pour obtenir des résultats statistiquement exploitables. Ce sont ces regroupements et leurs analyses interprétatives qui sont présentés ci-dessous en suivant le déroulement du questionnaire. Le mot de couleur bleu définit la catégorie retenue.

- **Question 1** : *« Qui sont les patients que vous accueillez ? »*

- L'Analyse lexicale a mis en évidence les mots suivants :

- Géographie, Secteur, Mon secteur, sont regroupés sous le terme Secteur,
- Structure, Dispositif sont regroupés sous le terme Dispositif,
- Consultation, Hospitalisation, Juridique sont regroupés sous le terme Mode d'Arrivée,
- Pathologie, Diagnostic, Psychose, Névrose, Traits de personnalité sont quant à eux regroupés sous le terme Pathologie.

- L'analyse des réponses nous permet de repérer comment les professionnels présentent, et se représentent, les patients qu'ils accueillent. Il apparaît que selon la catégorie professionnelle la présentation et l'organisateur diffèrent :

- Pour les infirmiers, la pathologie constitue le critère principal pour désigner les personnes accueillies et en second lieu intervient le critère social.
- Les cadres de santé font référence dans les mêmes proportions à la pathologie puis à la situation sociale des personnes.
- Les médecins parlent des patients accueillis principalement en fonction de leur situation géographique et seulement ensuite en fonction de la pathologie.

- Les infirmiers et les cadres de santé renseignent préférentiellement en fonction de la problématique de santé des patients alors que pour les médecins les réponses liées à un organisateur administratif sont prévalentes et suivies d'éléments d'appréciation diagnostique.

➢ **Question 2** : *« Quels sont les différents soins que vous dispensez dans votre unité ? »*

- L'Analyse lexicale a mis en évidence les mots ci-après. Ils sont suivis des définitions que nous avions arrêtées à cette phase de la recherche :

- L'Accompagnement, les Soins non programmés sont regroupés sous le terme Soins Non Programmés. Les interviewés parlent de ces soins comme des soins dit *mous.* Ils sont décidés en fonction de l'état du ou des patients. Ils sont de la responsabilité des infirmiers et s'adossent aux éléments du quotidien et à la vie de l'unité.

- Les Textes réglementaires, la Fréquence (rythmicité des soins), Autre (effet structure) sont regroupés sous le terme Soins Institutionnels. Les soins institutionnels sont entendus comme les soins liés au milieu et au type de dispositif (hôpital de jour, hospitalisation temps plein). Ils s'intéressent au rythme de renouvellement (journaliers, hebdomadaires…) mais font aussi référence à des repères théoriques propres au service qui vont venir colorer localement les pratiques, ou à des données théoriques plus reconnues et sur lesquelles viennent s'appuyer certaines actions de soins.

- Les Soins de base, les Soins techniques, les Soins individuels et les Soins groupaux sont regroupés sous le terme Soins Programmés. Les soins programmés font l'objet d'une identification de tâches et d'une planification dans l'organisation de travail.

L'analyse des réponses nous renseigne sur une répartition des soins dispensés dans les unités quant à ces trois groupes ;

- Un premier groupe qui représente 57 % des réponses concernent les *soins programmés* avec les soins de base et les soins techniques.
- Un second groupe concerne les *soins non programmés* pour 20 % des réponses. On constate une dominante pour les soins individuels, dont l'accompagnement.
- Le dernier groupe concerne les 19 % des réponses qui se réfèrent aux soins institutionnels.

- En ce qui concerne la répartition des réponses entre catégories professionnelles, les données nous renseignent sur les points suivants :

- Les soins programmés sont majoritaires dans toutes les catégories sauf les cadres de santé.
- Les soins non programmés sont évoqués par 24 % des cadres et 27 % des infirmiers de jour et seulement 6 % des médecins.

- Les soins institutionnels sont relevés par 33 % des médecins, 11 % des infirmiers mais 24 % des infirmiers de nuit.

- Nous constatons que si les soins programmés sont logiquement et majoritairement repérés, ils ne constituent pas les seuls éléments de la pratique infirmière en psychiatrie, la part non programmée étant estimée par ces professionnels à un quart de leur activité.

➢ **Question 3** : « *Qu'entendez-vous par pratique infirmière ?*»

- L'Analyse lexicale a permis de mettre en évidence les mots suivants :

- Proxémie, Lien, Permanence, Disponibilité sont regroupés sous le terme Lien. Cette dénomination retenue insiste sur le facteur commun des mots précités. Ce facteur est la production de lien. Le terme proxémie est emprunté à l'anthropologue Edward. Hall. Il qualifie dans son sens initial la distance physique qui s'établit entre deux personnes prises dans une interaction. Cette distance sociale varie suivant les cultures et en ce qui nous concerne les pathologies. Nous avions étendu ce concept à la clinique infirmière quand elle s'emploie à générer ou à s'appuyer sur des éléments de proximité. (*La dimension cachée,* Édition du seuil, 1984, *The hidded dimension,* 1966).

- Autonomie, Producteur d'effet, Champ d'action sont regroupés sous le terme Initiative. Cette dénomination nous est apparue comme la résultante de ce que l'initiative infirmière pouvait permettre comme actions dans le domaine des soins infirmiers en psychiatrie.
- Texte réglementaire (Référence aux textes qui encadrent l'exercice de la profession infirmière au moment de la réalisation des interviews en 2003 et début 2004), Expertise (Qualification de la capacité d'analyse et de compréhension d'une situation de soin) sont regroupés sous le terme Texte réglementaire.
- La Spécificité recouvre ce qui appartient en propre au champ disciplinaire de la psychiatrie. Elle garde son intitulé.

- L'analyse des réponses nous permet de constater que :

- La moitié des réponses (51 %) montre que *la pratique infirmière* se définit par des actions et des dispositions visant à construire une relation de rapprochement qui s'appuie sur des éléments de proximité.
- Un quart des réponses (23 %) indique que *la pratique infirmière* se définit comme l'ensemble des actions entreprises à l'initiative de l'infirmière. Celles-ci viennent diversifier les modalités relationnelles proposées dans le cadre de la rencontre soignant/soigné et secondairement pour la part la plus créative alimenter les répertoires de ressources professionnelles.
- Pour un huitième des réponses (14 %), *la pratique infirmière* se définit au regard des textes réglementaires qui l'encadrent.
- Enfin, les 9 % restant montrent que *la pratique infirmière* est d'emblée entendue dans la spécificité de la discipline psychiatrique.

- En ce qui concerne la répartition des réponses par catégories professionnelles nous notons que :

- Plus de la moitié des infirmiers de jour et de nuit (54 %) apportent une définition de la pratique infirmière en lien avec ce qui découle des notions de disponibilité et de permanence.
- 21 % des infirmiers de jour, 20 % des cadres de santé et moins d'un tiers des médecins (31 %) apportent une définition de la pratique infirmière caractérisée par l'esprit d'initiative.
- Plus d'un quart des infirmiers de nuit apporte une définition par la spécificité (il y a une spécificité également au travail de nuit).
- 46 % des réponses médicales apportent une définition de la pratique infirmière en relation avec la notion de lien. Ils attachent alors une égale importance à chacun des items regroupés avec ce terme ; à savoir la proxémie, la permanence, la disponibilité.
- Un tiers des cadres apportent une définition de la pratique infirmière en lien avec la proxémie, il en va de même avec la notion d'expertise.

Les réponses à cette question n° 3 nous invitent à deux remarques :

- La première concerne *la pratique infirmière*. Il apparaît de fortes convergences dans les réponses de ces catégories. En effet, elles s'accordent sur le constat que le travail des infirmiers est d'être centré sur tout ce qui potentiellement peut engendrer du lien avec le patient. La prise d'initiatives des infirmiers quant à leurs actions envers le patient en est le chemin de prédilection.
- La seconde concerne la part laissée à l'initiative dans le travail de l'infirmier en psychiatrie. L'importance de cette dernière relèverait d'une spécificité de ce travail d'infirmier en psychiatrie.

➢ **Question 4** : « *Comment concevez-vous votre rôle propre ?* »

- L'Analyse lexicale a fait ressortir les mots suivants :

- Échange, Mise en sens, Élaboration, Quotidien, Confiance, Travail d'équipe et Proxémie sont regroupés sous le terme Échanges. Cette dénomination est retenue pour l'ensemble de ces mots, car chacun d'eux est par nature producteur d'échanges.

- Rôle propre, Initiative, Engagement, Implication institutionnelle sont regroupés sous le terme Rôle propre. La référence au rôle propre a été choisie en relation avec les aspects individuels de la fonction qui apparaissent comme des notions cœur de métier.
- Rôle sur prescription, Délégation, Législation sont regroupés sous le terme Législation. Cette dénomination fait référence aux textes et au cadre réglementaire où sont définis les termes de délégation et de rôle sur prescription. (cf. décret de compétence).

- L'analyse des réponses nous permet de dégager trois groupes de réponses, d'importance inégale, sur la question du rôle propre de l'infirmier en psychiatrie :

- Pour plus de la moitié des réponses, *le rôle propre* se définit comme un temps d'élaboration et d'échanges pluridirectionnels tels que les échanges avec le patient, les collègues ainsi que les échanges interdisciplinaires. Pour ces derniers, la convocation des repères théoriques est également évoquée.
- Pour 1/3 des réponses, *le rôle propre* se définit comme des actions et des dispositions visant à construire une relation de confiance qui s'appuie sur des éléments de proximité. Cette relation est marquée de la particularité d'une implication personnelle du soignant.
- Pour un 3e groupe, soit un dixième de l'ensemble des réponses, la définition du *rôle propre* est contingente au texte réglementaire.

- Concernant la répartition entre catégories professionnelles, nous observons les enseignements suivants :

- Pour 50 % des réponses des infirmiers de nuit et 57 % des infirmiers de jour *le rôle propre de l'infirmier en psychiatrie* se définit par la notion d'échange en insistant sur la mise en sens, le travail d'équipe et la notion de proxémie plus présente dans les réponses de la population travaillant de nuit.

Il en est de même pour les médecins dont les réponses à 56 % favorisent les notions d'élaboration, d'analyse ou de proxémie.

- Pour un tiers des réponses des cadres (36 %), *le rôle propre de l'infirmier en psychiatrie* se définit par la notion d'échange et pour un dixième de leurs réponses il se définit par une référence au législatif.

Il est à noter que contrairement aux réponses des cadres et d'une minorité des réponses infirmières, aucune des réponses médicales ne fait référence au législatif.

Avec cette quatrième question qui tend à définir les attributs du rôle propre, nous constatons que celui-ci est investi dans sa composante relationnelle. Particulièrement quand il vise à créer un climat de confiance et de compréhension pour mieux appréhender la problématique du patient.

➢ **Question 5** : « *Pour vous, c'est quoi l'informel ?*»

- Le traitement par analyse lexicale a permis de dégager les groupes de mots suivants :

- Immersion, Permanence de l'objet, Espace de liaison, Disponibilité et Espace d'expression se voient regroupés sous le terme Immersion. Cette dénomination nous apparaît comme le dénominateur commun de l'ensemble de ces items où la question de *l'être avec* est partagée.

- Producteur d'effet, Liberté d'investissement et Espace d'autonomie regroupés sous le terme Autonomie. Ces termes font référence à une liberté d'actions dans un espace donné, avec pour objectif un effet escompté.

- Imprévu, Décalage, sont regroupés sous le terme Imprévu. Cette dénomination concerne toutes les situations qui n'ont pas donné lieu à programmation, pour lesquelles un inattendu vient bousculer le champ du prévu. Ce terme décrit également l'écart entre ce qui a été élaboré en équipe et ce qui se passe dans le réel des situations de soins.

- Défaut d'expertise, Espace à Risque, Obligation sont regroupés sous le terme Expertise/Risque. Ce terme correspond à l'activation des connaissances (sues et insues) professionnelles qui permettent d'engager l'action, d'en apprécier la prise de risque et de l'évaluer. Nous entendons par « Obligation» l'espace complémentaire d'initiative et de latitude que l'infirmier en psychiatrie investit dans son espace de travail, composant avec l'obligation du faire.

- L'analyse des réponses nous montre que :

- Pour 40 % des réponses, *l'informel* se définit par un certain nombre de qualités attendues le plus souvent de façon implicite, de la permanence infirmière. Il s'agit de la capacité d'immersion, de la faculté d'être en relation avec le groupe soigné, avec ce que cela demande en termes de disponibilité, de permanence et de liaison.
- Pour 23 % des réponses, *l'informel* se caractérise par la capacité de répondre à l'imprévu et par son corollaire, accueillir, se préparer à recevoir cet inattendu. Un deuxième point concerne la capacité à composer avec l'écart entre le prescrit et le réel des situations de soins.
- Pour 17 % des réponses, *l'informel* s'inscrit aussi bien dans l'espace d'initiatives que prend le professionnel infirmier que dans le dosage de son engagement soignant auprès de la personne soignée.
- Enfin, pour un dixième des réponses, *l'informel* se caractérise par une prise de risque professionnel. Cette capacité à prendre un risque raisonné nécessite d'en accepter également sa part d'incertitude.

- Concernant la répartition entre catégories professionnelles, nous pouvons établir plusieurs constats :

- Les infirmiers définissent majoritairement *l'informel* par tout ce qui relève de l'imprévu, de l'immersion et de l'autonomie.
- Les cadres définissent *l'informel* d'abord par l'autonomie infirmière puis par l'immersion, mais ne retiennent pas la notion d'imprévu.
- Les médecins quant à eux définissent *l'informel* par tout ce qui caractérise les fonctions d'analyse et d'expertise.

Avec les réponses à cette dernière question, nous constatons que *l'informel* définit des zones d'actions infirmières repérées, mises en pensée, et qui occupent une place importante dans la pratique de l'infirmier en psychiatrie.

1.3 Enseignement de l'étape exploratoire et énoncé de la question de recherche

L'ensemble des recueils de données, suivis de leurs analyses, nous a permis de vérifier l'existence et le statut de l'informel. Les réponses aux questions trois, quatre et cinq, en particulier, apportent des contenus qui permettent de renseigner les représentations liées au travail informel.

Nous remarquons que pour les questions trois et quatre, le terme d'informel est très peu nommé, il s'efface logiquement devant le centrage des questions sur les pratiques et le rôle propre. La question cinq, centrée elle sur l'informel, convoque alors des contenus de réponses proches ou analogues aux deux précédentes. Ces notions se superposent et seul le mode d'abord les différencie.

Nous reprenons la question de recherche de départ : « En quoi l'informel dans la pratique infirmière en psychiatrie constitue-t-il un savoir spécifique susceptible de favoriser l'affirmation du rôle propre infirmier en unité d'hospitalisation pour adulte ?». Nous pouvons constater que l'informel n'est pas repéré comme un savoir spécifique en termes d'entité ou de corpus. Il est repéré par contre dans les soins non programmés, dans la déclinaison des pratiques, dans le cadre du rôle propre et coiffé, in fine, dans la question lui donnant sa visibilité.

L'exploitation de ces entretiens exploratoires nous permet de dégager un certain nombre d'invariants autour de l'informel que nous avons regroupés sous forme de fonctions réparties en quatre groupes de centrage. Nous proposions alors les fonctions en lien avec le patient, le professionnel, l'équipe et un dernier groupe, en attente de qualificatif de désignation en lien avec les notions d'engagement, d'initiative et de créativité, d'implication et de prise de risque. Ce sont ces premières thématisations que nous avions repérées au moment du dépôt du devis de recherche.

- Pour les fonctions en lien avec le patient, nous relevons :

- La *fonction de permanence de l'objet.*

Pour cette fonction, on retrouve la réponse à un imprévu, la disponibilité, la mobilisation d'une tension de réactivité face à des signes et informations qui prennent un sens clinique et organisent l'adaptation des stratégies de réponses.

- La *fonction d'immersion.* Il s'agit des séquences en dehors ou en parallèle des temps programmés utilisées pour affirmer une présence, occuper un espace, saisir une situation inopinée pour travailler un rapprochement, une proximité, renforcer un lien ou favoriser sa construction.

- La *fonction d'accueil.* Il s'agit de se rendre accessible, dans une disponibilité physique et psychique.

- La *fonction de décalage*, il s'agit ici d'enrichir et d'utiliser sa palette de ressources professionnelles pour la décliner au niveau relationnel et utiliser de nouvelles réponses.

- Pour les fonctions en lien avec le professionnel, nous relevons :

- La *fonction élaboratrice.* Il s'agit du temps de mise en pensée et en circulation de la réflexion et des affects.

- La *fonction de recul ou de retrait.* Elle nomme un temps de récupération qui fait suite à une situation chargée en stress.

- La *fonction d'articulation* entre les différents temps. Il s'agit d'une fonction de sas ou d'entre-deux.

- Pour les fonctions en lien avec l'équipe, nous relevons :

- La *fonction de liaison*. Il s'agit de favoriser les multiples liaisons, celles entre intervenants de l'équipe pluri professionnelle, entre séquences de travail, entre théories et pratiques, et en général toute liaison utile pour construire et mettre du sens. Il peut s'agir également d'un temps de remise en lien avec l'équipe.

- La *fonction d'information.* Les temps d'équipe informels permettent un abaissement du seuil de vigilance professionnelle. Ces temps sont alors propices à une optimisation dans la délivrance d'informations (hypothèses cliniques et accordages interprofessionnels) favorisant un renforcement des liens.

L'exploitation de l'étape exploratoire a fait émerger des idées-forces et des concepts. Ces nouveaux éléments de connaissance nous ont permis d'affirmer nos axes théoriques et de dégager notre futur modèle d'analyse. Ce dernier comportera trois champs de références préférentiels :

- **la psychothérapie institutionnelle,**
- **la psychodynamique du travail,**
- **un troisième axe en gestation qui allait devenir l'axe praxéologique.**

Le constat central de cette étape exploratoire réside dans et sur le statut de *l'informel*. Il existe bien dans les soins, mais il n'apparaît pas d'emblée. Sa faible visibilité en fait une composante attendue en termes de compétences, mais peu renseignée et affirmée.

En confirmation des entretiens exploratoires, l'orientation du travail de recherche à poursuivre concerne l'identification et la caractérisation des fonctions que cette dimension des soins informels occupe dans le travail infirmier. Ce constat nous conduit à reformuler notre question de recherche.

La formulation définitive de la question de départ devient :

Quelles sont les fonctions de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie ?

2. L'ÉTAT DE LA CONNAISSANCE

Pour qualifier et caractériser cet *informel*, nous avons voulu savoir comment il pouvait être repéré, situé et nommé. À la suite de l'étape exploratoire, un premier recensement du fonds documentaire avec un regroupement par champ disciplinaire nous à conduit à déterminer plusieurs axes théoriques : la psychothérapie institutionnelle, la psychodynamique du travail et un axe praxéologique qui recoupe des importations issues notamment de la pédagogie et des soins infirmiers.

Le développement de l'état de la connaissance va s'articuler autour de deux parties, la première va recenser des données scientifiques et la deuxième va s'intéresser aux éléments théoriques retenus lors de l'étape exploratoire et en complément de cette dernière.

2. 1 L'exploration des données scientifiques

Préambule

L'exploration des données scientifiques s'est déroulée de manière très perlée. Nous avons été confrontés à une raréfaction des travaux approchant notre objet de recherche. Cet état de fait a rendu limité, voire caduque les recherches documentaires par les voies habituelles (interrogation des moteurs de recherche, des centres de documentation par mots clés et par auteurs notamment). Notre démarche de recensement a été de type *buissonnier*. Nous nous sommes tenus informés de l'actualité nationale et internationale quant à notre profession, et nos rencontres pendant ce parcours ont pu nous renseigner et nous aiguiller.

Concernant les Recherches en Soins Infirmiers, nous trouvons des publications très majoritairement étrangères et issues de l'espace francophone. Il en existe peu concernant notre discipline et notre thématique. Cette situation est majorée chez les infirmiers français du fait de leurs difficultés méthodologiques et de leurs raretés de production.

Les données scientifiques retenues concernent cinq recherches. Ces cinq travaux se déclinent ainsi :

- Deux concernent la profession infirmière dans son ensemble (M.Nadot, Mc Closkey et G.M.Bulechek).
- Une s'intéresse à la spécificité de la profession infirmière avec une extension à la profession infirmière en psychiatrie (Presst/Next).
- Deux se rapportent au travail de l'infirmier en psychiatrie (M.I.R.E et Nant).

La présentation de ces données scientifiques suit l'ordre de cette déclinaison.

Deux d'entre elles étaient publiées avant le début de notre réflexion (M.I.R.E et Mc Closkey) et les autres ont été concomitantes (Presst/Next) ou postérieures (Nant et Nadot).

La restitution de l'exploration des cinq documents scientifiques qui suivent prendra la même forme de présentation. Chaque recherche sera présentée par sa thématique, les concepts centraux puis par les déclinaisons qui ont enrichi l'approche de notre objet de recherche.

2.1. 1 Michel Nadot : L'activité soignante, la fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire

Michel Nadot (Suisse) est infirmier de formation. Il est professeur d'histoire et d'épistémologie en sciences infirmières, responsable en recherche et développement au sein de la filière infirmière de la Haute Ecole de Santé de Fribourg.

Il propose 14 groupes de pratiques avec 40 indicateurs observés qui permettent de repérer **l'activité réelle** effectuée par une infirmière. Cet auteur les nomme un peu différemment de ce dont on a l'habitude, pour susciter l'attention et pour montrer que la plupart de ces pratiques sont atemporelles : elles ne dépendent pas de l'époque historique considérée. Son modèle de soins infirmiers a fait l'objet d'une validation. Ces groupes ont été vérifiés, définis, validés et retenus par une équipe de 50 infirmières travaillant dans 11 services de soins différents dans deux pays (Suisse et Canada). Ils ont été encadrés par 10 chercheurs dont cinq étaient docteurs en sciences infirmières. (Le doctorat en sciences infirmières existe dans ces deux pays francophones, il donne l'habilitation à diriger des recherches et il distingue les sciences infirmières des sciences médicales, NDA).

Pour cet auteur, l'infirmier est celui qui prend soin à la fois du groupe, de l'humain, du domaine (entendu comme le lieu des soins, l'institution). Il se situe en position d'interface et est spécialiste de ce travail de jonction, de lien entre ces trois champs culturels. Cette approche donne toute sa profondeur à la notion d'hospitalité. L'intitulé : **« La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire»** concerne le chapitre 14 d'une recherche menée par Michel Nadot. Ce chapitre est issu de l'ouvrage de Clémence Dallaire, *le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*, Édition Gaétan Morin, 1 avril 2008, pp.359-382. Dans ce chapitre, l'auteur s'intéresse plus particulièrement à la profession infirmière dans son ensemble. Il aborde la spécificité du travail infirmier à partir d'un modèle qui s'articule autour des prestations de soins à la personne malade, et des prestations soignantes qu'il nomme « médiations». Dans ce modèle, les infirmières sont *« des **médiologues** de la santé, expertes de la complexité des activités liées au quotidien»*. Trois domaines d'activités sont repérés : les activités prescriptives en regard de la culture institutionnelle, les activités prescriptives en regard de la culture médicale et l'activité réflexive qui procède d'une culture infirmière. Les extraits ci-dessous sont tirés de cette publication.

Nous rejoignons le modèle de Michel Nadot sur plusieurs points :

- *La place de l'activité soignante* déployée dans ce que nous nommons l'informel

M. Nadot parle de l'activité soignante comme « *d'une activité qui consiste souvent à prendre des microdécisions dans des zones d'incertitudes et à combiner de l'information en vue d'une utilisation différenciée.»* Ces microdécisions appellent à des actes non formalisés qui s'apparentent à la notion d'informel de notre question de recherche.

L'auteur constate que « *la médiologie de la santé étudie l'ensemble des interactions réclamées par l'activité soignante, mais n'étudie pas que les médiations de santé ou les soins […] Les entre-deux constituent son plat quotidien. »*, à cet endroit l'entre-deux pourrait référer à la notion d'informel tel que considéré dans l'énoncé de notre problématique.

- *Le champ du travail infirmier*

M. Nadot s'intéresse à *« l'activité soignante centrée sur les maladies et les personnes qui en souffrent, mais ne réduit pas celle-ci à ce domaine»*. En effet, l'auteur prend en compte le travail d'aide à la personne pour accueillir l'évènement maladie, mais également l'accueil dans l'institution qui va s'occuper de la maladie. Pour lui « *l'activité soignante n'est jamais stabilisée. Elle reste dépendante de l'information transmise par les bénéficiaires et de la prestation à mobiliser»*.

M. Nadot propose un modèle pour prendre en compte *« la complexité qui accompagne les actes ordinaires (et les autres), de la vie quotidienne…»* dans l'exercice infirmier, un modèle qui se propose de traduire le savoir tacite en savoir explicite en répondant à la question *« Comment*

transformer en langage politique et scientifique explicite la culture implicite qui conduit nos pratiques et retrouver ainsi le référentiel métier de départ ? » Nous entendons qu'il s'agit, entre autre, de dépasser la naturalisation des compétences. C'est-à-dire, ne pas abandonner ces compétences attendues à la question du genre, à cette part féminine implicite, qui seraient requises, mais *qui iraient de soi*. On entend dans cette dernière assertion un potentiel dénégatif et une domination culturelle et scientifique qui ne nous appartient pas. Nous rejoignons cet auteur quand il écrit *« "Prendre soin de l'humain" se passe dans "l'entre". Dans cette logique qui oblige à redimensionner le champ de l'activité clinique, l'infirmière et l'infirmier sont comme le "disque dur" du système de santé. Couplé à une cellule photo-électrique chargée de capter et de traiter la manifestation des émotions, ce disque dur contient des informations que l'infirmier (ère) "expert (e)" va décoder et transformer en actes et en paroles. Cette métaphore "informaticotechnique" n'est-elle pas alors révélatrice de la complexité et de la perpétuelle mouvance de l'activité soignante ?».* (Michel Nadot, *Au commencement était le « prendre soin»*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs en soins infirmiers, 60-010-m-50, 2009).

Cette question se rapproche de notre objet de recherche où nous nous intéressons à repérer ce qui dans l'activité soignante relève du soin sans pour autant se présenter comme du soin direct, du soin programmé.

- *La détermination d'indicateurs du réel de l'activité*

À partir d'un lexique, réalisé avec cinquante infirmières en provenance de onze services de soins différents, M. Nadot présente un modèle des soins infirmiers, ici généraliste et non spécifique au champ disciplinaire de la psychiatrie. Il décrit quatorze groupes de pratiques de l'activité soignante et présente une définition théorique de chacune d'elle.

Parmi ces pratiques, et en regard de notre catégorisation de fonctions, nous trouvons des similitudes et des convergences fortes sur neuf de ces quatorze groupes. Nous avons laissé en fait de côté celles qui se situaient en regard de l'activité programmée.

Les neuf pratiques qui peuvent alimenter notre corpus concernent la gestion complexe de l'information, la récolte de l'information, la régulation, les déplacements, l'hôtellerie, l'assistance (il s'agit ici de répondants professionnels), la relation (d'aide), la formation et l'inactivité. Ces indicateurs pourront aisément se voir appliqués à notre modèle et trouver leurs déclinaisons en fonctions.

2.1.2 J.C. Mc Closkey et G.M. Bulechek, Une classification des interventions infirmières.

J.C McCloskey (USA) est directrice adjointe des soins infirmiers dans un Hôpital universitaire à Iowa city. Elle a, parmi d'autres fonctions, celle de professeur en soins. G.M Bulechek, quant à elle, est professeur adjoint, formatrice d'infirmières cliniciennes (niveau maîtrise) à l'université d'Iowa.

Elles sont les auteures d'un ouvrage qui présente le résultat d'une recherche menée par une équipe de l'université de l'Iowa. (*Classification des interventions infirmières*, Edition Maloine Decarie, Québec, 1996, 366 pages). Cette équipe formée de nombreux chercheurs, a travaillé pendant cinq ans à constituer une liste de soins directs dispensés par les infirmières.

L'objectif des auteuers réside dans leurs souhaits de combler une lacune représentée par l'absence de liste standardisée, complète et fiable, concernant le recensement d'interventions infirmières. Leur souhait est *« d'aider les praticiennes à nommer leurs actes de manière rigoureuse [...] afin de mieux les valider, de mieux évaluer les résultats. »* (*Ibid.*, pp. 15-16.), de rendre *« explicite ce qui était auparavant implicite quant à la nature des soins infirmiers»* (*Ibid.*, p. 52) L'élaboration d'une telle liste repose sur la nécessité de donner une visibilité au travail infirmier afin d'affirmer sa contribution et ainsi de ne pas l'occulter « *dans l'équation scientifique»*, (*Ibid*, p. 21) et d'opposer un langage standardisé comme condition de scientificité.

Ce livre identifie 336 interventions infirmières qui s'appliquent à un vaste éventail de cas. Cette classification vise à *« inclure l'ensemble des interventions de soins directs au patient réalisées par les infirmières, individuellement ou en collaboration. »* (*Ibid.*, p. 43).

Pour chaque intervention, une présentation en trois volets est proposée. Celle-ci comprend **l'intitulé** de l'intervention**,** sa **définition** ainsi qu'une **série d'activités** ou d'actions que l'infirmière accomplit.

Ces 336 interventions ont été développées grâce à des méthodes inductives et ont été identifiées et validées en situation clinique.

Cet effort de rationalisation, positiviste ou entomologiste, diront d'aucuns, vise à une classification *« plus globale de toutes celles actuellement en usage. »* (*Ibid.*, p. 44).

Parmi ces actions nous en avons retenu trente-et-une relevant directement ou potentiellement de notre champ disciplinaire. Parmi ces trente-et-une, une dizaine d'interventions peut recouper pleinement ou partiellement notre objet de recherche. Les séries d'actions, ou actions clés témoignent par ailleurs d'une richesse clinique.

Les apports de cette recherche resteront toutefois limités dans notre travail.

2 .1.3 La recherche du M.I.R.E : « Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extrahospitalier des infirmiers de secteurs psychiatriques »

Cette recherche a été menée par Alain Pidolle, Viviane Kremer, Pascale Gauthier (France) in Convention de recherche nº 278/87, 1993 la MIRE (Mission Interministérielle de Recherche Expérimentation), ARP (Association Recherche en Psychiatrie), Centre Hospitalier Spécialisé-Lorquin. Alain Pidolle est psychiatre des hôpitaux. Il a été président de la Conférence Nationale des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des centres hospitaliers spécialisés. C'est au cours d'une rencontre que nous avions eu connaissance de cette recherche.

Cette recherche date de 1993 et mérite d'être resituée dans le contexte de l'époque. La référence aux *nouvelles technologies* prend en compte l'évolution des sciences et techniques dans le domaine médical et rapporte celle-ci à la discipline psychiatrique. Ces évolutions prennent en compte de manière générale l'évolution des pratiques de secteur et en particulier celles d'infirmiers ISP. Nous ne nommions pas encore à l'époque ces pratiques avec le qualificatif *avancé*, mais elles en relevaient. *« L'instauration de ce travail de secteur en psychiatrie a généré des pratiques diverses dans la prise en charge du patient à domicile et dans son contexte psychosocial. Cette nouvelle approche de la maladie mentale remet en question des pratiques professionnelles anciennes...»* (*Ibid.*, p. 3).

L'objectif de cette recherche est donc de faire le point sur ces pratiques, une fois retombés les mouvements d'enthousiasme liés à l'idéal parfois conquérant qu'a pu représenter le déploiement du secteur, au moins pour les équipes les plus dynamiques. *« L'interrogation à l'origine de cette recherche se situe donc dans une tradition du milieu psychiatrique. Elle s'articule aussi avec la nécessité de "faire le point" que connaissent de nombreuses équipes de notre région après des années pendant lesquelles l'enthousiasme, la nouveauté des pratiques sociales, la volonté de "fermer l'asile", ont parfois pris le pas sur une adaptation aux spécificités du "terrain" »* (*Ibid.*, p.8).

Cette recherche a été menée sur 53 secteurs de psychiatrie générale, elle a concerné 461 infirmiers répartis sur six départements. Elle été menée par questionnaire et visait un nombre identique d'infirmiers exerçant en intra et en extra hospitalier. Ses objectifs principaux étaient les suivants :

- S'intéresser aux conditions effectives du travail de l'infirmier de secteur psychiatrique en intra et en extra hospitalier.
- Connaître mieux l'image de la profession d'infirmier psychiatrique tant à l'hôpital qu'en dehors.
- Étudier la perception du travail de l'infirmier de secteur psychiatrique et étudier l'adéquation entre la formation initiale et permanente, et entre le travail effectué à la fois en intra et en extra hospitalier.

Nous avons retenu plusieurs éléments en lien avec notre problématique :

- *La nature des soins :*

Concernant la nature des soins, les infirmiers évoquaient des registres d'action en amont des actes relationnels, *« les ISP d'hôpital préfèrent "L'être là", l'accueil, la présence, la disponibilité : ils ne vont pas vers le* patient, mais *attendent que celui-ci s'adresse à eux pour qu'un contact non*

formalisé puisse s'établir. » (*Ibid*, p. 100). Avec les activités d'animation, ces actes semblent les plus spécifiques à l'ISP d'hôpital. Dans la recherche menée par la MIRE, « *42 % des réponses indiquent que "cette présence" représente une des caractéristiques de l'infirmier à l'hôpital*» (Loc. cit.). La question alors posée est la suivante : *« S'agit-il d'une technique infirmière ou d'une capacité personnelle ?»* (Loc. cit.), ce questionnement est en lien avec la spécificité du travail infirmier en psychiatrie et est abordé dans notre rapport de recherche.

- *Les actes les plus significatifs* en regard de notre recherche

Cette recherche aborde différents points qui apparaissent propres à l'exercice de l'ISP à l'hôpital tels :

- L'« être là », « … *c'est "l'être là", la capacité d'accueil et d'écoute qui est considérée par l'ISP comme l'élément le plus important pour le patient.* » (*Ibid.*, p. 103.),
- L'autonomie professionnelle de l'infirmier et de la spécificité du travail infirmier en Psychiatrie avec la référence à « l'être avec» (*Ibid.*, pp.107-109.)
- La particularité *« qu'être en relation est aussi un travail»*. (*Ibid.*, p. 109.),
- La question de l'infirmier comme technicien de la relation, *« L'ISP est un tisseur de lien : sans arrêt il reconstruit les fils ténus qui relient le patient aux autres, sans arrêt il retisse les réseaux que la maladie mentale perturbe ou détruit. »* (*Ibid.*, p. 110.).

- *La place de l'informel :*

Dans cette recherche, le terme **d'informel** (*Ibid.*, p.154.) apparaît à propos de réunions de l'équipe.

Ces réunions n'impliquent que l'équipe en service, elles concernent essentiellement les infirmiers, les aides-soignants, les agents du service hospitalier et ne sont jamais systématiques. Elles scandent le travail dans le service. Leurs contenus sont informatifs quand il s'agit d'échanges professionnels ou abordent la vie quotidienne avec ce qui est personnel et non professionnel. Des fonctions (recul, respiration) liées à l'informel dans l'équipe sont perçues, *« Restent les moments de pause, le café "institutionnel", pour se retrouver [...] on retrouve la possibilité de reconstruire une identité personnelle et professionnelle après le contact avec la folie»* (*Ibid.*, p.158.), *« Pour métaboliser l'angoisse née de la fréquentation continue de la folie au cours d'une journée de travail, l'équipe hospitalière n'a le plus souvent à sa disposition que les retrouvailles communes autour du café...»* (*Ibid.*, p. 162.).

Cette recherche a eu son importance pour nous. Moins par ses apports en lien avec notre objet d'étude, lesquels restent limités, que par les **constats posés sur la spécificité du travail infirmier dans le cadre d'une démarche scientifique**. Ce document repère l'activité de *bricolage* des ISP comme une adaptation pragmatique de méthodes de travail. Cette activité se nourrit des références théoriques locales, mais sait s'en affranchir. Les notions de relation d'aide, de relation thérapeutique, d'équipe, apparaissent comme des éléments socles des constructions identitaires. Dans leurs conclusions, les auteurs posent le constat suivant *« Les ISP élaborent un savoir spécifique qui n'a pu être qu'effleuré dans cette recherche.»* (*Ibid.*, p. 252.).

2.1.4 L'étude Pressnext : « Mots à maux… Expression de la souffrance chez lez soignants en psychiatrie»

Cette étude de très grande envergure, a été financée par la Communauté Européenne. Elle implique dix pays d'Europe concernés par son objectif et s'est déroulée de 2004 à 2006. Elle porte sur la situation de travail et de vie des personnels soignants ainsi que sur les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur métier. Son objectif vise à mieux expliquer l'abandon prématuré des soignants paramédicaux de leur profession, elle doit permettre de proposer des solutions. Elle a donné lieu à de multiples publications et a impliqué des Conseils Généraux dans des démarches d'ergonomie participative, dont la région Rhône-Alpes.

Une branche de cette étude comparative concerne les soignants de psychiatrie. Elle a été réalisée en France et dans trois autres pays européens, Allemagne, Grande-Bretagne et Slovaquie. Cette dernière compare les réponses des soignants de psychiatrie vis-à-vis de celles des soignants en soins généraux, en France. Elle a été menée par M. Estryn-Behar, N. Duville and Co, 14 février 2006, disponible sur www.sciencedirect.com et elle s'appuie sur l'enquête PRESST-NEXT. www.**presst-next.fr/** . L'étude s'appuie sur les données de l'enquête citée ci-dessus pour examiner si la réorganisation des soins liée aux réformes économiques engagées pour l'ensemble du système de soins permet une satisfaction professionnelle des soignants en général et en particulier en psychiatrie.

Les éléments qui ont retenu notre attention

- L'étude confirme que les nouveaux diplômés de formation IDE ne se sentent pas assez préparés aux situations de soins par insuffisance de la formation initiale en psychiatrie.

- Il existe un contexte qui précise notamment que « *les interruptions fréquentes dans le soin, la lourdeur des tâches administratives, le risque médico-légal et aussi l'accréditation semblent peser sur la qualité des soins et amène le soignant à se déclarer insatisfait de l'utilisation de ses compétences* ».

- Ces chercheurs montrent que la psychiatrie reste atteinte par les à priori et les préjugés ainsi que le résume une infirmière de secteur psychiatrique *: « Un monde encore à part et qui fait peur. Informer les gens de la spécificité du travail en psychiatrie».*

- L'étude retient une inadéquation entre le travail effectué chaque jour et la représentation du rôle soignant en psychiatrie. Cette inadéquation engendre un sentiment d'insatisfaction concernant l'utilisation des compétences. Elle pointe également une insatisfaction de la qualité des soins due aux interruptions, aux tâches administratives, au risque médico-légal ainsi qu'elle retient l'accréditation (en lien avec la difficulté de quantifier la charge de travail des infirmiers en psychiatrie).

- La question de l'autonomie dans le travail : avoir son mot à dire sur le type de tâches, sur la manière et le moment de les accomplir, travailler à son propre rythme est supérieur en psychiatrie par rapport aux autres disciplines. En psychiatrie, les tâches moins standardisées font plus appel à l'initiative et à la personnalisation des soins relationnels.

Ces éléments ont permis de rejoindre et d'étayer ultérieurement, sur une base scientifique, nos propres constatations issues de cette recherche. Ils ont servi à alimenter et à référencer quelques-unes de nos caractérisations de fonctions. Des enseignements et des résultats de cette recherche sont mobilisés dans la partie consacrée à la discussion (Voir conclusion en partie 8.1.3).

2.1.5 *La recherche de NANT* : « Interventions infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu »

Cette recherche (Suisse) a été effectuée par Françoise Cinter, professeur à la HEdS (Haute École de Santé), Anne-Claude Allin professeur à la HEdS La Source, Lausanne, Raymond Panchaud, Directeur des Soins de la fondation de Nant, Corsier-sur-Vevey et Nant fondation, mars 2009.

Cette recherche a un triple objectif : décrire le *travail du milieu* en lien avec le travail infirmier en psychiatrie, comprendre son désinvestissement et identifier ses caractéristiques sur trois dispositifs différents. Le travail du milieu correspond à des qualités attendues d'un dispositif de soins hospitaliers que nous nommons pour notre part comme un *effet structure.* Dans leur contexte institutionnel, le travail du milieu s'intéresse à trois dispositifs de la Fondation de Nant : hospitalier, intermédiaire et résidentiel. La recherche vise à explorer les dimensions du travail infirmier en psychiatrie, et ceci, dans la perspective *« d'avoir des arguments tangibles pour qualifier la nature du travail infirmier en*

psychiatrie.» (Rapport final, mars 2009, p.6). Le milieu, ici, constitue le soubassement implicite, l'arrière-pays, la toile de fond, sur lesquels s'inscrivent les soins programmés, les traitements, les actes donnant lieu à saisie d'activité. Il correspond à cet égard, à un travail institutionnel que nos amis suisses nomment travail en milieu résidentiel.

Ce travail du milieu se réfère à J. Gunderson (1983) et à son ouvrage sur la thérapie du milieu que l'auteur présente avec ses cinq fonctions principales. Ces dernières correspondent aux fonctions de contention, de soutien, de structuration, de mobilisation et de validation. (*Ibid.*, pp. 15-17.). Ce travail spécifique est inscrit dans le projet de soins local et fait partie de la culture soignante d'établissement. L'activation de ces fonctions donne la dimension thérapeutique à ce travail du milieu. Sa réduction ou sa centration à une fonction prioritaire (contention, sécurisation) parle des objectifs de l'institution sur le soin.

La conception des soins sur cet établissement prend en compte, à côté des aspects *structurés ou organisés*, les aspects non structurés *« qui comprennent les attitudes des soignants, leur position interne»*, la fonction de métabolisation psychique et les espaces relationnels avec le groupe soigné et dans le groupe soignant.

Ces orientations seront retrouvées dans cette recherche, laquelle présente de nombreuses similitudes avec la nôtre. Ainsi, nous retrouvons plusieurs proximités :

- Une thématique de recherche voisine, l'objet de recherche est investigué en utilisant une autre porte d'entrée, celle du milieu.
- Une préoccupation commune autour de l'identification et de la qualification des spécificités du travail infirmier en psychiatrie.
- Une méthodologie qualitative qui utilise de manière assez proche les mêmes outils d'investigation.
- Des qualités attendues des dispositifs de soins hospitaliers présentées par fonctions.

Les apports de cette recherche, ses résultats, les convergences avec nos observations en font un document ressource qui a contribué à alimenter notre réflexion. Celle-ci s'est traduite par une sollicitation importante et un référencement nourri. Des notions, des mots, issus des étapes d'observations sur le terrain avec les entretiens de professionnels infirmiers où apparaissent les notions « d'informel » et « d'être là », en font un document source.

Éléments de conclusion

Les données des recherches scientifiques se sont avérées limitées et inégales dans leurs enseignements. Elles nous ont toutefois confortés dans le choix de notre problématique de recherche qui vise à éclairer le réel du travail infirmier en psychiatrie quant au repérage d'une activité *informelle*.

La recherche de Nant entretient avec notre travail, **une proximité conceptuelle** qui nous a invités à établir des contacts et à envisager des collaborations.

2.2 L'exploration des données documentaires, la détermination des mots clés et des éléments significatifs

Préambule

Le recensement des connaissances en lien avec la problématique de recherche s'est effectué préférentiellement en amont de notre démarche. Toutefois, l'étalement dans la durée de notre recherche nous a conduits à alimenter de manière continue notre fonds documentaire. Cette longue centration sur notre objet d'étude a fonctionné comme un effet attracteur pour les domaines en lien avec notre problématique.

Le domaine d'exploration très vaste nous amène à rendre compte non pas de la totalité de nos ressources, mais de celles issues de quelques auteurs. Ces auteurs, toutes disciplines d'appartenances confondues, ont été retenus en fonction des proximités et des pertinences que leurs écrits entretiennent avec notre objet de recherche. Ces données issues de la littérature, émanent d'ouvrages, d'articles de revues sur support papier et dans une moindre mesure, de supports informatiques et documents en ligne.

Nous ne citons que les données les plus significatives en regard de notre problématique. Ces références ont été mobilisées pour leurs éclairages complémentaires, le voisinage de leurs champs définitionnels avec *l'informel* et pour leurs étayages respectifs lors de nos élaborations.

Nous avons retenu préférentiellement six domaines et disciplines qui concourent à éclairer notre question de recherche. Pour chacun de ces domaines, nous avons relevé les mots clés, les expressions et les concepts associés.

Notre recensement a concerné :

- la psychothérapie institutionnelle,
- la psychodynamique du travail,
- la praxéologie,
- les sciences de l'éducation,
- les soins infirmiers,
- les autres domaines

L'ensemble de ces repérages est resté ouvert pendant toutes les phases de la recherche. Ils viennent en complément de l'étape exploratoire. L'étape rédactionnelle a logiquement remobilisé ces données et nous imaginons que cette appropriation au long court est susceptible de rester active au-delà de l'écriture du rapport. Ces données constituent un réservoir des mots clés. Ce dernier sera mobilisé particulièrement dans la partie six qui développe la caractérisation des fonctions. D'autres données ne connaîtront pas ce destin, elles auront toutefois contribué à alimenter notre pensée.

Dans chaque domaine nous retenons les mots clés et notions cités par les auteurs en lien avec chacun de ces axes

2.2.1 En lien avec la psychothérapie institutionnelle

Parmi les auteurs de ce courant de la psychiatrie française, nous avons retenu

- **Jean Oury,** figure de ce mouvement à l'œuvre considérable avec :

- *L'espace du dire,* défini comme les conditions matérielles et collectives du « transfert», un espace qui sert de soubassement à la parole et au « dit».

- *La liberté de circulation,* ce terme vise à décrire le passage d'une déambulation (arpenter un nulle part) à une circulation entre des lieux définis et spécifiés par une activité ou une ambiance particulière.

- *La téléotique,* ce terme définit un vecteur de direction sans en donner pour finalité le but à atteindre. Ces premiers mots clés proviennent de « Psychothérapie institutionnelle : transfert (*L'information psychiatrique*, vol.59, Nº 3, mars 1983, pp. 413-423.)

- *La jachère ou lieu de porrection,* quand ces termes désignent des lieux où il peut se passer *quelque chose,* quelque chose qui met en question un manque, un vide, et qui agit « *comme ligne de déploiement d'une présence.»* (*Ibid.*, p. 419.)

- *Le tuché.* Le mot ici vient désigner une vraie rencontre *« Quand le hasard va toucher là quelque chose qui va s'inscrire, qui va faire sillon dans le réel, qu'on ne pourra pas effacer».* (Liberté de circulation et espace du dire, *VST*, nº 65, 2000, p.8.)

- *Les entours.* Le terme vient ici qualifier l'ambiance, souligner les connivences potentielles et marquer les limites d'un dedans/dehors. *« L'ambiance, j'appelle cela "les entours", c'est plus poétique. Or, dans les entours, on s'aperçoit que ce qui est efficace, ce sont les tout petits détails».* (Jean Oury, sous la direction de Patrick Chemla, *« Résistances et transferts»*, Éditions Erès, 2004, 144 pages, pp. 19-26.) **Lucien Bonnafé,** dans un registre voisin, parlait lui *de poétique* pour définir ce climat relationnel et cette capacité à donner du sens à la relation.

- **Danièle Roulot** parle elle :

- de *qualité de présence, d'instants favorables, de pièges à intéresser* pour s'intéresser à ceux dont le symptôme passe par une instabilité motrice et une déambulation. (Http.//cliniquelaborde.com, Réflexions/Écrits, *Présentation de la psychothérapie institutionnelle aux administratifs,* 1992).

- **Blandine Ponet**, infirmière de secteur psychiatrique parle elle :

-*De faire société, de fabriquer du " il y a",* des *Miracles de l'ordinaire* et cite Jean Luc Nancy pour les *espaces d'inclinaison.* Ces termes sont employés pour décrire qu'avant les soins, il faut souvent être avec les patients à la base d'un lien social. (*L'ordinaire de la folie, Une infirmière engagée en psychiatrie,* Éditions Erès, 2006).

- **Michel Balat** est psychanalyste, sémioticien. Il est connu pour ses travaux sur l'éveil de coma des grands blessés. Afin de favoriser pour ces personnes les conditions d'un éveil de coma et d'un retour à la vie, Michel Balat a élaboré avec son équipe une ambiance, une enveloppe, un espace pour ces moments d'accueils. Il a alors inventé des concepts pour décrire les qualités attendues de ce dispositif et en repérer les différentes étapes.

On retrouve les concepts et mots clés :

- *d'espace tonal* (comme membrane impalpable), *de musement, de guet* et également de *scribe* et *d'état des lieux.* Nous retenons également *la veillance* qui se distingue de la surveillance par l'évacuation du rôle de garde et de son potentiel persécutoires, ainsi que *la feuille d'assertion* dont la signification porte sur les possibilités d'inscription. Et enfin *l'abduction* qui mobilise, sur un registre inductif, les hypothèses en attente d'expression.

- **Pierre Delion** parle des *temps interstitiels*. Il les définit comme :

- des *« moments entre deux activités thérapeutiques. Ce temps me semble fondamental parce que c'est à ce moment-là que les enfants ou les adultes fabriquent dans leur appareil psychique des représentations de ce qu'ils viennent de faire juste avant, et qu'éventuellement ils anticipent sur ce qu'ils vont faire juste après»* (Réflexions/ Écrits/ Pierre Delion, « Accueillir la personne psychotique », http://cliniquelaborde.com, avril 2007)

Il convoque également :

- *L'imprévu* qu'il repère *« comme émergence des potentialités créatrices d'expressions désirantes subjectales. »* (*Ibidem*.) Ainsi que les *situations prétextes* et la fonction *moissonneur de signes.*

- **Paul Fustier** évoque **:**

- Le *vivre avec.*

Nous précisons que c'est de notre initiative que nous classons cet auteur dans ce courant de la psychothérapie institutionnelle. Ses apports pour la conceptualisation des soins infirmiers en psychiatrie ainsi que ses réflexions sur les dimensions institutionnelles du soin nous ont naturellement conduit à cette proximité d'appartenance qui reste ici de notre interprétation.
Il définit ainsi le *vivre avec* comme « *un système de relations suivies entre soignants et soignés prenant la forme d'un partage de vie, d'un accompagnement dans le quotidien. ».(« Institution soignante et double prise en charge»*, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, N° 13, 1989, pp. 59-75.)

Nous retenons également chez cet auteur :

- *L'interstice institutionnel*, le *temps perdu*, le *travail social non aseptisé, l'espace du flou*, les notions de *socialité primaire* et de *norme d'emploi.*

2.2.2 En lien avec la psychodynamique du travail

Cette discipline s'intéresse à l'homme au travail avec comme axe central de lecture l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Parmi ses auteurs, nous avons retenu :

- **Christophe Dejours**, chez cet auteur de référence, nous avons sélectionné les mots clés ci-après :

- *l'utilité*, il vise à *« prend en compte, outre le respect des normes, des règles et des valeurs du métier, l'apport singulier lié à la créativité et à l'originalité.»* (« Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel' (*Éducation permanente*, n° 116, mars 1993, pp. 47-70.)

- *Les ficelles de métier.* Ce terme évoque les manières de faire, les astuces professionnelles issues de l'expérience professionnelle, elles s'apparentent à une *intelligence pratique.* Il s'agit de *«Procédures élaborées, inventées, transmises pour améliorer un travail et qui n'ont pas été enseignées»* (*Ibidem*).
Xavier de la Vega, commentant une rencontre avec C.Dejours, apporte les compléments de mots clés tels que *la ruse, les trouvailles* (« L'impossible mesure du travail invisible», *Sciences Humaines*, n° 154, novembre 2009, pp. 20-23.)

- *Le travail réel* est défini ainsi : « *Il ne correspond pas au travail présent. Il tient compte des savoirs faire pratiques, du savoir empirique, des connaissances informelles, du bricolage, de l'expérience…*» (Loc. cit)

- *La fraude ordinaire :* Ce terme vient qualifier les adaptations nécessitées par le réel de l'activité pour satisfaire aux exigences du prescriptif. Christophe Dejours précise que ce terme *« qualifie l'écart qui existe entre le travail prescrit et le travail réel, entre la tâche (ce qu'on doit faire ou devrait faire d'après les prescriptions) et l'activité (ce que l'on fait vraiment pour atteindre au plus près les objectifs de la tâche)». (*Christophe Dejours, Op. cit. pp.47-70.)

- Nous avons retenu également chez cet auteur les formulations et concepts suivants : *la place de l'incidentel* (qui renseigne sur les adaptations à développer), *les processus conatifs* (les motivations des conduites professionnelles), *les ruses tactiles, la tâche discrète, les zones grises, l'intelligence rusée* qui parlent les adaptations au réel de l'activité. Enfin, le *travailler* qui caractérise la part invisible du travail dans son versant subjectif. Elle traduit chez le professionnel, sur son lieu ou plus généralement en dehors de son lieu de travail, les efforts, l'ingéniosité, les ruminations, l'activité onirique associée qui est alors à différencier de l'envahissement. Le travailler en question est un travail de perlaboration, onirique ou non, dans le souci de résoudre un problème rencontré au travail. La résolution ici est portée par la question du sens au travail.

- **Pascale Molinier** évoque quant à elle :

- *Les savoirs faire discrets* qui *« consistent à anticiper les difficultés ou les besoins d'autrui»*

- *La tricherie ordinaire* qui a un sens précis en psychodynamique du travail. Ce terme désigne alors *« certains écarts ou certaines transgressions par rapport à la prescription dont le but recherché est de mener le travail à terme en tenant compte de l'organisation du travail. Les tricheries sont ordinaires dans le travail bien qu'elles soient tenues pour clandestines»* (P. Molinier, « *Les enjeux psychiques du travail*». Éditions Payot et Rivages, Paris, 2006, p. 125 et p. 145.)

- *La perception sensible* et le *sentir et expérience :* ces deux derniers termes recouvrent deux des quatre caractéristiques de l'activité subjectivante. Cette activité subjectivante passe par les *sens* pour pouvoir faire *sens*, à l'image *d'avoir du nez, du flair.* (Op.cit, p. 107-109).

- D'autres termes nous ont également servi de mots clés chez cet auteur, ainsi nous avons retenu ainsi *Le travail invisible, la sagesse pratique, l'expérience sensible.* (« L'invisible travail des infirmières», *Santé mentale,* nº 42, novembre 1999, pp. 44-47.)

2.2.3 En lien avec la praxéologie

La praxéologie concerne les actions sensées issues de savoirs homologués associés au savoir expérientiel, non conscientisées. Ces dernières peuvent faire l'objet d'une posture réflexive, le plus souvent, dans l'après-coup. Parmi les auteurs, notre attention s'est porté sur :

- **Philippe Perrenoud** évoque *la pratique réflexive* comme :

- *« L'action fait l'objet d'une représentation. L'auteur est supposé savoir ce qu'il fait, il peut donc s'interroger sur les mobiles, les modalités et les effets de son action»*. (Perrenoud, Philippe « DE la pratique réflexive au travail sur l'habitus», *Recherche et Formation,* Nº 36, 2001, pp. 131-162.)

- **Donald Schön** pour sa part développe :

- *la réflexion en cours d'action et sur l'action, la posture réflexive, les savoirs tacites, les savoirs d'expérience, les métaphores génératrices.* Les quatre premiers mots clés sont issus de

l'ouvrage (*Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel,* Montréal, Éditions Logiques, 1994, 418pages.)

- **Pierre Bourdieu** développe plusieurs concepts dans son ouvrage intitulé *le sens pratique.* Il définit ce dernier comme la capacité à faire correspondre à une situation particulière une pratique adéquate, sans aucun calcul préalable. Les concepts développés qui nous ont servi de mots clés sont *l'habitus (*le "c'est comme ça"), *l'héxis corporel* (dispositions, postures et pratiques corporelles naturalisées par les habitus), *les schèmes de perception* (inscription dans le monde social) et *les schèmes générateurs* (le comportement pratique adéquat). (« *Le sens pratique»,* Éditions de minuit, Collection le sens commun, Paris, 1980, 480 pages.)

- Nous retenons chez **Guy Le Borteff :**

- *les minis actes et le micro actes*, ainsi que *les savoirs faire expérientiels* (pour les savoirs issus de l'action). *(«De la compétence. Essai sur un attracteur étrange»,* Les éditions d'organisation, 1995).

2.2.4 En lien avec les sciences de l'éducation

Dans ce champ disciplinaire, nous avons prélevé des mots clés qui font référence au « savoir comment». Ce savoir concerne le travail de réalisation, savoir comment faire les choses, c'est connaître des moyens et des méthodes pour accomplir cette réalisation. C'est un savoir lié à la performance d'une action. Il est défini comme étant un mode de connaissances pratiques. Plusieurs auteurs nous ont interpellés :

- **Jean-Marie Barbier** avec :

- *Le savoir empirique, les savoirs d'actions (*Gaston Milaret, « Types de savoirs et d'éducation» *« Savoirs théoriques et savoirs d'actions»*, sous la direction de J.M Barbier, éditions Puf, 1996, p. 165).

- **Louis Toupin** avec :

- *la pertinence* (p.43), *le savoir-faire* (p. 47), l*es savoirs informels* (p. 49). Nous retrouvons ces mots clés dans l'ouvrage (*« De la formation au métier. Savoir transférer ses connaissances dans l'action.»* Paris, ESF, 1995, 208 pages.)

- Nous avons également retenu :

- *l'intelligence oblique* chez **Jean Pierre Vernant** et *la connaissance en actes* pour **Gérard Vergnaud.**

2.2.5 En lien avec les soins infirmiers

Les mots clés retenus sont issus d'articles, d'ouvrages et de sites internet. Nos sources d'articles sont tirées principalement des revues telles que : *Santé Mentale, Soins psychiatrie, Vie social et traitement (VST), Soins Cadres, Gestion Hospitalière, Empan*. Les sites internet qui nous ont le plus renseignés sont principalement : http://www.serpsy.org, http://www.infirmiers.com http://cnmp.free.fr.

Parmi les auteurs, nous avons retenu :

- **Dominique Friard** avec :
  - les *soins invisibles (*qui ne donnent pas lieu à une prise en compte),

- *la clinique des petits riens (*une clinique d'attentions et d'observations au quotidien),

- *les savoirs indiciaires* (un élément d'information partielle génère une compréhension plus large).

- **Stéphane Lambert** quand il parle de :

- *travail de maïeutique sur le quotidien* pour permettre l'émergence des actes infirmiers et

- des savoirs faire qui les sous-tendent. « Être là, Être avec» *Les savoirs infirmiers en psychiatrie,* Édition Permanentes, octobre 2006.

- **Walter Heesbeen** quand il développe ses concepts du :

- *Prendre soin,* de l'infirmier *spécialiste en petites choses (*« *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante*», Masson, Paris, 1997, 208 pages.)

- **Armel Rivallan** a développé l'idée *d'activité traîne savate* pour qualifier l'immersion des soignants dans le groupe soigné.

- **Jacky Merkling** évoque :

- *le rôle flou* pour approcher le réel de l'exercice infirmier en intra hospitalier. *(« Le métier d'infirmier en Santé Mentale »,* Collection savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, 318 pages).

- *le travail invisible* et cite Marie France Custo-Lucidis pour sa formulation sur *l'intelligence rusée.*

- **Anne Perrault Solivarès** développe une théorie solaire sur le réel du soin infirmier et évoque alors :

- les *zones d'ombre « afin de faire sortir les contenus professionnels de leur nuit institutionnelle».* (« *Le savoir de la nuit»,* Paris, PUF-Le Monde, novembre 2001,5 ème éditions, 304 pages).

- **Jean-Paul Lanquetin et Philippe Quinet** quand ils évoquent :

- *les zones muettes,*

- *les missions flottantes* pour qualifier ces registres d'actions et ces gestes attendus qui concourent au soin, mais qui ne donnent pas lieu à visibilité. (« Soins infirmiers et relations avec la famille du patient, 2/2 », *Soins psychiatrie,* nº 227, juillet/août 2003, pp 39-41).

2.2.6 Autres domaines

Les autres domaines concernent des ressources très éclectiques qui vont de la littérature à la sociologie en passant par les expressions issues des retours de terrain des soignants. Il s'agit d'une définition tiroir pour des mots clés ne trouvant pas d'appartenance dans les domaines précités.

- **Georges Perec** quand il en vient à parler de :

- *l'infra ordinaire, de l'endotique.* (*« L'infraordinaire»,* Ed du Seuil, Paris, 1989).

- **Madeleine Monceau** évoque pour sa part **:**

- *le travail de régulation,*
- *l'attention flottante, et*
- *l'ordre négocié* qu'elle emprunte à A.Strauss (page 108) (« *Soigner en Psychiatrie, Entre violence et vulnérabilité »*, Des pensées et des actes en psychiatrie, Ed Gaëtan Morin, 1998).

- **Michel Crozier et Erhard Freiberg** parlent de :

- *la zone d'incertitude* quand ils évoquent les marges de manœuvre que se préservent les acteurs, les opérateurs pour limiter l'impact du prescriptif. (*« L'acteur et le système*», Éditions du Seuil, Paris, 1977).

- Nous avons retenu également les termes :

- *les petits à côté, les temps mous, le sens de l'occasion* pour ces retours de terrain.

En Conclusion

L'ensemble de ces connaissances nous a permis de préciser les contours de notre thématique de recherche. Les mots clés et les éléments significatifs sont venus enrichir considérablement les données recueillies lors de l'étape exploratoire.

La plupart de ces mots clés trouveront leurs destins lors de la suite de ce rapport de recherche et de manière élective lors des résultats de caractérisations des fonctions. D'autres mots clés, et éléments significatifs issus des domaines cités plus haut viendront compléter ce recensement et seront mobilisés de manière complémentaire lors de la phase rédactionnelle. Ces apports complémentaires faciliteront l'illustration des notre propos et de nos caractérisations. Leur rassemblement au sein de notre rapport de recherche permet de les *tenir-ensemble* et cet ensemble devient riche de l'hétérogénéité de ses sources.

Ces données citées et celles retenues jusqu'à la clôture du rapport final nous permettent de constater que notre problématique de recherche peut s'enrichir des apports de ces différents domaines et disciplines. Tous peuvent, à un moment ou à un autre, participer d'un éclairage quant à notre objet de recherche et au final donner une visibilité et une mise en sens au travail infirmier en psychiatrie.

3. L'EMERGENCE DES AXES THEORIQUES DE LA RECHERCHE

Préalable méthodologique

Les prémisses de l'émergence des axes théoriques de la recherche, que nous nommons également construction du modèle d'analyse, apparaissent dès 2006 lors du dépôt du devis de recherche au CSR du CH le Vinatier. Il découlait de nos investigations théoriques en lien avec la formulation définitive de l'objet de recherche.

- Plusieurs champs disciplinaires retenaient alors notre attention, à savoir :

  - La psychothérapie institutionnelle,
  - La pédagogie,
  - La psychodynamique du travail,
  - Les soins infirmiers.

- L'élaboration du modèle d'analyse ne s'est pas réalisée de façon linéaire, elle a suivi l'évolution de notre parcours de recherche et s'est structuré au fil du temps.

Trois axes théoriques significatifs en regard de notre problématique ont été au final retenus. Ils viennent alimenter le modèle d'analyse. Nous retrouvons dans cette modélisation définitive :

- La psychothérapie institutionnelle,
- La psychodynamique du travail,
- La praxéologie qui s'est imposée en cours de recherche.

- Nous allons présenter ces trois axes avec un abord définitionnel, des concepts significatifs pour chaque discipline, et nous établirons les liens avec notre problématique de recherche telle que nous l'avons formulée en fin d'étape exploratoire (réf. première partie -1).

Chaque axe sera présenté en quatre temps :

- Un encadré qui présentera le champ général de la discipline et situera de manière rapide son historique, (encadré sur fond vert).
- La présentation de l'axe théorique avec les définitions croisées de différents auteurs.
- La présentation des principaux concepts, ou concepts centraux, retenus avec leurs définitions et fondements.
- Un dernier pavé conclusif qui nous permet d'établir les liens avec notre objet de recherche, (encadré sur fond bleu).

Enfin, le choix de retenir ces trois modèles nous a permis d'appliquer, pour celles qui pouvaient être renseignées, une triangulation des axes théoriques lors de la présentation des résultats de caractérisation des fonctions. Cette approche, quand elle a été possible, répond alors à l'application de la triangulation théorique.

3.1 La psychothérapie institutionnelle

Préambule

« Sans reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme même qui disparaît...». Cette citation de François Tosquelles est inscrite sur une plaque à l'entrée du foyer de l'hôpital de Saint Alban, creuset de ce courant de la psychiatrie française. (*L'enseignement de la folie*, Édition Privat, Toulouse, 1992, p. 11).

L'idée de se servir du milieu hospitalier comme un facteur thérapeutique existait dès le début du 18éme siècle, avec Esquirol qui formulait en s'inscrivant dans la filiation du traitement moral ouverte par Philippe Pinel et Jean Baptiste Pussin : *« une maison d'aliénés peut être un instrument de guérison. Entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales»*. Bien plus tard, la psychothérapie institutionnelle allait se construire sur une critique radicale du modèle asilaire. Dans le souci d'être bref, nous retenons trois facteurs qui ont fécondé cette critique radicale de l'asile et favorisé l'émergence et la constitution de ce courant.

- Le retour d'infirmiers, anciens prisonniers de guerre qui apportaient une vision du monde différente. Ils ne voulaient plus voir les aspects asilaires de ces structures qui leur rappelaient l'expérience concentrationnaire.
- L'infiltration et la diffusion des idées freudiennes et de la psychanalyse, ainsi que l'utilisation de cette formation psychanalytique au service d'une pensée, permettant de concevoir des structures de soins non asilaires et renouvelant radicalement le champ de la compréhension des psychoses.
- Enfin, dans ce champ d'expérimentation ainsi ouvert, l'introduction des modifications dans les rapports et les rôles sociaux sur deux plans, entre les infirmiers et les médecins et entre les soignants et les patients.

L'objet de notre recherche nous a spontanément conduits à regarder du côté des références à la psychothérapie institutionnelle. Certains de ses concepts, notions, idées sont, à notre sens, utilisés au quotidien par les infirmiers exerçants en psychiatrie, sans que leurs utilisations soient «conscientisées». C'est-à-dire sans qu'ils se réfèrent explicitement à ce corpus théorique qui viendrait alors leurs donner corps et sur lequel ils pourraient appuyer et éclairer certaines de leurs actions et de leurs pratiques.

Les actions, les pratiques, les concepts que nous voyons être mobilisés dans ce cadre concernent particulièrement la prise en compte du quotidien et de sa trame institutionnelle. Ce quotidien partagé par les patients et les infirmiers (ou les soignants en général) est théorisé par ce courant comme autant d'ouvertures à un espace de « possibles». Ces aspects concerneront le cadre de nos investigations avec les infirmiers en unité de psychiatrie adulte en hospitalisation temps plein. Les situations de soins générées par le quotidien deviennent prétextes et supports à une rencontre, cette rencontre rendue si difficile, particulièrement pour les patients de la lignée psychotique. Les liens avec notre objet de recherche consacré à *l'informel* deviennent manifestes avec cette théorie globale.

En ce sens, les concepts de la psychothérapie institutionnelle gardent leur pertinence, leur force d'interpellation et leur actualité. Ils sont à considérer **comme des invariants structuraux**. Cette acceptation du concept ne réduit pas la référence à la psychothérapie institutionnelle au lieu où elle s'est développée de manière originelle, à savoir l'hôpital. La psychothérapie institutionnelle a donné à la psychiatrie française la doctrine de la psychiatrie de secteur (circulaire de 1960). Ce courant opère la distinction entre établissement et institution, et ce serait procéder par simplification et hospitalocentrisme que de rabattre l'institution sur le seul dispositif d'hospitalisation temps plein. Pierre Delion précise cette *« différence importante introduite par F. Tosquelles entre **"établissement"**, le cadre légal et règlementaire destiné à répondre à des objectifs nécessaires au fonctionnement sociétal [...] et "**institution",** la manière dont les hommes chargés de l'accomplissement de ces objectifs se "débrouillent" avec leur réalisation. Si les deux sont nécessaires, ils ne sont pas superposables l'un à l'autre»*. («La psychothérapie institutionnelle : retour vers le futur», *Les cahiers de Rhizome*, nº 25, 2006, pp. 12-15.)

L'institution est entendue comme un ensemble et la référence au secteur en a été la marque. Le secteur, et maintenant sa mutation surdimensionnée en pôle, constitue la référence à cet ensemble hétérogène. Le mot *ensemble* traduit une unité de référence, et le mot *hétérogène* traduit une diversité de propositions de soin et d'accueil s'adaptant aux trajectoires de patients, et **contenue** dans cet ensemble. Le contraire d'une juxtaposition hétéroclite.

Trois auteurs seront convoqués pour les apports conceptuels, Jean Oury, Pierre Delion, Jean Ayme

- **Définition de la psychothérapie institutionnelle**

Nous proposons plusieurs auteurs pour approcher une caractérisation de la psychothérapie institutionnelle. Les différents points de vue s'interfèrent, se complètent et leurs conjugaisons tentent d'en donner une définition en relief. Ainsi, nous avons relevé les approches de :

- **Jean Oury**

Pour cet auteur, la psychothérapie institutionnelle est une "*méthode permettant de créer une aire de vie avec un tissu inter-relationnel, où apparaissent les notions de champ social, de champ de signification, de rapport complémentaire, permettant la création de champs transférentiels multi-focaux*" (Jean Oury cité par Mr Giffard, Infirmier de Secteur Psychiatrique dans le Dossier « Psychothérapieinstitutionnelle»,nov.2009,site"PsychiatrieInfirmière", http://psychiatriinfirmiere.free.fr/ , consulté le 3 novembre 2011).

- **Jean Ayme**

Il résume quant à lui : « *La psychothérapie institutionnelle se donne pour but l'utilisation des techniques d'ambiance et du réseau d'échanges économiques, affectifs et de paroles*» (Ayme, Jean, Psychothérapie institutionnelle I, *L'information Psychiatrique*, mars 1983, pp. 391-526, p.399.)

- **Pierre Delion**

Il définit la psychothérapie institutionnelle comme *« un système de médiations permettant l'échange inter individuel et dont la psychothérapie va reprendre les éléments matriciels»* (Op. cit. p. 398)

- **Dominique Friard**

Il complète solidement en nous disant : « *La psychothérapie institutionnelle, terme introduit en 1952, par Daumezon et Koechlin, est une "méthode thérapeutique cherchant à traiter et à réadapter les malades mentaux en agissant sur la structure sociale de l'institution psychiatrique où ils sont soignés*". Pour Daumezon et Koechlin, la psychothérapie institutionnelle désigne "*l'ensemble des conduites réglées à visée psychothérapique empruntant la médiation du milieu dans lequel vit le patient"* » (Daumezon, G., Koechlin, P., cité par Postel., J.in Grand dictionnaire de la psychologie et repris par Dominique Friard in Une approche thérapeutique de la psychose : le groupe de lecture, www.serpsy.org , consulté le27 octobre 2011).

Nous retenons que :

La psychothérapie institutionnelle n'est pas une technique qui peut s'appliquer sur différentes configurations d'un établissement. C'est une pratique en prise directe avec le réel, un mouvement toujours renouvelé. Elle permet l'abord multidimensionnel de la psychose, à la croisée du social, du

psychologique, du psychanalytique, et du biologique. Elle prend en compte les expressions spécifiques du transfert dans le champ de la psychose : transfert éclaté, « dissocié », « multi-référentiel ».

➢ Les principaux concepts de la psychothérapie institutionnelle

L'utilisation des éléments de la vie au quotidien des patients en hospitalisation temps plein, mais aussi hors établissement de soins, peut servir de levier thérapeutique. Ces leviers s'articulent autour de concepts dont nous allons présenter les plus significatifs. Ces derniers ont trouvé leur place dans les apports théoriques en lien avec les fonctions mères ou primaires.

- **Concept du transfert**

Le transfert et le contre-transfert sont des concepts clés de la psychanalyse. Leurs définitions sont abordées lors de la caractérisation de la fonction 3.3.1.

Nous retenons la définition que nous en donne Jean Oury. Il insiste à cette occasion sur la dimension d'accueil du transfert du patient psychotique. Dans le contexte de la psychothérapie institutionnelle *«* […] *la situation du malade doit être une situation aussi voisine que possible de la situation analytique ; dans cette situation, le malade est entouré d'objets vis-à-vis desquels il va nouer une relation et à l'égard desquels se manifestera tout son système de défense. Ces objets doivent garder une mouvance et une imprécision suffisantes pour pouvoir prêter leurs formes aux élaborations fantasmatiques des malades*». (Jean Oury, *« Réflexions et écrits : Thérapeutique institutionnelle*», www.cliniquedelaborde.com, consulté le 10 juillet2009).

- **Le transfert dissocié**

Jean Oury a introduit le concept de transfert **multi focal** au milieu des années soixante suivi en cela par d'autres auteurs de ce mouvement. Le transfert dissocié représente un mode de transfert utilisé par le patient psychotique pour qui la cure analytique reste inadéquate. Il peut cependant « *dans l'établissement et avec l'équipe soignante qui l'accueille, il peut «instituer» d'une façon partielle, à l'instar d'objets partiels, des investissements de divers ordres sur des personnes, des espaces, etc.»* (Pierre Delion, « Thérapeutiques institutionnelles», www.psychiatrie-desalieniste.com, consulté le 2 mars 2009).

Ce type de transfert prend ainsi plusieurs acceptions suivant les auteurs, mais celles-ci regroupent le même concept. Nous retrouvons ainsi à côté du transfert dissocié (P.Delion), le transfert multiréférenciel (F.Tosquelles), le transfert éclaté ou multi focal (J.Oury) ou encore la constellation transférentielle qui regroupe les éléments transférentiels diffractés.

La personne souffrant de psychose va utiliser tous les éléments de son environnement comme éléments de transfert et c'est alors notre « … *capacité à savoir travailler avec ce mode de fonctionnement qui importe»*. (Mornet, *Psychothérapie institutionnelle*, Nîmes, Champ social éditions, 2007, pp. 184-124.).

Le soignant doit composer avec les multiples éclats du patient psychotique sans lui-même subir le morcellement psychotique ou adopter une attitude contre transférentielle négative. À cette fin, l'institution au sens d'instance du terme, doit élaborer des stratégies qui permettent *« … aux éléments du transfert du psychotique de s'articuler dans une praxis et dans un collectif » et « … ainsi donner une cohérence à cette constellation transférentielle.»* (*Loc. cit.*).

Le dispositif institutionnel offre alors une possibilité pour le patient psychotique de s'appuyer sur le lieu et les soignants qui l'accueillent, de se rassembler.

- **Le concept de hiérarchie subjectale**

Ce concept est également repris lors de la partie 4.4.1 sur le choix de penser en termes de fonctions. Nous nous appuyons sur les écrits de P. Delion pour approcher ce concept qu'il développe avec toute sa rigueur : « *Les rencontres entre un sujet malade mental et les soignants qui l'accueillent dans un service de psychiatrie, ne peuvent passer que par un premier niveau, celui du sujet dont la fonction peut être soignante puisqu'il en a le statut et donc le rôle. Mais pour qu'une telle promesse*

soit tenue, il est incontournable que le soignant soit lui aussi respecté par « sa hiérarchie» comme un sujet.». (Thérapeutiques institutionnelles, www.psychiatrie-desialeniste.com, consulté le samedi 29 avril 2006).

Le concept de hiérarchie subjectale, encore appelé hiérarchisation fonctionnelle, facilite l'émergence de la responsabilisation des soignants en encourageant leurs prises d'initiatives quant à leurs actes, et contribue à l'instauration d'une confiance partagée entre les différents acteurs du soin. Ces deux préalables, responsabilisation soignante et confiance partagée, sont posées dans les écrits de P. Delion : *« …il est incontournable que le soignant soit respecté par sa hiérarchie comme un sujet, et ainsi, ait un accès facilité à ses potentialités soignantes. Ce qui amène à organiser les équipes soignantes de telle sorte que les* ***initiatives*** *soient rendues possibles puisqu'elles sont souhaitables.* La question du temps est convoquée dans la genèse de la confiance pluridisciplinaire : *« Il faut en général quelques expériences en commun entre les participants de cette nouvelle politique de service pour qu'une confiance réciproque puisse amener à de nouveaux rapports entre les acteurs de la situation de soin […] La question de temps est d'une très grande importance. »* (*Loc. cit.*).

- **Le concept de transversalité**

Ce concept a été introduit par Félix Guattari en 1970. Le concept de transversalité désigne le mode relationnel qui modifie les rapports sociaux de subordination ou d'assujettissement. La place de sujet est prévalente sur les autres assignations. Il explicite le sens du terme transversalité lors d'une intervention au premier Congrès International de Psychodrame en 1964 : *« Je propose d'introduire, à la place de la notion trop ambiguë de transfert institutionnel, un concept nouveau : celui de la transversalité dans le groupe. Transversalité par opposition à une verticalité qu'on trouve par exemple dans les descriptions faites par l'organigramme de structure pyramidale (chefs, sous-chefs, etc.) ; une horizontalité comme celle qui peut se réaliser dans la cour de l'hôpital [...] c'est-à-dire un certain état de fait où les choses et les gens s'arrangent comme ils peuvent de la situation dans laquelle ils se trouvent. ».* (Félix Guattari cité par Joseph Mornet in *Psychothérapie institutionnelle,* Nîmes, Champ social Éditions, 2007, p.130.)

La transversalité va mobiliser de l'hétérogénéité, de la disparité, de la diversité qui va ouvrir pour les patients, et ici les patients psychotiques en perte de désir, à des possibilités de le convoquer de nouveau. Jean Ayme, qui fait figure d'historien de ce mouvement, le définit ainsi : *« Il convient de substituer au système pyramidal un dispositif horizontal où les multiples réunions permettent à la parole de passer sans suivre la voie hiérarchique, où la parole libre permet l'émergence de la parole vraie, où la dimension humoristique soit considérée comme un élément fondamental de la thérapie».* (Jean Ayme, Op. cit, p.129.)

- **Le concept de libre circulation**

Ce concept est repris notamment sur la partie 6.2.3 commentant le tableau de synthèse des mises en fonctions par niveau d'investigation et par répartition des lieux. Nous avons également précisé que ces concepts qui se sont été développés à partir de l'hôpital trouvent naturellement leurs extensions non hospitalocentrées. La circulation peut s'entendre sur un site donné et à l'intérieur d'un territoire, entre plusieurs sites donnés. Nous avons retenu deux auteurs pour illustrer ce concept :

- Danielle Roulot nous explique ce concept ainsi : « *Espace de circulation : Bâtiments dispersés, entre lesquels chacun peut librement circuler, mais qui constituent aussi des « pièges à intéresser» ceux dont la symptomatologie est du côté de l'errance et de la déambulation indéfinie. La « liberté de circulation» constitue un « axiome de base» de la psychothérapie institutionnelle. Non par fantaisie : l'espace n'est-il pas ce à partir de quoi un schizophrène peut se reconstruire ? Celui qui déambule n'arpente en réalité un « nulle part». Il s'agit de transformer cette déambulation incoercible en « circulation» d'un lieu défini à un autre lieu défini, spécifié par une activité ou une ambiance particulière*». (Présentation de la psychothérapie institutionnelle aux administratifs* (exercice de style) Texte de 1992 http://www.revue-institutions.com , consulté le 10 juillet 2009.)

- Jean Oury précise pour sa part qu'« *il est nécessaire que l'institution permette " une libre circulation" qui multiplie les possibilités d'expression et les rencontres inédites* […] *pour qu'il puisse y avoir liberté de circulation cela nécessite qu'il y ait un espace et une circulation* […] *Avoir la liberté*

de marcher c'est aussi parfois avoir la liberté de rester sur place… La circulation peut aussi être dans la tête» (*«* Liberté de circulation et espace du dire», Point de vue, *VST* nº 65, 2000, pp. 9-12.)

Circuler librement, c'est avoir la possibilité de se rendre d'un point à un autre en sachant que le point d'arriver sera différent de celui de départ et qu'à ce hasard du trajet, qui ne laisse rien au hasard, pourrait-on dire, peuvent se dessiner des rencontres. Le deuxième temps de ce concept résidant dans la réunion de ces éléments, ce deuxième temps mobilise alors le concept de constellation transférentielle.

J. Oury dit *« le chemin se fait en marchant »*, il est important que celui-ci ne soit pas tracé d'avance ainsi *« … il peut y avoir, par hasard, à un carrefour ou pas, mais par hasard, une rencontre. Une vraie rencontre, ce n'est pas un bonjour, un bonsoir.»* J. Oury (*Ibid.*, pp. 9-12.)

L'importance de la possibilité d'une liberté de circulation réside dans le fait qu'elle peut être génératrice de vraies rencontres dont la caractéristique serait qu'elle détermine un avant et un après. De ce concept de libre circulation découle celui du *tuché.*

- **Le concept du tuché**

J. Oury définit le *tuché* comme « *une vraie rencontre c'est-à-dire une rencontre faite par hasard qui touche à quelque chose qui va s'inscrire, qui va faire sillon dans le Réel, qu'on ne pourra pas effacer. Et après ce ne sera plus la même chose*. » (*Ibid.*, pp. 9-12.). Les rencontres patients soignants, au gré des déambulations dans les unités, dans l'enceinte de l'institution mais aussi à l'intérieur d'un dispositif sectorisé, tout au long du quotidien, favorisent des échanges spontanés où chacun peut se retrouver comme sujet. C'est dans ces moments-là que le patient va parfois pouvoir expérimenter de nouveaux modes de mises en relation avec la construction d'une relation de confiance qui viendra ultérieurement impacter sa prise en soins. L'une des finalités est alors que ces rencontres soient possibles. Il s'agit de favoriser et de multiplier ces possibles, et cela est plus important et plus significatif que le lieu où cela se passe.

- **Le concept de l'humour**

Nous consacrons une fonction à la thématique de l'humour et du rire dans les soins (partie 6.3, fonction n°216), ces apports ont contribué à la caractériser de manière soutenue. L'humour entendu par ce courant de la psychothérapie institutionnelle apparaît comme un des moyens d'accueillir le patient psychotique dans ce qu'il présente de sa bizarrerie.

Jean Oury définit ainsi l'humour : *« C'est la prise dans une circulation de l'objet de ces fantasmes qui peut donner un certain style au collectif et la capacité d'accueillir les aspects les plus insolites de l'individu psychotique qui vient s'y faire soigner. Ne voit-on pas là se profiler cette fonction indispensable pour assumer notre présence et y survivre : l'humour ? »* (Jean Oury cité par Joseph Mornet dans *Psychothérapie institutionnelle*, Nîmes, Champ social Editions, 2000, p. 143.)

Conclusion

Ces quelques concepts nous ont permis de favoriser des mises en évidence. Celles-ci concernent les liens avec *l'informel* que la psychothérapie institutionnelle peut générer et éclairer. Ces apports seront retrouvés au moment de la catégorisation et de la détermination des fonctions, et de la présentation des résultats.

Une deuxième mise en évidence qui apparaît dans l'interligne, concerne la dimension temporelle des soins. La psychothérapie institutionnelle nous rappelle cette dimension qui nous apparaît comme fondamentale dans le soin en psychiatrie. Le soin en psychiatrie se décompose en **deux temps :** le temps de la **rencontre**, le temps d'accueillir, de faire *connaissance* et le temps du **projet**. Au niveau infirmier, nous pouvons traduire ces deux temps dans une logique circulaire qui se décline alors sur le temps préalable de la démarche clinique et le temps secondaire de la démarche de soins (voir à ce propos la partie 7.3.3 consacré à ce constat). La circularité alimentant et actualisant le deuxième en fonction du premier. En le formulant différemment, le premier temps est celui de l'accueil, de l'ouverture psychique, de l'intersubjectivité et de la narrativité, et le deuxième temps, celui de la démarche de soins. Le lien entre ces deux temps relève d'une reprise du fil narratif dont la rupture psychique en a souvent été un pont de césure pour le patient.

Ce temps clinique a besoin de temps pour se déployer, c'est-à-dire d'une temporalité qui respecte la temporalité psychique et qui ne soit pas appréciée sous le seul angle de la pression économique. Le gommage de ce temps, particulièrement sous la pression de cette dernière contrainte, favorisant *« le revolving door phénoménon»* , (soit le phénomène de la porte à tambour, du tourniquet) qui décrit ainsi les réhospitalisations multiples.

Les équipes et les infirmiers en particulier, exerçants en psychiatrie en unité d'hospitalisation temps plein auprès de patients adulte, dans le cadre de notre étude, se saisissent de l'espace institutionnel pour accueillir la symptomatologie pathologique dont l'expression psychotique, notamment, rend les situations de soins complexes. Le cadre institutionnel doit permettre une adaptation des prises en soins qui respecte et s'ajuste à la singularité de chacun.

Ce modèle psychothérapeutique laisse toute sa place aux temps et aux espaces informels tels que nous les entendons. Ces *thérapeutiques institutionnelles* (Delion, 2009) leur permettent également un espace de soutien et de valorisation par son étayage à un corpus théorique qui vient flécher et affirmer le sens de ces pratiques.

3.2 La psychodynamique au travail

Préambule

La référence à la psychodynamique du travail peut être datée avec la publication du premier livre de Christophe Dejours paru en 1980, « *Travail et usure mentale* ». Son apparition à cette époque, et avant que cette dernière prenne son essor, était perçue comme autant de modalités de renouvellement d'une histoire plus ancienne, liée à l'émergence de la psychopathologie du travail.

La psychopathologie du travail est apparue quant à elle, dans l'immédiat de l'après-guerre où sont réactivées alors les interrogations et les confrontations sur l'origine, les causes et plus généralement, l'étiopathogènie des maladies mentales. Cette confrontation concerne les trois hypothèses dominantes d'alors qui étaient représentées lors du colloque de Bonneval (1946). Parmi les figures de ce colloque, Henry Ey soutient la thèse, de *l'organogenèse*, Jacques Lacan celle de *la psychogenèse* et Lucien Bonnafé notamment défend celle de *la sociogenèse*.

La psychopathologie du travail est issue du courant de la sociogenèse des maladies mentales. Louis Le Guillant, médecin psychiatre est connu comme la figure la plus emblématique de ce questionnement en psychiatrie sur les rapports entre maladies mentales et travail. Les travaux de son groupe avaient alors pu mettre en évidence *« la névrose des téléphonistes et des mécanographes»* (Bégoin, 1957). Toutefois, l'établissement de ce lien direct entre conditions de vie, organisation du travail, homme ou femme en situation de travail et maladies mentales professionnelles s'est avéré ténu. L'établissement du lien direct entre un type d'organisation du travail et une dégradation de la santé mentale est restée limité. La volonté de Le Guillant d'établir un inventaire sur un modèle linéaire de causalité n'a pas permis d'élargir le tableau au-delà de ces cas précis.

Pour autant, et l'actualité est là pour en témoigner abondamment et douloureusement, les liens entre psychopathologies et réalités des conditions de travail existent. La psychodynamique du travail admet ce constat apparemment paradoxal des limites de la psychopathologie du travail et, sans nier les réalités de cette dernière, elle propose un **renversement épistémologique** de la question. *« La psychodynamique du travail* [...] *procède alors d'un retournement théorique : il s'agit désormais de comprendre comment les ouvriers résistent à la folie. En d'autres termes, c'est la normalité qui devient énigmatique».* (Christophe Dejours, *Pour une clinique de la médiation entre psychanalyse et politique : la psychodynamique du travail*, Trans nº 3, 1993, pp. 132-156., www.mapage.web consulté le 10 octobre 2011) Le champ s'élargit, l'investigation porte sur la normalité et ses modes d'adaptation, ses stratégies défensives pour préserver sa santé mentale. La question devient *« Mais comment font-ils ?»* (*Ibid*, p. 139) En s'intéressant au réel de l'activité, à l'homme dans ses conditions de travail, la psychodynamique du travail s'intéresse à la question de la **souffrance,** mais également, quand les possibilités de sublimation sont réunies, à la question du **plaisir** dans le travail.

Le courant de la sociogenèse a défendu avec Paul Sivadon « *une conception unitaire de la psychopathologie du travail associant trois domaines»* (Pascale Molinier, 2006, p. 21). À côté du travail pathogène coexistaient le travail thérapeutique et le travail comme outil de réadaptation. Dans son ouvrage sur *« Les enjeux psychiques du travail»*, Pascale Molinier s'appuie sur le livre d'Isabelle Billiard, *« Santé Mentale et travail»* (2001), et constate que trois noms ont porté les orientations du travail thérapeutique. Paul Sivadon s'orientant vers un travail au plus près des conditions de l'activité réelle, Louis le Guillant liant le travail au contrat social et salarial et François Tosquelles différenciant le travail de l'emploi s'attachant à ses effets sociothérapiques.

François Tosquelles parle alors d'*activité* au-delà du travail. Le sens est ici beaucoup plus vaste que son acceptation actuelle. L'activité pour François Tosquelles est un vecteur d'humanisation, de construction pour le sujet dans l'expérience du réel *« C'est en faisant des choses que l'homme se fait lui-même d'autant plus que l'on ne peut pas faire quoi que ce soit sans compter avec les autres»* (*Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Éditions Erès, Réédition, février 2009, p. 26.)

Un constat s'est imposé à nous lors du choix de nos axes théoriques, lequel ne découle pas d'une préconception. Nous n'avions pas repéré en première intention **les filiations entre la psychodynamique du travail et l'aspect matriciel qu'a pu constituer la psychothérapie institutionnelle**. En effet, les premières fondations d'une psychopathologie du travail, dont on a vu qu'elle a évolué vers une psychodynamique du travail, s'inscrivent en termes de pensées, de lieux, d'acteurs dans la révolution psychiatrique de l'immédiate après-guerre, c'est-à-dire principalement dans le courant de la psychothérapie institutionnelle. Il existe donc à cet endroit un lien organique et une cohérence filiale entre ces deux modèles dont les proximités renforcent mutuellement, à nos yeux, leurs choix comme axes théoriques.

Nous remarquons à ce propos qu'il apparaît alors comme une falsification de l'histoire de faire remonter la révolution de la psychiatrie à la seule introduction des neuroleptiques, laquelle est arrivée quelques années plus tard après cette révolution psychiatrique. Le respect de cette préséance en fera donc une deuxième révolution.

Nous retenons l'écart entre le **travail prescrit et le travail réel**, c'est-à-dire **la part irréductible** d'adaptation à la prescription avec son volet subjectif, comme le **concept central** de la psychodynamique du travail. La centralité de l'architecture de ce concept nous permet alors de nous référer à une théorie globale et d'en importer ses apports dans nos développements et dans nos caractérisations de fonctions. Dans le cadre de notre recherche sur *l'informel*, comme mode d'appréhension du réel du travail de l'infirmier en psychiatrie, cet écart peut prendre une profondeur dont la mesure n'est pas sans susciter parfois le vertige ou la sidération. Le prescriptif ne dégage pas et ne répond pas à la question du *comment ?* La psychodynamique du travail est alors en mesure de contribuer par ses apports, à en favoriser une lecture conceptuelle et à éclairer des réponses à cette question du *comment.*

Trois auteurs seront convoqués pour les apports conceptuels, Christophe Dejours, Pascale Molinier et Yves Clot.

- **Définition de la psychodynamique du travail**

Nous avons retenu les définitions de plusieurs auteurs, lesquelles se croisent et se complètent. Ces définitions sont apportées par :

- **Christophe Dejours et Abdoucheli** mentionnent que l'objet de la psychodynamique du travail est « *L'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail*». (Christophe Dejours et Abdoucheli (1990, page 127) cités par Marie Alderson dans *Santé mentale au Québec*, vol 29, nº 1, 2004, p.243-260, www.id.erudit.org, consulté le 10 août 2011.)

- **Pascale Molinier** apporte la définition suivante : « *La psychodynamique du travail s'efforce de mettre au jour les ressorts psychologiques qui permettent non seulement de supporter les contraintes de situations que l'on jugerait, pourtant, de l'extérieur, comme insupportables, mais aussi ceux qui nous font parfois participer activement à la naissance de ces situations.*» (« *Les enjeux psychiques du travail*», Pascale Molinier Op. cit, p. 53). Cette définition peut être complétée par une autre du même auteur : *« La psychodynamique du travail se définie comme l'analyse des processus psychiques mobilisés par la rencontre entre un sujet et les contraintes de l'organisation du travail».* (« Psychodynamique du travail et rapport de sexes», *Travail et Emploi*, nº 97, Janvier 2004, 120 pages, p. 91.)

- **Marie Alderson** apporte quant à elle cette définition: « *La psychodynamique du travail investigue d'une part, ce qui dans les situations de travail est nuisible au fonctionnement psychique des travailleurs et, d'autre part, les mécanismes déployés par ces derniers afin de maintenir à la fois leur engagement professionnel et leur équilibre psychique* ». (« La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses

théoriques' (*Santé mentale au Québec*, Québec, vol.29, nº 1, 2004, pp. 243-260, consulté le 30 juin 2009 www.id.erudit.org).

Nous retenons que :

La psychodynamique du travail constitue une discipline qui permet de lire et de comprendre les mécanismes, les stratégies d'adaptions et l'activité subjective des hommes et des femmes en situation de travail. La prise en compte de la subjectivité dans l'intelligibilité des situations de travail, si elle ne trouve guère sa place dans les milieux de production, apparaît assez logique dans les métiers du soin et du social. Concernant particulièrement la discipline psychiatrique, nous soutenons que cette prise en compte de la subjectivité dépasse l'acceptation de principe dans le sens où elle conditionne l'exercice. La subjectivité des soignants et des infirmiers constitue un élément constitutif des réalités de travail. Les infirmiers exerçants en psychiatrie sont confrontés naturellement à des situations imprévues, complexes qui échappent à toutes tentatives de standardisation. L'*informel* est le lieu de leurs déploiements ou de leurs rapatriements quand les espaces de subjectivations s'avèrent trop étriqués.

- **Les principaux concepts de la psychodynamique du travail**

La première étape, avant de déployer les différents concepts, s'attache à définir les concepts du travail, ses caractéristiques puis la question du « réel» du travail. Les concepts qui suivent ont trouvé leur place dans les apports théoriques en lien avec les fonctions mères ou primaires.

- **Le travail**

En psychodynamique du travail, nous trouvons plusieurs définitions du travail qui le décrivent comme une activité qui permet à l'acteur de faire face à ce qui n'est pas programmé, prévu, standardisé. La définition du travail prend alors en compte l'ensemble du processus travail, c'est-à-dire, le travail prescrit, le travail réel et l'écart consubstantiel entre ces deux derniers.

Nous citons quelques-unes d'entre elles :

- **Marie Alderson** reprend la définition du travail de Davezies (1991), lequel le présente comme « *l'activité déployée par les hommes et par les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail »*. (Marie Alderson, op.cit, p. 246).

- **Christophe Dejours** pour qui le travail ne doit pas se confondre avec l'activité, la tâche et encore moins avec l'emploi : « *Le travail, c'est l'activité coordonnée déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui, dans une tâche utilitaire, ne peut être obtenu par la stricte exécution de l'organisation prescrite*.» (*Le Facteur Humain*, Collection que sais-je ? éditions PUF, Paris, 1995, Nº 2996, p. 44.)

Plus précisément, cet auteur nous dit *« le travail n'est pas en première instance le rapport salarial ou l'emploi, c'est le" **travailler**", c'est-à-dire un certain mode d'engagement de la personnalité pour faire face à une tâche encadrée par des contraintes (matérielles et sociales).*[...] *Le travail, c'est ce qu'implique, au niveau humain, le fait de travailler : des gestes, des savoirs faire, un engagement du corps, la mobilisation de l'intelligence, la capacité de réfléchir, d'interpréter, et de réagir à des situations ; c'est le pouvoir de sentir, de penser et d'inventer, etc.».* (« Le soin psychiatrie, entre souffrance et plaisir» dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie* Colette Chiland, Clément Bonnet, Alain Braconnier et collectif (Broché ,18 février 2010), p.400.)

- **Les caractéristiques du travail avec l'écart entre travail prescrit et travail réel**

Les données qui suivent s'attachent principalement à définir et qualifier le travail en intégrant les caractéristiques de cet écart. Pour Jean Daniel Reynaud *« Il existe toujours un écart entre le prescrit et la réalité concrète de la situation, entre la tâche et l'activité entre " ce qui est demandé ", la tâche et "ce que ça demande", l'action, entre organisation formelle et organisation informelle»* (« *Les Règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale»*, Editions Armand Colin, 1989, réédition 1997). Le réel du travail consiste à prendre en compte cet écart **entre ce qu'on nous demande et ce**

que cela nous demande. Il se caractérise par : *« [...] le chemin à parcourir entre le prescrit et l'effectif»* (*Christophe* Dejours, op. cit, p. 401.)

Cet auteur constate que ce qui va être mis en place par le sujet ne peut se prévoir à l'avance, «*…le travail se définit comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions pour pouvoir atteindre les objectifs qui lui sont assignés ; ou encore ce qu'il doit ajouter de soi-même pour faire face à ce qui ne fonctionne pas lorsqu'il s'en tient scrupuleusement à l'exécution de la prescription.*» (Christophe Dejours, op. cit. p. 401.) À cet endroit, il apparaît que le travail ne se traduit pas uniquement par la réalisation d'actes préétablis qui ne tiendraient pas compte de l'inattendu, d'incidents, de tout ce qui empêche une réalisation linéaire de la tâche attendue.

Pour travailler sans souffrir, il apparaît nécessaire que l'organisation laisse s'exprimer les modes d'agir personnels qui permettent cette adaptation à la réalisation de la tâche. Le confinement à la réalisation stricte de tâches planifiées. Quand le recourt à l'exécution de l'organisation prescrite devient le seul mode d'expression de l'opérateur, alors le travail peut devenir une source de souffrance. Pour P. Molinier et C. Dejours *: « La souffrance au travail, c'est le vécu qui surgit lorsque le sujet se heurte à des obstacles insurmontables et durables, après avoir épuisé toutes ses ressources pour améliorer l'organisation réelle de son travail vis-à-vis de la qualité et de la sécurité. En d'autres termes, la souffrance pathogène commence lorsque le rapport du sujet à l'organisation du travail est bloqué».* (« Le travail comme énigme», *Revue Sociologie du travail* 38, nº hors série 94, 1994, pp. 35-44.) L'impossibilité de pouvoir penser et repenser son travail pour développer les corrections et adaptations qui caractérisent aussi l'appropriation, autrement dit ce que la personne aurait voulu faire, est qualifiée **d'activité empêchée** par Yves Clot (*Le travail sans l'homme,* Édition La Découverte/poche, Paris, 2008, p.268.) Ce constat alimente la caractérisation de notre fonction *Prévisionnel d'activités* (2.1.d).

Le travail reprend alors son sens étymologique « *tripalium* : instrument de torture» tel que le rappelle Loïc Le Noc, infirmier : *« Le " travail " dont l'étymologie du terme est latine « tripalium» : instrument de torture. Le travail est originellement un instrument de torture donc par définition générateur de souffrances. Jusqu'à l'époque classique, le mot travail exprime des idées de fatigue, peine, tourment, déplaisir et obligation pénible*». (« La psychodynamique du travail des infirmières auprès de patients tétraplégiques», Bagnères, Airr, 03 05 2001 www.airr.info/docs/12.doc,_consulté le 9 octobre 2011)

Ce concept du travail nous amène logiquement à aborder celui du **travailler**, nommer également travail réel qui décrit alors l'engagement entendu en termes physiques et psychiques de l'homme dans le travail. Christophe Dejours introduit, vers la fin des années 1990, ce nouveau concept, *travailler,* qu'il définit ainsi : *« Travailler, qu'il s'agisse d'une activité salariée, bénévole, domestique ou professionnelle, de manœuvre ou de cadre, du public ou du privé, industrielle ou de service, d'agriculture ou de commerce, travailler mobilise son corps, son intelligence, sa personne, pour une production ayant valeur d'usage».* (« Travailler n'est pas déroger», *Travailler,* nº 1, 1998, pp. 5-12.)

- **Le réel du travail**

Pour Yves Clot, *« Le "réel" apparaît bien au centre de la clinique en psychodynamique du travail. Cette dernière s'enroule autour du réel de la situation de travail* [...] ». Pour autant, l'incertitude épistémologique quant à la définition du réel *« [...] chargée de dissonances là ou le précipite son appartenance à plusieurs mondes possibles simultanément»* (*Ibid.,* p. 254) Toutefois, cet auteur prend acte de cette nécessité de se confronter à ce *« réel incommode», « à redécouvrir ce continent caché»* (*Ibid.,* p. 259.)

Christophe Dejours avance pour sa part : « *Le réel du travail tient à ce qu'il existe une part d'inconnu dans la réalisation de la tâche où l'action reste soumise à des aléas qu'il va falloir surmonter pour arriver à tenir son objectif. Dans les recours que va voir le sujet pour mener à bien son action, l'invention, la découverte d'une solution passent par « un truc, une ficelle ou encore une astuce*» (*Ibid.,* p. 403.) Il précise également que *« Le travail réel consiste justement à combler l'écart entre le prescrit et l'invention de l'activité. Le travail est alors défini comme l'ensemble des activités*

déployées pour faire face à ce qui n'est pas prescrit par l'organisation du travail. » (Gernet I., Demaegdt C., Dejours c. Psychiatrie et psychologie en médecine du travail. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-886-A-10, 2009).

Enfin, les termes travail réalisé, travail effectif sont également utilisés pour les différencier plus nettement d'une confusion toujours possible entre travail réel au sens de la psychodynamique et réel du travail.

- **Le concept d'activité**

Afin de parvenir à combler, sinon totalement, mais tout au moins en partie, l'écart qui existe entre le prescrit et l'effectif, le sujet va avoir recours à une action (ce qu'on doit ou devrait faire d'après les prescriptions). Cette action représente les ressources que le sujet va mobiliser pour exécuter sa tâche (ce qu'on l'on fait vraiment pour atteindre au plus près les objectifs assignés de la tâche). **L'activité** est définie par Pierre Falzon et Catherine Teiger comme une construction individuelle relevant d'un *«* [...] *un processus d'interactions intelligentes d'un opérateur avec sa tâche, les contraintes de l'environnement, son état interne, ses objectifs individuels [...) ».* (Construire l'activité, p.2, www.ergonomie.cnam.fr, consulté le 10 octobre 2011). **L'activité** va donc consister à emprunter un chemin pour aller de « ce qui est demandé » jusqu'à ce que « cela demande ». Ainsi « *Par son " activité", le salarié nous donne à voir à quel point il existe, entre le modèle théorique issu de l'organisation et les réalités de la production, " un fossé qu'il comble par son intervention"»*, pour emprunter cette citation à Ivar Oddone (*Redécouvrir l'expérience ouvrière*, Les Editions Sociales, 1981).

- **Le concept de l'intelligence pratique**

Dans le concept d'intelligence pratique, Catherine Teiger nous dit *« le terme pratique ne doit pas être compris comme opposé au théorique, mais comme tout ce qui est requis tant au plan pratique qu'au plan empirique pour pouvoir intervenir rationnellement dans le domaine de l'action ».* (L'approche ergonomique du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail, *Éducation Permanente*, Paris, nº 116, mars 1993, p.69). Cette intelligence pratique aussi appelée intelligence inventive, intelligence rusée, se singularise par son champ d'application. Il s'agit alors de trouver une réponse à un problème dont la solution n'est pas connue.

Christophe Dejours dit de cette intelligence « *qu'elle permet d'improviser, d'inventer des solutions, de trouver des chemins insolites, dans des situations nouvelles, inconnues, inédites. C'est une intelligence rusée, mais aussi foncièrement inventive, créative, facétieuse parfois, insolente»* (Christophe Dejours, op. cit. p. 404.) L'intelligence pratique peut s'assimiler à la *mètis,* mot utilisé par les Grecs pour parler *« **d'une intelligence courbe**, c'est-à-dire qui ne suit pas les voies bien tracées du raisonnement logique.»* (Loc. cit.)

L'intelligence pratique présente une singularité, celle d'être ancrée dans le corps, toute sollicitation externe (odeur, bruit, signal visuel,) inhabituelle, qui évoque un changement par rapport à la situation ordinaire connue vient faire signe au niveau du corps, entraîne un inconfort qui va pousser le sujet à réagir, à trouver une solution apaisante. L'intelligence pratique qui souvent recourt à la ruse, à l'inventivité, à la créativité ou à la prise de risque, ne trouve sa « légitimité» que si elle s'accompagne « *d'une sagesse pratique*». Cette dernière, encore appelée *« pronésis»* par Aristote, se traduit par la convocation de discussions, de délibérations qui accompagnent une décision afin d'en limiter un usage inapproprié ou de l'inscrire dans un corpus de possibles.

La psychodynamique du travail permet d'approcher l'importance des actions menées parallèlement aux actes du domaine du prescriptif. Son regard permet aussi de saisir les voies de la transformation de la souffrance en plaisir par le biais de la sublimation et de la reconnaissance. Deux concepts formulés par Christophe Dejours viennent alimenter cette dernière : Le jugement d'utilité et le jugement de beauté.

- **Le jugement d'utilité**

On entend par jugement d'utilité, un jugement qui porte sur l'utilité économique, technique ou sociale de la contribution d'un individu à l'organisation et à la réalisation du travail. Le constat de l'efficacité de l'action engagée est le premier vecteur de la reconnaissance que le sujet peut attendre. Cette appréciation vient confirmer que l'activité engagée se conçoit comme faisant partie intégrante du travail et n'est pas assimilée à une fonction tierce au statut dévalorisé de passe-temps. Ce jugement est exprimé préférentiellement par les supérieurs hiérarchiques, sur une ligne verticale.

- **Le jugement de beauté**

Le jugement de beauté vient souligner la qualité, la beauté du travail en regard de l'action engagée. Celui-ci revêt une importance toute particulière quant à son influence sur la santé mentale des sujets au travail.

Une équipe, un collectif de travail qui souligne la qualité des actions engagées par un de ses membres accorde à ce dernier une reconnaissance partagée qui a valeur d'intégration et d'appartenance à cette équipe. Le regard valorisant des pairs va ainsi venir confirmer, attester, affirmer l'appartenance du sujet au métier, stabiliser une légitimité, voire parfois lui conférer une identité qui, jusque-là, était défaillante.

- **La dispute professionnelle**

La *dispute* est un concept apporté par Yves Clot, elle désigne la capacité d'un collectif de travail d'ouvrir le jeu accord/discord sur la définition, toujours évolutive, de ce que serait le travail bien fait. Un jugement sur le travail qui permettrait alors l'émanation d'un jugement de beauté sur *le beau boulot.* En ce sens, elle s'approche de *l'activité déontique* décrite par Christophe Dejours. Si l'activité déontique définie les accords normatifs sur lesquels s'édifieront les règles de travail, la dispute s'intéresse au processus également, mais en soulignant le potentiel conflictuel intrinsèque. La conflictualité que génèrent ces ajustements sur ce qui apparaît juste, bien fait, valide et légitime est perçue ici comme une ressource de vitalité. *«* [...] *ce qui divise le collectif autour des dilemmes de l'activité possible ou impossible peut devenir source d'une nouvelle énergie psychique. Les équivoques de l'activité sont gorgées d'énergie. L'activité ordinaire, quand elle renaît comme objet de "**disputes professionnelles**" autour des critères du travail "bien fait" - par définition discutables -, a donc aussi quelque chose de transcendant. Ce qui fait son sel, c'est peut-être qu'elle n'a jamais dit son dernier mot». (Le travail thérapeutique en psychiatrie,* Éditions Erès, Réédition février 2009, p. 158.).

Cet auteur élargit cette notion de conflictualité à l'échelle de l'établissement et il fait un lien avec la dimension juridique du harcèlement moral au travail. Ce lien passe par la reconnaissance d'une conflictualité au travail, que nous rapprochons de la dispute, qui, faute de se soutenir et d'impacter des transformations de l'organisation du travail, se dégrade en conflits relationnels. Pour cet auteur, l'accent mis sur la relation entre individus évacue les réponses en matière d'organisation du travail : *« L'inflammation des conflits relationnels où se perdent les conflits du travail vient ensuite buter sur une véritable congélation juridique de ces conflits».* (Yves, Clot *Le travail sans l'homme,* Édition La Découverte/poche, Paris, 2008, p. 274.) Cet auteur constate de sa place : *« L'inflation galopante des conflits personnels ne fait qu'alimenter celle des formalismes impersonnels de la procédure. Le moi et la loi se font face».* (*Ibid.,* p. 275.) Plus près de notre objet de travail, Yves Clot cite François Tosquelles quant à la qualité de cette conflictualité sociale : *« Quand l'hôpital vit ses conflits et peut les assimiler, chaque malade peut "investir ceux des siens auxquels il s'était dérobé et par là les résoudre". Cette remarque porte loin au-delà de l'hôpital »* (*Ibid.,* p. 154).

Ce dernier point retient l'importance du point d'assimilation, c'est-à-dire du point de contenance d'une structure. Cette remarque nous invite à établir le lien avec cette remarque apportée par le courant de la psychothérapie institutionnelle quand ils nous invitent à prendre en compte le marqueur différenciateur entre établissement et institution.

Conclusion

La psychodynamique du travail vient souligner l'importance de l'écart entre le prescrit et l'effectif. C'est dans cet écart que, les infirmiers exerçant en psychiatrie en service d'hospitalisation adulte à temps plein, expriment préférentiellement au quotidien, leur créativité pour répondre à la symptomatologie des patients qui leurs sont confiés.

Nous avons pu constater que cet écart prenait un relief particulier pour les soins infirmiers en psychiatrie. Il repose alors sur un double constat. Le premier concerne l'écart constaté lors de la situation d'appel entre soins programmés et soins non programmé, liés majoritairement à la gestion du quotidien et du vivre avec. Le second concerne l'écart dans l'adaptation individualisée de la prescription qui en fait une situation toujours unique, dont la prescription n'est qu'un élément de la réponse.

Les apports et les éclairages de la psychodynamique du travail sont donc convoqués de manière **proportionnelle** à l'étendue et la portée de ces constats.

Ce modèle d'analyse en psychodynamique du travail s'applique avec pertinence aux temps et aux espaces informels tels que nous les entendons. Ce modèle permet le travail intense que sollicitent la mesure et l'évaluation du travail effectif. Cette évaluation prend en compte ce que Christophe Dejours nomme « *les investissements immatériels*», c'est-à-dire les deux autres secteurs de la « *composition organique du travail*» (Op. cit, p. 416), à savoir, les temps de coopération/délibération et les temps d'investissement immatériels à travers la formation des compétences collectives.

Le modèle de la psychodynamique permet cette évaluation du travail dans ces trois dimensions, soin direct ou temps de travail direct, coopération (voir fonctions mère 3.2 et primaire) et investissements immatériels. Christophe Dejours souligne que cette évaluation du travail *« [...] ne peut être que collective, collégiale et interdisciplinaire»*. (Op. cit, p. 417.) C'est dans ce sens que nous avions choisi des populations témoins de cadres et de médecins psychiatres lors de nos entretiens d'investigations. Notre présentation des résultats (voir en particulier au chapitre 6.3.3, tableau n° 16 et conclusions), en lien avec nos critères d'inclusion, le confirme ; ces populations, dans le cadre de notre enquête, sont en mesure de porter cette évaluation qualitative.

Cette question de l'évaluation prend une résonance et une actualité particulières dans le cadre de notre objet de recherche. Là encore, notre situation d'appel intégrait ce constat de l'inadéquation des outils de mesure et de saisie de l'activité, particulièrement pour l'activité infirmière avec les conséquences délétères qui originent de nombreux mouvements de dépits, voire de souffrance chez ces soignants.

À propos de l'évaluation en psychiatrie, Christophe Dejours remarque d'un côté que *« les soignants et les psychiatres en particulier, n'ont pas de théorie de l'évaluation du travail»*. Ils se retrouvent donc sans préparation face aux méthodes et outils des gestionnaires. D'un autre côté, il remarque que ces « [...] *méthodes dont il faut bien convenir qu'elles sont aberrantes [...] et pourtant les gestionnaires, à la différence des psychiatres, s'appuient sur des théories de l'évaluation qui confèrent une certaine autorité aux méthodes qu'ils imposent. Seulement, voilà !* ***Ces théories de l'évaluation reposent sur des bases scientifiques erronées***». (Op. cit, pp. 399-400).

Il ne nous appartient pas de trancher ce débat ni d'ouvrir un questionnement épistémologique de l'évaluation. Nous préférons nous appuyer sur un unique constat qui possède à lui seul tout le potentiel de sa **force d'interpellation**. L'ensemble des éléments de cette recherche, et particulièrement la caractérisation des fonctions en lien avec l'*informel* sur ces trois niveaux d'investigation, appartient au rôle propre infirmier et ne donne pas lieu à évaluation dans l'acceptation gestionnaire du terme. On préférera alors le sens premier, donner de la valeur à, que l'on retrouve dans les pratiques soignantes.

Autrement dit, du point de vue d'une saisie d'activité, d'un recensement des actes, d'une comptabilité de la charge en soins, tout ce qui est caractérisé dans cette recherche, puisque cela représente son objet même, toutes ces pratiques *informelles* n'existent pas. Sous cet angle, le lecteur lit du vent. Pourtant, ces résultats existent et un des objectifs du recours à un travail de recherche est également de les sortir de cet état d'invisibilité, de leurs statuts d'ignorance et de ravalement à des compétences naturalisées.

3.3 LA PRAXEOLOGIE

Préambule

Autant les deux premiers axes théoriques se sont imposés, *naturellement* à nous, autant ce troisième axe n'a pas connu ce même destin. Nous avions préalablement regroupé un certain nombre d'auteurs, de concepts, de références dans ce troisième axe en attente d'une matrice théorique. Ce n'est que lors de l'avancée de nos travaux que s'est dégagée, puis affirmée sous la pression documentaire, l'émergence de l'axe théorique praxéologique. Il nous a permis de regrouper sous ce terme des notions et concepts que nous avions repérés dans les sciences de l'éducation, les sciences sociales, les soins infirmiers, la psychologie notamment. Les points de convergence de ces apports disciplinaires résident dans les éclairages, les conceptualisations d'une pratique professionnelle particulière dans un cadre donné. Ces éclairages mettent en lumière une thématique, une part du réel de l'activité et ne constituent pas, à l'inverse de nos axes théoriques précédents, un modèle de lecture globale. Le regroupement et le recours à la praxéologie nous permettent ce passage à un modèle permettant un fond d'unification.

La praxéologie comporte une *praxis,* qui vient de pratique et une *logie*, pour signifier le discours sur. Le développement de ce courant s'est étendu sur un siècle, ses évolutions ont été nombreuses, nous avons essayé d'en déterminer les grandes lignes de repérage.

Le mot praxéologie voit son apparition à la fin du 19e siècle et son sens a évolué jusque dans la seconde moitié du 20e siècle.

L. Bourdeau, en 1882, fut le premier à employer le terme de praxéologie dans son livre *La théorie des sciences.*

Alfred Espinas en 1890, introduit le mot praxéologie dans un article intitulé « Les origines de la technologie» issu de (la *Revue philosophique,* 15ème année, XXX, pp. 114-115). Il pose les fondements pour une nouvelle théorie philosophique et scientifique de l'action humaine qu'il désigne par la praxéologie ou l'action efficace. En économie, la praxéologie concerne alors l'efficacité de la pratique en vue d'une amélioration de productivité.

Ludwig Von Mises, en 1949, dans son ouvrage *L'Action humaine* aborde la praxéologie sous l'angle de l'action humaine et il parle ainsi de la praxéologie : «*La praxéologie traite de l'action humaine en tant que telle, d'une façon universelle et générale. Elle ne traite, ni des conditions particulières de l'environnement dans lequel l'homme agit, ni du contenu concret des évaluations qui dirigent ses actions. Pour la praxéologie, les données sont les caractéristiques psychologiques et physiques des hommes agissants, leurs désirs et leurs jugements de valeur, et les théories, doctrines, et idéologies qu'ils développent pour s'adapter de façon intentionnelle aux conditions de leur environnement et atteindre ainsi les fins qu'ils visent*».(*L'Action humaine* sous-titré *Traité d'économie,* publié en anglais par les presses de l'Université de Yale sous le titre *Human Action : A Treatise on Economics,* p. 751.)

Pour Ludwig Von Mises, l'homme agit toujours en fonction de son désir, il souhaite d'arriver à ses fins, ses actions doivent donc être conscientes, intentionnelles et systématisées. Il se consacre à « *un univers de consciences agissantes ou capables d'agir, et en déduit de façon exclusivement "a priori", non fondée sur la réalité, les lois de l'action efficace, quitte à retrouver ultérieurement dans le réel concret la vérification d'une conclusion déduite.»* (M. Leguérinel parlant le L.Von Mises, Thèse : *Enjeux et limites des théories contemporaines de l'action : de la praxéologie à la pragmatique*, Université Paris 8-Vincennes-Saint-Denis, p. 20. http://1.static.e-corpus.org, consulté le 3 novembre 2001). Il suit une méthode inductive partant du général pour aller au particulier, il s'inscrit dans le courant des sciences dites positivistes.

Tadeusz Kotarbinski, en 1955, dans son « Traité du bon travail», développe quinze chapitres consacrés à la praxéologie, chapitres que l'on peut regrouper sous trois titres : La détermination des objectifs de la praxéologie, l'analyse de l'action et l'élaboration des principes praxéologiques les plus importants.

T. Kotarbinski s'intéresse à la philosophie de l'action dès 1910 : « *il se concentra autour de quelques notions utiles pour une théorie de l'action déterminée et positive "(bien que par la suite il ait eu conscience du fait que la praxéologie devait comprendre à la fois une théorie de l'action positive et négative)" en essayant de voir le contour des problèmes complexes dans une analyse des actions humaines, et en se rapprochant de l'éthique.*» (*Ibid.*, p. 22).

Au contraire de la méthode de L. Von Mises, celle de T. Kotarbinski se veut « *une méthode " a posteriori" du fait qu'elle découle de l'expérience, il construit ses principales généralisations à partir de faits particuliers issus de l'expérience pratique*.» (*Ibid.*, p.20.)

Le courant praxéologique s'est développé principalement dans les années quarante, puis dans l'après-guerre de façon privilégiée en économie, mais aussi en philosophie, en sociologie, en sciences de l'éducation. « *La praxéologie vise à dégager le savoir compris dans l'action, ou le savoir inventer par l'action pour que celle-ci soit plus performante*» (Alexandre Lhotellier, Yves St-Arnaud « Pour une démarche praxéologique» *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, nº 2, 1994, p. 93-109, p. 95.)

Au début des années quatre-vingt-dix, Donald Schön apporte une dynamique nouvelle à la praxéologie. Pour ce dernier l'agir professionnel avant d'être efficace se veut sensé même si ce savoir reste souvent implicite, incorporé surtout dans des professions dites complexes, telles celles qui ont trait à l'humain. Ces métiers que Freud (1933, p. 33) et certains psychanalystes nomment *les métiers impossibles.* Ces métiers dont Philippe Perrenoud (2000, p. 37) nous dit *« des métiers où l'on est confronté à l'autre, à soi, à la relation, à la différence, mais aussi à l'impossibilité de bien faire constamment et souvent à l'échec. Des métiers condamnés à une forme de "bricolage", dans le sens que Lévi-Strauss a théorisé».* Ces métiers où il nous apparaît donc important que le praticien réfléchisse en cours d'action et sur l'action.

Les infirmiers des services de psychiatrie, en hospitalisation temps plein comme dans les autres sites des dispositifs de soins de secteur, sont régulièrement en position praxéologique. Nous avons pu le constater et le vérifier lors de nos enquêtes de terrain. Leurs agirs sont mus par une volonté d'efficacité avec un recours continu à la réflexion sur leurs actes dans l'après-coup. Cette posture est d'autant plus pertinente que le sens de l'action est réquisitionné par l'unicité que constitue la relation de soins individualisés. Cet axe nous permet alors d'établir des liens avec notre question de recherche

Trois auteurs seront convoqués de manière préférentielle, Philippe Perrenoud, Yves Couturier et Alexandre Lhotellier.

- **Le concept de la praxéologie**

Le terme de praxéologie se retrouve dans plusieurs champs disciplinaires et chez des auteurs différents. Nous retrouvons :

- **L'économie apparaît comme le premier domaine où chronologiquement l'axe** praxéologique s'est affirmé.

Adaptée à l'économie, la praxéologie est considérée comme une démarche essentielle dans la compréhension de l'agent économique. Elle désigne la science de l'action humaine en tant que telle. Elle recherche les lois générales de l'action humaine qui sont indépendantes des circonstances et des buts visés. La praxéologie concerne les moyens que se donne l'homme pour arriver à ses fins, ainsi pour Ludwig Von Mises, « *La praxéologie et l'économie s'occupent des moyens d'atteindre les buts que les individus choisissent de donner à leurs actions. Elles n'expriment aucun avis sur des problèmes tels que : le sybaritisme* [manque de sobriété dans les plaisirs de la vie Ndr] *est-il ou non meilleur que l'ascétisme. Elles n'appliquent aux moyens qu'un seul critère, à savoir : sont-ils ou non appropriés à l'obtention des résultats que visent les hommes en agissant* ». (L. Von Mises, op. cit. pp. 108-109). A cet endroit, il convient de rappeler la conception de L.von Mises sur l'économie, il la décrit ainsi dans « L'action humaine»: « *Le sujet de l'économie, ce ne sont pas les biens et les*

services, ce sont les actions des hommes vivants. Son but n'est pas de s'étendre sur des constructions imaginaires telles que l'équilibre. Ces constructions ne sont que des outils de raisonnement. La seule tâche de l'économie, c'est d'analyser les actions des hommes, d'analyser des processus. » (Source www.wikipika.org , économie, consulté le 26 octobre 2011)

- **Les sciences sociales.**

Pour ces dernières, la praxéologie prend le sens général d'une théorie de la pratique. Max Weber, sociologue, considère « *la praxéologie comme l'agencement de moyens en fonction de fins précises et aux conséquences de l'action selon le contexte de son déroulement et des contraintes qu'il présente. Elle désigne une démarche autonome où des acteurs tentent de théoriser leur praxis, leur pratique quotidienne déjà décrite dans des procédures ou pas*.» (http://fr.wikipedia.org, consulté le 27 septembre 2010) Pour Georges Le Meur *: « La praxéologie est une démarche personnelle et collective qui vise à la conscientisation de son agir et à son autonomisation dans les divers stades de la vie quotidienne»*, (Les nouveaux autodidactes : néoaultodidaxie et formation, *Chronique Sociale*, 1998)

En ce qui nous concerne, nous avons retenu la démarche praxéologique plutôt que la discipline en elle-même. Cette démarche est définie ainsi par Alexandre Lhotellier et Yves St-Arnaud : *« La praxéologie est une démarche construite (visée, méthode, processus) d'autonomisation et de conscientisation de l'agir (à tous les niveaux d'interaction sociale) dans son histoire, dans ses pratiques quotidiennes, dans ses processus de changement et ses conséquences»*. (« Pour une démarche praxéologique» *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n°2, 1994 pp. 93-109., p. 95. http://id.erudit.org/iderudit/301279ar)

- **Le domaine de l'éducation.**

La praxéologie a été pensée particulièrement par le courant de l'Éducation Populaire. Ce mouvement qui militait pour l'éducation dans et en dehors de l'école et le développement individuel et communautaire des individus. Il a connu son essor dans les années de l'immédiat après-guerre.

La praxéologie est une discipline à la fois théorique, méthodologique et empirique qui s'attache à "*la construction des savoirs de la pratique validés par l'expérience, modélisés, et donc transférables et utilisables par d'autres*." (Christian Maurel, *Éducation populaire et travail de la culture. Éléments d'une théorie de la praxis*, Paris, L'Harmattan, 2000). Dans ce cadre, la praxéologie s'intéresse aux déroulements, développements, procédés caractéristiques des actes éducatifs avec pour objectif la transformation des rapports sociaux et des individus qui y sont impliqués. La praxéologie devient une science de la praxis plutôt que des pratiques qui, très souvent, ont des effets de simple reproduction.

Pour résumer, la praxéologie demande une conscientisation de ce que nous faisons au quotidien pour adapter notre action en fonction des modèles généraux relatifs à la discipline et à la singularité de la situation. Ces dernières suscitent en plus des savoirs théoriques, des savoirs issus de l'expérience du professionnel. Ces savoirs sont tacites, implicites, incorporés, propres à chacun des acteurs pour répondre le plus efficacement possible à cette diversité situationnelle. La praxéologie évoque le mouvement de va-et-vient entre le vécu, la pratique et la pensée.

Nous retenons là aussi, la définition donnée par A. Lhotellier qui rassemble l'ensemble des éléments constitutifs d'une démarche praxéologique : *« La praxéologie est entendue comme une démarche construite (visée, processus, méthode) d'autonomisation et de conscientisation de l'agir (à tous les niveaux d'interaction sociale : micro, méso, macro) dans son histoire, dans ses pratiques quotidiennes, dans ses processus de changement et dans la mesure de ses conséquences»*. (« Action, praxéologie et autoformation», dans *Éducation permanente*, mai 1995, pp. 233-242.)

Nous retenons que :

La praxéologie est composée de différentes approches. Le positivisme, entendu comme ce mouvement d'aller du général au particulier, se dispute à l'empirisme, pour le mouvement inverse. Cette dualité se retrouve également au niveau des méthodes inductives ou déductives. Notre démarche retiendra plus particulièrement le mouvement empirique, inductif qui correspond mieux à la fois aux réalités de travail des infirmiers et à l'inscription qualitative de notre recherche

➢ Les principaux concepts retenus de l'axe praxéologique

- **Le concept de l'action**

Elle se définit comme « L'action est un agencement de moyens pour atteindre une fin : *« c'est aussi la manifestation de la volonté humaine, étant admis que par " volonté" on entend simplement la faculté de l'homme à pouvoir choisir, de préférer l'un des termes d'une option, et d'adopter une conduite conforme à la décision prise en faveur du terme choisi»* (www.wikiberal.org , consulté le 5 octobre 2011)

Ici l'action ne vient pas en référence à l'application d'un prescriptif, elle découle d'un agir professionnel convoqué pour provoquer un changement dans une situation donnée. Une des finalités appelée par la praxéologie concerne les éléments de mieux-être et de confort, ici en direction du patient.

- **Le concept de l'action sensée**

Nous retrouvons l'appellation « action sensée» dans la démarche praxéologique. Cette action se situe à l'interface de l'empirisme des « *savoir-faire*» et de « *la théorie pure»*. L'action sensée « *entre idéalisme et rigidité*» est à la fois « *réaliste et innovatrice*» pour Alexandre Lhotellier (Op.cit., p.98.)

L'action sensée ne se veut ni illusoire, ni intransigeante, elle est à la fois pragmatique et créative. Elle ne découle pas uniquement d'un savoir purement théorique, elle relève du savoir tacite, implicite, incorporé. L'acteur peut ainsi s'adapter efficacement à des situations singulières, instables, précaires où les savoirs théoriques restent tous ou partiellement inadaptés. Le sens de l'action passe alors par un temps d'arrêt et de réflexion sur l'action, cet auteur précise *« Pour qu'un agir soit censé, il faut un certain temps à sa réalisation, le temps d'un dialogue entre l'acteur et la situation, seule façon d'assurer le rapport harmonieux entre les valeurs et les faits*». (Op. cit. p. 98).

- **La réflexivité**

Le concept de réflexivité se retrouve dans plusieurs domaines. Nous allons en aborder les principaux.

Dans le domaine des Mathématiques La *réflexivité* est la propriété d'une relation binaire qui met en relation tout élément avec lui-même. En Informatique**,** la *réflexivité* est la propriété de pouvoir se manipuler soi-même. L'ethnométhodologie définit elle la *réflexivité* comme un phénomène observable dans les comportements. Elle influe sur la manière dont chacun interprète les signes qu'il observe pour construire du sens : *« La réflexivité met en relation deux individus, le patient et le praticien, elle met en scène l'interaction qui se passe entre eux deux, elle montre l'adaptation constante du thérapeute par rapport au patient pendant la pratique»* (Attia, M., Interprétation du concept de réflexivité. *Cahiers d'ethnométhodologie,* France, http://cahiers.ethnomethodologie.net , consulté le 28 octobre 2011).

Plus près de notre objet de recherche, nous retenons la réflexivité dans cette définition qu'en donne Philippe Perrenoud, cité par Alexandre Lhotellier : *« La réflexivité c'est la capacité d'un praticien à prendre sa propre pratique comme objet de réflexion, voire de théorisation. »* (Op.cit, p. 235.) Yves Couturier apporte cette particularité : *« Le sens commun de réflexivité s'appuie sur un rapport à soi fondé sur l'introspection, sur l'explicitation existentielle de l'implicite dans l'action de l'acteur.* » (« L'inflation réflexive dans le courant praxéologique : indice de la reconstruction de l'idéologie professionnaliste», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, nº 1, 2000, pp. 137-152.)

- **Le concept de la posture réflexive**

Cette posture implique deux réflexions : une réflexion dans l'action qui peut infléchir le processus en cours, et la réflexion sur l'action qui se déroule souvent dans l'immédiat après-coup, ou de manière un peu plus distanciée. Ce positionnement implique de la part du praticien un regard sur son fonctionnement mais aussi sur ses éventuels dysfonctionnements. Cette attention volontaire et soutenue peut lui permettre alors de repérer certains états émotionnels (anxiété, agacement) et les revisiter en vue d'établir des liens avec la situation source. Ce mouvement, particulièrement quand il est partagé avec le groupe d'appartenance, est alors susceptible d'apporter des transformations à la situation initiale.

La posture réflexive est bien décrite par Anne Lafosse : « *Lorsque les soignants confrontent leurs diverses façons de dispenser les soins, cela les met dans une posture de praticien réflexif, mais cela met aussi en exergue le rapport au savoir des soignants qui ne gardent pas pour eux leurs savoirs. La mise en mot de la pratique remplit une fonction de transformation de l'action en connaissances sur l'action qui sont partagées. Aussi les soignants acquièrent-ils des savoirs, des compétences supplémentaires qu'ils pourront transférer dans leurs pratiques au bénéfice du patient, mais leur permettant de trouver une autonomie plus importante dans la construction de leurs savoirs*». (*Une pratique réflexive pour des soins de qualité* www.cadredesanté.com, consulté le 25 octobre 2006).

Cette dimension qui, là aussi fait appel au groupe d'appartenance, dans sa composition que l'on imagine pluriprofessionnelle, peut être mise en lien alors avec trois autres idées-forces. Les compétences, en même temps qu'être individuelles, se construisent ici de manière collective et l'équipe qui arrive à se stabiliser sur un fonctionnement de ce type peut développer ces ***compétences collectives*****.** La deuxième idée tient à l'aspect formatif que peut générer une équipe où les connaissances et les expériences sont partagées. Ce croisement peut donner corps à une ***Unité ou organisation apprenante***. Le concept de hiérarchie subjectale trouvera ici la pertinence de son point d'application. La troisième idée de ces coopérations engage la notion de ***répondants professionnels,*** lorsque les soignants sont assurés de pouvoir porter leurs questionnements sur des personnes ressources, tous statuts confondus.

Philippe Perrenoud décrit les contours que peut prendre cette réflexion *: « **De la** réflexion dans le feu de l'action, avec des régulations immédiates, réflexions sur l'action qui se produisent dans le " feu de l'action", **à la** réflexion sur son habitus et sur le système d'action collective dans lequel il est inséré, en passant par la réflexion sur l'action accomplie ou à venir, le praticien ne manque pas de pain sur la planche.»* (Texte d'une intervention dans le cadre du colloque « Alternance et complexité en formation », Perrenoud, Philippe, Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance, Bordeaux, 16-18mars2000, http://www.unige.ch/fapse/SSe/teachers/perrenoud/, consulté le 24 juillet 2010).

Cet auteur évoque ces particularités : la réflexion devient une nécessité quand la pression du réel se fait mordante, rendant inopérantes ou caduques les modalités habituelles de réponses. Le praticien devient praticien réflexif lorsqu'il n'a plus le choix, qu'il ne sait plus quoi faire. C'est alors qu'il fera le point sur la situation, sur ce qui fait qu'il ne parvient pas à trouver de solution au problème et se permettra de pratiquer dans le doute, l'incertitude ou l'imprécision. Les questionnements en équipe renvoient à une réalité qui alimente la réflexion, à une remise en question des certitudes. En cela, Philippe Perrenoud a pesé ses mots en observant que *« la réflexion sur l'action permet au praticien de mieux prendre conscience de son propre habitus et parfois de le faire évoluer»* (*Ibid*., p. 9).

L'infirmier exerçant en psychiatrie est susceptible d'adopter cette posture réflexive au quotidien, pas seulement quand il se trouve en difficulté dans la gestion de situations complexes, mais également par la nature de son objet professionnel, dans le travail de mise en sens de l'insensé.

La posture réflexive est une composante dynamique de la démarche praxéologique. Philippe Perrenoud précise à ce sujet que cette posture *« [...] n'est pas une valeur en soi, mais une " réponse à la complexité" des tâches et de situations professionnelles»* (*Ibid*., p. 7.) Concernant notre domaine professionnel, l'infirmier s'adapte à la diversité des situations par des actions issues de savoirs

théoriques, mais aussi et surtout de savoirs expérientiels, implicites mêmes. Ces savoirs opératoires peuvent ne pas être en accord avec les savoirs académiques, l'essentiel pour l'acteur tient à la production d'effets de sa démarche sur le destinataire de son action.

Yves Couturier établit un lien entre praxéologie et réflexivité, il l'exprime ainsi : *« Le courant praxéologique pose la réflexivité comme caractéristique de « l'agir professionnel» (Schön, 1994) dans ce contexte en transformation.»* (« L'inflation réflexive dans le courant praxéologique : indice de la reconstruction de l'idéologie professionnaliste», *Nouvelles pratiques sociales* Volume 13, numéro 1, juin 2000, p. 137-152.)

- **Le concept de la coopération dialogique**

Pour la praxéologie, le dialogue s'instaure entre l'acteur et la situation, il rend nécessaire la coopération entre partenaires de disciplines complémentaires. Louis Quéré *« "caractérise l'approche praxéologique comme communicationnelle" et il considère que l'intention communicative s'exprime, de façon incarnée, dans la recherche confuse dans le cadre d'une interaction avec autrui ou avec soi-même d'une formulation adéquate pour des pensées, des idées, des opinions, etc.»* (« D'un modèle épistémologique de la communication à un modèle praxéologique », *Réseaux*, nº 46 - 47, 1991).

Pour Francisco Valera, « *L'acte de communiquer ne se traduit pas que par un transfert d'information depuis l'expéditeur vers le destinataire, mais plutôt par le modelage mutuel du monde au moyen d'une action conjuguée*». (Varela, F. cité dans Lhotellier, Op.cit, p.101.) Ces approches sur les situations dialoguées ouvrent à la coopération des différents professionnels impliqués dans l'action, le terme de coopération sera repris lors de la caractérisation des fonctions en lien avec le niveau d'investigation équipe en 3.2.

- **Le concept de l'autorégulation**

Dans la démarche praxéologique c'est l'acteur qui dirige l'analyse de sa pratique *engagée, « L'acteur, lui-même, dirige le processus en fonction de ses propres intentions, plutôt qu'en fonction d'un contrôle externe (social ou scientiste) »* (Op.cit, p.102). Ce niveau apparaît comme un premier niveau d'analyse, immédiat, mobilisable à tout moment. Il s'adossera à une réflexion partagée post-actionnelle ou générale avec l'équipe de proximité. Nous parlerons alors d'intervision puis à un troisième niveau d'analyse de la pratique.

Le principe d'autorégulation s'intéresse à réintroduire dans l'action les réflexions issues de la coopération dialogique. En ce sens, il continue de s'appuyer sur son savoir implicite en intégrant les éléments susceptibles de la nourrir et de la développer. Elle permet alors de revenir, fort d'un répertoire de ressources ici enrichi *« L'autorégulation a pour objectif de pouvoir modifier son intention dans le feu de l'action lorsqu'on constate son inefficacité»*. (Yves St-Arnaud, « La réflexion dans l'action, un changement de paradigme», *Recherche et formation*, nº 6, 2001, pp.17-27, p.19).

Conclusion

Le modèle de la démarche praxéologie que nous avons adopté, tend à définir la qualification de la posture de l'infirmier en psychiatrie en unité d'hospitalisation. Il permet de qualifier le processus des actions entreprises par le soignant pour répondre aux besoins recensés. La praxéologie s'arrête sur l'abord des actions engagées à des fins de compréhension de situations. Elle vise à en extraire le sens le plus souvent dans l'après coup et d'en apprécier l'efficacité.

La démarche praxéologique accueille une pluralité de sens sur l'action. Celle-ci se décline sur trois axes, une approche axiologique qui mobilise les valeurs, une approche *rythmanalytique* de l'espace-temps et une approche des faits de type analytique (thèse, antithèse). En ce qui nous concerne, nous retenons la praxéologie avec son sens qualificatif, nous parlerons de démarche praxéologique au sens où l'entendent Alexandre Lhotellier et Yves Saint-Arnaud c'est-à-dire : « *la praxéologie est […] une démarche qui s'interdit de devenir une "logopraxis"(comme si le praticien était sous les ordres du logicien), une récupération de la praxis par le logos. Il s'agit bien d'une activation des connaissances produites. La démarche praxéologique trouve ses fondements dans la nature même de la praxis (activité en vue d'un résultat), dans la compétence de l'acteur à construire son agir et dans les contraintes inhérentes aux situations traitées*». (Op.cit, p. 95.)

Cette démarche se rapproche alors des réalités de travail des infirmiers en psychiatrie. Si les apports cliniques et théoriques sont nécessaires, leurs mobilisations et leurs ajustements passent par l'expérience. Cette dernière, que nous différencions de la stratification des habitudes, est un processus dynamique et dialectique entre pratiques au quotidien et réflexions avec ses apports d'éléments théoriques, in situ ou externe. Il s'agit donc d'un mouvement d'intégration progressive ballotté dans un va-et-vient entre les écueils d'un réel parfois obtu et les frêles repères théoriques émergents.

Pour composer avec la résistance de cette clinique infirmière en psychiatrie, les infirmiers peuvent effectuer un réajustement de leurs actions en fonction du déroulement de la situation en regard des savoirs théoriques, mais ce cas ne traduit que très partiellement la réalité. Ces derniers associent alors les savoirs expérientiels, tacites et incorporés nés d'une familiarité avec le côtoiement des expressions des pathologies, leurs manières de *savoir faire avec.*

La posture réflexive intervient le plus souvent en seconde intention dans l'après-coup lors de temps informels. Elle est une composante dynamique de la démarche praxéologique. Dans une situation donnée, sa propre action devient un objet de réflexion ainsi que soi dans cette situation. Cette approche praxéologique recouvre là, à nos yeux, une pertinence, pour ne pas parler de spécificité, du métier d'infirmier en psychiatrie.

Le niveau d'incorporation des savoirs dépendra, entre autres, des modalités et des inférences liées à cette posture réflexive. (Voir à ce sujet, la partie de la présentation des résultats consacrée à l'analyse croisée des outils, enseignements du niveau d'investigation patient, en 6.4). Il existe alors deux niveaux dans cette posture. Une posture plus réfléchie qui regarde l'action sans se voir soi dans cette action et une autre plus irréfléchie, au sens de non consciente, qui réalise l'action sans la conscientiser. Ce qui ne veut pas dire qu'elle est incohérente ou non adaptée.

L'ensemble de ces réflexions vise à redonner du sens à l'agir, à évaluer l'atteinte des objectifs non seulement en regard du prescriptif mais aussi en fonction de ce que l'infirmier dans une situation singulière a mis en action. Nous avons vu que cette question du sens relève d'une acuité particulière en psychiatrie où le sens donné aux actions se double du sens qui détricote les mailles de l'insensé. La conjugaison de ces mises en sens organisant une téléotique, dans le *sens*, pourrait-on dire, de donner une direction. Cette *action sensée* est parfois issue de « trouvailles» lorsqu'elle trouve son efficacité dans le résultat escompté. Elle devient alors une action de métier et son acteur, ici l'infirmier exerçant en psychiatrie, trouve une reconnaissance auprès des pairs : *« Il est alors du métier»*.

Cette reconnaissance des pairs n'est pas sans rappeler le jugement de beauté de la psychodynamique du travail, voire des modalités du contrat narcissique groupal. L'action sensée, dans le schéma de Lhotellier et St-Arnaud, est pertinente pour étayer une lecture de l'activité de l'infirmier en psychiatrie. En effet, ils situent cette action sensée comme déterminante des agirs professionnels pris entre une double tension. D'une part avec une tension entre d'un côté les valeurs, l'idéal soignant et de l'autre côté les règles, les conformités, les procédures et d'autre part entre ces (et ses) valeurs et les faits. Les faits établissent une volonté d'objectivation de la réalité, laquelle ne saurait se donner de manière univoque, il existe plusieurs réalités d'une même situation et dans notre cas, cette réalité doit tenir compte du morcellement que génèrent les pathologies de la lignée psychotique.

Cette démarche praxéologique requiert une ***capacité de se référer au général*** (le savoir disciplinaire, dans le cas d'une profession) et une ***capacité de s'adapter à la situation particulière*** présente, le tout visant un résultat, une ***efficacité***, alors que le contexte précis présente toujours un degré d'*incertitude* et ne renvoie pas à des conduites d'actions prédéterminées.

Cette démarche prend toute sa signification dans *l'informel*. Elle permet aux infirmiers exerçants en psychiatrie de s'adapter à la dimension singulière et unique des situations de soins. L'agir professionnel consiste à répondre à des situations qui demandent de la créativité, de l'innovation pour atteindre un résultat. Les concepts afférents à ce champ disciplinaire apparaissent, dans une mesure moindre que pour nos deux axes théoriques précédents, lors de la catégorisation des fonctions des niveaux d'investigation professionnelle et équipe.

L'axe théorique de la démarche praxéologique vient compléter les deux axes théoriques précédents sans leur opposer une incompatibilité théorique. Nous pouvons, sur certaines caractérisations de fonction, puiser dans les apports complémentaires de ces trois axes théoriques et opérer alors une triangulation des modèles théoriques. Pour autant, nous en faisons un possible et non une systématisation, laquelle n'apparaît ni souhaitable (la systématisation ferme la pensée), ni possible (nombres de caractérisations de fonctions restent orphelines d'étayage théorique auprès de ces trois axes).

DEUXIEME PARTIE : INVESTIGATION DE L'OBJET DE RECHERCHE

4. MÉTHODOLOGIE

Préambule

La question de la méthodologie et de sa rigueur est inséparable de la démarche de recherche. Cette importance se double pour nous d'une exigence particulière en lien avec le caractère exploratoire de notre démarche dans les soins infirmiers en psychiatrie et notre souci de favoriser sa reproductibilité.

Toutefois, nous n'abordons pas cette partie en termes de prévalence de la méthode sur les contenus. Nous nous situons dans cette assertion de Alvaro Pirès, *« La fonction de la méthodologie n'est pas de dicter des règles absolues de savoir-faire, mais surtout d'aider l'analyste à réfléchir pour adapter le plus possible ses méthodes, les modalités d'échantillonnage et la nature des données à l'objet de sa recherche en voie de construction».* (*La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques,* Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique, Sous la direction de Poupart, Édition Gaëtan Morin, 1997, 405 pages, pp. 113-169. , p. 116).

4.1 La stratégie d'investigation.

4.1.1 Les étapes préalables à l'investigation.

- **Redéfinition des contours du groupe GRSI et détermination d'un cadre de travail.**

Préalablement à l'étape d'investigation, il nous a fallu déterminer et stabiliser un cadre de travail, établir une logistique et développer notre fond documentaire (axe théorique et axe méthodologique sur les méthodes qualitatives et les outils d'enquêtes). La réalisation de ces préalables conditionnait la suite de nos travaux. Le propos qui suit présente les principaux éléments de l'évolution du groupe sur cette période et son impact sur la conduite du projet. En janvier 2007, notre groupe (GRSI) tire sa force et son assise des cinq membres répartis sur les trois hôpitaux psychiatriques du département du Rhône et sur un intersecteur de psychiatrie infanto juvénile du CHLS (Centre Hospitalier Lyon Sud). Les mutations professionnelles et les positionnements respectifs de nos établissements allaient redessiner en profondeur les contours de notre groupe.

D'une part, l'année 2007 a connu deux mutations, la première en début d'année de notre collègue du CHLS qui change d'établissement et la seconde en fin d'année sur le site du Vinatier par une mobilité vers un poste de nuit.

D'autre part, l'accueil de cette validation a révélé des disparités très importantes dans les politiques d'établissements quant à la prise en compte de la réalisation de ce projet. A la suite de la validation du projet par le Conseil Scientifique de la Recherche du CH Vinatier en décembre 2006, nous nous sommes retournés et nous avons utilisé le même niveau d'information dans nos sollicitations et informations en direction de nos trois institutions. Ce sont donc les Directeurs d'établissements, les Présidents de CME et les Directeurs des Soins des CH Vinatier, CH Saint Cyr au Mont d'Or, et CH Saint Jean de Dieu ainsi que nos services d'appartenance qui ont été informés et sollicités. Les réponses très différentes au niveau de ces établissements ont été de l'absence de reconnaissance et du non-dégagement de moyens à la situation d'hôpitaux assumant leurs fonctions de promoteur ou d'accompagnement de projets.

Ces écarts importants dans le traitement institutionnel ont provoqué à leur tour des décalages dans les seuils d'investissements des participants et dans l'acquisition concomitante des outils méthodologiques. L'aspect additionnel de ces facteurs a éloigné notre collègue qui n'avait pas obtenu de reconnaissance institutionnelle (CH SJD) et a contribué à une augmentation mécanique de la charge de travail sur le groupe réduit fin 2007 à son noyau dur de deux personnes. Cette situation de

diminution de l'assiette des participants et de transfert de charge venant à son tour réinterpeller nos établissements respectifs dans l'écart ainsi creusé avec l'évaluation initiale sur cette question de l'attribution de moyens particulièrement en termes de dégagement de temps. Les contrecoups de ces aléas allaient impacter défavorablement l'avancée du travail. Cet état de fait allait remettre en cause la remise de nos résultats pour fin 2009 et nous a amenés à demander une prolongation sur l'année 2010. Cette dernière a été acceptée par le Conseil Scientifique de la Recherche du CH du Vinatier en sa séance du 5 décembre 2008. Enfin, l'importance du travail de caractérisation et de présentation des résultats ainsi que le volume de la phase rédactionnelle ont porté dans les faits cette échéance à fin 2011.

- **Du côté logistique**

La conduite de notre projet de recherche a nécessité par ailleurs la mise en place d'une logistique dont les différentes modalités se seront, au final, avérées conséquentes. Nous revenons sur quelques aspects de celles-ci.

- L'acquisition d'un ordinateur portable financé par le budget alloué par le CSR a pris neuf mois avant sa mise à disposition. Ce laps de temps conséquent a représenté une gêne quant à la centralisation des données et quant à leur possibilité de mobilité lors de leur activation.

- L'absence de lieu fixe et repéré pour nos séances de travail nous a obligés à une mobilité forcée entre plusieurs sites dépendant des trois hôpitaux, et à plusieurs lieux à l'intérieur de chacun de ceux-ci sur certains sites.

Ce nomadisme et ces réorganisations à chaque rencontre ont eu des répercussions sur la stabilité de notre mobilisation sous la forme d'un travail haché et discontinu. Ces opérations répétées de reprogrammation de la charge mentale constituant alors un facteur de perte de continuité dans l'activation de la tension de travail avec son impact chronophage. Nos lieux professionnels d'affectations ne pouvaient plus répondre en termes de locaux et surtout de disponibilité psychique de travail aux exigences de notre projet. La question *d'où poser nos valises ?* allait se montrer récurrente, d'autant plus que ces dernières se lestaient au fil de la recherche de plusieurs dizaines de kilos de fond documentaire rassemblé au fil de notre parcours.

Le recours à nos domiciles personnels s'est avéré provoquer une source de conflit d'intérêts et fut vite abandonné. Cette difficulté allait trouver une première solution provisoire fin 2008 par la mise à disposition d'un bureau sur la structure de secteur du pôle caladois dépendant du CH de St Cyr au Mont d'Or. Des modifications organisationnelles allaient nous remettre en position de recherche de locaux professionnels pour poser et baser le GRSI. Les CMP d'Anse (CH St Cyr), puis de Neuville sur Saône (CH du Vinatier) allaient successivement nous accueillir. Au total, ce sont **onze lieux** que nous avons investis.

Nous retirons deux enseignements de cette expérience, d'une part l'importance à partir de la phase exploratoire de pouvoir compter sur une base localisée et stable, et d'autre part l'adéquation naturelle que constitue la recherche clinique basée sur un lieu à vocation soignante.

Loin d'être perçue comme une excroissance, notre activité, soumise au regard des professionnels par des portes qui sont toujours restées ouvertes, a été perçue sur tous les sites comme une *présence studieuse* dont le travail patient prolongeait sous une autre forme le travail clinique auprès des patients. Hors de nos lieux de soins d'appartenance, la position de praticien chercheur se différenciait totalement de notre statut initial d'infirmiers en psychiatrie.

- Enfin, de nombreuses tâches périphériques sont à mener parallèlement à l'activité de recherche. On notera les actions liées à la coordination et à l'interrogation des procédures avec la cellule financière ou la rédaction de conventions. On soulignera que la maîtrise de points techniques et la familiarisation avec les outils, particulièrement avec l'outil informatique et les logiciels, sont restées insuffisamment domestiquées. Cet aspect formatif établissant un préalable de base dans la conduite d'une recherche de ce type dont le bénéfice peut se chiffrer pour nous... **en centaines d'heures**. On citera l'importance d'une ligne de communication du groupe, depuis la création d'une signalétique jusqu'au temps de rendez-vous avec les acteurs institutionnels ainsi qu'auprès de personnes ressources. De même, on soulignera les temps de préparation en vue de communications en externe

lors de journées de présentation ou de publications. Ces tâches représentant des exercices avec lesquels nous n'étions pas forcément rompus.

- **En amont des investigations**

La phase préalable à l'investigation s'est organisée autour de deux axes de travail. D'une part, elle a concerné les opérations relatives au choix, à l'élaboration et aux tests de nos outils d'enquêtes (partie développée en 4.2.2) et d'autre part elle a nécessité de nombreuses prises de contact préalables en vue d'organiser la faisabilité des semaines d'enquêtes. Ces prises de contact ont eu lieu sur plusieurs temps et suivant plusieurs modalités. Après la délimitation du choix des structures (partie développée en 4.2.1), nous avons retenu trois niveaux de contacts.

Un **premier** niveau de contact a été établi par courrier en direction des quatre sites retenus pour la phase d'enquête. Ce courrier initial avait pour destinataire de chaque établissement le directeur, le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et le directeur des soins. Il présentait sommairement notre projet et sollicitait les accords de principe. Les principales informations mises à disposition portaient sur le cadre de légitimation (c'est-à-dire la validation par le CSR), l'objectif central (le réel de l'activité infirmière en psychiatrie) et le format de l'enquête (temporalité, publics concernés et outils).

Cette communication a pu être relayée et doublée par courriel ou par contact téléphonique, auprès des directeurs des soins particulièrement, quand le mode épistolaire n'avait pas entrainé la réactivité souhaitée. Nous demandions également de pouvoir identifier nos interlocuteurs dans chacune des unités qui se sont portées volontaires pour nous recevoir lors de notre phase d'enquête sur le terrain afin d'établir des contacts directs. En général, cette première demande fut suivie d'une information en direction des CME et des réunions professionnelles d'encadrement. Tous, au final, ont accueilli favorablement notre démarche.

Un **deuxième** niveau de correspondance était ensuite envoyé à l'adresse des directions des soins et des unités qui s'étaient portées volontaires. Ce courrier était envoyé aux équipes médico infirmières par l'intermédiaire des cadres de santé de proximité et à l'encadrement supérieur. Il apportait, après avoir reprécisé les objectifs, des informations complémentaires sur le déroulement de l'enquête, nos temps de présence, les horaires des séquences d'observations, les modalités d'entretien et une proposition de calendrier. Nous ne manquions pas de rappeler les règles éthiques et déontologiques qui engageaient notre responsabilité de praticiens chercheurs. Enfin, nous informions les équipes du principe d'un temps de présentation préalable à la semaine d'investigation.

Un **troisième** niveau de correspondance à visée de relance ou de confirmation, quand les modalités n'étaient pas arrêtées, était envoyé en direction des unités volontaires. Il venait fixer les dates proposées sur le calendrier et repréciser les modalités d'enquête. Suivant l'avancée des contacts, il venait fixer ou confirmer le rendez-vous de présentation qui se déroulait à trois semaines de la phase d'investigation. Ce courrier était accompagné d'une fiche/résumé de notre projet afin d'optimiser la présentation ultérieure.

L'ensemble de ces démarches a donné lieu parallèlement à des contacts téléphoniques, quelques fois de part et d'autre, quant à des précisions ou des compléments d'information. À plusieurs reprises, notre calendrier initial a été perturbé et remanié. Notre première enquête prévue en septembre 2008 fut retardée du fait des remaniements que connaissait l'établissement d'accueil avec des réorganisations consécutives à la mise en pôles. Ces dernières ne garantissaient plus notre accueil dans des conditions favorables. La survenue tardive de cette non-disponibilité a entraîné des pressions de calendrier telles qu'elles nous ont empêchés d'investiguer un autre site en remplacement. L'enquête fut reportée et la phase 1 de nos investigations devenait ainsi la phase 4. Enfin, certains contacts ont pu s'étaler sur plusieurs mois et mobiliser une énergie importante représentant de manière additionnelle jusqu'à trois jours de travail pour un site.

- **En aval des investigations**

Nous avons envoyé des courriers de remerciements à chacune des équipes accueillantes. D'autres échanges ont pu avoir lieu sur des données complémentaires (informations générales sur l'unité) et la phase de restitution en 2011 a été confirmée dans ce même mouvement.

Le dépouillement et le traitement des notes de terrain nous donnent le sentiment de continuer à partager le quotidien de ces unités et de ces équipes. Ces contacts, au-delà du terme des enquêtes, ont réactivé les liens et les vécus ressentis lors de la phase d'investigation.

4.1.2 La conception et la planification de l'investigation

- La **conception** de la semaine d'investigation a dû intégrer des contraintes parfois contradictoires, et cela, sur deux points :

- Le **premier point**

Il concerne les recommandations liées aux méthodologies d'enquêtes de terrains, notamment celles qui utilisent les outils d'observations. Celles-ci sont issues de l'ethnométhodologie et de sa filiation avec la phénoménologie. Elles relèvent la notion ethnographique d'entrée ou d'accès au terrain, dans la double acception du terme, non dénué d'ambiguïté, de permission formelle d'accès et de mise en confiance des membres accueillants (Arborio, Fournier, 2005). Les recommandations portent sur le temps préalable d'acclimatation ou d'acculturation nécessaire aux enquêteurs afin de se familiariser avec la scène d'immersion. Il s'agit de limiter le biais méthodologique lié à l'impact de la présence de l'observateur sur la scène observée. (Martineau, 2005 - Mucchielli, 2004). Dans leur étude de type ethnophénoménologique, Annick Ernoult et Catherine Le Grand-Sébille ont mis à profit un réseau de personnes facilitatrices. La trame de ce réseau leur a permis de limiter les temps préalables de familiarisation, *« Le système de contacts que nous avons privilégiés permettait donc de cour - circuiter, dans une certaine mesure, le long travail de familiarisation nécessaire à la construction d'une relation d'enquête…»* (Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie, mai 2010, p. 10, http://www.fondationdefrance.org , consulté le 10 septembre 2010).

Nous imaginions volontiers un temps préalable de prise de contact sur quelques jours, mais les réalités de pression temporelle nous ont amenés à faire d'autres choix. Nous avons nous aussi court-circuité ce temps de familiarisation en regard de notre statut professionnel d'infirmier en psychiatrie.

Nous avons gardé l'idée incontournable d'un temps préalable de mise en contact, de présentation mutuelle des personnes, des patients et des lieux afin de réduire l'effet de parachutage. Ce temps permet une première appropriation par le groupe de notre démarche, nous répondions à toutes les questions qui nous étaient posées, hormis celles en lien avec les données qui répondaient à l'exigence de protection. Ce temps nous a été également indispensable pour rencontrer les acteurs, connaître les topographies et organiser nos venues. Ce premier contact et ces premiers repérages nous permettaient alors d'avoir une représentation du lieu d'enquête. Il ouvrait par ailleurs les possibilités de se projeter en situation.

Il s'agissait d'expliciter notre démarche, de lever quelques réticences peu nombreuses, de limiter les effets éventuels d'une démarche pouvant être perçue dans une logique de prélèvement, d'acquérir un peu de visibilité et surtout de faciliter l'instauration d'une confiance réciproque.

L'appui de notre position de praticiens chercheurs sur notre statut d'infirmiers en psychiatrie a laissé émerger la convergence de plusieurs constats en faveur de la possibilité d'un temps « d'acclimatation» plus restreint. En effet, les questions de pénétration du milieu de la psychiatrie hospitalière étaient acquises avec notre antériorité d'exercice. Le point d'acceptation par le milieu a été logiquement facilité par la nature collégiale de nos professions. Nous arrivions dépourvus d'a priori sur la psychiatrie et avec une grille d'interprétation bien constituée limitant à sa portion congrue l'effet de filtre chez l'observateur.

Ces éléments ont été en faveur d'une présentation préalable aux équipes d'une journée par site, pour les deux unités investiguées. Celle-ci a été prévue à court terme, environ 3 semaines, de la phase d'enquête avec présentation de soi, de nos parcours, de notre cadre d'enquête, de son indépendance et des contours de notre objet de recherche. Cette recherche est née de notre initiative, elle est portée par des infirmiers, le Conseil Scientifique de la Recherche du CH du Vinatier lui confère sa légitimité.

- Le **deuxième** point

Il concerne le déroulement de la semaine d'investigation. La nature de notre recherche nous a amenés à utiliser deux outils d'enquête, dont un à double entrée, et nos plages d'observations visaient en priorité les temps non programmés. Ces derniers se déploient entre les temps structurés ou programmés et sont plus fréquents en deuxième partie d'après midi, la nuit et les weekends et jours fériés. D'un autre côté, nous avions prévu une semaine d'enquête et une semaine consécutive de traitement à « chaud », soit deux semaines consécutives. Les éléments contradictoires que nous avons eu à gérer concernaient d'une part, la nécessité de rendre compatible la répétition de ces temps dans l'année avec l'intégration de nos paramètres sur un temps d'une semaine et d'autre part, notre forfait peu extensible de dégagement de temps consacré à la recherche.

À cette fin, nous avons construit notre module d'enquête sur un déroulé d'une semaine en intégrant nos trois paramètres constitutifs :

- Le premier consistait à juxtaposer nos trois séquences d'observations sur des temps plus propices à l'observation de *l'informel*. C'est-à-dire arriver à être présent un après-midi, une partie de la nuit et une séquence de week-end. Les trois séquences d'observations se sont donc déroulées de manière concomitante par site : les mercredis avec l'équipe d'après-midi (environ 8 heures), les nuits du jeudi au vendredi pour les premières parties de nuit (environ 5 heures) et les samedis avec les équipes du matin (environ 8 heures) pour un temps pris sur le weekend.

- Le deuxième laissait la place à des temps de présence qui permettaient la réalisation des entretiens avec programmation ou prise de rendez-vous. Ainsi, l'après-midi du mardi, les journées du jeudi et du vendredi pouvaient accueillir ces temps.

- Enfin, le troisième intégrait la possibilité de plages de présence avec les équipes hors observations, de façon à limiter l'effet lié à une logique de prélèvement. Il était également important pour nous d'être en situation de terrain et de garder mobilisée, sur l'ensemble de la semaine, notre position décentrée d'observateur. Ces temps favorisaient une porosité avec les séquences actives, la perméabilité de cette frontière sur notre position dans ces moments a été alors quelques fois mise en mots. La question portait sur notre rôle, étions-nous actifs ou passifs en terme d'observation.

Ce format quant à notre temps de présence, relativement bref sur la période d'une semaine, mais assez dense, nous a permis d'intégrer ces différents paramètres. La réunion des trois étapes d'observations nous a permis également de couvrir l'ensemble du nycthémère.

Concernant la séquence de nuit, deux paramètres nous ont fait opter pour un temps d'observation sur la première partie, soit de 21 heures à deux heures du matin.

- Le premier prenait en compte des éléments de réalité du côté des praticiens chercheurs. Le module sur une semaine tel que nous l'avons construit était déjà bien chargé, l'alourdir davantage l'aurait rendu difficilement gérable en terme de maintien d'une qualité d'attention.

- Le second paramètre tient aux particularités du travail de nuit. Pour cette séquence, nous n'avons pas retenu l'amplitude horaire complète afin de prendre en compte le biais méthodologique qui consiste à limiter l'impact de l'observateur sur la séquence observée.

En effet, le personnel est moins nombreux sur ce poste et la première partie de nuit peut comporter des actions liées aux traitements, aux soins, à l'accompagnement au coucher, des temps collectifs autour de la salle de télévision, de la boisson du soir. La deuxième partie de nuit, elle, est susceptible d'être dépourvue de ces temps, elle devient un temps d'intimité et nous souhaitons limiter l'impact de notre présence afin de ne pas déstabiliser l'équipe qui pourrait se sentir sous le regard d'un tiers et donc perdre de sa spontanéité. Nous avons à l'esprit également qu'il est illusoire d'espérer solder la question de la perturbation provoquée par notre présence par l'explication de *l'intention de connaissance* et que la perturbation se majore ici avec la distance de l'action, dans le calme attendu de la nuit.

Enfin, nous partageons le regard que porte Laurence Montérastelli sur le repérage des temps du travail de nuit. Elle en repère trois, et le troisième qu'elle situe de manière voisine de trois heures à six heures présente ces caractéristiques partagées *« dans les services où plusieurs personnes peuvent veiller ensemble, c'est le moment de l'intimité, des conversations à mi-voix, des confidences, des lapsus. Le ton baisse en même temps que l'énergie, on attend le matin qui tarde à venir, qui nous libérera ce cette lassitude intense. Ce temps de grande solitude est aussi un temps de grande responsabilité. Seul maître à bord, l'infirmière est la garante de la sécurité dans un monde où tous les autres sont supposés dormir et se reposent totalement sur elle».* (Le travail de nuit : contribution à l'autonomisation des infirmières, Université de Provence Aix-Marseille 1, Master 2, année 2006, p.71).

- **Codage et anonymisation des données**

Un des derniers points concernant la conception de l'investigation s'est intéressé aux opérations de codage des données. Celles-ci allaient s'établir sur trois plans, le codage des structures, le codage des séquences d'observation et le codage des personnes interviewées.

- Le codage des quatre sites allait se faire par l'utilisation de l'acronyme CH suivi d'un chiffre de 1 à 4. À l'intérieur de ceux-ci, chaque unité recevait un chiffre de 1 à 8 à côté de l'initiale U. Les 8 sites allaient donc de CH1 U1 à CH4 U8.

- Le codage des observations reprenait le codage précédent auquel était accolé le numéro d'observation attribué de manière chronologique, soit Obs. 1 pour la séquence d'AM, Obs. 2 pour la séquence de nuit et Obs. 3 pour celle du matin. Soit un codage des 24 séquences allant de CH1 U1 Obs. 1 à CH4 U8 Obs. 3.

- Enfin, le codage des 48 entretiens tenait compte du métier de la personne interrogée. Ainsi, la lettre M désignait le groupe médecin, la lettre C le groupe cadre. Soit pour ces deux groupes, de CH1 U1 C à CH4 U8 M.

Concernant le groupe infirmier, trois références étaient renseignées, les acronymes ISP et IDE pour les diplômes initiaux des infirmiers, le chiffre 1 ou 2 par ordre de réalisation des entretiens et enfin, la lettre J pour infirmier de jour et N pour infirmier de nuit. Une codification construite à partir de cinq entrées : site, unité, diplôme initial infirmier, jour ou nuit, premier ou deuxième, soit un codage qui allait de CH1 U1 ISP1 J à CH4 U8 IDE2 N.

- **Planification de l'investigation**

La phase de planification des investigations devait avoir lieu le deuxième semestre 2008 et premier semestre 2009. Suite aux aléas évoqués au 4.1.1, la phase 1 devenait la phase 4. La phase de planification allait connaître plusieurs aléas.

La phase d'investigation a débuté en décembre 2008, semaine 49. Toutes les phases d'enquêtes ont fait l'objet d'un temps préalable de présentation à trois semaines environ de la phase de terrain. Ce temps de présentation était systématique avec les équipes des unités et nous proposions parallèlement un temps de présentation institutionnelle en direction d'un public plus large que celui des unités volontaires. Ce temps a eu lieu sur un seul site.

L'année 2009 a connu la réalisation des trois autres enquêtes.

La deuxième enquête a eu lieu en février 2009, semaine 9. La troisième enquête était prévue en avril 2009, des flottements dans les réponses quant aux autorisations d'accès l'ont reportée en juin 2009, elle se déroulera la semaine 22.

Enfin, la quatrième enquête qui avait, initialement, été reportée concernait un établissement relevant des secteurs de psychiatrie rattachés à l'hôpital général. Nous avons alors rencontré un problème lié à nos critères d'inclusions en ce qui concerne les unités de soins pressenties pour nous accueillir. En effet durant l'année 2008, les derniers infirmiers issus de la formation de secteur psychiatrique (ISP) sont partis et il ne reste plus que des professionnels de formation IDE dans les unités volontaires. Cette modification de la composition des équipes n'est alors, plus compatible avec nos critères d'inclusion. Il nous faut trouver un quatrième site régional de même type, les contacts

avec l'ARH ont été facilitant dans cette orientation. Les contacts pris avec ce nouvel établissement se sont révélés faciles. Il répondait à nos critères d'inclusion et nous étions attendus la semaine 48.

Les quatre enquêtes se seront déroulées sur une période de 12 mois.

4.1.3 Le déroulement de l'investigation

- **Du côté des praticiens chercheurs**

Nous avions construit ces périodes d'investigation par quinzaine. Ces deux semaines correspondaient à la semaine d'investigation suivie immédiatement de la semaine de traitement des observations.

Nous avions pensé cette continuité afin d'être au plus près du contexte initial. Cette proximité temporelle nous permettant d'opérer un premier traitement à chaud avec une déperdition minimum quant à l'abord de nos données.

Les reprises éloignées nécessitaient pour leur part, une remise en contexte et une mobilisation soutenue pour permettre l'identification à distance de la situation dans laquelle l'observation avait été portée. Ce travail à distance majorait l'effort de concentration nécessaire à la recontextualisation, élément que nos prises de notes ne renseignaient pas toujours suffisamment.

Si ces périodes ont au final bien pu s'organiser par quinzaine, nous n'avons pas toujours été en mesure de les utiliser uniquement en regard de l'objectif évoqué, d'autres tâches nous mobilisant : établir les contacts, préparer les communications, etc.

Concernant la semaine d'investigation, plusieurs particularités venaient caractériser leurs déroulements du côté des praticiens chercheurs et du côté du terrain.

Pour les praticiens chercheurs, la semaine bloquée sur un site régional nous mettait momentanément à distance de nos obligations et de notre vie au quotidien. Cet aspect est un élément souhaité et constituant du cadre d'enquête. Il permet le maintien d'une continuité d'investissement, une sensibilité aux retours de nos expériences de terrain ainsi que l'objectivation à chaud des impensés ou des interrogations issues de l'enquête.

Ces éléments alimentaient à leur tour le livre ou cahier de bord. Par ailleurs, nous prenions tous les jours un ou plusieurs temps pour confronter entre nous nos impressions, l'évolution de l'enquête, procéder au recensement d'éléments saillants. Ce temps de croisement de nos expériences, l'abord de leurs côtés exploratoires nous permettaient une première possibilité de distanciation avec notre objet et un temps de respiration psychique. De ce point de vue, temps d'immersion, d'observations, d'entretien et temps en dehors forment un continuum et **au final un bloc**.

Pour le versant pratique, nous cherchions un hébergement dont le principal critère était la proximité afin de faciliter nos allées et venues. Un établissement a pu perpétuer la tradition d'hospitalité de notre discipline en nous proposant un hébergement in situ.

- **Du côté du terrain**

Un point nous a semblé caractériser l'appropriation de notre démarche par les unités concernées. Indépendamment de l'information préalable qui était passée dans ces unités et même bien passée, certaines d'entre elles avaient établi un support spécifique rassemblant les éléments de notre démarche. La phase d'information n'est pas la phase d'appropriation, celle-ci n'a pu se faire qu'individuellement voire parfois en sous groupe de deux personnes.

En effet, cette phase individualisée de présentation de soi a confirmé à nos yeux un constat, le mécanisme d'appropriation de notre démarche de recherche passe par une rencontre singulière. Dans ce cadre privilégié, l'acteur de terrain, après l'information générale délivrée au groupe, avait besoin de poser **ses** questions, d'évaluer et de se rendre compte par lui-même. Le passage par la rencontre personnalisée avec l'abaissement du seuil interrogatif qu'il favorise a été sans doute facilité par notre statut d'infirmier psychiatrique « de base». Ces rencontres ont aidé à la réduction de l'écart entre l'information générale perçue et la réalité de nos intentions. Elles ont permis pour les acteurs de terrain, de vérifier la cohérence et la continuité entre l'énoncé du projet et sa traduction dans le réel.

Cette phase a été **systématique** et son seuil de déclenchement a été le passage au réel de notre investigation, présence sur le groupe, observations et entretiens. Cette phase se déroulait en post-

relève, et sur des interstices où le regard de l'autre était momentanément à distance. Elle n'était pas guidée par la réticence, mais par une forme de validation et aussi de curiosité.

Nous avons donc dû répéter cette présentation de soi de manière conséquente avec une déclinaison adaptée à chacun des acteurs, déclinaison elle-même orientée par la nature des questions posées.

Anne Marie Arborio et Pierre Fournier ont relevé l'importance de cette phase *« La présentation de soi est donc une épreuve répétée au cours de l'enquête, par exemple auprès de chacune des équipes en cas de travail posté. Cet exercice est particulièrement difficile : d'une part, il faut être suffisamment précis pour montrer son sérieux et suffisamment vague pour que des infléchissements soient acceptables…»* (*Série L'enquête et ses méthodes : L'observation directe,* 2ème édition Armand Colin, 2005,127 pages, p.35.). Les principales questions portaient sur les objectifs attendus, les formes d'investigation, le calendrier de présence et nos liens avec les différentes autorités. Ce dernier point constitue sans doute un des nœuds de la phase d'enquête, notre indépendance évacuait les craintes de « manipulation » chez des équipes souvent sollicitées, notre neutralité vis-à-vis des contextes locaux et notre vigilance à l'égard des acteurs se sont montrées des vecteurs d'appropriation.

Enfin, concernant les inflexions que nous donnions à nos différentes formulations, celles-ci pouvaient aller d'une présentation technique à une présentation imagée « *Si vous en êtes d'accord, j'aimerais pouvoir vous suivre comme votre ombre».* Et l'ombre n'interfère pas.

4.2 La procédure d'investigation

4.2.1 Le choix de l'échantillonnage

Préalable

Le propos introductif sur le choix de nos échantillonnages vient énoncer un point de méthode sur lequel nous avons établi notre démarche. Ce point traverse l'ensemble des étapes de notre recherche et en fixe les critères.

Notre démarche s'est construite sur un **pragmatisme méthodologique** tiré pour partie des enseignements de notre étape exploratoire. Il a retenu précocement le principe d'une technique de validation des données par triangulation. Ce terme emprunté initialement à la topographie a été transféré à la recherche en sciences sociales, Alex Mucchielli précise *« Transféré à la recherche en sciences humaines et sociales, le concept suppose que plus le chercheur obtient des données différentes à propos d'un même phénomène, plus son interprétation sera riche et plus il pourra être confiant en celle-ci.»*. (*Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, p. 289). Pour Lionel-H Groulx, la complémentarité des méthodes est devenue nécessaire pour réussir à appréhender les phénomènes sociaux caractérisés par leur complexité. Pour lui, *« La triangulation des données, qu'elle soit en parallèle ou séquentielle cherche, par l'utilisation de mesures et d'observations différentes, à réduire ou à annuler les biais inscrits dans chacune des méthodes. Ici est posée une possibilité de convergence où des cheminements méthodologiques différents peuvent conduire à des résultats identiques, en capitalisant sur leurs forces respectives, car leur utilisation conjointe opère une annulation des biais inscrits dans chacune d'elle.»* (« Querelles autour des méthodes », *Socio-anthropologie* [en ligne], Nº 2 | 1997, mis en ligne le 15 janvier 2003, http://socio-anthropologie.revues.org/index30.html, consulté le 23 décembre 2010).

Le pragmatisme méthodologique dont nous parlions précédemment, fait lui appel à une familiarité de raisonnements et de pratiques dont le principe de triangulation est venu actualiser le sens dans le domaine de la recherche en soins infirmiers. Ce constat n'a pas fait l'objet d'une conception préalable, il s'est peu à peu imposé à nous. Cette familiarité peut alors s'énoncer sous deux angles en regard de nos pratiques professionnelles cliniques en psychiatrie publique.

Le premier apparaît comme un fondamental, il s'agit de la place du tiers dans la relation de soins, tiers muet que représente l'équipe, tiers qu'incarnent les familles, tiers dans l'hospitalisation sous contrainte, l'ensemble de notre exercice professionnel se réfère à un tiers qui permet distanciation et *triangulation.* L'idée qui se dégage de cette confrontation aux situations complexes est simple, on a rarement raison tout seul.

Le deuxième point concerne le modèle intégratif avec lequel les infirmiers opèrent au quotidien. Nous entendons par modèle intégratif la pratique parfois insu, la possibilité et la nécessité pour les infirmiers de se référer à plusieurs modèles théoriques afin d'essayer de répondre à la grande diversité des situations de soins. Et cela, n'excluant pas la référence préférentielle à un modèle.

Ces méthodologies sont encore sans doute **faiblement normées** et nous ne trancherons pas le statut épistémologique des différentes méthodes. Notre propos sur le pragmatisme tient dans une autre approche, nous ne souhaitons pas être écrasé par le poids alors fétichisé de la prévalence de la méthode sur la recherche, mais nous aurons à cœur d'être dans une démarche particulièrement rigoureuse et vérifiable dans l'exposé, l'utilisation et la restitution de nos choix méthodologiques et de nos outils.

Ainsi, nous partageons l'idée que *« la multiplication des points de vues méthodologiques se veut garante d'une plus grande objectivité, car elle vise à annuler les biais inhérents à chacun des points de vue particuliers. Cette approche multiméthode, en diversifiant les angles d'observation, permet de corriger les erreurs de mesure et d'augmenter la validité des analyses.»* (Op.cit, p. 7).

Concernant maintenant le choix de l'échantillonnage, il correspond à **une double triangulation par combinaison de niveaux :**

- Une **triangulation** des données incluant la sous-dimension des **personnes**. Nous interrogerons alors **trois** groupes professionnels à travers les infirmiers, les cadres et les médecins.
- Une **triangulation** des données incluant la sous-dimension **spatiale.** Nous effectuons une recherche multicentrique et nous enquêterons sur **plus de trois** sites différents.

- **Les personnels**

Nous entendons par personnel les trois populations investiguées, la population **cible** des infirmiers, et les populations **témoin** des cadres et des médecins. En méthodologies quantitatives, particulièrement dans les études randomisées dites en « *double aveugle»*, le terme de groupe ou population témoin recouvre, à la différence du groupe contrôle, le groupe qui ne recevra pas le principe actif. Le sens est entendu différemment en méthodologies qualitatives, il s'agit de groupes concernés par l'étude, mais sur lesquels la démarche de recherche n'est pas centrée.

Les infirmiers exerçant en psychiatrie

Les infirmiers constituent le groupe majoritaire, ils sont le cœur de notre enquête, l'étude étant centrée sur leurs pratiques. En regard de nos objectifs, nous savons que l'exercice infirmier hospitalier, et particulièrement en intrahospitalier, peut être composé à plus de 50 % de temps non identifiés. L'organisation des soins en termes de densité d'activité et de soin programmé laisse une place importante à *l'informel*, particulièrement en psychiatrie, le plus souvent lié aux aspects de la vie quotidienne et de sa gestion. Ce constat renforce l'idée d'une compétence attendue pour identifier, élaborer et gérer cet espace-temps.

Nos observations porteront sur des groupes de professionnels en poste de jour et de nuit où cet aspect revêt une dimension plus étendue. À l'intérieur de cette catégorie, nous distinguerons les **Infirmiers de Secteur Psychiatrique (ISP)** et **les Infirmiers Diplômés d'État (IDE)**.

Cet échantillonnage recoupe la réalité temporaire de la démographie infirmière en psychiatrie. En effet, ces deux groupes sont proches d'une égale importance en chiffres, même si sur nos établissements les infirmiers IDE sont devenus les groupes majoritaires en nombre. Il nous apparaît opportun de dégager les similitudes ou les différences en regard des formations initiales, des cultures de métier et des cultures institutionnelles. Nous avons bien à l'esprit que certains IDE peuvent aujourd'hui connaître une ancienneté de quinze ans depuis la première promotion de 1994. Avec la mise en cadre d'extinction des ISP, il persistera jusqu'à la disparition de ceux-ci, un facteur générationnel dont les problématiques de transmission en sont un signe. Ce signe marque également la nature du changement dans la forme de la transmission, nous sommes passés d'une transmission linéaire par *filiation directe* à *une filiation par adoption.*

Au niveau de la population infirmière à investiguer, nous retenons le ratio d'un infirmier de secteur psychiatrique pour un infirmier diplômé d'état et de trois infirmiers de **jour** pour un infirmier de **nuit.** L'échantillon global de l'enquête sera donc de trente-deux infirmiers sur l'ensemble des quatre établissements, soit seize ISP et seize IDE pour vingt-quatre infirmiers de jour et huit de nuit.

Nous n'avons pas retenu dans nos critères d'inclusion, les infirmiers de formation IDE de moins d'un an de diplôme. En effet, nos expériences nous ont montré que la première année était l'année de prise de poste. Nous entendons par là, le temps préalable et nécessaire à une connaissance de son rôle, de son environnement de travail, d'une acculturation minimum aux particularités de cet exercice disciplinaire. Le processus de professionnalisation commence à l'issue de cette première année.

Les cadres de santé

Les cadres de santé, nommés également « cadres de proximité» occupent une fonction d'interface entre les équipes soignantes, le corps médical et l'administration. Ils constituent le premier groupe témoin en regard de leur implication dans les **organisations** de travail. Ils sont amenés à gérer des impératifs contraires et des logiques parfois contradictoires entre les nécessités du soin, les logiques soignantes et les contraintes de différents ordres au premier rang desquelles les pressions budgétaires. Ils ont également, pour ceux qui en font une composante axiale de leur travail, une mission d'animation d'équipe.

Nous avons souhaité rencontrer des cadres qui avaient connu antérieurement et longuement les réalités du travail infirmier. Cette antériorité d'expérience limitait les effets de placage de discours et permettait une évaluation plus circonstanciée des situations en lien avec l'informel. Les critères initiaux incluaient les cadres de formation initiale ISP. Des choix disciplinaires affirmés et les contraintes de travail ont fait évoluer ce critère d'inclusion aux cadres de formation IDE avec 10 ans d'exercice dans la discipline.

De par le déport que leur permet leur fonction, la population-cadre est susceptible de reconnaître et d'intégrer ces temps dans les organisations ou au contraire d'en limiter les émergences.

Leurs contributions à l'enquête sont donc importantes quant au regard contrasté qu'ils peuvent porter sur les fonctions de ces temps informels dans le déroulement des séquences de travail. L'échantillon de l'enquête comportera le cadre de santé de chaque unité investiguée, il sera de huit sur l'ensemble des quatre établissements.

Les médecins psychiatres référents de l'unité.

Les médecins psychiatres représentent le deuxième groupe témoin. Ils ont un regard sur les **organisations** de travail et ils peuvent le confronter ou le conforter à un repérage **théorique.**

La place des psychiatres dans notre population témoin s'impose sur des constats simples. Il existe en effet une tradition de travail en équipe pluriprofessionnelle en psychiatrie qui s'appuie sur le recours à l'équipe dans les prises en charge. Les outils du soin ne sont pas ou peu hiérarchisés. Les définitions et les différenciations de fonctions se font peu en lien avec une maîtrise de gestes et de techniques. Le lien de subordination de l'infirmier au médecin en médecine générale se valorise en psychiatrie au profit de l'infirmier en psychiatrie de ce fond d'homogénéité entre ces deux métiers. La parole et la relation sont des outils partagés, le prescriptif concerne principalement les traitements médicamenteux. Il existe également un continuum quant à l'éventail d'actions entre ces deux catégories, de la prévention à la réhabilitation là où les autres professionnels sont positionnés sur des segments plus restreints. Ce continuum couvre nous dit Dominique Letourneau *« […] les dimensions biosomatiques, psychologiques et éducatives*». (« Regard subjectif sur 30 ans de politique psychiatrique», *Soins Psychiatrie,* nº 267, mars/avril 2010, pp.16-19, p.18.)

Un deuxième constat porte sur les indications d'hospitalisation. En hospitalisation temps plein plus qu'ailleurs dans l'offre de soins, l'indication d'hospitalisation porte en elle-même l'indication de soins infirmiers. Les médecins psychiatres représentent un groupe qui permettra de recueillir les conceptions de soins sur la complémentarité de ces deux niveaux, entre hospitalisation et indications de soins infirmiers. Nous pouvons les nommer de différentes façons suivant les abords et les conceptions de soins prévalentes, elles traduisent une même réalité. Ces abords peuvent donc recouvrir : séquence médicale et permanence infirmière, consultations médicales et aspects liés à la vie quotidienne, pôle thérapeutique et pôle institutionnel, fonction de l'hospitalisation et utilisation de ce potentiel thérapeutique, prise en charge médicale et prise en charge institutionnelle, réalité interne des patients liée au rôle médical et réalité externe dévolue aux infirmiers, etc. Les médecins constituent la population en position de mobiliser et de réunir ou non ces complémentarités.

Ces conceptions peuvent être référencées et adossées à des repérages théoriques. Ainsi, Paul Charles Racamier propose le modèle de *l'acte thérapeutique et les soins institutionnels*, Paul Fustier parle de *l'institution soignante et double prise en charge,* Pierre Delion unifiera ces deux plans avec

les apports de la psychothérapie institutionnelle et le concept de *hiérarchie subjectale*. D'autres référentiels locaux pourront constituer ces éléments repères dans l'orientation donnée aux dispositifs d'hospitalisation temps plein et aux actions infirmières qui les habitent.

L'échantillon de l'enquête comportera le, ou un, des médecins psychiatres en fonction de chaque unité investiguée. Il s'élèvera à huit sur l'ensemble des quatre établissements. Des contraintes de disponibilité ont induit une évolution de ce critère. Nous l'avons étendu aux internes de spécialité avec dix ans d'ancienneté. Ce critère répond alors aux exigences de formation à la discipline et à la singularité du point de vue médical en regard des constats énoncés ci-dessus.

La réunion de ces trois populations répond à la **triangulation** des données incluant la sous-dimension des **personnes.**

- **Les structures**

Le choix de l'échantillonnage des structures a connu **deux évolutions** qui en ont précisé les caractéristiques.

Le premier élément d'évolution concerne le choix des structures.

Au moment du dépôt du devis de recherche en 2006, nous écrivions qu'au niveau des sites, nous pouvions retenir les unités d'hospitalisation, que ce soit sur le mode de l'hospitalisation temps complet, de jour, de semaine pour adultes et infanto juvénile pour un secteur.

De la séquence longue de l'hôpital de jour au temps de la permanence et de la continuité des soins pour l'hospitalisation à temps plein, le temps hospitalier n'est organisé que partiellement autour de la tâche, de la séquence de soins (hormis pour les soins intensifs). Notre étude se centrait dans l'écart ainsi constitué entre permanence et temps identifié. Cet écart ou temps intermédiaire est plus important par nature lors de ces modes de prise en charge. C'est ici la notion de temporalité qui dicte ce choix.

Si les attendus de ce constat initial étaient toujours valables, nous avons préféré nous arrêter sur un type de dispositif, celui de l'hospitalisation temps plein adulte pour circonscrire notre objet d'étude là où les séquences de temps non identifié permettent de mieux cibler nos observations. Cette délimitation permettra également de faciliter l'élément-cadre de l'hospitalisation à partir duquel s'opèreront les comparaisons.

Le deuxième élément d'évolution concerne la modification de l'étendue de l'enquête.

Au niveau géographique, nous retenions la dimension régionale sur la base de dix centres hospitaliers assumant les missions de psychiatrie de secteur. Cet espace présentait plusieurs intérêts : il permettait de rester dans un périmètre de déplacements modérés, garantissant une accessibilité aux sites et constituant un échantillonnage suffisamment diversifié. Nous pensions alors nous appuyer sur des réseaux fonctionnels (directions de soins, associatifs…) susceptibles de faciliter l'organisation de l'étude.

L'évolution du périmètre de l'échantillonnage a pris en compte deux facteurs.

Tout d'abord, nous avons décidé de réduire à quatre le nombre d'établissements hospitaliers publics assumant les missions de psychiatrie de secteur et pour chacun d'investiguer deux unités de manière concomitante. Cette idée de l'enquête simultanée sur un site prenait en compte le besoin des praticiens chercheurs de confronter au quotidien leurs retours de terrain. Un passage de dix sites à quatre, mais de dix unités à huit. Cette modification prenait également en compte la question de la faisabilité avec la diminution des participants du groupe recherche à deux membres.

Ensuite, nous avons décidé de ne pas choisir les lieux à partir de nos réseaux de contacts et par cette distanciation, de rester neutres de toute connaissance préalable. Ce choix permettait d'exclure des interférences qui auraient pu constituer un biais méthodologique. Le choix des structures a été fait en fonction de la nature du type d'établissement. Il s'est agi de délimiter la représentativité la plus large de l'offre de soins en hospitalisation temps plein sectorisée en psychiatrie. À cette fin, nous avons retenu quatre types d'établissements sectorisés qui constituent la très grande majorité de l'offre de soins publique.

Ces établissements se répartissent ainsi :

- Des services de Psychiatrie dans un hôpital sur site de type Centre Hospitalier Universitaire (CHU).
- Un établissement Privé participant au Service Public Hospitalier. (PSPH).
- Un établissement public sur site historique de type CH (anciennement CHS).
- Des secteurs de psychiatrie rattachés à un hôpital général.

L'étude est restée dimensionnée à la région Rhône-Alpes, la psychiatrie publique de secteur connaît une organisation nationale non concurrentielle, un échantillonnage national aurait alourdi la mise en œuvre sans apporter de traits caractéristiques déterminants en termes de marquage différenciateur. La réunion de ces quatre sites répond à la **triangulation** des données incluant la sous-dimension **spatiale.**

- **Tableau récapitulatif des critères d'inclusion et d'exclusion pour les personnels et les structures.**

Critères d'inclusion	Le choix des infirmiers s'effectuera sur la base du volontariat. - Infirmiers de secteur psychiatrique, l'effet générationnel pour ces professionnels ne nous fait pas retenir de critères liés à l'ancienneté. - Infirmiers diplômés d'État d'une expérience de travail dans l'unité investiguée supérieure à un an. - Cadres de santé affectés à l'unité de formation initiale ISP ou cadre de santé de formation IDE avec affiliation psychiatrique de plus de dix ans. - Médecins psychiatres en fonction dans les unités ou interne de spécialité avec dix ans d'exercice. - Personnels exerçant en services d'hospitalisation adulte à temps complet.
Critères d'exclusion	- Infirmiers diplômés d'État ayant une expérience en psychiatrie inférieure à un an. - Cadres de santé issus des filières des soins généraux avec affiliation psychiatrique de moins de dix ans. - Cadres issus des filières rééducation et médicotechnique. - Médecins non-psychiatres. - Les hospitalisations à temps complet en service d'urgence.

4.2.2 Choix et construction des outils d'enquêtes

Préalable

Un des enseignements de l'étape exploratoire a consisté à concevoir un deuxième outil d'enquête basé sur l'observation. Ce choix a été motivé par plusieurs raisons dont la principale est la nécessité de se rapprocher du réel de l'activité. En effet, les savoirs d'actions que nous souhaitions qualifier appartiennent au registre des savoirs incorporés. A ce titre, ils entretiennent une familiarité avec les acteurs qui en sont porteurs et cette proximité, ce *faire corps avec*, tend à leur banalisation. Ils ne sont que faiblement perçus comme étant des ressources de compétence. Pour Guy Le Bortef, *« Les compétences sont toujours contextualisées. Les savoirs et savoir-faire n'acquièrent le statut de compétence que lorsqu'ils sont communiqués et échangés. »* (*De la compétence, Essai sur un attracteur étrange*, Les Éditions d'Organisation, 1994, p. 41). Ce travail de perception et de reconnaissance de la compétence des savoirs d'actions nécessite un processus en plusieurs étapes.

Nous en repérons quatre :

- un premier, le savoir incorporé, c'est-à-dire les « façons de faire »,
- un second avec la conscience de son action, il s'agit de reconnaître que celle-ci existe,
- un troisième avec la capacité à le mettre en mots, l'énoncer,
- un quatrième qui permet de comprendre comment la troisième étape a été atteinte.

Concernant ces étapes, Guy Le Bortef parle *de méta connaissance* pour la troisième étape, *travail de réfléchissement* et *méta cognition* pour la quatrième. Nous le citons *« La métacognition lui donnera la possibilité de décrire comment il s'y prend pour décrire ces savoir-faire. »* (*Ibid.*, p.116)

Ce repérage a pour objet d'expliquer en quoi le choix d'un outil d'observation s'est **doublement** imposé à nous. D'une part, il s'est agi d'enquêter sur des pratiques informelles, muettes, flottantes, peu visibles ou en manque de légitimité. D'autre part, il était important d'aller à la rencontre du terrain pour appréhender des réalités de travail - *le réel de l'activité* pour C. Dejours- qui, on vient de le voir, restent insuffisamment perçues et énoncées.

Le choix et la pertinence de l'observation directe, particulièrement en milieu hospitalier, sont soulignés par Anne Marie Arborio et Pierre Fournier, *« On comprend tout l'intérêt d'une observation directe de l'hôpital par comparaison avec les études mettant en œuvre d'autres méthodes ; […] elle analyse le contenu réel du travail en marge des règles qui le prescrivent, là où on est tenté de s'en tenir à ses règles, plus faciles à repérer ; elle dépasse le discours des acteurs qui n'en ont pas forcément conscience de ces écarts et, surtout, qui ne sont pas prêts à reconnaître dans un entretien avec un enquêteur.»* (*L'observation directe», l'enquête et ses méthodes*, Collection Sociologie 128, Édition Armand Colin, 2005, 2ème édition, p. 17).

Les enquêtes nous ont confirmé ces écarts importants dans la capacité de mise en mots des professionnels quant à leurs pratiques. Aux deux extrémités de cet écart, nous avons rencontré quelques professionnels en difficulté pour nommer leur pratique, ce qui ne constitue pas une évaluation de leur qualité de présence et de travail. À l'autre extrémité, nous avons rencontré des professionnels qui ont fortement pensé leurs pratiques professionnelles. Ces éléments seront développés lors de la présentation et de la discussion des résultats de ce rapport (voir Chapitre 7).

L'outil d'observation avec ses développements est venu doubler l'outil d'entretien permettant des recoupements et des croisements. Il permet d'appréhender sur le terrain ce qui ne filtre pas dans les mots et n'apparaît pas dans les discours. Enfin, l'outil **observation avec dialogue en interaction avec l'action (DIA)** est venu répondre à l'exigence de **triangulation méthodologique par triangulation des outils de recueil de données.**

L'objectif de la triangulation dans le choix de recourir à plusieurs techniques de recueil de données, consiste alors à minimiser les faiblesses et les biais inhérents à chacune d'elle. Dans notre recherche, l'entretien permet d'énoncer les domaines d'activité, l'observation vient repérer ce qui existe et ce qui échappe à la mise en mots en entretien, le dialogue vient faire parler l'action dans l'observation et la sortir de sa mutité. Nous avons donc une méthode de productions de données verbales, une méthode de productions de données sur l'action et la troisième méthode, au statut intermédiaire, sur la possibilité de verbaliser l'action.

4.2.2.1 Premier outil d'enquête : L'observation en situation

Définition

Ce mode d'observation, encore appelé observation directe, se veut un outil de recueil de données qualitatives où le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes, en séjournant sur les lieux mêmes où ils se produisent.

En France, les travaux notamment sociologiques appuyés sur des enquêtes de terrain se sont multipliés *« Ce mouvement récent témoigne d'une intention de prendre au sérieux les pratiques des acteurs plutôt que d'imaginer leurs actions toujours conformes à des principes censés les gouverner ou à des théories générales prétendant en rendre compte sans jamais le vérifier»* (Guy Le Bortef, op.cit., p. 114).

Nous reprenons la proposition de définition de l'observation en situation de Stéphane Martineau quand il précise qu'il s'agit *« D'un outil de cueillette des données où le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux où ils se déroulent. »* (Recherches Qualitatives, Hors série, numéro 2, p. 6.)

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.

Pourquoi avons- nous retenu ce mode d'observation ?

L'observation en situation, ici des infirmiers exerçant dans les unités de soins psychiatriques, devrait nous permettre de repérer dans le temps et dans l'espace les moments de soins informels et la place qu'occupent les soignants en dehors des soins programmés. Au-delà de l'observation, il s'agit aussi de rechercher avec les soignants, le sens donné à ces temps non reconnus comme soins proprement dits, et à confronter nos interprétations avec celles des acteurs des soins.

Le choix du rôle de l'observateur

Plusieurs rôles peuvent être endossés sur le terrain. Une typologie devenue classique : celle établie par GOLD (1958), sa classification repose sur le critère d'engagement dans l'action du chercheur avec les sujets observés. Ainsi, il est identifié quatre rôles que peut tenir le chercheur dans le cadre de l'observation en situation :

1) Le participant complet

Ici le chercheur est incognito, il se doit de participer aux actions du groupe afin de ne pas être repéré. Cette position n'a pas été retenue, elle s'adresse à des modes d'observations où l'anonymat est possible, nécessite une forme d'infiltration qui ne nous paraît ni souhaitable, ni utile et éthiquement discutable.

2) Le participant observateur

Dans ce cas de figure, le chercheur peut alors être un pair, participer à l'action, mais son statut d'observateur est connu des autres. Cette position n'est pas retenue non plus, car elle apparaît trop impliquée dans l'action, action que par ailleurs nous « maîtrisons» et qui nous empêcherait de prendre suffisamment de recul pour nous laisser surprendre. Maintenir une position de praticien chercheur nécessite, dans le travail d'observation, de résister à l'appel de l'action pour les professionnels infirmiers que nous sommes aussi.

3) L'observateur participant

Le chercheur est intégré dans le groupe, mais cette intégration est limitée. Il pourra à l'occasion remplir certaines tâches, mais il n'est pas un collègue ou membre à part entière d'une équipe.

4) L'observateur complet

Le chercheur ne fait qu'observer, ne prend pas part à l'action. Bien que reconnu comme observateur par les enquêtés, il réalise une intégration en retrait.

Nous nous sommes en outre référés à la typologie de Junker (1960) (http://atom.univ-paris1.fr/documents/Chapitre_3_MRQ.ppt, planche 27, consulté le 06/10/2008.) Dans cette démarche ethnographique, nous avons opté pour **une observation de type participante périphérique** où l'observateur flâne, observe les acteurs dans leurs activités quotidiennes et s'engage avec eux dans des interactions et entretiens informels (Junker, 1960). Enfin, dans ce type d'observation, les praticiens chercheurs accompagnent l'action, sans l'initier, en limitant les interférences. Notre problématique de praticiens chercheurs était de trouver un point d'équilibre entre implication et distance : sans implication, nous sommes à distance de l'univers que nous souhaitons explorer, mais sans distance nous perdons notre qualité de chercheur.

- **La position du praticien chercheur**

Celle-ci se décline en deux catégories :

1) Celle de l'observateur « incognito» où l'observateur garde le silence avec les enquêtés sur le projet d'observation.

Cette position pose tout d'abord des problèmes d'ordre déontologique En effet il apparaît très difficile et non souhaitable d'organiser nos venues sur la base du volontariat, et de ne pas informer sur l'objet de notre présence. Par ailleurs et en regard de notre objet de recherche, il nous paraissait important que les personnels des sites investigués connaissent notre origine professionnelle et notre statut. Enfin, la connaissance des objectifs de notre étude nous apparaissait comme un élément facilitant par la communauté d'intérêts qu'elle pouvait engendrer.

L'absence de ces données par dissimulation d'intention était de nature, à un niveau pratique, à entraîner des perturbations sur le sujet d'étude par l'installation d'une relation de méfiance ainsi constituée. Cette situation placerait également le praticien chercheur dans un conflit d'intérêts entre son appartenance professionnelle demeurée masquée et sa qualité de praticien chercheur moins productive.

- Celle de l'observateur « à découvert» où l'observateur et le projet d'observation, ses objectifs et ses outils sont reconnus des enquêtés.

Au regard de tous ces éléments méthodologiques, nous avons opté pour **le statut d'observateur « à découvert »**.

Ainsi, nous présenter comme infirmiers exerçants en psychiatrie, et pour les raisons inverses à celles évoquées précédemment, devait permettre l'instauration d'une relation plus confiante et les informations sur l'objet de notre recherche constituaient un facteur facilitant notre intégration.

Nous nous sommes donc présentés comme infirmiers travaillant en psychiatrie, réalisant une Recherche en Soins Infirmiers sur le travail des infirmiers en psychiatrie. Nous avons eu soin de préciser que cette recherche était née de notre propre initiative, en regard de nos constats sur le terrain, et qu'elle avait reçu la validation et le financement du Conseil Scientifique de Recherche du Centre Hospitalier du Vinatier.

Cette position nous dégage des liens de subordination vis-à-vis de nos hiérarchies respectives et formalise l'autonomie de nos lignes de travail. Enfin, nous avons souligné que notre qualité de praticien chercheur nous soumettait aux règles éthiques et déontologiques de la recherche (protection

des données et garantie de l'anonymat, entretiens dont la nature ne heurte pas les personnes investiguées...) dont le CSR est le garant. Cette position garantit notre indépendance et nous donne notre cadre de légitimité.

- **Le modèle retenu**

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

Un statut épistémologique privilégié

Celle-ci 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 viennent 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 médical, 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).* (Alex Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, p. 91.)

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»* (Ibid., p 174). 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».* (*La méthodologie qualitative, postures de recherche et travail de terrain*, directeur Pierre Paillé, Éditions Armand Colin, paris, 2006, 239 pages, p. 229.)

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,
- 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.

Le dialogue en interaction avec l'action

Ce complément apporté à l'outil d'observation nous est venu suite à des rencontres avec M. Pierre Campia, formateur en formation-cadre de santé, qui travaille la question de la recherche professionnelle dans ses dimensions épistémologiques, d'ingénieries et de choix méthodologiques. 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 acteurs».* (*Ibid.*, p. 229). 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».* (Xavier Briffault, « Méthodes, techniques et épistémologie de l'analyse qualitative», *Pour La recherche,* nº 42, septembre 2004, p. 5.) 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».* (*Loc. cit.* p. 5).

Le choix de notre outil se situe sur une position médiane de ces techniques. Cet outil a été adapté aux besoins ce 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 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.

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, devançant 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.

- **Construction des guides d'observation et des grilles d'observation**

Le guide d'observation **(Document en annexe nº 2.1 AM, n ° 2.2 Nuit et nº 2.3 Mat).**

La construction du guide d'observation a respecté la logique de planification des séquences prévues lors des enquêtes, c'est-à-dire : une séquence d'après-midi de huit heures, une séquence de première partie de nuit de cinq heures et une séquence de matin en début de weekend de huit heures.

La finalité dans la construction de ces outils était de nous permettre de nous centrer de manière un peu préétablie sur l'objet de nos observations. C'est-à-dire, les temps potentiellement les plus productifs en informel et leurs localisations

À ces fins, nous avons donc élaboré **trois guides distincts**. Pour chaque séquence, nous avons préalablement déroulé l'activité d'une journée ou d'une nuitée type, tel que notre expérience nous l'a enseigné.

Chaque guide s'est trouvé organisé en un découpage temporel de la séquence, intégrant les temps **fixes** constitués en repère et les temps **intermédiaires**. Les temps repères ont comporté les temps de prise de poste et de fin de poste, la ou les relèves, la ou les post relèves, le ou les repas et leurs temps intermédiaires. Nous avons donc retenu les temps fixes du quotidien liés à la continuité des soins et à l'hôtellerie, mais nous n'avons pas retenu les temps de programmations de soins, compte tenu de notre objet de recherche.

La constitution de chaque guide a comporté de cinq à neuf temps repères et pour chacun de ceux-ci nous avons indiqué les points de centration de nos observations en lien avec notre objet de recherche. Ces points ont porté sur la circulation de la parole, l'organisation de la séquence en termes de programmation de tâche et d'activité, l'évaluation de l'ambiance, les interactions, les initiatives...

Au moment de son élaboration, la fonction de ce guide consistait à fixer un premier balisage de notre future posture d'observateur. Il en dessinait les contours et devait nous servir de référence. L'observation réelle sur le terrain nous a mis à distance de ce guide dont l'utilisation s'est limitée à quelques mouvements d'allers et retours. La familiarité professionnelle entretenue avec le rythme des unités a fait le reste. Cet outil n'a pas connu de modification et s'est révélé le plus utile lors de son temps d'élaboration. En effet, c'est à ce moment de cette étape préalable que nous avons réfléchi à notre position, à notre posture et à nos choix dans ce qui allait être le travail de praticiens chercheurs en situation d'observation.

La grille d'observation **(Document en annexe nº 3).**

La constitution de la grille d'observation a répondu à un double impératif. Il s'agissait d'abord de construire un outil qui permette secondairement l'extraction des feuillets pour une mise en juxtaposition sur une surface plane lors des phases de traitements. Il s'agissait ensuite d'être en possession d'un outil souple lors des d'observations et dans son maniement au quotidien.

Afin de répondre au premier impératif pratique, nous avons construit la grille sur une double page A3 sans recto en prévision des extractions avec la possibilité de mettre autant de feuillets que besoin.

Afin de répondre au deuxième impératif, sur la forme, nous avions prévu un classeur souple, relativement discret que nous avions en permanence par-devers nous. Les doubles feuillets renseignaient sous forme de colonnes les quatre items suivants :

- **Sur la page de gauche,** en premier les notes de nature pragmatique, heure et lieu de l'observation, nombre de soignants et de patients impliqués, elles permettent de retracer la chronologie et les déplacements.
- Puis en second, les notes descriptives, elles décrivent le type d'interaction.
- En troisième, la **page de droite** renseignait quant à elle, une première interprétation des données et une éventuelle première codification de l'action en vue de sa mise en fonction. Une deuxième colonne *divers* accueillait notamment les DIA.
- Une quatrième partie enfin a constitué l'équivalent du cahier de bord (voir à ce sujet le chapitre 4.2.3) et des notes de terrain. Nous l'avons intitulé, *notes du chercheur*. Cette dernière partie, à l'image du cahier de bord, permet pour Stéphane Martineau *« de consigner ses impressions, états d'âmes, sentiments, etc. Ce journal de bord a pour principale finalité d'objectiver la subjectivité afin d'éviter que celle-ci nuise à la nécessaire position en retrait de l'observation […], il sert en quelque sorte d'exutoire dans la gestion des affects.»* (Op.cit., p.10.). Cette dernière colonne nous est apparue familière dans son utilisation. En effet, repérer ses mécanismes associatifs, connaître ses mouvements émotionnels, penser à se situer dans sa fonction (ici d'observateur), utiliser sa réflexivité sur l'action sont des mécanismes de même nature que ceux qui nous mobilisent au quotidien, dans nos activités de soins psychiques d'infirmiers en psychiatrie.

En d'autres termes, nous avons constaté qu'il existe une forte analogie au niveau des opérations mentales entre notre activité de soignants et cette posture de praticiens chercheurs. Cette proximité se retrouve dans la manière commune de prendre en compte la dimension intrinsèque de la subjectivité et de ses processus psychiques comme autant d'éléments en lien direct avec la scène observée. Il existe une proximité dans les postures (intégration de la subjectivité) et dans le maniement des outils (entretiens notamment et observations). **Ces constats peuvent secondairement être un argument** en faveur de l'évolution de certains soignants en psychiatrie en direction des méthodologies qualitatives de recherche en sciences humaines, appliquées ici au domaine des soins infirmiers. (Ces éléments sont développés a la partie 9.3.4 consacré aux perspectives).

Test et évolution de l'outil

La mise au point de la grille et du guide d'observation a donné lieu à une phase de test. Celle-ci s'est déroulée de manière croisée et simultanée sur nos deux établissements, le CH de St Cyr au Monts d'Or et le CH du Vinatier, à l'automne 2008, quelques semaines en amont de la première phase d'enquête de terrain. Celle-ci avait nécessité des contacts et des autorisations préalables auprès des directions des soins. Puis, des contacts ont été établis avec les unités volontaires, concernées par notre venue, et volontaires pour nous recevoir quelques heures.

La phase test a eu lieu un après-midi sur cinq heures sur deux unités d'hospitalisation temps plein.

Ce test a validé l'utilisation de nos outils qui n'ont pas connu de modifications ultérieures. Cette phase nous a surtout permis de percevoir, en situation, ce qu'allait être notre futur positionnement, interne et géographique lors des enquêtes. Elle nous a permis de cerner nos modes de présentation aux professionnels et aux patients, les faisabilités pratiques sur le quoi observer, notre position physique dans l'espace, c'est-à-dire où se situer aux côtés du soignant engagé dans l'action, le suivre au plus près de son action.

- **Posture et limites des praticiens chercheurs en situation d'observation** ou l'objectivation du sujet praticien chercheur objectivant.

La posture de l'infirmier praticien chercheur en situation d'enquête

Nous avons vu, avec le choix du modèle retenu, les limites que nous donnions à notre périmètre d'observation en situation d'enquête ainsi que le seuil où nous préférions nous abstenir à continuer l'observation. Nous avons également dû penser le mode de présentation de soi qui allait être le nôtre en situation d'observateurs à découvert, ce mode de présentation se différenciant de celui adopté lors des prises de contact préalables d'entrées sur le terrain lors des prises de contact avec les unités.

Il s'agissait de déterminer notre mode de présentation à destination du groupe patient et des tiers éventuels à l'équipe accueillante tels que d'autres membres du personnel. Nous savions qu'en évoluant à proximité du groupe infirmier dans les temps du *vivre ensemble,* nous allions avoir des interactions nombreuses avec les patients, voire avec les familles, et notre souci était là aussi de limiter les facteurs de perturbation sur la scène de l'observation.

À cette fin, nous avons choisi un mode de présentation qui comportait les caractéristiques suivantes :

- Nous n'avons pas revêtu de vêtements professionnels ni porté aucun signe distinctif pour signifier que nous n'étions pas dans une fonction soignante.
- Nous avons choisi de nous présenter individuellement à chaque patient et de lui expliquer les grandes lignes quant à l'objet de notre présence. Ce mode de présentation correspond à nos pratiques infirmières en psychiatrie à un double titre : par l'ouverture du contact interpersonnel qu'il appelle et par la prise en compte que l'anonymat n'a pas sa place dans une unité de soins psychiatriques. Nous entrons dans *un monde* où des interactions et des connaissances mutuelles préalables sont en place. Intégrer une unité veut dire, tenir compte de cette réalité quant à ce niveau de socialité primaire, et se présenter. Aucun badge, tenue ou signalétique particulière **ne remplace** ce temps, au mieux, ils viennent le compléter, au pire ils l'évacuent. Ces marquages statutaires, règlementaires et fonctionnels sont valables dans des institutions où l'anonymat est la règle, or les

unités de soins en psychiatrie sont des espaces de reconstruction du lien social et de construction d'un lien thérapeutique qui s'étayent sur les relations interindividuelles. Ce sont ces dernières qui le plus surement permettent l'appropriation de la démarche, ici, de praticiens chercheurs en situation d'enquête, comme nous l'avons vu avec les professionnels au point 5.2

- Enfin, pour les patients avec lesquels ce contact interpersonnel n'avait pas eu lieu, nous nous sommes présentés sur les temps collectifs en appui sur la communication simultanée des infirmiers présents en direction du groupe.

- Le contenu de notre message, que nous avons voulu le plus simple et fidèle possible, a porté sur deux points : la temporalité avec le calendrier de l'investigation et sur son objet.

Nous nous sommes présenté ainsi : « *Nous sommes infirmiers dans un hôpital de la région et nous sommes là pour une semaine afin d'étudier comment nos collègues de ce site travaillent*». Cette présentation a été l'occasion par l'intérêt indirect porté sur les patients à travers *leurs* infirmiers, de beaucoup de **retours positifs s'agissant de *leurs* infirmiers**, et cela, sur tous les sites.

Concernant les séquences d'observations, nous avons adopté une posture marquée par une retenue et une distanciation. Bien que présent sur l'interaction, nous avons veillé à ne pas interférer dans les actions des professionnels avec le ou les patients. Nous avons observé, pris des notes en situation ou dans l'immédiate post action, en fonction du lieu de son déroulement.

Nos notes n'attirent pas la curiosité et personne ne cherche à les consulter. La curiosité s'exprimera oralement, elle portera essentiellement sur les éléments que nous pouvions objectiver et qualifier par une question : *« Que voyons-nous ?»*. Cette posture contribue à établir un climat de confiance, nous déambulons dans l'unité, les lieux communs et les lieux professionnels à notre guise, ceci tranquillement et sans précipitation aucune. Par ailleurs, un pass (une clé de l'unité) nous avait été remise préalablement, nous garantissant l'accès à l'unité à tout moment, et permettant une totale liberté de mobilité à l'intérieur de celle-ci.

Les limites de la place d'infirmier praticien chercheur en situation

Notre travail d'observateurs en situation a connu deux limites significatives :

- La **première** concernait le choix de la scène d'observation.

En effet, lors des temps intermédiaires précédemment évoqués, plusieurs scènes potentielles d'observations pouvaient s'offrir à nous. Ce choix a été directement en lien avec le nombre d'infirmiers présent. Les critères que nous avons établis à partir de ce constat en situation ont porté sur l'activité pressentie comme la plus productive potentiellement en informel. Par exemple, aller avec l'infirmier au séjour avec les patients plutôt que de suivre la réponse à une demande particulière, aller avec l'infirmier dans le parc attenant plutôt que d'assister à un travail d'écriture dans le bureau infirmier. En effectuant un choix, nous privilégions une action sur autre concomitante, sans pouvoir présager à l'avance de leurs déroulements respectifs, mais avec comme élément d'arbitrage décisionnel l'appréciation et la hiérarchisation de l'étendue potentielle de l'informel.

- La **seconde** concernait le niveau de socialisation que l'on avait pu établir préalablement.

Nous entendons par niveau de socialisation nos capacités relationnelles personnelles à se mettre en lien avec les acteurs de terrain.

Nous remarquons à cet endroit qu'une socialisation facile est source de proximité, laquelle peut être un avantage dans la liberté d'action de la personne observée, mais aussi un désavantage pour le praticien chercheur dans la difficulté à gérer le conflit de positionnement entre les places de professionnel du soin et d'observateur praticien chercheur. L'équilibre à trouver se situe donc entre implication et distance. Sans implication, il existe un éloignement avec les ressources facilitantes du terrain que nous souhaitons investiguer, mais sans distance, c'est la qualité de praticien chercheur qui s'expose à être perdue.

La charge des opérations mentales de décentrage du regard soignant est alors plus lourde, la familiarité avec les pratiques, les communautés de vécus avec les soignants rendant plus vif cet effort cognitif de distanciation avec le terrain connu des soignants. En regard de notre expérience, cette réserve n'inverse pas le rapport risques/bénéfices que nous avons relevé avec notre acculturation à la

discipline. Cette acculturation apporte des avantages et au final, plus d'avantages que d'inconvénients à notre sens. Un niveau de socialisation trop soutenu relève de manière résiduelle des risques.

Ce constat que nous portons sur nos personnes en situation de praticiens chercheurs est un des éléments de réponse qui explique les écarts quant au nombre de relevés d'observation entre des deux praticiens chercheurs. L'écart moyen correspond à un différentiel de 26 % sur l'ensemble de cette enquête multicentrique.

4.2.2.2 Deuxièmes outils : Les entretiens

Définition

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.* » (Alain Blanchet, Anne Gotman, *L'entretien, l'enquête et ses méthodes*, 2ème édition refondue, Édition Armand Colin, 2007, p. 7.) 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.»* (*Ibid.,* p. 15.) 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 parlerons 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.

Le choix du type d'entretien

Il existe plusieurs types d'entretiens qui sont classés en fonction du niveau de fermeture et d'ouverture des questions. Selon ce niveau, il existera des variations de la modulation autour de cette directivité. Ainsi, nous retrouvons :

<u>L'entretien directif</u>

Il se caractérise par une succession de questions fermées où les réponses sont ordonnées sur un mode binaire. La marge d'initiative pour la parole et l'expression reste très limitée.

<u>L'entretien semi-directif</u>

Il est une technique qualitative fréquemment utilisée. Il permet de centrer le discours des personnes interrogées sur différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien.

<u>L'entretien non directif</u>

Cette notion est issue du vocabulaire de la psychosociologie. La formulation initiale de la non-directivité revient à Carl Rogers. La parole évolue librement, sa circulation part de la question initiale

ou du thème donné et suit son court en relative indépendance quant aux inductions de l'enquêteur. Il permet alors de capturer les cheminements, les orientations spontanées.

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.

Le modèle retenu

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'entretien directif à questions fermées ne répondait pas à nos objectifs. En effet il génère une perte du matériel associatif et il aurait nécessité au préalable une codification des réponses attendues et un repérage de type normatif à nos questions. Soit, l'inverse du résultat attendu pour notre domaine de recherche.

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.

- **Construction d'un guide d'entretien (Document en annexe nº 4.1 et nº 4.2).**

Il existe deux façons de procéder ;

On peut mener tout d'abord des entretiens non directifs jusqu'à ce qu'on puisse déceler des thèmes récurrents. On se base sur ces thèmes recueillis auprès de la population d'étude pour élaborer le guide d'entretien. -

On peut aussi établir le guide en fonction des **objectifs de l'enquête**, des hypothèses de l'enquêteur ou des résultats dans la littérature.

Nous avons retenu ce dernier mode d'entretien en lien avec les objectifs de l'enquête, car il permet d'en organiser le déroulement à partir d'une trame. Les questions que nous avons retenues sont des questions ouvertes. Elles permettent de capturer une analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux évènements auxquels ils sont confrontés, et de faire en sorte que les interviewés décrivent leurs actions ou celles des personnes qu'ils côtoient.

La construction de ce guide s'est réalisée après avoir tiré les enseignements de l'étape exploratoire et du guide construit alors à cet effet. Il garde une logique de déroulement qui fait glisser les questions de l'une à l'autre dans un mécanisme pouvant évoquer un emboîtement. La structuration de ce guide répondait à la nécessité d'explorer les différents champs que peut recouvrir la notion *d'informel* en lien avec les premiers constats de la période exploratoire. Cette notion d'informel avait trouvé sa validité et nous l'avions exprimé en termes de fonctions. Ce sont ces dernières que nous cherchons à qualifier et le guide répond à la nécessité de recueillir des matériaux en adéquation avec cette problématique. Enfin, ce guide nous permet au moment de la phase de traitement des données d'opérer des repérages et des comparaisons par attribution en regard des questions.

Nous avons donc choisi et organisé une trame d'entretiens en **quatre parties** et quatorze questions :

Le premier pavé de quatre questions

Il concerne le propos introductif à notre objet de recherche et concerne une approche définitionnelle de l'informel. Une première question posait un angle d'abord entre le faire et le non faire et ouvrait à trois questions de développements sur l'informel : le quoi, le comment et le pourquoi ou encore c'est quoi pour vous l'informel, comment il est utilisé et qu'apporte-t-il aux patients et aux infirmiers.

Le deuxième pavé de quatre questions

Il avait pour objectif d'approcher des fonctions de l'informel en lien avec le patient et/ou le professionnel. Elles portaient sur quatre paramètres d'investigation, les mécanismes de repérage de l'ambiance de l'unité par le professionnel, une définition de l'imprévu, de la disponibilité et de la disposition d'accueil.

Le troisième pavé de trois questions

Il avait pour objectif d'approcher des fonctions en lien avec l'équipe. Elles s'énonçaient dans une approche qualitative autour du questionnement suivant : qu'est-ce qu'une bonne relève, où et quand avez-vous une liberté de paroles entre professionnels et à quoi vous sert-elle ou encore de quelles informations avez-vous besoin pour travailler, pensez-vous avoir votre liberté de parole et quelles en sont alors ses fonctions.

Enfin, le quatrième et dernier pavé de trois questions

Il concernait plus le professionnel dans son rapport à son travail. Il était invité à répondre à trois repérages dans son action au quotidien. Le premier évoquait ce qui l'aide à trouver du sens à son travail, dans son objet, son déroulement et sa finalité. Le second convoquait les circonstances dans lesquelles elle ou il se sentait créatif et le dernier sollicitait leurs appréciations quant aux conditions à réunir pour exprimer le sentiment d'avoir passé une bonne journée de et au travail.

La finalité de la construction du guide d'entretien développe l'objectif d'identifier et de qualifier les différentes fonctions de l'informel en lien avec les enseignements dégagés lors des entretiens exploratoires. À cette fin, nous avons établi **trois guides** d'entretiens en direction de nos trois populations enquêtées.

Pour notre population cible, les questions s'adressaient indifféremment aux ISP et aux IDE de jour ou de nuit et les interrogeaient sur leurs pratiques.

Les guides en direction des publics-cadres et médecins reprenaient les mêmes questions, mais concernaient le regard qu'ils avaient **sur** la pratique des infirmiers de leur unité ou de leur service. Les populations témoins étaient invitées à se centrer sur le professionnel infirmier, soit des questions qui se formulaient ainsi : d'après vous, que, comment font les infirmiers de votre unité ? Suivi de l'attribut de la question.

Lors du déroulement de nos investigations, il s'est dégagé un élément qui avait échappé à une intention ou à une conception préalable. Il s'est révélé dans la différence de nature du questionnement entre deux parties du guide d'entretien. Une première partie comportant les pavés un et deux, soit les huit premières questions, était plus de nature descriptive et répondait plus à la question du *quoi*.

Une deuxième partie comportant les pavés trois et quatre, soit six questions, répondait plus à la question du *comment.* Soit une organisation du guide en une partie d'identification des fonctions et une partie s'intéressant de manière plus centrée sur leurs conditions d'apparition.
Ce constat s'est ultérieurement vérifié dans le traitement des entretiens, lors de leur mise en fonction par un moins fort taux de correspondance sur les questions de deuxième partie en lien avec le *comment*.

Enfin, ce constat nous a fait envisager une évolution, celle de conduire une exploitation de données complémentaire de cette deuxième partie. Ainsi les parties 7.2.3 relative aux éléments de satisfaction au travail et 7.3.1 relative aux propriétés de la relève sont elles issues directement d'une

analyse thématique des réponses apportées respectivement aux questions 4.3 et 3.1 de notre guide d'entretien.

Celle-ci s'est traduite sous deux formes, par un relevé spécifique des idées centrales de chaque réponse, et sur un deuxième niveau de traitement par analyse thématique des réponses pour les questions concernant la relève et la satisfaction au travail. Ces modes de traitement complémentaires ne remplacent pas la phase de traitement des données par repérage et comparaison par attribution en regard des questions, ils s'y ajoutent.

Modalités du déroulement de l'entretien

Nous allons aborder le déroulement de l'entretien successivement sur ces aspects pratiques.et dynamiques.

Le côté pratique de l'entretien.

Nous avions prévu quelques éléments de cadrage en lien avec **le lieu**, la **temporalité**, la **sélection** des personnes et le **mode de saisie** de la parole des interviewés.

Le **lieu** de l'entretien a été choisi par les soignants en fonction de leurs espaces professionnels préférentiels. Ils avaient en commun plusieurs propriétés : -

- ils se sont tous déroulés, sauf un entretien téléphonique, (voir tableau p. 102) sur le lieu de travail,
- ils se sont tous déroulés dans des lieux protégés ou relativement protégés des interférences de la vie des unités et de leurs productions de sollicitations et d'artéfacts. Cette constante a été rendue possible par l'attention des équipes à préserver ces temps et à les intégrer dans les organisations. Il s'agit également de l'expression d'un habitus professionnel quant au statut de la parole et de la confidentialité des échanges.
- Ils se sont tous déroulés dans des lieux qui respectaient suffisamment la protection de la parole et la confidentialité des propos recueillis.

La **temporalité** de l'entretien regroupait plusieurs caractéristiques.

- la programmation de l'entretien : ils se sont déroulés majoritairement après programmation ayant nécessité une prise de rendez-vous,
- le cadre de l'entretien : ils ont tous été réalisés sur le temps de travail des professionnels et nous nous sommes adaptés aux plages de disponibilité proposées,
- de notre côté, ils ont été réalisés en dehors des séquences d'observations, excepté le temps des entretiens de nuit qui ont eu lieu sur la séquence,
- l'entretien lui-même, nous l'avons présenté sur un temps estimé à 45 minutes. Le temps a varié de moins de 30 minutes pour la fourchette basse à 1 heure et 5 minutes pour la fourchette haute.

La sélection des personnes interviewées

Celles-ci se sont effectuées en intégrant les contraintes de la recherche (respect des critères d'inclusion) et de temps (solliciter les professionnels pour des rendez-vous sur nos temps de présence hors séquences d'observations).

Concernant les populations témoins, les cadres comme population unique ont été automatiquement mobilisés avec prise de rendez-vous précoce et tous ont été spontanément volontaires. Il en a été de même avec les médecins comme population moins nombreuse.

Concernant la population infirmière, les temps de présence par roulement ont donné une limite additionnelle quant au volant des personnes susceptibles d'être interviewées.

L'ensemble des infirmiers avait l'information que nous allions mener des entretiens, deux mouvements simultanés se sont opérés :

- Le premier de notre part : nous avons sollicité plus particulièrement tel ou tel professionnel en regard de sa place dans le groupe, de son expérience, de sa parole publique,

- Le deuxième a été à l'initiative des infirmiers des sites. Certains ont souhaité parfois vivement se faire interviewer pour deux types de raisons. Il existait alors, un plaisir à mettre en mots leurs pratiques et à témoigner du réel de leur exercice professionnel, mais aussi, nous avons constaté une envie de s'arrêter et d'utiliser notre thématique de recherche comme une invitation à la réflexion, comme un temps d'interrogation sur leurs *habitus* de travail.

Dans tous les cas, notre priorité était d'obtenir des rendez-vous qui tiennent compte de l'ensemble de ces contraintes et du respect du volontariat.

Le **mode de saisie** de l'entretien.

Les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement et pour l'un d'entre nous d'une prise de notes concomitante. Le recours à l'enregistrement a été retenu comme le seul moyen de garder **l'intégralité** du discours, du côté de l'interviewé, comme de celui de l'enquêteur, où apparaissent au même titre les mots de relance, voir des apartés. Le choix du matériel s'est porté pour un dictaphone numérique peu encombrant, de bonne définition, mais à la maîtrise perfectible pour l'un d'entre nous.

La présence d'un appareil d'enregistrement a été acceptée sans réticence par la majorité des participants et nous n'avons connu qu'**un avis négatif** où la saisie a eu lieu avec prise de notes. Nous pensons que le passage d'une parole privée à une parole publique a été facilité pour les raisons évoquées précédemment, renforcées par une communauté de préoccupations sur le métier que nous partagions avec ces professionnels. A ce propos, nous relevons que nous n'avons eu aucune demande d'interruption d'enregistrement même dans des moments où le niveau de dévoilement s'est accru. Nous l'avons compris comme le témoignage d'une fiabilité de la parole, du cadre de sa réception en appui sur une communauté d'appartenance. Les seules interruptions ont été de notre fait lors de la présence d'artéfacts résiduels (appels téléphoniques notamment pour la population des cadres).

L'enregistrement s'est effectué suivant les règles déontologiques de la recherche, autorisation des interviewés, anonymisation des données avec codage, protection des données, information sur les finalités de l'enregistrement et absence de tout commentaire d'appréciation ou de comparaison **sur et entre** les différentes personnes interviewées.

Le côté dynamique de l'entretien.

Nous abordions l'entretien en fournissant à la personne des éléments de cadrage quant au déroulement de l'entretien. Ceux-ci portaient sur la durée estimée de l'interview, le nombre de questions et la thématique, la nature ouverte des questions qui excluaient une appréciation normative des réponses, laquelle freinerait le déploiement des subjectivités. Notre propos était de confirmer qu'il n'y avait pas de « mauvaises réponses».

Nous avions prévu en seconde intention des mots de relance, ou des mots clés associés aux différentes questions. Leur recours et leur utilisation ont été très variables suivant les entretiens. Nos questions évoquées précédemment limitaient d'emblée des réponses basées sur des récits descriptifs d'activités. Leurs objectifs étaient d'inviter les interviewés à visiter le réel de leur activité sur des zones souvent muettes dont nous savions la moindre fréquence de mise en mots. Cette opération a donc été très différente suivant les interviewés, d'un effort de mise en parole à une identification et une familiarité avec l'objet d'enquête. Cette précision sera développée dans le traitement des données, mais nous l'avançons pour signifier les écarts dans le recours à leurs mobilisations, de la quasi-absence de relance à des reprises et relances nombreuses et soutenues.

Le recours aux relances s'est exercé sur un mode évolutif et progressif en fonction de la facilité d'accès à la parole chez l'interviewé. Nous avons repéré **trois** niveaux d'interventions dans l'échange :

- Un **premier** niveau a consisté à employer des mots clés associés, à préciser ou reformuler l'énoncé de la question. Il vise essentiellement à s'assurer que le sens de la question a bien été perçu. Les reformulations les plus utilisées ont été **les reformulations par clarification**, et l'usage de la reformulation « figure-fond» qui procède par une inversion de ces rapports (Alex Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, p. 129.). Cette dernière a un fort impact en termes d'image mentale, par exemple *« Que faites-vous quand vous ne faites rien ? »*

- Un **deuxième** niveau est venu en complément du premier pour soutenir l'invitation à la mise en mots. Il a consisté alors à encourager l'expression en sollicitant des précisions et des développements sur le propos en cours. Il s'agissait pour nous d'amener chaque professionnel à s'avancer, voire à se dépasser, dans son énoncé au plus près de notre problématique, en appui sur le guide d'entretien. Alain Blanchet et Anne Gotman auteur d'un ouvrage sur l'entretien de recherche *« distinguent théoriquement six types de relance, chacune ayant des effets spécifiques sur les discours produits»*. (*L'entretien, l'enquête et ses méthodes*, 2ème édition refondue, Édition Armand Colin, 2007, p. 79). Les auteurs repèrent ensuite deux registres dans l'utilisation des relances. Le registre référentiel, c'est-à-dire le registre défini par l'objet dont on parle, pour nous *l'informel*, et le registre modal défini par la position de l'interviewé par rapport à l'objet (ce que l'interviewé en pense).

Nos interventions ont été du registre référentiel, elles ont utilisé préférentiellement deux types de relance. La relance par **complémentation,** nous ajoutions un élément d'identification à l'énoncé de l'interviewé et la relance par **interrogation référentielle**, nous demandions une identification circonstanciée.

- Un **troisième** niveau a consisté à s'appuyer sur un repérage d'action du soignant concerné lors de nos séquences d'observations ou lors des temps partagés avec les soignants. Il s'agissait pour nous de mettre cette vignette, cet « arrêt sur image» pour faire l'analogie avec le DIA, en lien avec l'énoncé de l'interviewé. Ainsi, nous pouvions procéder à une illustration in situ, et recueillir la narration lors de la revisite de l'action. Ce niveau s'est exercé de façon non graduelle, mais en fonction des opportunités que nous offrait le récit, il était utilisé de manière transversale à l'entretien.

Le traitement des entretiens nous confirmera une différence de pratique dans l'utilisation des relances entre les deux praticiens chercheurs. Nous l'avions initialement perçu lors de nos échanges journaliers en retour d'enquêtes. Cette différence a consisté entre un type de relance plus centré pour l'un sur la question en cours, et plus centré pour l'autre sur le récit en cours. Pour autant, ces sensibilités de travail laissaient toutes deux à l'interviewé l'essentiel de la construction discursive. De même, nous avons accueilli volontiers, voire avec gourmandise, les anecdotes comme autant d'instants de vie, de reflets d'une pratique professionnelle qui prenait sens pour la personne interviewée.

Test et évolution de l'outil

La phase test.

La mise au point du guide d'entretien a donné lieu à une phase de test de l'outil. Celle-ci s'est déroulée en mars et avril 2008, et a concerné les populations infirmières (ISP et IDE) et cadres. À ce stade, nous n'avons pas pu mobiliser un temps médical pour un entretien nécessitant 45 minutes de disponibilité.

Les entretiens de la phase test se sont déroulés sur nos hôpitaux respectifs et leur nombre s'est élevé à six (quatre sur le CH Vinatier et deux sur le CH St Cyr au Mont d'Or). La répartition des entretiens de la phase test a concerné deux infirmiers ISP, deux infirmiers IDE et deux cadres. Chaque praticien chercheur a mené trois entretiens. Enfin, la moitié de ce panel, trois interviewés de formation ISP et cadre ont été choisis pour la réputation de leur expertise professionnelle, ils avaient en commun notamment de solides activités d'auteurs, de formateurs et un engagement associatif professionnel.

Ce choix a correspondu pour nous à la nécessité d'éprouver notre guide de manière optimale, de recueillir avec les premières données la pertinence et la force de l'interpellation, et enfin de bénéficier éventuellement d'un retour de critiques circonstancié. Les éléments de cadrage, anonymat, volontariat, proposition d'enregistrement étaient de même nature que pour la phase d'investigation. Les entretiens se sont déroulés sur le temps de travail des interviewés et sur le lieu de leur choix, en général sur leurs lieux de travail respectif sauf pour un entretien.

Ce test a montré la validité de l'outil tant sur la forme que sur le fond. L'utilisation d'un appareil enregistreur est acceptée. Les contacts préalables avec les personnes interviewées pour cette phase d'enquête ont été activés à partir de notre réseau de contacts personnels.

Lors du déroulement de l'entretien, nous constatons que les questions se succèdent et s'enchaînent logiquement, surtout pour les pavés un et deux, les interviewés anticipant les réponses aux questions suivantes. Le temps de l'entretien a varié de 41 minutes à 58 minutes.

Le test a montré la validité du guide qui allait connaître quelques évolutions. Ces tests nous ont permis de réévaluer et de développer nos questions, et d'évaluer le temps requis pour chaque entretien à environ une heure.

Évolution de l'outil.

La phase test allait entraîner quelques modifications : les questions 3.2 et 3.3 étaient reformulées pour gagner en précision quant à leurs énoncés. La dernière question du guide était modifiée. Initialement, elle reprenait l'idée de *l'instruction à sosie* développé par Yves Clot (c'est-à-dire chercher à faire énoncer par l'interviewé les éléments saillants qu'un collègue doit savoir s'il lui laissait son poste de manière inopinée). Elle a été remplacée par une question qui invite à penser les contenus de la satisfaction au travail.

Le guide d'entretien allait connaître des évolutions sensibles sur deux plans, l'évolution de quelques questions et l'adaptation ciblée des relances ou plutôt des propos introductifs.
Sur ce premier point, trois versions du guide allaient se succéder en retour des enquêtes de terrain. Chacune comportait des modifications sensibles et des précisions. Pour le pavé un, elle concernait l'évocation des différents niveaux d'investigations (Patient, professionnel, équipe) et pour le pavé deux, la question sur l'ambiance était étendue à l'ensemble de la séquence. Le pavé trois allait connaître une évolution des questions 3.2 et 3.3 qui allaient être rapportées et centrées sur l'équipe infirmière et pluriprofessionnelle. Le dernier pavé ne connaissait pas de modification.

Les relances, ou plutôt l'accompagnement des questions, allaient de leurs côtés être systématisées pour l'ensemble du guide quant aux différents niveaux d'investigation (les trois attributions) et certaines précisions sur l'imprévu (question 2.2) et la disposition d'accueil (question 2.4) également.
Ces évolutions nous ont été rendues possibles en référence à la *théorisation ancrée* que nous évoquons au chapitre suivant 4.2.3. Cette dernière admet que la théorie se développe à travers le processus même de collecte de données. *« Le raisonnement inductif qui réduit l'écart entre la démarche théorique et la démarche empirique trouve parfaitement à s'accomplir»* (Op.cit., p.15). En retour, cette construction théorique en chemin admet dans le même mouvement l'évolution de l'outil d'enquête.

- **Posture et limites des praticiens chercheurs en situation d'entretien.**

Les limites que nous avons pu repérer et éprouver en situation d'entretien sont elles-mêmes, assez limitées. Nous retenons la communauté de vécus et d'intérêts avec les personnes interviewées. Cette dernière a surtout été un élément facilitant par la proximité des expériences, elle a alors pu devenir une limite pour les praticiens chercheurs par l'effort de décentrage que nécessitait l'éloignement de ce champ familier. Cette remarque est de même nature que lors des observations avec un solde de l'appréciation bénéfices/risques positif. Enfin, cette remarque, comme nous l'évoquons précédemment, a impacté différemment les deux praticiens chercheurs, expliquant par moment la plus grande centration sur le récit immédiat de l'un de nous lors des relances.

Sur les 48 entretiens prévus, 43 entretiens ont eu lieu. Ils représentent près de 36 heures d'enregistrement et 170 heures de saisie. Cette dernière a pu être effectuée par des secrétaires. Cette « sous-traitance» nous a apporté une aide aussi précieuse que considérable doublée d'un confort de lecture par la clarté de la mise en page. Nous avons sans doute partiellement perdu, lors de ces saisies, quelques attitudes des interviewés, silence, temps d'hésitations. Sinon, l'ensemble des échanges a bien été saisi au plus près de l'expression des interviewers et interviewés. Les extraits en citation font l'objet d'un préalable méthodologique en 6.1.

La situation d'entretien duel, l'accueil de la parole de la personne enquêtée, avec les différences de statuts et la gestion de la dynamique des échanges n'ont par ailleurs pas donné lieu à interrogations complémentaires. Il est vrai que nous savions pouvoir nous appuyer sur nos expériences professionnelles respectives nourris de plusieurs milliers de situations d'entretiens de différentes natures. Nous avons opté pour ce type d'entretien, car il renseigne sur les logiques d'actions et leurs principes de fonctionnement.

Le tableau de la page suivante reprend de façon synoptique l'ensemble de cette campagne d'entretiens.

TABLEAU DE REALISATION DES 43 ENTRETIENS								
	SITES INVESTIGUES							
REALISATION	CH1		CH2		CH3		CH4	
DES ENTRETIENS	UNITES INVESTIGUEES							
	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8
ISP1	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité: par enregistrement de 1.1 à1.2 puis manuellement de 1.3-4.3	Réalisé en totalité par enregistrement NUIT	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement NUIT	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement
ISP2	Réalisé en totalité par enregistrement NUIT	Réalisé en totalité par enregistrement NUIT	Réalisé en totalité: par enregistrement de 1.1 à 4.1 puis manuellement de 4.2 à 4.3 (problème enregistrement)	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement NUIT	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enrgistrement IDE 3 - NUIT	Réalisé en totalité par enregistrement IDE 3 - NUIT
IDE1	Réalisé en totalité par enregistrement	Non réalisé Défaut de disponibilité	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité manuellement (ne voulait pas être enregistré)	Non réalisé Défaut de disponibilité	Réalisé en totalité Enregistrement perdu (Mauvaise manipulation) Notes manuscrites	Réalisé en totalité par enregistrement
IDE2	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement NUIT	Réalisé en totalité par enregistrement	Non réalisé Entretien non souhaitée du 2eme IDE	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement
C	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	cf U8	Réalisé en totalité par enregistrement
M	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	Non réalisé	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par téléphone en post enquête et enregistré	Réalisé en totalité par enregistrement	Réalisé en totalité par enregistrement	cf U7
Notes		Un entretien IDE prévu mais non réalisé par défaut de disponibilé de l'infirmier	Sur trois médecins affectés deux quittaient le service au moment de l'investigation sur le site et le troisième ne disposait plus du temps		Seuls deux titulaires du diplôme IDE présents par unité; un refus et un défaut de disponibilité		Sur ce site le cadre et le médecin était commun aux deux unités, d'où un cadre et un médecin interviewé Peu d'ISP en poste, interview d'IDE + 10 ans	

4.2.3 Le choix des méthodes de traitements des données

Préalable méthodologique

Cette partie est le troisième volet du chapitre relatif à la procédure d'investigation. Après avoir traité du choix de l'échantillonnage, du choix et de la construction des outils d'enquête, nous abordons maintenant le chapitre consacré au choix des méthodes de traitement des données.

Le choix de définir notre objet de recherche par fonction s'est fait au moment de la clôture de l'étape exploratoire dont il a été un des aboutissements. Le travail relatif au choix et à la définition des fonctions s'est construit progressivement, principalement à partir du traitement des observations. Si pour des raisons de lecture, ces parties sont présentées successivement, il est important de noter que ces deux chapitres, choix des méthodes du traitement des données et détermination des fonctions se sont effectués simultanément dans une même temporalité. L'ensemble des méthodes de traitement de données est écrit avec le souci constant de relater avec minutie et vigilance épistémologique nos choix méthodologiques. Ce souci a pour nous, une triple fonction :

- Satisfaire aux exigences d'une méthodologie de recherche en sciences humaines appliquée au domaine des soins infirmiers en psychiatrie.
- Répondre à l'exigence de réfutabilité, la précision des indications méthodologiques permet la vérification de notre démarche. Le principe de cette rigueur et de la vigilance épistémologique correspond au cahier des charges d'une démarche scientifique telle que le définit G-G Granger à propos de la connaissance. Celle-ci *« N'est scientifique que si elle est assortie d'indications sur la manière dont elle a été obtenue, suffisante pour que puissent en être reproduites les conditions»*. (*La science et les sciences*, Collection Que sais-je ? Éditions PUF, Paris, 1993, p. 47).
- Enfin, dans une idée voisine, notre souci de poser ce dont nous avons été démunis, c'est-à-dire un modèle ou une référence à une position de praticien chercheur en soins infirmiers.

Les parties qui suivent sont présentées dans un ordre chronologique relatif. Chronologique en ce sens que nous avons essayé de respecter la succession des différentes temporalités de ce travail et, relative, car certains des choix méthodologiques et des analyses se sont présentés de manière concomitante.

L'ensemble de ces étapes touche à la question de l'épistémologie des méthodes qualitatives. Nous nous référons à J.S Taylor et R. Bogman quand ils relèvent l'adaptabilité des méthodes *« La recherche qualitative est, à côté de l'utilisation de technique, la mise en œuvre d'une habileté : elle n'est pas standardisée comme une approche quantitative et les voies pour y accéder sont flexibles»*
(Cité par S.P. Pourtois et H. Desmet, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*
Sous la direction de Alex Mucchielli, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, p. 73).

Cette variabilité, la variété des facteurs en jeu entraîne une complexité qui nous oblige à définir nos *prétentions à la validation.* Nous les situons en termes **de transférabilité** (cf., ci-dessus) et de **constance interne.** Cette dernière *« consiste en l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques telles que le temps, l'expérience ou la personnalité du chercheur, les instruments utilisés, les conditions de collecte de données, etc. »*

Ces prétentions à la validation ont le souci de répondre également au critère de **cohérence interne** qui se caractérise par la capacité à tracer l'histoire de la recherche et celle *« …d'indiquer quelles décisions ont été prises tout au long de l'étude et de les justifier.»* (Op.cit., p. 20).

La **validité référentielle** (confrontation aux études de base et à des théories reconnues) est renseignée, mais restera partielle. Certains pans des résultats de caractérisations des fonctions restant peu renseignés dans un domaine du soin infirmier lui-même peu ou pas investigué et donc en jachère.

Enfin, nous pensons à **la validité de signifiance** qui consiste à soumettre les résultats de nos analyses aux acteurs de terrain pour corroboration. Cette opération concerne la phase de restitution, consécutive de la rédaction du rapport de recherche. Nous étendrons cette validité aux professionnels infirmiers en général considérés comme population concernée par l'étude, et en particulier vers ceux et celles susceptibles de nous faire des retours directs.

Nous constatons à la vue des premiers retours de lecteurs concernés que la puissance potentielle d'évocation de nos caractérisations de fonction peut prétendre à une forme de validité de signifiance.

4.2.3.1 Le journal de bord

Le journal de bord (appelé indifféremment carnet, cahier) constitue un outil longitudinal qui accompagne les praticiens chercheurs pendant toute la durée de leurs travaux. Sa fonction est de recueillir un ensemble d'informations qui s'organisent pour une part sur l'activité des chercheurs et les données de terrain et d'autre part sur l'ensemble des questionnements que son activité génère. Outre les informations pratiques et datées, le cahier de bord accueille les questionnements, les hypothèses, les doutes, les associations et tout ce qui peut être en lien avec la vie de « praticiens chercheurs».

Stéphane Beaud et Florence Weber définissent ainsi le journal de terrain *« C'est un journal de bord sur lequel sont notés, jour après jour, dans un style télégraphique, les événements de l'enquête et la progression de la recherche [...] Ce journal de bord permet d'effectuer un travail sur vous-même et un premier travail de défrichage sur le terrain».* (*Guide de l'enquête de terrain,* Édition la Découverte, Collection Grand repères, paris, 2003, 357 pages, pp. 94-96). Ces auteurs précisent que ce travail de mise en note facilite l'évacuation des prénotions et contribue ainsi à favoriser une position de rupture. *« Seul le journal de terrain transforme une expérience sociale ordinaire en expérience ethnographique : il restitue non seulement les faits marquants que votre mémoire risque d'isoler et de décontextualiser, mais surtout le déroulement chronologique et objectif des événements».* (*Ibid*., p.97).

Pour Lorraine Savoie-Zajc *« Le journal de bord aidera le chercheur à produire une recherche qui satisfait au critère de validation de cohérence interne ; il sera en mesure de reconstituer, à l'aide de ce document, le raisonnement qui l'a conduit à prendre certaines décisions d'ordre méthodologique». (Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines,* sous la direction d'Alex Mucchielli, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, p.137).

Dans notre recherche, l'utilisation d'un journal de bord a été effective pour un des deux praticiens chercheurs. Les périodes qui se sont montrées fécondes en termes d'utilisation de ce support concernent les temps d'enquête de terrain et les temps de réflexion sur l'adaptation de notre outil d'entretien. Le support de saisie des observations contenait d'ailleurs une colonne prévue à cet effet.

Hormis ces temps forts, le journal de bord n'a pas constitué un outil central dans notre démarche et sa relecture n'a pas été en mesure de nous rapporter les incessants va-et-vient entre les étapes de la recherche, les enquêtes, les questionnements et la réflexivité.

Nous avons porté un regard rétroactif sur notre cheminement et plusieurs éléments sont venus expliquer ce faible recours.

Pour différentes raisons, notre recherche s'est étirée sur plusieurs années et le journal de bord a été mobilisé essentiellement sur ces temps, parfois faibles, que nous pouvions consacrer à son avancée. Il a existé une forte discontinuité des temps consacrés à notre recherche, lesquels ont amené à cette discontinuité d'utilisation.

Nous avons toujours travaillé conjointement sur ces temps dédiés et lors des enquêtes. Ce travail commun était toujours précédé (ou suivi quotidiennement lors des retours des terrains d'enquêtes) d'un temps d'actualisation de notre démarche dans ces aspects pratiques et méthodologiques. Ces temps d'échanges donnaient souvent lieu à la production de notes d'analyse qui remplissent alors la même fonction.

Nous remarquons que l'utilisation préférentielle du journal de bord concerne les temps d'enquêtes. On imagine volontiers son rôle précieux sur des enquêtes ou des immersions de longue durée. Nos périodes d'enquêtes ont pour notre part été relativement contractées.

La relecture de ces centaines de pages fait apparaître nettement sa vocation de relevé d'activité. Ce relevé reste précieux en tant qu'il nous permet de mesurer les importances relatives des différentes phases et d'en informer secondairement nos interlocuteurs institutionnels. Ce sont les renseignements de ces éléments et leurs précisions qui permettent d'une part de quantifier l'investissement que représente une recherche qualitative et d'autre part de fournir toutes indications permettant à nos interlocuteurs institutionnels de procéder aux arbitrages décisionnels et institutionnels. Enfin, ce journal de bord reste précieux dans des fonctions de mémoire et de témoignage des multiples contacts et étapes de travail réalisés. Son ouverture vient immanquablement remémorer ces éléments au hasard des pages.

4.2.3.2 Le choix des trois niveaux d'investigation

Le choix des niveaux d'investigations, initialement nommé domaine d'attribution, est tiré des enseignements de l'étape exploratoire. Le traitement des entretiens de cette phase préliminaire de notre recherche nous avait fait identifier quatre domaines d'attribution. Nous retrouvons les fonctions en lien avec le patient, le professionnel, l'équipe ainsi qu'une quatrième catégorie tiroir qui allait se nommer dans un deuxième temps fonctions en lien avec le personnel.

Le traitement des données de ces entretiens exploratoires nous a permis d'identifier et de classer un certain nombre de termes. Certains de ceux-ci ont renseigné des activités en lien avec l'informel.

Les différences de nature quant à l'objet (équipe ou non-équipe), à son bénéficiaire (le patient, le groupe patient ou non), à son acteur (le professionnel ou le registre personnel) nous ont fait retenir une répartition par niveaux d'investigations. Cette dernière allait connaître deux évolutions déterminantes.

- **La première** évolution a concerné le destin du quatrième niveau d'investigation que nous avions nommé initialement par le terme *personnel*. Nous considérions à cette phase de notre recherche que cette part était contributive au rôle professionnel, mais que nous pouvions la distinguer. Nous considérions alors la part personnelle comme une particularité qui pouvait enrichir les registres professionnels en préservant cette distinctivité. L'évolution de nos travaux allait nous inciter à reconsidérer cette approche.

Certes, la part personnelle vient colorer et habiter les actions de professionnels, particulièrement dans le cadre du rôle propre, domaine de déploiement de l'informel par excellence, mais à partir de quels critères pouvions-nous la séparer ? Cette question se posait avec d'autant plus d'acuité que nous sommes là dans des registres qui ne sont pas des registres d'exécution. En ce sens, cette part peut prendre un volume plus conséquent.

Les premières phases d'observations et leurs débuts de traitement allaient nous renseigner. Ce niveau d'investigation ne sera pas validé dès la fin du traitement du premier site investigué. Nous constations son faible niveau de renseignement, seulement quelques unités d'observations, et la tendance lourde de soldeur le conflit d'attribution sur le versant professionnel du niveau d'investigation.

Nous avons repéré les constats qui nous conduisaient à cet arbitrage décisionnel. L'un d'eux porte sur l'absence d'étanchéité entre le « moi personnel» et le « moi professionnel». Les infirmiers sont les premiers « outils» du soin et ils exercent leur activité avec ce qu'ils sont. Ces éléments colorent et personnalisent la relation. Si nous pensions que l'aptitude était plus du côté du registre personnel et la capacité du côté du professionnel, nous avons fini par conclure que la mobilisation de ces deux qualités était au service de la compétence. Jean Furtos écrit à propos de ce registre personnel/professionnel dans l'intervention en interstice (qu'il définit de manière large et proche de notre définition de l'informel) : *« De manière générale, l'intervention en interstice se fait le plus souvent [...] à la première personne, autant par le geste que par la parole : il s'agit d'une initiative personnelle assumée en tant que telle. Il est bien évident que ce n'est pas un quidam qui interréagit, mais un professionnel, une sorte d'alliage intime entre le comportement réglé du professionnel son privé, sa manière unique d'être et d'improviser »* (De l'importance de l'interstice en institution, revue *Rhizome*, n° 36, octobre 2009, p. 14).

Le personnel nourrit le professionnel et réciproquement. Notre recherche nous confirmera une particularité du travail infirmier en psychiatrie avec l'adoption d'une posture réflexive. Celle-ci représente un élément socle de la professionnalisation. En effet, prendre du recul sur soi, travailler avec la reconnaissance de ses affects, connaître ses mouvements internes, optimiser ses aptitudes dans ses registres d'action sont des éléments de professionnalisme dans le soin infirmier en psychiatrie.

Ce niveau d'investigation n'avait plus de raison d'être.

- **La deuxième** évolution a concerné la répartition des attributions entre les niveaux d'investigation patients et professionnels. La difficulté initiale a été caractérisée par un conflit d'attribution récurrent entre ses deux niveaux. Les opérations de surdétermination quant à l'appréciation que nous avions de la situation ne permettaient pas de solder ce conflit de manière satisfaisante. Les critères de choix nous laissaient un sentiment d'insatisfaction et de perte de données.

La détermination de l'attribution du niveau d'investigation se déroulait en regard principalement d'un double critère. D'une part, l'évaluation de l'effet ou du bénéfice attendu de l'action pour le patient et d'autre part les registres d'actions des professionnels. La difficulté résiduelle de cette opération tient à son déroulement simultané. Les deux évaluations peuvent être pertinentes et maintenues ensemble sans que l'une n'exclue l'autre.

Avec l'adoption de ce constat de non-exclusion mutuelle, nous venions de prendre en compte la **nature interactionnelle** de la situation observée. Ce constat allait organiser la suite de notre traitement quant à la ventilation par niveaux d'investigation.

Nous avions alors trois bases de critèrisation des attributions de niveaux d'investigations au lieu des deux précédentes.

- Une attribution sur le niveau d'investigation patient lorsque l'action est évaluée en terme d'effet ou de bénéfice attendu caractérisé. La position du soignant est évaluée alors comme non active ou modérément active. Le patient est souvent à l'initiative de la situation.
- Une attribution sur le niveau d'investigation professionnel lorsque l'action est à l'initiative du soignant. Elle peut se situer en soin direct ou en présence ou en dehors de la présence du patient. Elle comporte une position active et une mobilisation des ressources.
- Enfin, nous avons pris en considération de la nature interactionnelle de la situation. Celle-ci nous fait alors attribuer simultanément les deux modalités d'attribution précédentes sans chercher à les hiérarchiser l'une sur l'autre. Ce sont les traits de caractérisations de l'une et de l'autre qui nous font procéder à cette double attribution. Cette cotation à doubles niveaux se révèlera être centrale et majoritaire lors des cotations sur les niveaux d'investigations patient ou professionnel.

4.2.3.3 Le principe de saturation

Le principe ou critère de saturation doit sa paternité en termes de concept aux mêmes auteurs, A.L. Strauss et B.G. Glaser (1967) que l'analyse par théorisation ancrée *« Grounded théory»* que nous abordons aux chapitres suivants.

Ces auteurs définissent initialement le principe de la saturation théorique et font référence à deux aspects de ce principe (théorique et empirique), mais sans les distinguer l'un de l'autre. Nous nous référerons à Alvaro Pirès pour ce travail de distinctivité. Si la saturation théorique s'applique à un concept *« La saturation empirique ou "de connaissance" [...] par opposition à la saturation théorique, s'appliquent plus aux données elles-mêmes, ou aux aspects du monde empirique pertinents pour l'analyse. La saturation empirique désigne alors le phénomène par lequel le chercheur juge que les [traitements de données, NDR] n'apportent plus d'informations nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique».* (*La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques,* Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique, Sous la direction de Poupart, Édition Gaëtan Morin, 1997, 405 pages, pp. 113-169).

Lorraine Savoie-Zajc le définit comme *« le critère de validation de la saturation désigne le moment lors duquel le chercheur réalise que l'ajout de données nouvelles dans sa recherche n'occasionne pas une meilleure compréhension du phénomène étudié».* (*Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines,* p.234). Pierre Paillé quant à lui formule ainsi la saturation d'une catégorie, *« ... le fait que le phénomène auquel appartient la catégorie est à ce point bien documenté que l'analyse ou les nouvelles entrevues n'y ajoutent rien qui puisse le remettre en question, comme l'ajout de sel ne modifierait plus la salinité d'une solution saturée».* (« L'analyse par théorisation ancrée», *Cahiers de recherche sociologique,* n º 23, 1994, pp. 147-181, p.166).

Le principe de saturation répond à deux fonctions principales, il permet aux praticiens chercheurs de se limiter ou de savoir quand **arrêter** la collecte de données et il permet le **principe de généralisation** de l'objet d'enquête à l'ensemble de son univers d'appartenance. En ce qui nous concerne, il nous permet, en tenant compte des limites de l'étude, de généraliser nos observations à l'ensemble du groupe étudié des infirmiers en psychiatrie exerçant en hospitalisation temps plein. Enfin, ces auteurs insistent sur la nécessité « *de maximaliser la diversification interne ou intragroupe»* (op.cit, Alvaro Pirès). Cette recommandation trouve sa traduction dans la triangulation des populations interviewées.

Dans notre démarche, le principe de saturation s'est construit progressivement. Il prend vraiment son effet après les phases de nomination, codification et mise en catégorie (voir théorisation ancrée). Nous pouvons résumer schématiquement ce travail en deux grandes parties. Même si quelques ajustements de ce principe ont été nécessaires en référence à la différence de nature des outils.

La première, en lien avec les caractérisations de fonctions, s'est construite essentiellement à partir du traitement des observations qui a été notre premier outil à être analysé. Cette phase a connu la validation de la saturation vers la fin des traitements des observations, lesquels ont nécessité plusieurs lectures en termes de traitement.

La seconde lors du traitement des entretiens s'est effectuée sur la base d'un principe de saturation validé. Les fonctions étaient alors caractérisées. Un des signes de traduction de cette saturation aura été pour nous une forme d'aisance, en-tout-cas de fluidité lors du traitement des entretiens par mise en fonctions. Le critère de saturation des données, outre sa pertinence, présente également l'avantage d'une facilité d'utilisation. Enfin et pour faire le lien avec la partie suivante, nous reprenons cette observation de Monique Formarier *« Il y a constitution d'une théorie, car les données recueillies sont vérifiées empiriquement par la saturation des données»*. (« Intérêt de la recherche qualitative dans les pratiques infirmières», *Recherche en soins infirmiers,* nº 61, juin 2000, p.39).

4.2.3.4 La théorisation ancrée

Préalable méthodologique

Le traitement initial des données s'est développé à partir de l'outil observation en lien avec un aspect pratique de l'organisation de notre recherche. Celui-ci est relatif à un décalage dans la possibilité de mobiliser simultanément nos données. La sous-traitance bienvenue de la transcription des entretiens a demandé une organisation particulière, laquelle a entraîné un différé de quelques semaines à plusieurs mois.

Nous allons parler dans les lignes qui suivent de codification, de catégorisation et de mise en relation. Ces opérations concernent notre méthode de travail et il faut lire que toutes ces opérations se rapportent aux fonctions : codifications, catégorisations et mise en relation **de fonctions**.

Si la proposition d'analyse qualitative de théorisation est rapportée initialement à A.L. Strauss et B.G. Glaser (*« Grounded théory»,* 1967), elle est plus connue sous le nom de *Théorisation ancrée* autour des travaux de Pierre Paillé (1994) à qui nous allons nous référer préférentiellement. Pour cette partie méthodologique, cet auteur occupera même la fonction de *« guide»*.

La théorisation ancrée vise *« ... à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et à la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives»*. (*Pierre* Paillé, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines,* sous la direction d'Alex Mucchielli, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, p. 214).

- **Trois éléments nous apparaissent comme des traits caractéristiques de cette dernière :**

a) La théorisation ancrée ne correspond pas à une méthode générale de recherche ou à une technique en vue de la construction d'un résultat. Elle correspond à **une méthode d'analyse des données** au service d'une activité de conceptualisation. « *Le matériau empirique»* (*Ibid*., p.215), ici les données de terrains, sont l'unique point d'ancrage de la démarche. Elle procède d'une démarche **d'analyse récursive** qui constitue un processus de questionnements. Ceux-ci se situent dans la *comparaison constante* et méthodique entre réalités observées (les données) et les émergences d'éléments d'analyse.

b) Son objectif n'est pas la production d'une théorie. La théorisation ancrée s'intéresse aux aspects plus pragmatiques des étapes ou **du processus de théorisation**. Il s'agit de proposer alors une lecture qui relie « *les acteurs, leurs interactions, les processus à l'œuvre dans une situation»* (*Ibid*., p.215) donnée, pour nous les soins infirmiers en psychiatrie en hospitalisation temps plein. Il est également important à cet endroit que *« l'explication théorique de la réalité investiguée soit fidèle à la perspective et à la compréhension des personnes ou des acteurs sociaux qui en font le témoignage».* (Sylvie Noiseux, « Schizophrénie : analyser et comprendre le rétablissement», *Santé Mentale,* n º 120, avril 2007, p. 19). La distinction entre théorie et théorisation prend toute son importance ici *« L'expression théorisation est donc préférable, car elle permet de désigner à la fois le processus et le résultat, tout en indiquant que le résultat lui-même n'est pas une fin, mais plutôt l'état dans lequel se trouve à un moment donné, une construction théorique donnée».* (Loc. cit.).

c) La théorisation ancrée permet de théoriser un phénomène empirique à partir de la description systématique des phénomènes observés. Elle repose sur une méthode en six étapes successives et progressives, non linéaire ou équivalente par leurs ampleurs, de construction théorisante (Paillé, 1994). Ces étapes sont : 1) La codification, 2) La catégorisation, 3) La mise en relation, 4) L'intégration, 5) La modélisation, 6) La théorisation.

Ce sont ces six étapes que nous allons parcourir pour illustrer notre cheminement de réflexion théorisante sachant qu'*« aucune des étapes de l'analyse par théorisation ancrée ne représente un saut important par rapport à celle qui précède».* (« L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique,* nº 23, 1994, pp. 147-181, p. 153). Pour chaque étape, nous ferons le parallèle avec les avancées de notre travail, sachant que le recours à la théorisation ancrée n'a pas fait l'objet d'une préconception de notre part en termes méthodologiques. Elle s'est imposée à nous progressivement lors de la période d'aller-retour entre les enquêtes et les périodes de traitement qui les suivaient immédiatement. Elle en dévoilait une de ses caractéristiques majeures, à savoir une exigence de relative simultanéité entre récolte des données et traitement. La théorisation ancrée s'était donc déjà ancrée dans notre mode de travail avec ses tentatives de mise en forme, d'analyse et de théorisation avant que nous le revendiquions. En ce sens, elle correspondait aux constats émis par notre auteur : « *Les entrevues ou les séances d'observation, d'abord larges, sont donc suivies immédiatement de périodes d'analyse donnant lieu à des hypothèses de travail qui font l'objet, de retour sur le terrain, à des entrevues et des observations mieux ciblées, lesquelles permettent ou non d'étayer la théorisation en construction, etc. »* (*Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines,* sous la direction de Alex Mucchielli, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, p. 215).

- **La codification**

Cette opération préalable consiste en un premier traitement des données de terrains, rassemblées au cours des enquêtes. Cette étape s'est déroulée initialement pour nous sur les semaines qui ont suivi les semaines d'enquêtes, elle a été suivie d'autres temps plus à distance des enquêtes. Le traitement de ces données à chaud s'est donc répété quatre fois sur une année pleine. Ces données sont celles qui avaient été recueillies avec l'outil d'observation.

Notre méthode a consisté à reprendre chacune de nos 24 séquences d'observations, au nombre de six par site, de manière chronologique et à les reporter sur un support annexe nommé grille d'analyse. Ce travail s'est fait par niveau d'investigation observation après observation et a permis de reporter nos premiers **éléments de thématisations, de dégagements, de condensation, de tentatives de nominations**. Le travail effectué à faible distance de l'investigation favorisait la qualité des boucles de rétroaction. Celles-ci, en compléments de nos notes de terrain, nous ont permis de recontextualiser les différentes situations. Elles se sont avérées constituer déjà un mode opératoire déterminant dans l'attribution de ce qui allait être les premières **unités de caractérisations de sens**, les premières tentatives de **dégagements de centralité**

Il nous a fallu déterminer **l'unité minimale d'observation** à partir de laquelle nous validions l'observation. Nous avons caractérisé cette unité minimale sur le critère de l'effet qu'elle produisait dans le cadre d'une interaction (effet sur le patient objectivé par la répartie, la modification d'une attitude ou la rétroaction non verbal du patient) et sur l'effet qu'allait générer chez le professionnel la déclinaison d'un ce ces registres ainsi observés.

Cette phase de codification a représenté pour nous une phase de remise en contexte, un examen attentif qui se traduisait par un dégagement de différents traits attenant à la situation observée. Ces traits eux-mêmes trouvaient une traduction par la proposition de plusieurs mots (en général 3) approchant une définition de la situation observée. Cette phase de repérage de thèmes généraux récurrents correspond à **l'analyse thématique.**

Pour Pierre Paillé, cette première analyse minutieuse se situe *« Au ras des pâquerettes»,* loin d'une *« Pétulance interprétative*» (Op.cit., p. 157) qu'il serait alors nécessaire de freiner. Pour cet auteur, l'étape de codification pose au corpus des données les questions *« Qu'est-ce qu'il y a ici ? Qu'est - ce que c'est ? De quoi est-il question ? »* (Loc. cit.).

Cette étape s'est révélée laborieuse, studieuse et fastidieuse. Les tâtonnements, une progressivité lente, des approximations successives gommant les distinctivités, des tentatives de nominations initiales trop vastes laissant échapper les traits de caractérisations, abrasant les significations, en font une des étapes les plus éprouvantes de cette recherche. Ce premier niveau d'analyse « colle » encore par sa proximité avec le matériau empirique dont il n'est pas encore suffisamment extrait pour prendre forme. Nos précieuses données de terrain nous sont apparues alors comme un amas hétéroclite déposé là en vrac. Nous avons eu le sentiment d'avoir ouvert un emballage et d'être face à un kit, à l'image d'un fabricant de meubles basé en Suède, mais sans la notice d'emploi et la petite clé Allen (pour vis à six pans creux). Nous avons mesuré alors, parfois avec des sensations de vertige, souvent avec découragement, le fossé qui restait à combler avant de toucher une conceptualisation plus générale de notre objet de recherche. Cette étape génère un sentiment d'inaccomplissement, nos efforts pour stabiliser des codifications semblaient alors fuir comme la ligne d'horizon devant le navigateur.

L'étape de codification a toutefois permis un dégagement de premiers codes qui vont agir comme un soubassement vis-à-vis d'une conceptualisation qui demande à s'affirmer. Nous retrouvons alors trois types de codification :

- Un **code** (ou fonction) **central** dont on perçoit à ce stade que sa stabilité est déjà bien renseignée. Il deviendra alors incontournable.
- Un **code secondaire**, c'est-à-dire que la fonction est, à ce stade, insuffisamment définie et donc instable.
- Un **code réserve** (Op.cit., p. 158), c'est-à-dire que l'idée est là, mais l'étayage est absent dans le matériel empirique.

- **La catégorisation**

Le passage de la codification à la catégorisation, si elle comporte un déroulement progressif de type linéaire, ne constitue pas une étape étanche avec celle qui la précède. Elle s'est là aussi construite sur un mouvement d'aller-retour entre le matériel empirique et les éléments de codification et entre ces derniers et les propositions de catégories.

L'étape de catégorisation s'est déroulée pour nous dans un temps postérieur aux traitements successifs des observations en retour d'enquêtes. Elle a correspondu en une **deuxième lecture** générale du matériau empirique, et une deuxième lecture du travail de codification.

Pierre Paillé résume cette étape en pointant la modification des questions qui sont alors posées au corpus. Il énonce celles-ci dans la forme suivante *« Qu'est-ce qui se passe ici ? De quoi s'agit- il ? Je suis en face de quel phénomène ? »* (Op.cit., p. 159).

Nous avons eu recours à plusieurs opérations successives, concomitantes ou isolées pour avancer sur cette étape de catégorisation. L'objectif devient alors, **établir des tables de distinctivité** qui nous font identifier et spécifier les catégories en devenir.

Une des phases du traitement a consisté en des opérations de groupage/dégroupage. Nous avons procédé par dégroupage des codifications au sens trop large, lesquelles laissaient filer et ne permettaient plus de saisir sur un critère discriminant la particularité de l'observation en cours de traitement ? De même, nous avons regroupé sur une même catégorie des codifications voisines à la consistance conceptuelle insuffisante si prise isolément.

Le travail de discrimination des situations traitées a consisté à en isoler le phénomène central. Quand celui-ci venait à s'imposer, nous étions alors en capacité **de surdéterminer** son importance et **sa centralité** sur les autres caractères et ainsi nous définissions nos catégories. C'est-à-dire dans notre

exercice, **déterminer une hiérarchie** entre les trois ou quatre mots que nous avions retenu lors de l'étape de codification et d'en isoler le plus caractéristique. Les mots retenus pour nommer les fonctions ou catégories ont été choisis en raison de leurs nécessités descriptives, mais aussi de leurs puissances d'évocations potentielles.

Nous avons repris et dressé des listes relatives aux codifications (fonctions) initiales et, à ce stade, exercé une nouvelle lecture pour tenter de nommer le phénomène observé à un niveau plus large. Il s'agit alors de renouveler la lecture en renforçant le niveau d'abstraction et de conceptualisation. Les indications liées à la fréquence des survenues, aux caractères répétés, à l'intensité du phénomène observé ont été prise en compte. Mais outre ces aspects en lien avec la fréquence, nous avons retenu la pertinence de la catégorie par rapport aux autres et « ... *son insertion dans la dynamique d'ensemble de la théorisation*».

Ce travail d'ajustement et d'adéquation des définitions a dessiné ce qui allait devenir ensuite notre arbre de caractérisations des fonctions. Pierre Paillé retient différentes propriétés et éléments de définition d'une catégorie. Elle *« … possède habituellement un pouvoir évocateur»,* elle permet de *« ... hisser l'analyse au niveau de la compréhension d'un comportement, d'un phénomène, d'un évènement ou d'un élément d'un univers psychologique ou social».* L'activité de catégorisation permet *« d'expliquer un évènement, de lui donner un contexte nouveau, un contexte plus large, c'est le mettre en perspective ou lui donner une dimension existentielle, critique, philosophique, c'est en fin de compte, théoriser».* (Op.cit., p.160). Enfin, *« chacune des catégories d'une analyse par théorisation ancrée porte en elle une description riche et une analyse fine d'un aspect important de la réalité étudiée».* (Loc. cit.)

- **La mise en relation**

Nous avons vu que la catégorisation est une étape déterminante dans l'approche et la compréhension de l'objet de recherche étudié. La catégorisation suppose des opérations de surdéterminations, divisions, fusions, précisions, clarifications, reformulations, corrections, etc. Pierre Paillé retient quatre opérations principales en vue de leurs consolidations « *1) les définir, 2) en dégager les propriétés, 3) en spécifier les conditions sociales permettant leurs formulations, 4) en identifier les formes diverses* ». (Op.cit., p. 164) pour autant, les étapes n'étant pas imperméables les unes aux autres, le travail de **mise en relation des catégories existantes** avait commencé, ou plutôt s'était imposé à nous parallèlement.

L'étape de mise en relation se caractérise par **la systématisation** des mises en relation des catégories existantes et de celles que l'ont avaient pressenties et moins pressenties. Trois méthodes sont retenues par notre auteur pour procéder à cette mise en relation, *l'approche empirique, l'approche théorique* et *l'approche spéculative.*

L'approche empirique

Il se rapporte à la mise relation des catégories à partir d'elles-mêmes, catégorie après catégorie. Notre travail de répartition concomitant par niveaux d'investigation a limité la pertinence des comparaisons entre catégories. Il a par ailleurs dessiné des contours de regroupements à l'intérieur des niveaux. Ces constats nous ont conduits à ne pas retenir pas ce modèle.

L'approche théorique

Il suppose de recourir à un cadre théorique à l'intérieur duquel seront établies les mises en relation. Si certains écrits et données scientifiques nous ont été précieux pour définir certaines mises en relation, nous avons dû constater par ailleurs leurs limites dans leurs applications aux soins infirmiers en psychiatrie. De même, l'état des corpus théoriques en soins infirmiers s'est révélé insuffisamment éclairant, particulièrement en regard de notre objet de recherche. Beaucoup de catégories ne pouvaient pas être renseignées par des apports théoriques et nous ne pouvions disposer alors d'un modèle global. Ces constats nous ont amenés à ne pas retenir cette approche.

L'approche spéculative

Il constitue le mode d'approche que nous avons retenu. Cette catégorie s'appuie sur la logique et l'expérience. N'étant pas privés de cette dernière qualité après 67 ans de pratiques cumulées d'exercice infirmier en psychiatrie pour les deux praticiens chercheurs, nous nous sommes adossés à ce réservoir d'expériences pour définir préférentiellement notre approche de mises en relation.

Celle-ci doit répondre toujours pour notre auteur aux questions *« Ce que j'ai ici est-il lié avec ce que j'ai là ? En quoi et comment est-ce lié ?»* (Op.cit., p. 167).

La question de la mise en relation procède de liens logiques : des liens d'association, des liens de regroupements de catégories, des liens de préemption et des liens de hiérarchisation. Le chercheur *« ... s'engagera sur une voie qui le mènera éventuellement à une structure pyramidale où une catégorie centrale et des catégories principales chapeauteront les catégories subsidiaires, le tout étant lié par un schéma explicatif fiable et bien ancré empiriquement»*. (Loc. cit.).

La partie ci-dessous constitue le cœur de notre formulation

L'étape de mise en relation nous aura permis d'expliciter les liens qu'entretiennent les catégories entre elles, ici nos fonctions**. La mise en relation de catégories jusque-là relativement indépendantes s'est traduite dans notre recherche par la détermination des fonctions mères ou matricielles, des fonctions primaires qui leurs sont rattachées, et pour certaines de ces dernières de leurs attributs.**

Lors de la présentation des résultats de caractérisation des fonctions de la partie 5, chaque fonction mère est documentée afin d'argumenter les liens mis en évidence. Ces facettes et cette dimension nouvelle apportées aux fonctions sont un résultat de cette démarche par théorisation ancrée.

Elle nous a permis de développer un *champ conceptuel* défini alors comme des ensembles de situations que nous avons traduits en fonctions. La notion de champ conceptuel est reprise à Gérard Vergnaud (Notes de conférence, *les concepts, éléments de professionnalisation des soins*, Journée de l'ARSI, Paris, 24 janvier 2002). La maîtrise progressive de leurs définitions et des traits de caractérisation des fonctions a fait appel à une grande variété de concept, de repérage de schèmes (entendues comme des entités invariantes de l'action pour des catégories définies de situations) et de représentations langagières et symboliques. Ces trois éléments entretiennent une étroite correspondance entre eux, l'aboutissement en a été la structuration d'une table de distinctivité dans laquelle nous retrouvons :

- **Les fonctions mères**, elles ont été définies à partir d'une caractéristique dominante et partagée par les particularités des fonctions primaires. Il s'agissait de savoir s'il existait une relation entre la fonction mère A et la fonction primaire B.
- **Les fonctions primaires,** elles ont été regroupées dans cette matrice en regard de ce trait caractérisant et partagé entre elles, mais non dominant. Les fonctions primaires B partagent et ont en commun une relation avec la fonction mère A.
- **Les attributs de fonction,** ils ont été sélectionnés quand ils apportaient une caractéristique significative en termes de lieux, d'acteurs, ou de modalités. Ils possèdent un lien attributif B en lien avec une fonction primaire B.

À titre d'exemple, nous allons illustrer cette étape de mise en relation en choisissant la première fonction qui vient par ordre d'apparition dans notre présentation des caractérisations des fonctions. C'est-à-dire, la fonction mère **fonction Phorique** (1.1) et la première fonction primaire *Accompagnement* (1.1.1). Une catégorie, et ici sa traduction en fonction :

- La fonction mère Phorique représente une catégorie d'ensemble. À ce titre, son niveau et son champ de conceptualisation seront plus vastes que pour la fonction Accompagnement.
- La fonction primaire Accompagnement est une des formes spécifiques de la catégorie d'ensemble, fonction Phorique, soit du « portage»pendant l'hospitalisation. Son champ conceptuel ne connaît pas la même étendue.

- L'attribut de fonction *lors d'une démarche en lien avec la vie quotidienne* (1.1.1.1) n'est pas une catégorie d'ensemble, ni une forme spécifique. Elle précise et limite l'étendue de son champ, ici en lien avec un objectif à vocation initiale utilitaire.

Concernant la chronologie de notre cheminement de travail, cette étape a eu lieu à la fin du traitement des observations. Nos éléments de mise en relation n'allaient plus connaître de grandes évolutions lors du traitement des entretiens ou les modifications apportées sont alors restées à la marge.

- **L'intégration**

À ce stade de la démarche de recherche, les praticiens chercheurs que nous sommes avons acquis une certaine sensibilité théorique en lien avec les mouvements répétés d'analyses du matériau empirique et de méta-analyse de notre démarche de praticiens chercheurs. Le regard que nous portons sur notre objet d'étude s'est fait plus acéré, notre capacité de distinction s'est affirmée. Le mouvement de navigation, d'interpénétration entre les étapes précédentes s'est estompé et la codification est définitivement abandonnée.

L'étape de l'intégration correspond à ce stade à une étape de bilan et de recentrage de la démarche de recherche. Les étapes précédentes ont fourni au final un matériel abondant qu'il convient de cerner.

Pour notre auteur, cette étape répond aux questions suivantes : *« Quel est le problème principal ? Je suis en face de quels phénomènes en général ? Sur quoi mon étude porte-t-elle en définitive ?»* (Op.cit., p.167). Pierre Paillé conseille à ce stade de mesurer le chemin parcouru et de définir le principal phénomène émergeant. Les analyses se sont complexifiées, il s'agit de se donner un cadre et des limites, il s'agit à ce moment **d'intégrer**, de cerner l'objet définitif. À cette fin, il propose d'imaginer de renommer le document final et à travers ce titre, de prendre la mesure de ce que nos efforts ont permis de dégager.

Rapporté à notre objet de recherche, outre l'identification des fonctions de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie en unité hospitalisation temps plein, nous percevons la place et la consistance du rôle propre infirmier en psychiatrie et surtout les processus dynamiques psychiques qui permettent, potentiellement ou réellement, à ces soignants de relier leurs pratiques à des références et des finalités plus vastes. Nous percevons cette évolution même si à ce jour, elle se montre encore insuffisamment définie.

Cette redéfinition et cette intégration passe par un dégagement *« Aussi faudra-t-il situer l'intégration sur le plan de l'analyse qui se dessine et non travailler à partir d'un cadre de départ qui aurait été dépassé»* (Op.cit., p. 172).

- **La modélisation**

Nous avons vu que l'étape d'intégration consistait principalement en des opérations de mesures de l'évolution de la recherche, d'évaluation du chemin qu'elle a emprunté à travers un exercice de reformulation de la question de recherche. L'intégration se situant dans cet écart ainsi constaté.

La modélisation est une étape qui pousse l'abstraction en appliquant un questionnement en cinq phases qui permet alors de sérier le phénomène étudié. Pierre Paillé précise qu'elle *« consiste à reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant le phénomène principal cerné au terme de l'opération d'intégration»*. (*Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, sous la direction d'Alex Mucchielli, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, p. 219).

Notre auteur préconise pour cette étape un questionnement en cinq interrogations de l'objet de recherche. Ce sont ces cinq questions (Op.cit., pp.174-176) que nous présentons suivies de leurs réponses et des correspondances avec notre recherche en soins infirmiers. Ces commentaires ont intégré les enseignements de la présentation des résultats présentés au chapitre 7, partie 4.

1. De quel type de phénomènes s'agit-il ?

Il s'agit ici de vérifier la caractérisation du phénomène étudié. A ce stade, nous pouvons affirmer que *l'informel* dans les soins infirmiers soit un phénomène répandu et récurrent dans la réalité de l'exercice infirmier en unité d'hospitalisation temps plein. Il recouvre des pratiques au bénéfice du patient, des pratiques professionnelles et d'équipes parfois issues, mais toujours ancrées dans l'exercice du métier. Cet informel **est un élément constitutif** de travail infirmier en psychiatrie. Il peut évoluer vers un domaine d'expertise lorsque la richesse et la diversification des répertoires de ressources des acteurs ont donné lieu à des opérations de méta connaissance et de méta cognition. Si nous reprenons à Guy Le Borteff (1995) ces deux derniers termes pour désigner *la mise en mots de ce que la personne sait faire* (métaconnaissance) et *la mise en mot du processus de description ce que la personne sait faire* (métacognition), c'est en référence à Patricia Benner que nous définissons la notion d'expertise. (*De novice à expert, Excellence en soins infirmiers*, Édition Elsevier Masson (1995), 2003, 252 pages).

2. Quelles sont les propriétés du phénomène ?

La question est donc de *« déterminer clairement les traits, les composantes, les éléments constitutifs du phénomène. Se présente-t-il sous diverses formes ?»*. (Op.cit., p.174).

L'*informel* apparaît donc comme un élément central de la professionnalisation. Les compétences se créent ici à partir de l'expérience et se travaillent dans les retours d'expériences. Ces savoirs ne trouvent pas ou peu leurs places dans des guides, des référentiels ou des méthodes, car le propre de l'expertise à cet endroit consiste en une adaptation à la situation qui est toujours unique. Les formes multiples que prennent les savoirs expérientiels ont justement été visées implicitement par la circulaire n º DHOS/P2/02DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçants en psychiatrie. Cette forme de tutorat d'intégration pensée comme un dispositif d'accompagnement, au demeurant minimaliste, pose le tuteur (désigné dans le texte par l'euphémisme « pair expérimenté ») comme un traducteur des logiques d'action. Le destin de ces savoirs, à défaut d'être identifié, reste d'être perçu. Les formes que nous avons identifiées sont multiples, les principales sont représentées par les fonctions socles. Ce terme est employé dans la partie de présentation des résultats, il désigne les fonctions mères les plus fréquemment utilisées.

3. Quels sont les antécédents du phénomène ?

Cette question et la suivante introduisent le facteur temps. Elle cherche à *« modéliser les conditions d'existence du phénomène»* (Op.cit., p. 175). Nous avons observé que le phénomène étudié de *l'informel* est constitutif du réel de l'activité de travail. Nous avons découvert la richesse de ses fonctionnalités. Deux contextes menacent ce phénomène.

Son invisibilité dans ses traductions en termes d'organisations, sa volatilité en termes de saisie d'activité, son existence en creux dans la programmation de tâches en font un phénomène potentiellement exposé aux tentations de « rationalisations», de « réorganisations» ou autres formes « d'optimisations» du temps de travail. La peur du « vide » et de la subjectivité, générant une tentation rarement démentie, de rabotage et d'écrasement de ces temps « morts». Nous avons pour notre part qualifié et caractérisé les rôles et les places des fonctions en lien avec *l'informel* et apprécié les réservoirs de vitalité qu'elles peuvent constituer.

Un deuxième facteur limite et menace son déploiement. Ce dernier est en lien avec la tension d'activité de l'unité. La nature même de l'hospitalisation temps plein est d'être soumise conjoncturellement à ces fluctuations. Nous avons constaté qu'une activité soutenue, contractée, en terme d'entrée par exemple limite logiquement la production de ces temps (cf. partie 4, chapitre 7) et entraîne une baisse du sentiment de satisfaction au travail (Chapitre 7.3.4). Une activité et une charge structurellement trop importante génèrent d'autres effets sur les équipes ou correspondent à nos critères d'exclusion (Service d'urgence, de porte, etc.)

4. Quelles sont les conséquences du phénomène ?

Cette question est la suite logique de la précédente. *L'informel* est constitutif des situations de travail, il obéit en cela aux enseignements de la psychodynamique qui ont démontré l'écart entre travail prescrit et travail réel. Cette équation se présentant comme Tp = Tr + e. (Travail Prescrit = Travail réel plus Énergie de l'opérateur). L'énergie étant entendue comme le mot générique désignant les opérations de création, d'adaptation, de transformation où agissent les formes de l'intelligence pratique (également nommé sous le concept de *métis).* Le déploiement de cet *informel* à de multiples effets en termes de liens, de connaissance clinique, d'action sur l'ambiance, de prévention par repérage des phases d'intensification des tensions, d'élaboration, etc. toutes fonctions caractérisées au chapitre suivant (Chapitre 6, partie 3). Les limitations de son déploiement appauvrissent ces registres et sont alors susceptibles de grippage. En effet, il faut du jeu, de l'entre-deux entre les rouages (ici entendu entre travail prescrit et travail réel) pour que la « mécanique» ne bloque pas.

5. Quels sont les processus en jeu au niveau du phénomène ?

Cette dernière question reprend les éléments avancés à la question précédente. Les processus en jeu touchent à différents registres qui entretiennent entre eux une relation d'interdépendance. Nous retrouvons, les questions de formations (initiales et continues), les questions d'organisation du travail, les questions de construction de collectifs de travail, les questions de management et de gestion des ressources et des compétences, les questions liées à la reconnaissance du réel de l'activité, de définition de postes, d'évaluation des services rendus et bien sûr de la finalité et du sens au travail (dans le sens du bel ouvrage).

- **La théorisation**

La théorisation est la dernière étape de l'analyse par théorisation ancrée. Nous avons évolué dans notre compréhension de notre objet de recherche en terme conceptuel et théorique. Dans notre de démarche par théorisation ancrée, le recours à la théorisation entretient une relation didactique avec le matériau empirique. Il apparaît autant comme un processus qu'un résultat.

Pour Pierre Paillé, cette étape *« n'est point tant un point d'arrivée qu'un rappel de la fiabilité de la théorisation effectuée»*. (Op.cit., p. 177). Il s'agit autant de consolider la théorie que de la développer. L'objectif *« vise à renforcer progressivement la théorie émergente et à affaiblir les explications qui en divergent»*. *(*Loc.cit*.)*

Notre auteur propose à cette fin trois procédés ou stratégies pour arriver à marquer cette consolidation. Ce sont ces trois procédés que nous allons aborder et illustrer en regard de notre parcours de recherche. Il s'agit de *L'échantillonnage théorique*, *L'induction analytique* et de *La vérification des implications théoriques.*

1) La notion d'échantillonnage théorique (Glaser et Strauss, 1964)

Il n'est pas à entendre dans le sens des méthodologies quantitatives de sélection de personnes pour une recherche. La notion reste adéquate, mais renvoie à la recherche et à la sélection de séquences en lien avec l'*informel.* Nous allons considérer ces dernières comme représentatives de l'étude de notre phénomène investigué. Si en méthode quantitative, il importe de rechercher le même phénomène chez un nombre conséquent de personnes (échantillonnage), nous nous occuperons ici d'observer plusieurs aspects d'un même phénomène chez la même personne ou les mêmes personnes.

Ainsi, en suivant le ou les infirmiers en service lors des séquences d'observations, nous relèverons pour chacun de nombreux exemples de situations productives *d'informels.* De même lors des entretiens, l'objectif et l'orientation du guide d'entretien sont d'approcher de manière optimisée notre objet d'enquête et ainsi de percevoir l'enracinement du phénomène. L'échantillonnage se rapporte ici aux diverses manifestations du phénomène étudié ainsi qu'à la théorie. Il ne s'intéresse pas à l'étendue de la population. Les manifestations sont ainsi étudiées jusqu'à atteinte du constat de saturation des catégories (des fonctions).

Pierre Paillé nous indique *« ... que l'échantillonnage théorique est capital quant à la validité externe de la théorisation générée.»* (*Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines,* sous la direction d'Alex Mucchielli, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, page 70). La validité externe est proche du critère de vérification ou de réfutabilité. Elle est entendue comme la possibilité de comparer les observations de cette recherche avec d'autres groupes que ceux étudiés ci-dessus, la notion associée est la révocabilité.

2) L'induction analytique

L'induction analytique est une méthode de validation théorique décrite comme courante. Elle remonte aux années trente (Znaniecki, 1930) et se caractérise par la recherche du cas négatif et pour nous par exemple par la recherche de l'*informel* « négatif». Elle s'inscrit dans une logique de contradiction et ainsi d'interrogation afin de générer une dialectique en profondeur. Elle part du constat que les chercheurs ont en général tendance à avancer une théorie qui va dans le sens du modèle et remarque que ces glissements successifs peuvent faire illusion et être interprétés comme une validation aux yeux de leurs protagonistes. Il s'agit alors d'opposer des cas négatifs qui doivent nécessairement être pris en compte de façon à éprouver la résistance et la cohérence de la théorie. L'induction analytique s'emploie à ce défi d'essayer de confronter des situations au potentiel invalidant. Les issues à cette interpellation frontale sont de trois ordres :

- la non-pertinence en regard du modèle sans effet sur la théorie en cours,
- la pertinence de l'interpellation qui nécessite une reformulation de la théorie,
- et un troisième cas qui ne correspondrait pas aux deux précédents et resterait sans explication pour le moment.

Nous avons soumis notre rapport en cours d'élaboration à des personnes-ressources. Un de ces lecteurs autorisés possède la qualité de chercheur. Leurs retours et leurs interrogations de notre modèle à partir de situations imaginaires nous ont obligés à soutenir cette interpellation.

L'idée de ces interpellations reposait sur l'importance qu'une situation donnée puisse être classée uniquement dans une seule catégorie afin d'éprouver la validité de notre analyse. La reprise des éléments de caractérisations nous a permis de répondre de manière fluide et concordante entre nous, à l'interpellation. Nous avons vu dans cette adéquation un effet de pertinence qui ne nécessitait pas une reformulation théorique. Nous nous sommes référés secondairement à la sagesse de l'adage *« ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire viennent aisément»*. Maxime que nous avons faite notre et qui nous sert de validation dans notre démarche d'appropriation conceptuelle et plus généralement pour l'ensemble de notre démarche de recherche.

Nous allons également soumettre notre montage théorique à deux interpellations à titre d'essai. Ces situations sont des saynètes du quotidien que nous avons rencontré lors de nos enquêtes de terrain avec l'outil d'observation dont voici les descriptions. Ces deux exemples se situent dans le registre des micros actes noyés dans le déroulement du journalier. Notre recherche sur l'*informel* nous porte à nous arrêter et nous intéresser à ces registres d'actions, sur ces aspects apparemment banals.

- **Première situation**

Nous sommes en séquence d'observation CH2 U3 Obs3. Lors de cette séquence, une infirmière (moins de 2 ans de diplôme), profite d'un moment dégagé de tension d'activité pour rejoindre un coin salon largement ouvert sur le couloir où plusieurs patients sont installés. Le praticien chercheur est également dans cette position. Il reste du temps avant le repas. L'infirmière choisit une place inoccupée qu'elle avait repérée à côté d'un patient en particulier. La conversation s'engage sur des points en lien avec le temps, la vie du service. La conversation devient dialogue, on parle de choses et d'autres qui ont en commun de ne pas être centré sur la maladie et le symptôme. Une fois le dialogue engagé, elle lui demande où il en est avec son problème d'alcoolisme. Le patient se lève, un peu bougonnant et quitte la scène d'observation.

Nous ne relèverons pas de mise en fonction sur cette séquence. Nous aurions pu bien sûr coter une activité d'*immersion (*226) avec l'instauration d'un espace potentiel ou transitionnel. (Cet espace se caractériserait chez le patient par le questionnement suivant, l'infirmière vient-elle se détendre un

moment ou est-elle en « mission» ?). Le contact s'établit avec ce patient et le rabattement sans transition sur le symptôme vient écraser l'espace ainsi ouvert et clore ce dialogue. Pour le patient, au moins sur cette situation, l'abord soignant ne peut passer que par la mise en évidence de son symptôme. Une confrontation directe à celui-ci qu'il a certainement du mal à regarder.

Peut-on parler d'informel négatif ? Nous répondons que non. Nous avons caractérisé un certain nombre de fonctions et parmi les traits de caractérisations nous avons retenu l'effet chez le patient, et l'intention du soignant. Le fait que les éléments de caractérisations ne soient pas réunis n'en fait pas une séquence d'*informel* **telle** que nous les avons définies. Cette situation portait un potentiel qui ne s'est pas affirmé. Le centrage sur le symptôme s'est montré trop rapide et à ce titre sans doute non adapté aux systèmes de défense du patient. Cette situation est banale, notre infirmière aura sans doute l'occasion de revenir plus doucement, de composer avec le temps, d'apprivoiser (Friard Dominique, 2004). Cela s'apprend.

Ce cas ne remet pas en question notre modèle, la situation n'est pas aboutie pour être caractérisée, cette interpellation n'a pas d'incidence sur la théorie en cours.

- **Deuxième situation**

Nous sommes en séquence d'observation CH3 U6 Obs1. Lors de cette observation, l'infirmière (avec quelque ancienneté) est en salle de soins/pharmacie, elle consulte le tableau de présence de l'unité. La porte est ouverte. Un patient manifeste sa présence interrogeant de ce fait la disponibilité de l'infirmière et vérifiant cette adéquation entre porte ouverte et proposition de disponibilité. Sa demande porte sur la délivrance d'un comprimé d'antalgique. Le praticien chercheur est également assis, actualisant ces dernières notes de terrain. L'infirmière s'enquiert du sens de sa demande, du siège de sa douleur, du moment de son apparition. Elle fait état de ses propres associations entre demande médicamenteuse et situation de vie du patient à ce moment. Elle explore le champ entre demande manifeste et demande latente. Elle comprend la demande et renvoie au patient le besoin d'attention singulière qu'elle perçoit, d'un ordre non médicamenteux. Elle arrête l'exploration de solutions alternatives, puis elle délivre le médicament. Le traitement était prescrit à la demande.

Peut-on parler d'informel négatif ? Là aussi, l'action était insuffisamment caractérisée pour relever d'une mise en fonction qui aurait pu être *Dérivation* (132). L'infirmière avait suffisamment exploré la demande du patient, doublée d'une antériorité de connaissance pour proposer une dérivation de cette demande sur un objet tiers et non « médicalisé». Là aussi, pour différentes raisons, le potentiel ne s'est pas affirmé. La dérivation aurait abouti, nous aurions côté la situation en termes de mise en fonction. Son absence de cotation ne remet pas en cause notre modèle. Nous remarquons qu'il faut aussi de la motivation pour dépasser le manifeste, ainsi que du temps. Ce dernier venait à manquer sur cette unité où la tension d'activité était conséquente lors de notre enquête. Quant à la motivation, nous remarquons que cette qualité se consolide dans la reconnaissance des pairs et des organisations.

3) <u>La vérification des implications théoriques</u>**.**

Ce dernier procédé est une stratégie de validation à l'intérieur d'une démarche de théorisation. Elle permet de répondre à la question que Pierre Paillé formule ainsi « *Quelles sont les implications théoriques possibles de la théorisation telle que formulée.* »

Son évidence nous est apparue pendant le traitement, puis après les temps de traitement des données d'entretien. Nous étions alors rodés à cet exercice de mise en fonction avec les opérations de sélection, surdétermination, attribution. Nous avons secondairement constaté que l'imprégnation de cette grille de lecture et de ses opérations nous avait infiltrés. En effet, les lectures complémentaires auxquelles nous nous intéressions étaient regardées à travers ce prisme.

Articles de revues en lien avec les soins infirmiers en psychiatrie, théorie de soins lors de la lecture de Michel Nadot, documents en lien avec la psychothérapie institutionnelle, recherche de Nant, etc. nous **constatons alors la malléabilité, la transférabilité et la transposabilité** des fonctions de notre arbre de caractérisations à d'autres sources documentaires. Notre démarche de théorisation peut apporter une grille de lecture croisée aux écrits et théories dont nous nous sommes alimentés.

Notre démarche apporte donc un mode de lecture et de compréhension complémentaire et renouvelé. Nous pouvons saisir toutes lectures en lien avec le soin infirmier en psychiatrie sous cet angle. Elle apporte une **segmentation qui offre une maniabilité** dans ces applications. Ce point non recherché en termes de préconception et ce constat signent à nos yeux une forme de pertinence et de

validité. Elle nous paraît répondre à une des particularités des méthodes qualitatives et de la Théorisation ancrée, c'est-à-dire partir du détail, de l'infime, du particulier et de pouvoir l'appliquer à des ensembles plus vastes et généraux.

Éléments de conclusion

Concernant notre démarche d'analyse par théorisation ancrée, nous constatons que nous avons opté pour une forme mixte. Cette forme concerne la simultanéité entre le traitement des données et leur comparaison constante avec l'analyse émergente. Les périodes d'observations et d'entretiens ont donné lieu à comparaison constante. Ces analyses se sont traduites pour les observations par un centrage plus discriminant sur les situations observées et un renseignement plus précis sans modification de l'outil. Pour les entretiens, notre guide a connu quelques modifications et développements, relativement à la marge, tels que rapportés à la partie 4.2.2.2.

La finalisation des catégories s'est construite sur le corpus finalisé des données d'entretiens.

Nous retenons de cette démarche sa capacité à partir du singulier, qui par touche successive, compléments de données, développement théorique, gagne en densité pour parvenir à l'établissement d'un modèle à valeur plus général. Pour Sylvie Noiseux *« La théorisation ancrée vise d'abord l'élaboration d'une théorie ancrée dans la réalité sans toutefois être une description de celle-ci, les "cas" empiriquement observés n'y sont pas considérés pour eux-mêmes, mais comme des données qui émergent du phénomène observé»*. (« Sylvie Noiseux, Schizophrénie : analyser et comprendre le rétablissement», *Santé Mentale*, nº 120, avril 2007, p. 19).

Ce développement repose sur une théorisation et qu'est-ce que théoriser si ce n'est *« dégager le sens d'un évènement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière»* nous dit notre auteur Pierre Paillé (Op.cit., p. 149) que nous avons mis fortement à contribution. De même, il souligne pour la démarche du praticien chercheur que les opérations de codification, de catégorisation et de mise en relation *«... peuvent à elles seules mener l'analyse d'un corpus de données à un niveau analytique très intéressant et suffisamment éloquent, dépendamment des objectifs visés.»* (Op.cit., p. 220)

La méthode de théorisation ancrée est particulièrement utile dans de nouveaux champs de recherche, *« De plus, des chercheurs lui reconnaissent une valeur considérable pour le développement des connaissances en sciences infirmières (Benoliel, 1996 ; Bowers, 1987 ; Forchuk et Roberts, 1994 ; Strauss et Corbin, 1998) »*. (Sylvie Noiseux, p.19).

Nous soulignons le potentiel de transférabilité de notre modèle de caractérisation des fonctions de l'informel dans les soins infirmiers en psychiatrie qui peut ouvrir à de futures applications en termes de formation notamment et nous faisons notre cette revendication de Strauss et Corbin (1990) citée par Pierre Paillé *« Nous, chercheurs interprétatifs, acceptons la responsabilité de nos interprétations, conclusions et théorisations »* (Op.cit., p. 180).

4.2.3.5 Le traitement des observations

Le développement de la théorisation ancrée s'est appuyé et s'est construit à partir du traitement des observations par un mouvement constant d'aller-retour entre enquêtes, traitement des observations et analyse. Cette simultanéité s'est traduite par un commentaire large dans le chapitre précédent et cette partie se résumera à une présentation plus précise de notre méthode de travail.

Préalablement au traitement des observations, le choix de traiter directement par niveaux d'investigation avait été posé. Ce traitement d'attribution par niveau d'investigation a pris effet dès la première phase de traitement.

La phase de traitement des observations a nécessité deux grandes étapes.

- **La première étape**

Elle s'est effectuée par ordre montant, de l'observation 1 à 24. Les données d'observations par séquence (après-midi, nuit et matin) ont été détachées de leurs supports, juxtaposées sur une surface plane afin de permettre une vue d'ensemble. **Les grilles d'analyses** ont constitué un support annexe sur lequel une première synthèse et mise en sens de nos données a été reportée. Ces grilles se présentent par niveaux d'investigation sous forme de feuillets simples à colonnes. Ces dernières permettent de renseigner, l'heure, le lieu, le nombre de soignants (éventuellement leurs catégories professionnelles), le nombre de patients, notre première mise en synthèse de la situation observée et des DIA effectués. Toutes les unités d'observation comportaient un code couleur pour le niveau d'investigation et se voyait attribuer un numéro d'apparition. Ce traitement initial a correspondu à la **codification**.

Parallèlement, nous ouvrions deux fiches complémentaires qui nous permettaient pour l'une de renseigner spécifiquement la ou les relèves et pour la deuxième de renseigner des observations, des associations ou des remarques spécifiques survenues pendant la séquence. Nous avons nommé ce feuillet « commentaire».

Le traitement des observations a connu ce procédé de l'unité U1 à l'unité U6.

Le traitement des unités U7 et U8 s'est renforcé de l'introduction d'un feuillet supplémentaire où était renseigné par niveau d'investigation et numéro d'apparition la catégorie pressentie en termes de fonction primaire et mère.

Ce traitement à deux niveaux a correspondu à la **catégorisation.**

- **La deuxième étape**

Elle a consisté en une nouvelle lecture de l'ensemble de nos traitements d'observations. Celle-ci bénéficiait de plusieurs évolutions : la phase de codification était en voie d'achèvement, les catégories se stabilisaient, le conflit d'attribution entre niveaux d'investigation avait trouvé sa résolution et l'arbre de mise en fonction était dessiné. Fort de ces nouveaux éléments, nous sommes donc repartis de U1 à U8 et nous avons finalisé la stabilisation de nos mises en fonction (principe de saturation).

Nuons avons alors côté chaque unité d'observation ou de DIA par niveau d'investigation d'un numéro correspondant à sa mise en fonction. Ce traitement allait être définitif et donnait lieu à un récapitulatif d'attribution et de ventilation en fin de traitement sur chaque unité.

Cette deuxième phase a correspondu à **la mise en relation.**

L'ensemble du traitement de ces mises en fonction a donné lieu sur un second temps à une saisie informatique. Celle-ci a été effectuée sur Excel pour les vingt-quatre séquences d'observations par unités et sites. Les niveaux d'investigation, les séquences AM, Nuit et Matin, les lieux, les horaires, les fonctions primaires et mères ont ainsi été renseignés.

4.2.3.6 Le traitement des entretiens

Le traitement des entretiens a bénéficié des enseignements et des avancées de l'étape précédente. Les résultats de caractérisations des fonctions étaient en place et allaient connaître de légères évolutions sans impact sur la méthode.

Les entretiens ont été traités par ordre du déroulement de l'enquête, de U1 à U8 et en **trois temps.**

- **Le premier temps**

Il a consisté à une lecture croisée et « à froid » entre les deux praticiens chercheurs de la saisie d'entretien. Il s'agissait lors de ce temps initial de parcourir l'entretien, de saisir sa densité, sa dynamique, de prendre connaissance de ce corpus de données. Bref, l'objectif est ici de se familiariser avec le récit de la personne interviewée.

- **Le deuxième temps**

Il combinait plusieurs opérations. La plus déterminante correspond à la mise en fonction de ce corpus. À cette fin, nous procédions, de manière croisée entre praticiens chercheurs, à une cotation par phrase, expression, groupe de mots ou mots quand l'idée explicitée correspondait à notre grille de lecture par catégorie. Les éléments saillants qui présentaient le ou les traits de caractérisations nécessaires à l'attribution étaient pointés et le numéro d'attribution de la catégorie émargé. Cet exercice nous faisait passer directement du corpus de données à la catégorisation et à la mise en relation.

Cet exercice s'est répété sur les 43 entretiens réalisés et nous avons constaté une progression de notre part dans les catégorisations. L'imprégnation de notre arbre de caractérisations des fonctions favorisait les repérages de distinctivité, les appréciations de sens des contenus. Au départ, laborieuse, cette opération gagnait en fluidité. Un des signes de cette aisance se traduisait parfois dans l'attribution instantanée de la catégorie, laquelle se voyait confirmée ou nommée dans les mots qui suivaient dans le propos retranscrit de la personne interviewée. Notre pensée et nos opérations de catégorisations allaient aussi vite que la pensée de nos locuteurs. Pierre Paillé a remarqué également ce mécanisme, il parle alors de **codes « in vivo».** *« Il arrive en effet que l'on cherche vainement le mot juste, l'expression évocatrice, alors que le témoignage même de l'interviewé nous les livre sous une forme parfois inespérée».* (Op.cit., p.154). Nous constatons également que *« ... la codification minutieuse des données n'intervient pas jusqu'à la toute fin d'une recherche. La douzième (ou la treizième, etc.) entrevue menée, puis transcrite par un chercheur n'est plus examinée de façon aussi détaillée que la toute première».* (Op.cit., p.158). Cette assertion souligne le mouvement d'appropriation par le praticien chercheur de ces techniques qui le font passer d'un examen dans les détails à une appréhension des phénomènes centraux.

<u>Deux autres opérations ont été menées conjointement à l'attribution de fonctions.</u>

- La première consistait à repérer avec l'emploi d'un surligneur les phrases ou les propos des personnes interviewées qui nous paraissaient les plus pertinents ou illustratifs des traits de caractérisations d'une mise en fonction.

À des fins de mobilisation de ces données, nous avons ouvert une fiche par question sur laquelle nous avons reporté l'identification et l'idée dominante repérée par le code couleur. Cette technique nous a permis d'optimiser les retours d'entretiens dans l'illustration de nos analyses.

- La seconde concernait les pavés de question trois et quatre, soit six questions. Ces pavés correspondent chacun à 19 % de la cueillette de données contre 31 % pour chacun des pavés un et deux. Cette moindre cotation tient à la nature peu descriptive du questionnement.

Nous avons ouvert une fiche par personne interviewée et relevé pour chacune de ces six questions les trois ou les deux idées dominantes qui ressortaient des propos de la personne interviewée. Ce matériel a été saisi en vue de procéder à de présentes et futures analyses de contenus et développements sur les thèmes de la relève (voir en 7.3.1), des conditions d'une liberté de paroles,

des éléments qui favorisent la production de sens et du sens au travail, de la détermination des contextes de créativité et enfin de la satisfaction au travail (voir en 7.2.3)

- **Le troisième temps**

Il concernait le traitement des entretiens avec une saisie informatique des éléments retenus. Les mises en fonctions ont ainsi été rentrées sur tableaux Excel avec renseignements des paramètres suivant : question et pavé de questions, population, fonctions mères, primaires et attributives, personnes interviewées ainsi que les unités et les sites.

4.3 Les limites de l'étude

Préalable

Cette partie du rapport de recherche vise à renseigner les conditions dans lesquelles se sont déroulée cette recherche et les limites qui sont les siennes. La limite ne constitue pas un biais méthodologique, elle renseigne sur des modalités particulières **dans** lesquelles la recherche s'est déroulée et **sans** lesquelles la recherche n'aurait pas pu se dérouler.

Les limites sont donc entendues comme des points de butées qui sont consubstantielles **par nature** au déroulement de la recherche.

Les limites évoquées dans cette partie concernent les limites **générales** de la recherche.

Les limites **spécifiques** liées aux outils ou à la posture de praticien chercheur ont été abordées au chapitre 4.2.

4.3.1 Les limites en lien avec le champ de l'étude

Nous savons qu'en arrivant une semaine T sur un terrain d'enquête, la mesure que nous allons découvrir et prendre sera partielle, limitée à cette fenêtre temporelle. Il y a un avant et un après, il existe des périodes de fortes activités, d'autres de moindre activité, moins symptomatiques en terme de repérage. Ces fluctuations existent avec la particularité en psychiatrie de ne pas être directement en lien avec le nombre de lits occupés. Nous remarquons ici que quelques patients très symptomatiques peuvent mobiliser durablement les ressources d'une équipe et qu'alors le comptage de la charge de travail par lit détermine une jauge, mais ne traduit pas le réel de l'activité. Nous savons également qu'un passage d'une semaine en unité de psychiatrie générale ne saurait rendre compte de cette temporalité. Nous sommes plutôt sur une dimension d'« arrêt sur image ».

Ce propos préalable nous permet d'aborder la question des limites en lien avec le champ de notre étude. Celles-ci concernent les aspects logistiques, matériels de la recherche et tiennent comptes d'aléas, des impondérables auxquels toute entreprise de cette envergure peut être confrontée

Nous retenons des contraintes de temps qui nous ont obligés à penser une planification contractée de nos enquêtes de terrains. Cela s'est surtout traduit par des semaines denses, « optimisées» avec un temps réduit d'acclimatation. Nous avions réuni les conditions nécessaires, elles se sont révélées juste suffisantes.

La limite à la région Rhône-Alpes s'est organisée également en lien avec ses contraintes. Elle a permis une limitation des déplacements en préservant une représentativité large quant au statut des sites investigués.

Les aléas ont également touché les sites pressentis où des modifications de sélection ont été apportées afin de respecter nos critères d'inclusion et d'exclusion.

Nous retenons par ailleurs des temps de contact préalable et d'autorisation qui se sont avérés longs. Les circuits de circulation de l'information, la recherche des autorisations nécessaires nous ont obligés parfois à une démultiplication de ces démarches.

Enfin, nous retenons les aléas liés à la réalisation des entretiens. Il s'agit des contraintes locales d'ordre organisationnel et de défaut de disponibilité liée à des absences, qui ne nous ont pas permis de mener complètement cette campagne d'entretiens.

4.3.2 Les limites méthodologiques

Ces limites concernent des éléments non maîtrisés ou non maîtrisables en lien avec les l'utilisation de nos méthodes de recherche.

Nous retenons trois limites principales, les limites liées à la familiarisation et à la maîtrise des techniques et méthodes utilisées en recherche qualitative, les limites liées au volontariat des équipes qui accueillent l'enquête et les limites en lien avec la définition de notre objet de recherche.

4.3.2.1 Les limites liées à l'appropriation des méthodes

Devenir infirmiers praticiens chercheurs ne s'improvise pas, en choisissant de réaliser cette recherche, il nous a fallu nous confronter à tout un corpus de méthodes et d'outils avec lequel nous n'étions pas familiarisés. Des familiarisations existent par contre entre notre exercice professionnel et les outils d'enquêtes, elles ont été facilitantes lors des recueils observations et des conduites d'entretien. De manière analogique, la posture réflexive du praticien chercheur participe du même statut épistémologique que le positionnement de l'infirmier en psychiatrie en situation de soins.

Les limites qui ont été rapidement atteintes concernent le traitement initial des données jusqu'à l'arrimage à la méthode par théorisation ancrée. Le principe de saturation n'a pas été maîtrisé au début. Ces limites ont un impact relatif sur les traitements des données. Il y a un impact, car les données d'observations traitées en début de traitement n'ont pas bénéficié de l'apport de l'expérience. De même, l'arbre d'attribution des fonctions présentait une arborescence réduite. Nous disons impact relatif, car nous avons procédé à une deuxième lecture, qui elle-même présentait la même limite liée à une non-finalisation et stabilisation de l'arbre de caractérisations, mais a concouru à atténuer et niveler ces écarts de traitement. Enfin, les limites liées à l'application de la saturation des données sont intrinsèques à l'utilisation de la méthode.

Nous retenons de cette expérience qu'une partie de ces limites liées aux nécessaires apprentissages a été majorée par l'absence de modélisation de recherche en soins infirmiers en psychiatrie. Nos limites de praticiens chercheurs ont rencontré les limites de notre profession à ce moment de son histoire.

4.3.2.2 Les limites en lien avec les équipes investiguées

Ces limites nous apparaissent **comme les plus significatives**. Nous avons vu lors de la partie consacrée au choix des échantillonnages en quoi la base du volontariat pour une recherche de ce type était incontournable. Elle rejoint une position éthique, elle favorise l'accueil des enquêtes et des praticiens, elle favorise les participations et atténue les vécus liés aux logiques de prélèvement.

Le volontariat est une base et à ce titre nous témoignons aux équipes qui nous ont accueillis **notre gratitude**.

Toutefois, les limites du volontariat tiennent à un seul constat que nous pouvons formuler ainsi, *« Et toutes celles qui ne le sont pas ? Ou ne l'auraient pas été ? »*. Nous ne pouvons pas quantifier, mesurer ces données, mais un certain nombre d'éléments nous permettent d'apprécier de manière qualitative les effets et les particularités de ce volontariat. Nous formulerons simplement ce constat, nous avançons que les équipes qui nous ont reçus vont assez bien, ou sont normalement dysfonctionnelles dans le cadre de leur fonctionnement collectif et nous nous en expliquons.

Pourquoi ce constat ? Nous ne pouvons pas généraliser et nous ne connaissons pas le nombre ou les motivations de celles qui n'ont pas souhaité nous recevoir. En tout cas, ce trait distinctif existe et il appartenait aux établissements qui nous ont reçus d'interroger les différentes équipes. Vus de nos positions de professionnels de terrain et de nos différentes places à l'intérieur de nos institutions, nous connaissons un certain nombre d'équipes pour lesquelles nous imaginons, avec notre subjectivité, qu'une enquête de ce type ne soit pas possible. Nous notons qu'indépendamment de nos critères d'inclusion, quelques lieux d'investigations potentiels n'ont pas été retenus par nos interlocuteurs en

raison de difficultés liées à un turn over (doit-on parler de mobilité ?) important. Cet état de fait semble indiquer une stabilité insuffisante alors des équipes en place, soit une déstabilisation.

Nous procédons à deux constats, l'expression du volontariat des équipes apparaît alors comme une qualité du fonctionnement des personnels investigués et nos critères d'inclusion ont dû concourir à ces compositions d'équipes. Nous nous référons ici à la mixité de diplômes initiaux ISP/IDE qui entraîne une mixité générationnelle, au diplôme initial et à l'antériorité des cadres, ainsi qu'à la qualification des psychiatres. Ces critères ne sont plus remplis sur bon nombre de sites.

Cette base de volontariat indique à ce stade que ces équipes acceptaient notre regard, acceptaient cette extériorité et donc maintenaient un certain niveau d'ouverture. La partie de présentation des résultats (chapitre 7) confirme en plusieurs points ces ressources, le travail d'équipe **est reconnu et protégé** par les populations témoins de cadres et de médecins, les stratégies défensives n'ont pas été observées (par exemple étirement des temps de pauses en dehors du regard des patients), les phases d'immersion le confirment.

Ce constat ne veut pas dire que les conflits étaient absents, juste qu'ils étaient contenus et à ce titre les éléments délétères trouvaient vite une limite. Cela ne veut pas dire non plus que ces équipes ne fussent pas précarisées. Toutes connaissaient ou avaient connu des modifications importantes.

Une venait de connaître un déménagement du site fondateur pour une relocalisation urbaine, l'autre allait connaître à moyen terme un déménagement et un regroupement, un site venait de connaître un drame à trop forte notoriété dont les retours et la charge traumatique pour les soignants se faisaient sentir sur l'établissement, une autre équipe venait de prendre il y a quelques mois son affectation sur une unité à vocation spécifique, deux autres enfin allaient connaître un déménagement et des réorganisations à court terme. Georges Gaillard remarque à ce propos le potentiel de déliaison que ne manquent pas de susciter ces modifications importantes *« Certains autres évènements tels que : nouvelle construction, changement dans les affiliations et les structures administratives des institutions (fusion, assimilation dans des institutions plus larges...) présentent des potentialités de déliaisons similaires. Ces évènements jouent également comme des marqueurs temporels et donc de séparation et/ou de remobilisation de l'idéal»*. (*Les institutions à l'épreuve du lien, la question de l'investissement des usagers*, http://www.cch-foramtion.fr/respect2/respect2.org/, consulté le 5 septembre 2011, p. 13).

Nous connaissons la puissance de fragilisation des équipes par ces situations de précarisation en particulier quand elles se répètent. Christine Castejon observe à propos des collectifs de travail (voir chapitre 6.4, fonction coopération 3.2) *« Ils se construisent autour d'un objet commun, une expérience, un projet, un ouvrage. La discussion y a sa part, mais le silence aussi. On se côtoie dans des situations vécues ensemble, on affronte sans forcément se le dire des tempêtes qui font réfléchir, on regarde fonctionner des modèles en y puisant des différences. On se construit dans la circulation poreuse et évolutive de l'intime au partagé, du silencieux au partageable. C'est pourquoi l'arme de destruction massive du collectif est la précarité»*. (Travail et intimité, on ne fait pas du simple avec du compliqué, *Revue Empan*, nº 77, mars 2010, pp. 18-22, p.21).

Il faut donc qu'une équipe conserve un certain niveau de ressources quant à son fonctionnement pour réussir à traiter cette remobilisation des idéaux, cette recomposition avec l'histoire, cette remise en lien. Ces capacités et ces résultats sont également objectivés dans les résultats de l'étude Presst/Next. *« Ces résultats renforcent les conclusions de nombreux auteurs sur l'importance des stratégies d'adaptation développées collectivement et individuellement, au cours du temps par les soignants, dans les services* ***" qui marchent bien".*** *Cela suppose une certaine marge de manœuvre sur les effectifs et les moyens, une organisation qui prend en considération les difficultés et les nécessités du travail soignant, une* ***certaine stabilité*** *et entente dans l'équipe. Quand une de ces conditions est absente ou que la difficulté (technique ou émotionnelle) des soins s'accroît, sans compensation en terme de moyens, le travail émotionnel risque d'être plus problématique"*. (« Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle. Analyse longitudinale des soignants de l'enquête» Press/Next, *Recherche en soins infirmiers*, nº 85, juin 2006, pp. 46-64, p.54).

Nous pouvons également lire ces équipes *qui marchent bien* sous l'angle des organisateurs psychiques du groupe tel que les définit René Kaès (« Le groupe comme appareil de transformation», *Revue de psychanalyse de groupe*, 1986, pp. 5-6 et pp. 92-100). Ce dernier définit quatre phases dans le fonctionnement des équipes :

- « *le moment fantasmatique*»: phase de constitutions du groupe, anxiété préalable liée à la question avec qui vais-je travailler ?

- « *le moment idéologique*» : le groupe fait corps, se définit vis-à-vis d'un dedans/dehors,

- « *le moment figuratif transitionnel*» : Le groupe est opérant, le plaisir à travailler existe et des différences entre les membres existent,

- « *le moment mythopoïétique*» : les différenciations sont affirmées, elles entrainent un deuil de l'illusion groupale.

Ce rapide détour pour remarquer que les précarisations favorisent les régressions au moment idéologique ou fantasmatique, là où les équipes *qui marchent bien* fonctionnent plus à notre sens sur un moment figuratif transitionnel, fonctionnement médian et oscillant entre les deux moments qui l'entourent.

Nous reprenons donc à notre compte le terme de service qui *« marche bien»* (Loriol M, 2000) à propos des unités investiguées et à l'aide de ces éclairages, nous avançons que **le volontariat** en constitue un des aspects et une des limites.

Nous percevons une deuxième limite, qui si elle s'est avérée marginale, n'en a pas moins existé. Nous évoquons ici quelques pratiques, peu observées et hors protocole. Nous les maintiendrons clandestines. Leur aspect clandestin n'était pas lié à un défaut d'appréciation clinique ou à une insouciance déresponsabilisante, mais à un exercice hors protocole. Il s'agissait pour les professionnels de se réapproprier des marges d'action et des latitudes d'appréciations et de gestion. Ces actions n'ont pas donné lieu à mise en fonction et n'apparaissent pas non plus dans la fonction transgression novatrice (211). La limite est ici pour nous déontologique, elle est liée à notre exercice de praticien chercheur, il s'agit de protéger les sources de nos données et garantir un strict anonymat.

4.3.2.3 Les limites en lien avec la définition de notre objet de recherche

Nous entendons évoquer sur ce pavé les limites liées à la définition de l'*informel.*

Initialement, nous avons choisi et défini l'informel en lui reconnaissant plusieurs particularités :

- L'informel est un concept nomade**,** nous le retrouvons au carrefour de plusieurs disciplines.

- Il se situe dans l'écart constitué entre la tâche repérée, le soin programmé et l'entre-deux du soin non programmé.

- Il ne relève pas du prescriptif, mais du rôle propre.

- Ce terme se différencie du "formel" sans s'y opposer, il permet à la fois le maintien du statut de l'informel et ouvre sur une possibilité de glissement vers le formel

Pour autant cette qualification liminaire a connu dans son développement deux champs d'extensions rendant plus difficile la délimitation initiale de son périmètre de définition. Même si ces champs restent complémentaires dans le cadre de l'exercice infirmier, ils ne répondent pas aux mêmes logiques d'action. Nous les résumons dans les formules suivantes, il existe de **l'informel dans le formel et du formel dans l'informel.**

- **L'informel dans le formel**

Nous allons illustrer notre propos à partir de plusieurs situations que nous avons pu objectiver lors de nos enquêtes en situation d'observation.

Une première situation mobilise les deux infirmiers de l'unité présents lors des soins liés à l'hygiène, au traitement et à l'accompagnement d'un patient en chambre d'isolement. Le premier infirmier est au contact du patient. Il dose sa présence et son rôle après évaluation de l'état du patient et aménage les nécessités liées à la surveillance en veillant à laisser au patient un espace d'autonomie dans ses soins et son organisation. La deuxième infirmière se met légèrement en retrait après les civilités inaugurales de l'échange et l'évaluation de la situation du patient. Elle est là, en deuxième intention et ce retrait relatif l'a fait positionner sur le seuil du sas d'entrée. Cette position marque la présence et prend en compte le respect de l'intimité du patient en n'additionnant pas les regards. Elle est donc à l'interface de ce soin programmé et de l'unité. La chambre d'isolement se situe dans une

zone de passage de l'unité et ce passage est majoré par la recherche des infirmiers et l'interrogation ambivalente que génère chez beaucoup de patients ce lieu de soin ou de séquestration ?

Quoi qu'il en soit, cette séquence de soin durera 45 minutes et l'infirmière répondra à de multiples interpellations, sans quitter cette place. Nous relèverons sept mises en fonction sur ce temps. Ce soin ou ces séquences sont très formalisés puisqu'ils font l'objet de protocoles, pour autant il existe en périphérie une mixité de registre qui tient compte ici de l'état clinique du patient et des mouvements de l'unité.

Dans la même idée, nous avons coté comme actes informels des décisions spontanées d'infirmiers de se rendre en chambre d'isolement en dehors, nous devrions dire en plus des passages réglementés par le protocole. Ces passages avaient une fonction, matérialiser une présence avant et complémentairement aux passages prévus sur le prescriptif. Nous avons vu dans ces registres d'action en amont de l'heure ou de la demande, la manifestation d'une volonté d'incarner une permanence. Une forme de coup de force symboligène porteur d'un message, « *Nous savons que vous êtes là*» une référence au jeu de la bobine et au *Fort Da* freudien (*Au delà du principe de plaisir,* Éditions Payot, Coll. « petite bibliothèque Payot», Paris, 1920, 2010, p. 52). Nous avons fait référence à la fonction permanence symbolique (172). Pourtant, le soin en Chambre d'Isolement a fait l'objet de mise en place de protocoles réitérés, lesquels, limitent ces registres d'action en lien avec l'informel.

Un troisième exemple portera sur l'administration d'un traitement injectable à un patient dont les éclats de voix, le trépignement des pieds laissent supposer une hostilité résiduelle. L'administration de ce traitement prend une demi-heure à l'infirmière. Si l'on se réfère à cette dimension temporelle, le temps de l'injection dure cinq à dix minutes et le temps restant relève alors de l'informel en l'état des relevés d'actes. Cette séparation est bien sûr artificielle, la séquence représente un tout et la part variable d'adaptation, d'explicitation, de réassurance est ici majoritaire. Cet échange entre le patient et l'infirmière en chambre n'a par ailleurs pas donné lieu à cotation du fait même de sa nature et de son cadre interindividuel, lequel commande l'absence de tiers.

Ces exemples avec ou sans cotation de l'informel se sont révélés nombreux. Nous les avons choisis à partir de situations prescriptives ou encadrées par un protocole pour les adosser solidement à un aspect formalisé. Ils ont en commun d'illustrer des situations où ce qui se joue dépasse la question de l'intelligence d'adaptation dans la réalisation ou l'exécution d'une prescription. Les éléments qui dépassent ne sont pas autonomes ou extérieurs au soin programmé, ils en deviennent majoritaires et ce mouvement de déport les place alors au cœur de l'action.

Ce constat est différent en ce sens des éclairages qui portent la question du comment ? Ici du comment est réalisée la tâche. Cette question est portée par la psychodynamique du travail avec l'écart entre travail prescrit et travail réel (Dejours, 2010), par Vergnaud quant aux différences entre guide, méthodes et savoirs faire, entre savoirs opératoires et savoirs prédicatifs (Vergnaud, op.cit, 2002).

Ces situations d'informel sont enchâssées dans le formel. Elles sont éclairées par ces approches, mais elles s'inscrivent dans un cadre plus large qui dépasse l'activité prescrite et le soin programmé.

- **Le formel dans l'informel**

Le formel dans l'informel correspond à deux registres d'activités en lien avec les conceptions que les acteurs ont de leur travail. Nous prendrons deux exemples.

Le premier exemple convoque une infirmière qui se trouve en salle de pharmacie lors de ce milieu d'après-midi. Elle s'affaire à la préparation des traitements du soir. La porte de la pharmacie est grande ouverte, cette ouverture lui permet de rester en contact sonore et en partie visuel avec la vie et les informations qui remontent de l'unité. Elle signifie également une forme, si ce n'est de disponibilité, au moins d'accessibilité aux demandes des patients. Ceux que ces derniers ne manqueront pas de faire et suivant leurs présentations, ils interrogent la disponibilité de l'infirmière en se manifestant, ils entrent directement en interaction sans tenir compte de la tâche, voir en franchissant le seuil sans marquer cette limite. La nature de l'interaction ou de la demande et son évaluation modifieront momentanément l'organisation de travail de l'infirmière.

Lorsque nous lui demanderons en DIA l'objet de sa tâche en cours, elle la situera nettement du côté de l'informel à travers la disponibilité et le contact avec le service. Certes, notre position et notre thème de recherche pouvaient la convoquer sur ce terrain, mais cette observation récurrente est

corroborée par les entretiens. Certaines personnes interviewées estiment la part quantitative de *l'informel* dans leur activité entre 50 et 90 %.

Autrement dit, dans les conceptions de soins de ces professionnels, l'activité principale est du côté de l'informel et l'activité secondaire est du côté du formel. Ces conceptions peuvent rejoindre la théorie de Walter Heesbeen sur *L'essentiel et l'accessoire*. Pour cet auteur, l'essentiel est dans le *prendre soin* et l'accessoire est en lien avec les techniques et les tâches qui jouent un rôle support.

Ces conceptions de soins et du métier deviennent alors des aspects formels, repérés et pensés dans ce qui rentre dans notre définition initiale.

Notre deuxième exemple s'appuie sur le matériel d'entretien d'une infirmière ISP que nous qualifierons d'experte (Vergnaud, 2002, Benner, 2003). Lors des premières questions en lien avec l'informel, elle nous répondit, à notre stupeur, qu'il n'existait pas dans sa pratique. Effectivement, la richesse de l'entretien est venue illustrer son propos. Les situations de soins convoquées étaient toutes repérées, pensées (et on ne peut penser que parce que l'on a des mots) et conceptualisées. Les expériences perceptives directes étaient également repérées, le balayage de ces interventions prenait un sens. Il existe chez cette infirmière de secteur psychiatrique une formalisation de ses registres d'actions. Ce que nous nommons informel en perd alors sa pertinence.

Nous pouvons conclure cette question des limites en constatant que notre définition de l'informel s'est montrée suffisamment large et précise pour mener nos enquêtes et notre travail. Le mot est vite identifié à des pans conséquents des pratiques professionnelles infirmières en psychiatrie. La définition initiale n'est pas remise en cause, elle montre ses limites.

Les limites de cette définition de l'informel ne résident pas dans une faiblesse de conceptions. Elles tiennent à un périmètre de définition non étanche. Cette porosité nous permet d'affirmer que dans ce sens, il n'y a pas de soins totalement formels, pas plus qu'il ne saurait y avoir de soins totalement informels.

4.4 La détermination des fonctions

4.4.1 Le choix de penser en termes de fonctions

Le choix de penser et de présenter ces aspects du soin infirmier en termes de fonctions s'est imposé à nous au moment du traitement de la phase exploratoire. Il s'appuyait alors sur une antériorité d'écriture d'articles avec ce mode d'abord et de classement. Cette expérience initiale a fonctionné comme un appui avec son corollaire, un sentiment d'évidence à son recours.

Le questionnement de ce choix nous est logiquement revenu. Il s'est reposé à nous au moment du traitement des données d'observations réactivant une mobilisation de la vigilance épistémologique.

Nous avons repris alors les modalités définitionnelles qui se rapportent à l'exercice infirmier en effectuant ce travail de discrimination.

Comment nommer l'exercice infirmier ? Et plus particulièrement la phase à visée thérapeutique des processus de soins infirmiers ? Différents termes sont utilisés en fonction des références aux théories de soins et de la place du locuteur. Nous retrouvons les termes d'activités, d'actes, d'actions, de pratiques, de traitements, de soins, de thérapeutiques, d'interventions, voir médiologie de la santé (Nadot, 2008). Ces termes peuvent se chevaucher, se substituer les uns aux autres, désigner des situations distinctes ou similaires. La terminologie reste flottante. Nous nous arrêterons brièvement sur ces principales définitions.

L'acte et l'action définissent un centrage sur l'acte. Prenons l'exemple de notre infirmière citée peu avant et l'acte d'injection. L'acte relève du formel, il se suffit à lui-même dans le sens où il n'implique pas une justification. Il possède une visibilité, correspond à un objectif et est objectivable. C'est d'ailleurs sur cette base que sont fixés les actes et leurs cotations en saisie d'activité et comme base de rémunération en libéral. L'acte est également délégué et cette approche de l'infirmière, perçu comme l'exécutante d'actes médicaux délégués reste prévalente dans la reconnaissance sociale de cette profession. Nous citerons rapidement l'aspect historique et juridique du principe qui porte sur

l'inviolabilité du corps humain. Ce principe ne s'applique pas au corps médical. L'extension de ce principe a construit les actes délégués et le primat de ce raisonnement par actes avec sa logique dérogatoire. Il a centré les définitions de métier, dont celui d'infirmier. L'action apparaît comme un sous-ensemble de l'acte, notre infirmière a effectué plusieurs actions (préparation, contact, rangement, etc.) pour réaliser son acte. Cette définition à partir de l'acte ne renseigne pas la dimension de la relation, son utilisation et l'adaptation de celle-ci.

Le terme de **pratique** n'est pas utilisé isolément, auquel cas et par opposition distinctive, il se dialectise avec le terme de théorie. La ou les pratiques sont définies par le mot ou adjectif qui les suit. Nous entendons le terme de pratique infirmière comme définissant l'ensemble du champ d'exercices et du domaine de compétence lié à l'exercice de métier d'infirmier. Les aspects évolutifs et novateurs du métier en constituent les pratiques avancées.

La référence médicalisée au **traitement** ou à la **thérapeutique** est moins fréquente culturellement en France pour désigner l'activité infirmière. Nous citerons Yves Couturier et Julie Davau sur le concept pivot de soin et traitement *« Le traitement apparaît trop instrumental et procédural (...] Tantôt, la notion de soin exprime une vision idéalisée et vocationnelle de l'activité infirmière, tantôt elle exprime l'approche globale des infirmières, le soin reliant 'care et cure' dans un projet humaniste et praxique»*. (Modèles de pratique en sciences infirmières et nécessités d'intervenir. Mais que vient faire la notion d'intervention dans la conception de la pratique infirmière, *Revue Esprit Critique*, volume5, nº 01, 2003, p. 4, http.//194.214.232.113/0501/esp0501article01.html, consulté le 27 mai 2010).

L'activité de l'infirmière décrit elle l'ensemble *« des gestes qu'elle pose pour amener le patient à la condition physique ou au comportement désirés»*. (J.C McCloskey, G.M Bulechek, *Classification des interventions infirmières*, Éditions Maloine (épuisé), Paris, 1996, 366 pages, p. 22). L'activité décrit un séquençage des actions, elle rassemble « *des extraits ou des parties de démarches d'interventions»*. (*Ibid*., p. 23).

La notion **d'intervention** se rapproche par certains aspects de notre formulation. Elle se définit comme un espace d'intervention de l'infirmière et cet espace recouvre une part d'autonomie et accueille « *le caractère relationnel du travail des infirmières»*. (Couturier et Davau, 2003, p. 3). L'intervention reprend des activités, *« consiste en une série appropriée de ces activités [...] met en œuvre des activités se soins infirmier visant à remédier aux problèmes de santé, réels ou potentiels, présentés par un patient»*. (*Ibid*., p.23).). Le terme d'intervention connaît pour Yves Couturier une *prospérité et une pluralité d'usage.* Issues du milieu du travail social, son importation et sa diffusion sont *« indicatrice d'une transformation même de la professionnalité »*. (Couturier et Davau, 2003, p. 1).

L'intervention est définie par L'ICPN *(International Classification of Nursing Practice)* comme : tout soin basé sur un jugement clinique et des connaissances cliniques que l'infirmière réalise afin d'améliorer les résultats de la personne soignée. J. C Mc Closkey, G.M Bulechek ont adopté pour leur part cet énoncé *« Une intervention infirmière consiste en des soins directement prodigués au patient. Ces soins comprennent les soins prescrits par l'infirmière relativement à un diagnostic infirmier, les soins prescrits par le médecin relativement à un diagnostic médical ainsi que les activités quotidiennes essentielles que le patient est incapable d'accomplir»*. (Op.cit., p. 36).

Nous voyons plusieurs limites à ces dernières définitions vis-à-vis de notre objet de recherche et que le **terme fonction** nous permet de dépasser :

- L'intervention est revendiquée du côté des soins directs au patient. Nos fonctions s'adressent à l'équipe, aux collègues et s'intéressent avec curiosité au **soin indirect** en lien avec le paient.
- L'intervention dans ces définitions fait implicitement et explicitement référence aux diagnostics infirmiers. Nous ne pouvons que constater que malgré des relais souvent soutenus en IFSI (Institut de Formation en Soins infirmiers), ces importations anglo-saxonnes ne réussissent pas à s'implanter durablement dans notre paysage et notre culture professionnelle française. Il existe donc des particularités nationales dont nous souhaitons tenir compte et que nous comprenons comme une

lassitude devant l'importation de modèles et un souhait diffus de beaucoup de professionnels d'être en attente d'autres références.

- Il existe dans ces définitions une référence au rôle prescrit là où l'ensemble de nos mises en fonctions relève du rôle propre infirmier en psychiatrie.
- L'ensemble de ces références est centré sur l'exercice infirmier là où notre recours à l'approche par fonction se singularise justement par sa transversalité. Ces fonctions ne sont pas propres ou exclusives de l'exercice infirmier en psychiatrie, elles peuvent naturellement être exercées par d'autres professionnels. La spécificité infirmière en psychiatrie se caractérise ici par la fréquence et la diversité du recours à leurs utilisations.
- Enfin, notre recherche est acculturée à la discipline psychiatrique, elle est thématique et ne s'intéresse qu'à certains aspects du travail infirmier en psychiatrie. Elle ne prétend pas s'intéresser à l'étendue d'un champ professionnel (l'ensemble de la pratique infirmière en psychiatrie), pas plus qu'au champ général de la pratique infirmière (tous types d'exercices) comme le propose la référence à la définition d'intervention. Nous n'avions pas de préconceptions dans ce sens, même si nous constatons aujourd'hui que l'application de notre analyse peut s'élargir bien au-delà de son champ initial.
- L'acte, le geste, et dans une moindre mesure l'intervention quand elle inclut la dimension relationnelle ne rend pas ou que partiellement compte de la complexité des situations de soins. **La fonction permet à notre sens une approche qui va au-delà de l'acte, elle permet d'explorer des aspects périphériques de l'acte et du soin. Elle nous permet également d'en restituer des aspects symboliques et des explicitations en termes de dynamique des processus psychiques.**

Nous entendons que la notion d'intervention est en évolution, ici, son utilisation nous obligerait à une double référence, à son recours et son objectif pour *intervention à visée...* Ces éléments ne nous ont pas fait retenir le terme d'interventions.

Le choix de retenir le terme de **fonction,** s'il nous permet de nous affranchir des courants actionnalistes (définition de métier par actes) et technicistes (centré sur la maladie), s'appuie également sur d'autres constats**.**

Le concept de fonction est utilisé dans les disciplines anthropologiques et sociologiques avec Malinowski et Durkheim. La fonction permettant alors d'étudier un fait social, une coutume, une pratique. Malinowski inventa là le fonctionnalisme en anthropologie. Pour cet auteur, les pratiques les plus anodines répondent à une fonction, et la fonction répond à un besoin. (Bronislaw Malinowski, *Les Argonautes du Pacifique occidental*, 1922, trad. fr. 1963, rééd. Gallimard, coll. «Tel», 1989).

Durkheim est très proche de cet énoncé quand il dit que comprendre un fait social en tant que fonction, il faut donc « chercher à quel besoin elle correspond ». (http.//fr.wikipédia.org/wiki/Fonction (sciences sociales) consulté le 26 juillet 2010).

L'idée de la fonction ne se rapporte pas un but ou un objectif, atteint ou non atteint, car cette visée ne retiendrait pas la correspondance étroite qui se manifeste dans les faits ou situations qui déterminent la fonction. De même, l'idée de fonctions en science sociale et l'ouverture de son champ définitionnel permettent d'aborder les situations autant en termes de processus, de finalité, d'effet ou de résultat. L'utilisation du terme de fonction nous permet de rendre compte de réalités difficilement objectivables, elle peut s'adapter à des infra actes. Le passage de l'acte à la fonction s'effectue par la mise en sens de l'acte. Et ce sens, elle a pu être objectivé par les outils d'enquêtes d'entretien et d'action dialoguée.

Nous avons choisi avec cet objet un champ d'études assez vaste. Il concerne nos trois niveaux d'investigations dans des contextes très diversifiés de situations. Ces dernières peuvent être à l'initiative du patient, du professionnel ou de l'équipe, en lien ou non avec des comportements. La fonction se centre sur la question, *à quoi cela sert-il ?*

Nous retrouvons notre terme dans un autre domaine que la sociologie. Le courant de la psychothérapie institutionnelle l'a formulé avec Jean Oury autour du concept de distinctivité entre rôle, statut et fonctions. Ce concept différencie et fait exister deux types de hiérarchie.

La hiérarchie de type classique, pyramidal et vertical est une hiérarchie statutaire. Chaque soignant a alors une fonction qui correspond à son statut. La pertinence de la psychothérapie institutionnelle est de reconnaître et de conceptualiser qu'à côté de ce cette lignée existe *une hiérarchie subjectale* qui tient compte et prend en compte les implications et les initiatives de chacun

dans la ou les relations au patient. Ce qui se joue là ne relève pas d'un savoir « académique», mais d'une approche de sujet à sujet dans la singularité de chacun en lien avec des savoirs opératoires. Cette prise en compte nécessite un dispositif d'accueil de cette parole ou le déploiement de sa subjectivité, issue des rencontres avec les patients, peut s'effectuer. Elle permet alors de s'affranchir de la pesanteur des statuts et de gagner en liberté. Il s'agit donc de dé-hiérarchisation statutaire et de hiérarchie subjectale.

Celle-ci vaut reconnaissance que toute rencontre avec l'autre et les figures de l'altérité est singulière et porteuse de valeur de responsabilité et d'initiative. Les rôles et fonctions peuvent être revisités en regard de cette pertinence clinique. Il ne s'agit pas d'une dé-différenciation des statuts, formation, métier, mais d'une reconnaissance des aspects diffractés qui s'agissent dans la relation (et le transfert).

Ces repérages s'inscrivent dans un ensemble de conceptions en aval, lesquelles ne considèrent pas que la réalité interne des patients soit confiée aux psychothérapeutes et la réalité externe et son quotidien soit attribué aux infirmiers. Ces conceptions rassemblent ces deux points et utilisent ces deux facettes sans les opposer.

Cette approche ne fixe donc pas de manière préalable la fonction de chacun et chacun peut utiliser ou se retrouver dans les fonctions telles que nous les caractérisons. La fonction n'appartient pas un statut, elle peut l'en faire sortir. Le statut peut amener à ne pas remplir certaines fonctions.

Nous laisserons à Pierre Delion le soin d'étayer, un peu longuement, ce concept *« La notion de "fonction" se distingue du bloc "statut/rôle", ce qui sous-entend une critique du présupposé de la hiérarchie statutaire par redélimitation d'autres types de références pour tenir compte de la valeur subjective des acteurs d'une équipe soignante, à la recherche d'une hiérarchie "subjectale". Il ressort de ces indications que les rencontres entre un sujet malade mental et les soignants qui l'accueillent dans un service de psychiatrie ne peuvent passer que par un premier niveau, celui du sujet, dont la fonction peut être soignante puisqu'il en a le statut et donc le rôle. Mais pour qu'une telle promesse soit tenue, il est incontournable que le soignant soit lui aussi respecté par sa "hiérarchie" comme un sujet, et ainsi, ait un accès facilité à ses potentialités soignantes.»* (Thérapeutiques institutionnelles, avril 2006, http.//www.psychiatrie-désaliéniste.com, consulté le 3 septembre 2009).

Cette belle définition de Pierre Delion rejoint en ce sens, selon nous, ce qu'en 1972 Paul Watzlawick déduisait des cinq axiomes des logiques de communication. Le cinquième axiome observait que l'efficience d'une communication dépendait de relations symétriques et complémentaires. Les premières sont de natures égalitaires, non hiérarchiques provenant d'individus autonomes et les secondes font référence à la hiérarchie. Son constat portait sur une nécessaire circularité des mandats dans l'efficience d'une communication. (*« Une logique de communication* », Edition du seuil, Paris, 1972).

Cette compatibilé d'une approche par fonction avec la hiérarchie subjectale confirme notre choix. Les fonctions peuvent alors représenter un ajout aux références et modèles conceptuels en soins infirmiers notamment. Elles contribuent à notre sens à *« faire reconnaître les dimensions tacites de leurs actions professionnelles* (des infirmiers, NDA) *dimensions longtemps considérées comme "résidus" de leurs pratiques (Petitat, 1989, 349), comme part féminine»*. (Couturier et Davau, 2003, p. 7). À ce titre, il s'agit de quitter le terrain de **la naturalisation des compétences** et du genre, laquelle qualifie cette part féminine tacitement attendue. Il s'agit alors de repérer les **noyaux programmatiques** de ces registres d'actions que le terme de fonction accueille.

Les fonctions représentent également un concept conjonctif, dans le sens où leurs caractéristiques sont généralisables aux lieux d'exercices des infirmiers en hospitalisation temps plein, et certainement, bien au-delà quand les analyses de situations présentent des analogies**.**

Les fonctions invitent à déconstruire la dichotomie entre action et réflexion en introduisant à partir de l'action et du geste, un processus dynamique psychique qui met en lien ses deux aspects des réalités de travail et favorise les représentations finalisantes (lié son geste d'ici et maintenant à un objectif et une finalité qui peut être éloigné)

La fonction prise isolément est transférable, elle ne définit pas le métier. Le métier en vient à se caractériser par contre par **la fréquence et la diversité** de son recours à l'arbre de caractérisations qui suit. Cet abord nuance les approches à tentation narcissique du métier, tels *l'art ou l'essence infirmière,* elle en tempère les contours.

4.1.2 La numérotation des fonctions

La numérotation des fonctions s'est établie à partir d'une logique en quatre points qui peuvent correspondre aux quatre chiffres d'identification.

- Le premier chiffre correspond au niveau d'investigation, soit 1) pour le niveau patient, 2) pour le niveau professionnel, 3) pour le niveau équipe.
- Le deuxième chiffre correspond à l'ordre d'attribution des fonctions mères.
- Le troisième chiffre par ordre d'apparition correspond à l'attribution des fonctions primaires.
- Le quatrième chiffre quand il est présent est destiné aux attributs de fonctions primaires.

Le niveau d'investigation professionnel qui connaît un nombre de fonctions mères supérieures à dix reçoit une formulation spécifique à partir de la dixième fonction. En effet une lettre vient remplacer le chiffre des dizaines. Cette codification a été rendue nécessaire pour établir une compatibilité avec le logiciel *Excel.* Ainsi, la dixième fonction mère est nommée (2.1.a) et non (2.10).

Cette numérotation est donc indépendante de l'ordre du plan. Les numéros de fonctions ont été attribués suivant leur ordre d'apparition et de caractérisation. Cette numérotation invariable constitue un bloc. Elle renseigne sur cette base toutes les références lors des développements de ce rapport de recherche. La page suivante renseigne le plan de numérotation des fonctions mères. À droite de leurs énoncés, le premier chiffre correspond à l'addition de la fonction mère et de ses fonctions primaires et le second au nombre de leurs attributs qu'elles recouvrent.

Ces résultats de caractérisations de fonctions ont permis d'isoler 139 fonctions.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE LA CARACTÉRISATION DES FONCTIONS

5. LA CARACTÉRISATION DES 139 FONCTIONS

Notre arbre de caractérisations retient au final 139 fonctions. Celles-ci se répartissent sur les trois niveaux d'investigation de la façon suivante, 46 pour le niveau patient, 55 pour le niveau professionnel et 38 pour le niveau équipe.

Ces fonctions représentent pour l'ensemble 33 fonctions mères, 89 fonctions primaires et 17 attributs de fonction. Le plan qui suit les rappellent et les présentent dans leurs ventilations de manière synthétique.

Enfin, avant chaque niveau d'investigation, un plan plus précis détaille la répartition des fonctions par leurs noms.

5.1 ***Les fonctions en liens avec le patient (46).***

- ***1.1. Fonction phorique (8+3).***
- ***1.2. Fonction supplétive (6).***
- ***1.3. Fonction amortissante(7).***
- ***1.4. Fonction disponibilité (4+2).***
- ***1.5. Fonction protectrice (4).***
- ***1.6. Fonction attention flottante (2).***
- ***1.7. Fonction permanence (3).***
- ***1.8. Fonction décalage (2).***
- ***1.9. Fonction lien avec la famille (2).***

5.2 ***Les fonctions en lien avec le professionnel (55)***

- ***-2.1. Fonction créativité (8).***
- ***-2.2. Fonction métaphore maternelle (7).***
- ***-2.3. Fonction du registre maternel (4).***
- ***-2.4. Fonction renforcement positif (1).***
- ***-2.5. Fonction orientation (1).***
- ***-2.6. Fonction contenante (2).***
- ***-2.7. Fonction conteneur (2).***
- ***-2.8. Fonction éducation (2).***
- ***-2.9. Fonction liens (4 + 6).***
- ***-2.1. a Fonction différenciatrice (4).***
- ***-2.1. b Fonction clinique (3).***
- ***-2.1. c Fonction observation (3).***
- ***-2.1. d Fonction prévisionnel d'activité (1)***
- ***-2.1. e Fonction écoute (1)***
- ***-2.1.f Fonction anticipation (1)***
- ***-2.1.g Fonction engagement et portage psychique (1).***

5.3 Les fonctions en lien avec l'équipe(38)

- ***-3.1. Fonction de liaisons (5+4).***
- ***- 3.2. Fonction coopération (8).***
- ***-3.3. Fonction élaboration (4+2).***
- ***-3.4. Fonction coordination (2).***
- ***-3.5. Fonction thermométrique (3).***
- ***-3.6. Fonction respiration psychique (1).***
- ***-3.7. Fonction interstitielle (3).***
- ***-3.8. Fonction organisation (1).***

TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE LA CARACTÉRISATION DES FONCTIONS

Préalable méthodologique

L'ordre d'apparition dans la caractérisation des fonctions reprend le codage initial en trois attributions classées dans l'ordre patient, professionnel et équipe. Les développements des éléments de caractérisations lors de la phase d'écriture ont mobilisé plusieurs sources quant à la manière de les renseigner.

- Une **première source** concerne des éléments théoriques et conceptuels auxquels nous avons pu rapporter des particularités de nos fonctions et leurs transpositions dans le domaine des soins infirmiers en psychiatrie. Ces références appartiennent aux domaines de nos modèles d'analyse : psychodynamique du travail, psychothérapie institutionnelle et au recueil d'éléments de conceptualisation de pratiques que nous avons classés sous le modèle de la praxéologie. Les autres références appartiennent au domaine des soins infirmiers, à la psychologie et la psychanalyse, à des travaux de recherches et enfin sont prises à des sources diverses.

- Une **deuxième source** concerne nos apports en termes d'observations et en termes de détermination des éléments caractéristiques. Ces apports nous ont permis d'isoler les traits significatifs, de pointer les éléments différenciateurs et de les nommer.

- Une **troisième source** s'appuie sur l'illustration des caractéristiques des fonctions à travers des extraits d'interviews et dans une moindre mesure des retours des *Dialogues en Interaction avec l'Action.* Cet outil d'enquête sera nommé par son acronyme (DIA), lors de ses mobilisations. Les fonctions les plus en liens avec des savoirs incorporés ne bénéficient pas ou peu de ces retours. Cette remarque s'applique particulièrement au niveau d'investigation patient. (Voir à ce propos en 6.4 les enseignements du niveau d'investigation patient issus de l'analyse croisée).

Concernant l'utilisation des citations des personnes interviewées, nous avons choisi d'accompagner le passage d'une retranscription littérale à une retranscription réécrite. Nous savons qu'aucune convention n'est *« pure»* dans cette démarche. Nous nous en expliquons :

Pour des commodités de lecture, la saisie des entretiens a été légèrement remaniée pour faciliter le passage de la forme orale à une forme écrite. Les remaniements ont pour objectifs d'alléger la lecture. A cette fin, les répétitions, les mots d'hésitations, des conjonctions de coordination, des phrasés qui se cherchent, c'est-à-dire ces artéfacts liés au travail réflexif des interviewés n'apparaissent pas. Ce mode de retranscription s'appuie sur les remarques d'A.Blanchet et A.Gotman quand ils écrivent *« la transcription écrite qui adopte, à des degrés divers, les conventions grammaticales et formelles du texte écrit tend au contraire à effacer les traces expressives du discours au profit des éléments de contenu, à ponctuer le texte selon le rythme et les signes "usuels" des textes écrits, éventuellement à corriger les fautes grammaticales, pour faciliter la "lecture" d'un texte "parlé". […] C'est donc à des compromis adaptés au cas par cas que l'auteur devra recourir le plus souvent»* (*L'entretien, l'enquête et ses méthodes,* sociologie 128, Editions Armand Colin, 2ème édition, 2007, p. 113.)

Nous avons eu toujours à cœur lors de ces mises en exergue que l'esprit du propos et ses traits significatifs soient **respectés au plus près de leurs énoncés et de la centralité de leur idée**. Notre compromis porte sur notre volonté de rester les garants des propos que les professionnels nous ont livrés dans ce cadre d'enquête.

Les segments d'entretiens mobilisés l'ont été pour leur pertinence, indépendamment de leur ordre d'apparition dans le déroulement du guide d'entretien, du métier du professionnel et du site où l'entretien s'est déroulé. Toutes **les variables d'identification** lors de la restitution de ces segments d'entretien ont été **masquées.**

Lorsque peu, voir aucune source ou illustration ne pouvait être mobilisé dans ce travail de caractérisations des fonctions, nous avons avancé nos seuls éléments de déterminations. Nous avons constaté en aval du temps rédactionnel que de manière non linéaire ou mécanique, il existe un rapport de proportion entre d'une part l'importance et la fréquence de la fonction abordée et d'autre part l'importance de son développement et de la présence d'éléments en appui dans les fonds documentaires.

1 Présentation récapitulative des fonctions du niveau d'investigation patient

1.2 Fonction Mère : Phorique

1.1.1 Fonction d'Accompagnement
1.1.1.1 Accompagnement en lien avec la séquence
1.1.1.2 Accompagnement en lien la permanence
1.1.2 Fonction d'Information
1.1.2.1 F. Information en lien avec le prescriptif
1.1.3 Fonction de Soutien
1.1.4 Fonction Effets du renforcement positif
1.1.5 Fonction d'Alimentation narcissique.
1.1.6 Fonction de Valorisation
1.1.7 Fonction de Revalorisation
1.1.8 Fonction Stimulation et Mobilisation

1. 2 Fonctions Mère : Supplétive

1.2.1 Fonction d'Explicitation.
1.2.2 Fonction de Répétiteur et d'auxiliaire mnésique
1.2.3 Fonction de Structuration
1.2.4 Fonction d'Adaptation
1.2.5 Fonction de Réglage
1.2.6 Fonction de Maintien des liens et des acquis

1.3 Fonction Mère : Amortissante

1.3.1 Fonction Apaisante
1.3.2 Fonction de Dérivation
1.3.3 Fonction Hypostimulation
1.3.4 Fonction de Pare Excitation
1.3.5 Fonction liée à un Dialogue contenant
1.3.6 Fonction de Régulation
1.3.7 Fonction d'Accompagnement au cadre

1.4 Fonction Mère : Disponibilité.

1.4.1 Fonction d'Accueil
1.4.2 Fonction d'Ouverture à la relation
1.4.2.1 Fonction de Personnalisation de la rencontre
1.4.2.2 Fonction d'Entretien Informel
1.4.3 Fonction Transitionnalisante

1.5 Fonction Mère : Protectrice

1.5.1 Fonction d'Évaluation partagée
1.5.2 Fonction de Protection
1.5.3 Fonction sécurisante

1.6 Fonction Mère : Attention Flottante

1.6.1 F. Observation à distance

1.7. Fonction mère Effets de la Permanence

1.7.1 Fonction de Permanence réelle
1.7.2 Fonction de Permanence symbolique

1.8. Fonction mère Décalage

1.8.1 Fonction lié au Jeu

1.9. Fonction mère Lien avec la famille

1.9.1 Fonction d'Information en direction des familles

5.1 CARACTERISATION DES FONCTIONS EN LIEN AVEC LE PATIENT

Présentation récapitulative des fonctions du niveau d'investigation patient

1.1 Fonction mère : Phorique

La fonction mère *phorique* désigne principalement les effets de portage, d'étayage (Kaës, 1984) et de soutien que les patients peuvent trouver et éprouver auprès des soignants et du dispositif hospitalisation temps plein. Cette fonction mère s'appuie notamment sur les apports théoriques de Pierre Delion, sur son approche des fonctions phoriques et sur le *holding* de D.V.Winnicott. Nous aborderons la fonction *phorique* en termes de définition et de processus avant d'arrêter la caractérisation de notre fonction mère.

Pour Pierre Delion (2005), *« la **fonction phorique** est une concept tiré du "Roi des Aulnes" de M. Tournier (1979) qui concerne tout ce qui de l'homme, le met ou le laisse dans état de dépendance tel qu'il a un besoin incontournable de l'autre pour être porté par lui soit physiquement…soit psychiquement et c'est le cas de beaucoup de personnes psychotiques qui ont longtemps, voir toujours, besoin de portage pour pouvoir suivre leur destin pulsionnel. C'est donc une mission des institutions de proposer un tel **praticable** (Oury) ».* (« *Thérapeutiques institutionnelles* », Avril 2006, www.psychiatrie-desalieniste.com, p.23).

Cette mission institutionnelle passe alors par un ancrage préalable de cette fonction *phorique* dans les dispositifs de soins en général et dans la scène du dispositif d'hospitalisation temps plein en particulier. Cette fonction soutient un élément-cadre du dispositif dont Michèle Tortonèse nous dit : *« Donc le mot cadre dit à la fois la bordure et **la scène** qui est à l'intérieur. Pour nous, dans le champ du soin, la scène qui est à l'intérieur est nommée "processus thérapeutique". […] Le rôle thérapeutique consiste à accompagner le sujet pour qu'il "rejoue" sur la scène thérapeutique ce que le cadre de soins définit et autorise ».* (*«Cadre thérapeutique et accompagnement infirmier* », EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-725-B-50, 2011, 7 pages, pp.2 - 3).

Cette mission institutionnelle se traduit et se définit ainsi pour Pierre Delion : *« La fonction phorique concerne l'accueil, le cadre de la thérapeutique, le portage, tout ce qui est nécessaire pour redéfinir **une scène** sur laquelle le patient va pouvoir jouer sa problématique, souvent à son insu dans un premier temps. Cette fonction phorique est étroitement liée dans sa texture à […] un premier niveau logique de "l'être au monde", et tout particulièrement dans sa dimension de "papillon pulsionnel" ».* (*« Psychose, Vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle* », éditions Erès, Ramonville Sainte Anne, 1998, 254 pages, p.16).

Notre auteur propose de repérer cette fonction autour de trois temps. Le repérage de ces temps, qui peut s'organiser de manière linéaire ou circulaire, permet le passage à une notion de processus.

> 1) Le premier temps correspond donc au temps de l'accueil de la souffrance, de la pathologie et de ses manifestations. Cette fonction de portage par les soignants et le dispositif sur la scène du soin correspond à la **fonction phorique**.
> 2) Ce cadre établi, des signes vont pouvoir être repérés, des messages vont être déposés, qui vont **faire signe**. *« Lorsque l'on dispose d'un cadre, le patient va pouvoir exprimer les signes de sa souffrance subjective, celui qui pourra en être le réceptacle en sera pour un temps le porteur».* (*Ibid,* p.17). Ce portage des signes de souffrance, encore en attente de mise en sens, et qui n'est pas toujours exprimé dans un langage articulé par la parole correspond à la **fonction sémaphorique.**
> 3) Les éléments mis en signes vont pouvoir être ensuite travaillés et transformés pour qu'un sens advienne. C'est le temps de la **fonction métaphorique,** elle *« permet de travailler le sens des signes du patient autiste ou psychotique par le repérage patient des invariants structuraux qu'il dépose à son insu tout au long de sa trajectoire transférentielle, tel un petit poucet qui ne se sait pas».* (*Ibid,* p.17).

À partir de ces repérages, nous pouvons apporter les éléments de caractérisation de notre fonction mère *phorique.* Celle-ci se définit, dans le cadre de *l'informel* et dans le cadre de nos observations, préférentiellement sur le premier temps de la fonction phorique décrite par Pierre

Delion. Les deux autres temps échappent aux observations ou trouvent une scène d'identification lors de la restitution au groupe pour la fonction métaphorique. Le lien se fait ici avec le niveau d'investigation équipe. La fonction *phorique* désigne les effets de portages, de soutien, d'étayage, individuels ou groupaux, effectués par le ou les soignants en direction des patients, en lien avec les situations liées à la vie quotidienne et au *vivre ensemble.* Nous situons cette fonction du côté de la mobilisation de la ressource, en appui sur les parties « saines».

La fonction mère *phorique* est en cela très proche du concept de *holding* apporté par D.V.Winnicott (1975). Rappelons que cet auteur, dont l'étendue du travail apporte beaucoup à la dimension des soins infirmiers en psychiatrie, parle du *holding* comme de la manière dont est porté, maintenu, soutenu, retenu, contenu **physiquement et psychiquement** le petit enfant et cela lors des premiers stades, lorsque ce dernier est dans une dépendance complète à sa mère. Le *handling* correspond lui à la manière dont l'enfant est présenté et *l'object-présenting* correspond à la présentation de la réalité environnante à l'enfant.

Cette notion de *holding* peut prendre aussi le nom de *setting*, elle décrit au-delà de la personne de la mère l'impact de l'environnement dont la mère est la première figure. Le *holding* peut représenter la somme des aménagements d'un dispositif de soins (de l'accueil au soutien, en passant par l'accompagnement). Alors nous revenons au cadre qui devient un environnement qui contient, le *holding-environnement* de D.V Winnicott. Pierre Delion explique à ce propos : *« C'est dans une telle perspective que le concept de "holding", que j'ai essayé à ma manière, de traduire en français par "fonction phorique", prend une énorme importance»*. (« *Pour que ça continue : la fonction phorique »,* Colloque AMPI, Octobre 2010, www.serpsy.org).

Une fonction *phorique* dont les soignants se saisissent de manière directe ou indirecte, dans le cas d'une ***demande en acte.***

Enfin, Patrick Chemla cite notre auteur de référence sur cette fonction mère pour aborder à son tour cette fonction *phorique* : *« Cette généralisation du "holding" winnicottien et du thème de la "matrice de soutien" de D.Stern vient du fait que mon expérience institutionnelle m'a souvent montré que les conditions à mettre en œuvre avec les patients présentant des pathologies archaïques passent nécessairement dans un premier temps par de telles fonctions »*. (« Relation soignante et suive au long cours», *Santé Mentale*, nº 149, juin 2010, pp. 26-31, p.31). Un constat que nous avons retrouvé et validé lors de nos séquences d'observations.

1.1.1 F. Accompagnement

Le terme d'accompagnement décrit un vaste champ d'action et de définition. Nous partons dans cette approche de définition de soignants infirmiers pour aborder la notion d'accompagnement dans les soins puis pour arriver à la notion d'accompagnement telle que nous l'entendons dans le cadre des fonctions en lien avec *l'informel.*

Philippe Gaurier (2011) a publié sur ce thème un ouvrage. Il adopte la conception de Sylvie Pandélé (2008, pp. 75-76) qu'il cite à ce propos. Nous comprenons ce choix et nous le faisons notre. Nous reprenons ici l'ensemble de cette remarquable définition :

> *« L'idée de mouvement dans l'espace, c'est-à-dire la notion de spatialisation, est majeure. Concernant un agir humain, l'acte d'accompagnement est donc pris dans une interrelation qui suppose une relative symétrie du rapport à l'autre. Précisément le positionnement de cet agir (accompagner, c'est être à côté) le distingue de ses synonymes ou autres notions voisines qui soit précèdent (guider, conduire), soit se situent derrière suivre, pousser), soit sous-entendent une relation dissymétrique, voire tutélaire (assister, prendre en charge, suppléer).Complétant la dimension du positionnement spatial, le concept renvoie à une pédagogie, une méthode inscrite dans une temporalité spécifique, celle du présent ajusté. Il s'agit de marcher au même pas, au même rythme que l'autre pour lui laisser le temps (son temps) dans ce qu'il cherche à dire, à faire»*. (*« De l'accompagnement... du soigné au soignant»,* Éditions du Losange, Nice, 2011, 244 pages, p.35).

Cette définition s'accorde à la dimension des soins infirmiers en psychiatrie et elle parle la dimension et le positionnement relationnel. Ce dernier ajout renforce encore l'adéquation du

propos : *« En tout état de cause, lorsque le concept d'accompagnement s'applique à l'homme, il introduit d'emblée l'altérité dans une altérité de proximité, où l'un se fait à la présence de l'autre dans une démarche continue d'accueil de l'autre dans sa réalité propre»*. (*Ibid, p.35).*

L'accompagnement apparaît comme l'occasion de s'inscrire dans un double mouvement, à la fois faire chemin ensemble et également faire un bout de chemin vers l'autre. Dans notre clinique de soin infirmiers en psychiatrie, cet accompagnement suppose un temps d'interaction qui se déroule dans une temporalité plus conséquente. Elle suppose une demande du patient ou une proposition de l'infirmier. La finalité, le but sont connus des deux acteurs et l'objectif constitue un élément-cadre de cette fonction. C'est l'utilisation de cette surface de temps partagé lors de l'accompagnement qui va constituer et caractériser la fonction.

Michèle Tortonèse s'est intéressée à cette dimension de *L'accompagnement infirmier comme médiation thérapeutique.* Elle se dit alors : *« Évidemment, si l'on doit considérer l'accompagnement thérapeutique comme une médiation thérapeutique, il faudra se poser la question de l'objet médiateur. La réponse était évidente, c'est objet, c'est l'infirmier lui-même. Me représenter en pâte à modeler fut pour moi une pensée agréable. Bien sûr, il n'est agréable de se sentir pâte à modeler que si l'on est bien certain d'exister ailleurs que dans sa forme. […] Être des objets à manipuler, être malléables, mais être résistants et de plus conserver en mémoire de forme. Nous devons subir cette manipulation et l'observer dans sa facture, dans ses effets sur nous pour laisser mûrir en nous un effet de sens […]».* (« L'accompagnement infirmier comme médiation thérapeutique», *Soins Psychiatrie,* n°250, juin 2007, pp. 41- 45). Un objet malléable dont Pierre Delion donne le sens proposé par M. Milner (1979) qu'il cite : *« La substance malléable est une substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens. Cette substance à laquelle on peut faire prendre la forme de nos fantasmes peut inclure la substance du son et du souffle qui devient nos paroles»*. (« *Thérapeutiques institutionnelles»,* Avril 2006, www.psychiatrie-desalieniste.com, p.23).

La définition très succincte de ***l'objet malléable*** ou du ***médium malléable*** Roussillon (1991) est de se représenter justement un travail ou une activité de représentation. Il est donc intéressant de considérer une des fonctions de l'infirmier comme une capacité à se déformer au contact du sujet, et on pense ici aux patients psychotiques, puis de revenir à sa forme initiale sans se laisser détruire dans cette capacité ductile, et cela, tout en gardant des traces.

Nous notons que cette fonction *accompagnement* peut s'organiser autour d'un besoin de base, elle demeure aussi un temps potentiellement adéquat d'une parole. Une parole qui fait ici de l'infirmier une *conjonction de coordination* (J.Hochmann), une parole qui fait le lien entre l'acte et la parole et qui fait que des effets de sens peuvent surgir. Pour Michèle Tortonèse : *« C'est l'accompagnement infirmier lui-même, qui est à visée thérapeutique, parce qu'il constitue un modèle métaphorique, pendant le temps des soins, qui peut être symbolisé dans un travail de réorganisation psychique»*. (Op.cit, p.6).

L'accompagnement est un lieu et un temps privilégiés pour passer d'une situation à une situation parlante. Le propos n'est pas d'interpréter, de produire une représentation du conflit inconscient, le propos est plus de l'ordre d'une métaphore qui permet de mettre à disposition un sens ou une représentation plus acceptable. Il s'agit d'une forme de mise à disposition qui commente, suggère, précise, décrit les impressions sur la scène de l'action d'accompagnement. Cette scène fait penser à une forme de théâtralité avec ses didascalies, ces notes qui désignent l'action, nomment, énoncent les circonstances, indiquent les sentiments. Mais elles sont ici démutisées, elles rejoignent en ce sens ***l'action parlante*** ou ***l'agir thérapeutique*** élaboré par P.C Racamier pour décrire cet acte parlé qui relie des éléments de la réalité, concrets à des éléments de la réalité interne. Certains mots facilitateurs ont une valeur de sésame lors de ces actions parlantes. Il en est ainsi des « *peut-être »* et des « *c'est comme si »*.

Gérard Bayle à consacré un ouvrage à ce dernier auteur où il parle de cette dimension que nous rattachons à cette fonction en ces termes : *« Il peut en aller de la quotidienneté des soins pour peu que ceux-ci rendent les **actions parlantes**, c'est-à-dire qu'ils donnent une valeur plus que symbolique à certaines actions, qu'ils les rendent symbolisantes par elles même»*.. (Gérard Bayle, *Paul Claude Racamier,* Éditions PUF, 1997, 127 pages, p.41) ; (voir à propos la Fonction Parole en Acte n°212).

Nous repérons deux grands types d'accompagnement pour cette fonction :

- Le premier est lié à des interventions organisées sur le mode de la séquence à l'intérieur ou à l'extérieur des unités. Il existe à cet endroit deux registres d'attribution, soit la séquence est programmée, l'informel est alors enchâssé dans l'action programmée de l'accompagnement comme autant d'objectifs secondaires. Soit, dans un deuxième registre, la séquence correspond au prévisionnel d'activité du soignant (voir à ce propos la fonction 2.1.d) et elle reste alors informelle dans sa forme.
- Un deuxième type d'accompagnement est en lien avec les aspects de la vie quotidienne et de la gestion de la permanence. L'accompagnement revêt alors préférentiellement un aspect lié à *l'informel.*

Dans les deux cas, il s'agira de se servir ou de s'appuyer sur des situations ou des éléments du réel comme surface ou support alors utilisés comme médiateur dans la relation. En fonction de son cadre d'intervention, de son objectif et du statut différent de *l'informel,* nous caractérisons deux attributs à cette fonction. Dans tous les cas, lors de l'action d'accompagnement, la question de l'autonomie (le rapport autonomie/dépendance est soupesé) et de l'objectif partagé est prise en compte.

1.1.1.1 *F. Accompagnement en lien avec la séquence*

Ces accompagnements concernent la participation aux activités programmées ou spontanées, accompagnement aux examens et consultation, accompagnements dans toute démarche ponctuelle en lien avec le projet de soins, sur l'unité ou en extérieur. Les caractères de ces accompagnements peuvent être en lien avec un objectif thérapeutique, médical, utilitaire, administratif ou de loisir.

1.1.1.2 *F. Accompagnement en lien avec la permanence*

Ces accompagnements touchent aux situations du réel et concernent principalement les temps de repas, de traitement, qui rythment la vie des unités. Les éléments du réel concernent les aspects périphériques de la vie en lien avec l'hébergement et l'hôtellerie (environnement immédiat du patient : gestion du linge, accès aux communications, en particulier le téléphone…)

1.1.2 F. Information

La fonction *information* réside pour le ou les patient(s) dans la possibilité de pouvoir recevoir et bénéficier de tous types d'informations générales et/ou particulières à différents moments propices liés à la vie des unités de soins.

Les **informations générales** concernent toutes les informations sur le contexte de l'hospitalisation, le fonctionnement général de la psychiatrie, les pathologies et leur évolution, les droits et les devoirs. Ces informations prennent en compte les communications sur les droits des patients en lien avec les modalités des hospitalisations sous contrainte. Elles prennent en compte également l'adaptation de la communication aux patients dans une visée de compréhension et d'accessibilité à l'information.

Les **informations particulières** concernent les principes de fonctionnement de l'unité et plus particulièrement tout ce qui a trait à l'environnement direct et immédiat du patient. Ces informations reposent également sur les éléments contextuels et les imprévus que vient commenter le soignant pour résorber ce qui pourrait constituer une nuisance pour le patient, et soutenir une ambiance à valeur rassurante et sécurisante. Outre des renseignements sur l'environnement, les informations particulières s'adaptent et répondent à la singularité de la personne. Elles renseignent sur le caractère habituel (plus que normatif), sur le repérage d'éléments d'appréciation sur l'environnement et sur les modalités d'adaptation du patient.

Nous avons caractérisé un attribut de fonction à cette fonction *information*. La place importante des traitements en hospitalisation temps plein, les questionnements, les effets, le travail sur le passage d'une contrainte à une acceptation, puis du consentement recherché à un assentiment exigent l'adaptation de l'information et sa répétition et constituent une forme spécifique d'information. Nous l'avons ensuite étendu au registre du prescriptif.

1.1.3. F. Soutien

La fonction *soutien* correspond à un moment de compréhension de l'affect du patient face à une situation ou un moment qui fait difficulté. L'action vise à permettre au patient de découvrir et de prendre conscience de ses potentialités vis-à-vis d'un obstacle à surmonter, d'une décision à prendre. Dans le cas ou l'adversité est perçu de manière envahissante, le soutien se manifestera par un appui face à cette adversité susceptible de renforcer un sentiment de sécurité.

Cette fonction s'appuie sur les ressources du patient afin qu'il se distancie des éléments anxieux, ce qui suppose une évaluation préalable ou connexe de celle-ci. L'antériorité de relation permet ici de se référer à un fond d'expérience qui peut venir en appui. Cette fonction participe d'une attention, laquelle peut dépendre de la posture du soignant. Cet aspect a été relevé par Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, auteurs de la recherche de Nant lorsqu'ils écrivent : *« Nous avons pu nous rendre compte combien ce travail de soutien alliant de la mobilisation est subtil. Il requiert des soignants une posture qui respecte, accepte et fasse avec les possibles des patients mais aussi avec ses limites et sans se substituer à lui. […] Un équilibre ténu qui permet au patient, selon la posture du soignant, soit de faire face à la situation avec qui il est, soit de le rendre dépendant ».* (*« Interventions Infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu»*, Fondation de Nant, 87 pages, p.78).

Cette fonction *soutien* correspond à une des cinq fonctions du milieu développées par Gunderson (1978) et repérées comme autant de processus thérapeutiques. R. Panchaud et M.Miazza la définissent ainsi ; le soutien *« constitue tout ce qui contribue à restaurer l'estime de soi, et qui permet au patient de se sentir plus confortable, en sécurité. Ce soutien peut être prodigué par les activités de la vie quotidienne […] ou à travers un processus relationnel, où l'accent est mis sur la réassurance, l'encouragement. Le principe de base est une disposition du soignante (position interne), une attention authentique à l'égard du patient ».* (*«Environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie »,* EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-705-N10, 2011, p.6).

La fonction *soutien* est évoquée avec le décret de compétences du 29 juillet 2004, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Son article 5 est relatif au rôle propre infirmier et 42 actes distincts sont alors retenus pour constituer ce rôle. Parmi ceux ci, 3 concernent de manière plus évidente notre discipline dont les actes concernant *L'aide et le soutien psychologique.*

Jacky Merkling parle d'attitude de soutien et il l'a définit ainsi avec l'utilisation d'un vocabulaire descriptif qui n'est pas sans rappeler notre approche par caractérisation de fonctions: *« Les caractéristiques de l'attitude de soutien se rapprochent de la relation d'aide rogerienne. Elle se manifeste par des actes concrets : écoute (intérêt), présence (disponibilité), encouragement, réassurance, apaisement, conseil, interventions dans la réalité du sujet, contact avec son environnement familial et social. Sont recherchés le soulagement des tensions intérieures, la diminution même provisoire, de la souffrance psychique, de l'anxiété, des inhibitions, la capacité de poser des actes. Il s'agit modestement de stimuler les capacités du sujet et d'atténuer l'impact des manifestions de sa pathologie, c'est-à-dire de faciliter la coexistence du sujet avec son problème ».* (*« Le métier d'infirmier en Santé Mentale »,* Collection savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, 318 pages, p.218).

Nous notons, enfin, que cette fonction est recensée par JC.McCloskey et G.M.Bulechek dans leur classification des interventions infirmières. Ces auteures la retiennent, soit en destination des aidants, familles et pour ce qui nous intéresse dans le cadre de cette fonction, dans sa dimension de soutien psychologique *« manifestations de réconfort, d'encouragement et d'acceptations que l'on porte à une personne qui traverse une période de stress ».* (« *Classification des interventions infirmières ».* Edition Maloine Decarie, Québec, 1996, 366 page, p.287). Nous la retrouvons également dans leur classification comme terme de définition pour plusieurs autres interventions.

Cette fonction est typiquement transversale des registres d'action des soignants, cet investissement soignant traduit ici dans cette fonction de *soutien* constitue un élément moteur du soin psychique.

1.1.4 Effet du renforcement positif

Cette fonction *effet du renforcement positif* connaît son pendant avec la fonction 2.4 sur le niveau d'investigation professionnel. Nous avons souhaité différencier l'utilisation du renforcement positif de ses effets. Il arrive effectivement que cette initiative et son utilisation restent sans résultat, le message de renforcement se perdant dans la faiblesse ou le défaut d'estime de soi.

Le message central de cette fonction peut tenir dans cette contraction *« un peu ici, c'est déjà beaucoup »*. La référence est d'origine rogerienne, il s'agit de souligner davantage ce qui a été réalisé, quelque soit le chemin parcouru, que de s'arrêter à mesurer les étapes restantes. En ce sens, cette fonction s'ancre dans le réel, elle y trouve sa substance. Il ne s'agit pas de couvrir de propos laudatifs ou élogieux un patient ; il s'agit de faire parler ce réel si souvent muet et devant lequel nombre de patients y voient une course d'obstacle. Nous savons que parfois la réalisation de tâches bien modestes demande une énergie phénoménale qui correspond alors à une forme d'exploit. Il serait alors inversement dommageable de ne pas parler ou souligner cette réalisation. C'est juste l'unité de mesure qui change.

Cette fonction peut prendre différentes formes, comme celle d'encourager et de soutenir l'action entreprise par le ou les patients. Il s'agit aussi de renforcer toute action/réaction consciente ou non produite par le patient vis-à-vis d'un stimulus dérangeant ou non, et visant à en amoindrir les effets sur les facultés d'auto-contenance.

Pour les auteurs de la recherche de Nant, leurs observations les ont amenés au constat qu'*« à maintes reprises, nous avons pu constater combien les soignants investissaient positivement les résidents en leurs adressant des propos qui visaient à renforcer l'estime d'eux même »*. (Op.cit, p.60). Cet aspect est validé par cet infirmier lors d'un DIA. Il invitait alors un patient présent au bureau à s'essayer à l'utilisation du poste informatique et ainsi, il le renforçait positivement dans cette manipulation au caractère initiatique. Il nous expliquait combien il est important de soutenir ce qui marche. *« L'appui et le renforcement positif favorisent ce qui marche plutôt que ce qui dysfonctionne. Surtout pour des patients qui sont habituellement confrontés à des situations qui leur pointent leurs défaillances »*.

1.1.5 F. Alimentation narcissique

Cette fonction *d'alimentation narcissique* décrit une action intentionnelle et soutenue qui vise à étayer ou à alimenter un narcissisme défaillant. Cette fonction passe par la parole et son expression est individualisée. Les éléments narcissiques touchent en effet à l'intimité de la personne. Son action peut être menée par un ou plusieurs soignants et l'activation à plusieurs de cette fonction permet de renvoyer un croisement de regard. Elle s'appuie sur des données et des capacités connues du patient qui sont alors mobilisées et que les soignants savent pouvoir -stimuler.

C'est parfois lutter contre les processus dénégatifs utilisés par le patient qui ne se reconnaît pas comme auteur de ses actes et surtout qui ne perçoit pas le sens bénéfique qu'il conviendrait de leur attribuer.

1.1.7 F. Valorisation

La fonction de *valorisation* concerne les actions qui s'appuient sur une compétence du patient repérée dans l'instant. Elle utilise cet élément du réel ou ce résultat d'une action plutôt réussie et elle vise alors à conforter une estime de soi. Son mode électif est l'appui sur l'ici et maintenant. Elle peut se dérouler sous le regard de tiers, des autres collègues de l'équipe ou du groupe patient. Le groupe ou les tiers peuvent constituer une ressource additionnelle et l'effet de groupe renforce son déploiement.

Cette fonction permet aussi de porter un effet sur le groupe. L'appréciation de valorisation d'une réussite contribue à faire parler le caractère étayant du dispositif. La modélisation de cette valorisation parle un élément de la nature du regard soignant qui participe d'une invitation à un coétayage.

De même, un appui congruent sur une situation de réussite (contrôle de soi, dépassement d'une limite personnelle ou d'une inhibition, résistance à un facteur stressant, etc.) peut s'exprimer au bénéfice d'un étonnement. L'expression de ce dernier signe le partage d'éléments de vitalité. D'un côté, la manifestation non feinte d'un étonnement traduit une vitalité soignante, l'étonnement signe

effectivement la préservation de capacités soignantes. De l'autre, la situation d'appel signe une ressource qui ne s'était pas encore affirmée de la sorte.

Annie Vasseur et Marie Christine Cabie proposent à côté du repérage des ressources générales du patient de s'intéresser aux ressources plus directement en lien avec les problèmes rencontrés. Elles proposent alors de favoriser une compétence quand à l'emploi des ces dernières : *« Les ressources plus directement en lien avec le problème peuvent être découvertes lorsque nous examinons les difficultés du patient. Ce sont en fait des solutions partielles dont il dispose déjà et sur lesquelles il pourra s'appuyer pour aller de l'avant. Le thérapeute au cours de l'entretien s'attachera à repérer et à mettre en valeur les "petites réussites" du quotidien ».* (« La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie », *Recherche en soins infirmiers*, n°82, septembre 2005, pp43-49, p. 46).

L'énoncé des critères effectifs et repérables va permettre au patient non seulement de reconnaître et de se reconnaître dans son aptitude à avoir géré la situation présente, mais également d'en apprécier la reproduction.

1.1.7 F. Revalorisation

Cette fonction de *revalorisation* se caractérise par la reprise de la situation initiale ayant donné lieu à valorisation. Elle s'appuie sur une compétence ou une ressource connue maintenant du patient lors de la situation initiale, mais non portée à son crédit dans le regard que le patient se donne. Cette fonction vise à réactiver la situation d'étonnement et se propose d'en redéfinir les composants. Cette visée tient ici à conforter une estime de soi.

Une deuxième utilisation a pu être constatée lors de nos séquences d'observations. Elle concerne l'utilisation de cette fonction comme un moyen de mise en relation ou comme l'abord en reconnaissance d'une singularité. L'appui est donné sur la situation d'étonnement initial. Elle vise à faire de cette expérience un des traits caractéristiques de la personne dans une relation donnée. Un trait qui vient personnaliser et faire repère dans l'évolution du patient, mais aussi dans la construction d'une histoire commune. La situation d'appel prend une fonction de **matrice narrative**. C'est par exemple rappeler les « autres fois » où l'agir s'est traduit par un impact positif (y compris contrairement à cette fois-ci), ou encore souligner les efforts du passé et leur efficience dans l'instant. L'idée d'un cheminement et d'un training, d'un entrainement à des marquages positifs, à l'estime de soi, peut assurer un recours plus immédiat et plus opérant chez le patient.

1.1.8 F. Stimulation

La fonction *stimulation* recouvre l'ensemble des actions des professionnels infirmiers quand elles ont pour objectif l'initiation, l'initialisation, la mobilisation, la sollicitation du patient en vue d'un soin de base, d'un accompagnement, d'une activité thérapeutique, de loisir ou de toute autre démarche le concernant. Ces actions visent au maintien et au développement de l'autonomie. Elles relèvent alors soit du « faire avec » quand il existe une difficulté ou une incapacité à agir de façon autonome, la stimulation agit dans l'action, soit du « faire faire » quand il existe une capacité à agir de façon autonome, la stimulation agit alors sur le déclenchement de l'action.

La stimulation n'est pas l'agitation, il s'agit d'une action d'encouragement, d'incitation s'appuyant sur les capacités connues du patient ou du groupe de patients dans un but de maintien des acquis ou dans un but d'évaluation de la qualité de la réponse aux stimulations.

1.2. Fonction mère : Supplétive

Cette fonction mère fait partie de ces fonctions très peu repérées par les soignants lors des entretiens. Cette fonction apparaît par contre comme la plus renseignée lors de traitement des séquences d'investigation avec observation. Elle représente alors environ un quart des observations. (Voir à ce propos le tableau (n°7) et la figure (n°7) de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation patient par fonctions mères et primaires).

De manière générique, la fonction mère dite supplétive est utilisée au quotidien par les infirmiers alors que son repérage est assez faible. Elle fait partie de ses savoirs incorporés dont les registres d'actions peuvent être perçus comme autant de compétences naturalisées. (Voir à ce propos,

l'encadré des enseignements du niveau patient en 6.4). C'est à dire des compétences attendues dont les acquisitions seraient naturelles et liées au genre (ici féminin) et non à une démarche formative et professionnelle.

Les soins de suppléance sont abordés par Virginia Henderson avec son modèle des 14 besoins fondamentaux de l'homme. Ils concernent alors les dépendances d'une personne, c'est-à-dire ce qu'il convient de suppléer lorsque la personne ne peut réaliser et répondre seule à son niveau de besoin. Les soins de suppléance se centrent sur des domaines tels que ; la promotion de l'autonomie, l'aide aux actes de la vie quotidienne, le volet rééducatif voir le bien-être.

Pour Marguerite Potier dans son dictionnaire des soins infirmiers, le soin de suppléance s'intègre dans la notion plus étendue des soins de maintenance. Elle définit alors ces derniers comme *« Des soins visant à compenser partiellement une diminution de l'autonomie, à maintenir les fonctions vitales en respectant les habitudes, les coutumes, les croyances et les valeurs de la personne ».* (*« Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers »,* Editons Lamarre, 2000, 363 pages, p.309). Elle situe ces soins principalement dans les domaines de l'hygiène et de la propreté.

L'apport des soins de suppléance se situe dans une logique additionnelle qui apporte et répond à un déficit, une carence ou à un handicap. Jacky Merkling, quant à lui, retient cette capacité dans une des missions attendue d'une unité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie. Il reprend cette idée sans affirmer pour autant le mot : « *[...] cette fois ci, il s'agit de tenter de combler un manque, d'ajouter une capacité, dans une intention cumulative (supplétive ?) ».* (*« Le métier d'infirmier en Santé Mentale »,* Collection Savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, 318 pages, p.129).

Dans un article sur les modèles de pratiques en sciences infirmières Yves Couturier et Julie Daviau se réfèrent à Dorothy Orem (1987) comme représentant une auteur qui aura, selon eux, le plus formalisé les conceptions liées aux activités de soins infirmiers. Après avoir retenu les aspects relationnels des soins infirmiers avec le *caring*, ils écrivent alors à propos du concept de soins infirmier ; *« Celui-ci se réfère à une catégorie d'actions professionnelles suppléant au déficit d'auto-soin d'une personne malade ou handicapée. Les soins infirmiers sont donc l'ensemble des activités de suppléance permettant le maintien de la vie, ici entendue au sens bio-psycho-social du terme ».* (*« Modèles de pratique en sciences infirmières et nécessités d'intervenir. Mais que vient faire la notion d'intervention dans la conception de la pratique infirmière*", Revue Esprit critique, Volume 5, nº 01, 2003, p.2).

Michèle Tortonèse, infirmière en psychiatrie, voit ici une éventuelle opportunité quant à ce mode d'approche lorsqu'elle nous dit *« Nous avons de la chance, notre potentiel thérapeutique s'inscrit dans le cadre de la quotidienneté. Parce que nous sommes infirmiers nous sommes de fait convoqués* ***à la suppléance*** *dans la satisfaction du besoin, nous sommes donc aussi convoqués au repérage du manque dans la capacité autonome de traiter ce besoin. Nous avons donc la chance d'être souvent les mieux placés pour apercevoir ce point de conflictualité dans la structuration de cette personne.[...] De plus, nous serons aussi les premiers à entendre ce qu'elle peut dire de cette difficulté, sur quel mode et dans quelle dynamique elle reconstruit, à chaud, son expérience ».* (*« Cadre thérapeutique et accompagnement infirmier »,* EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-725-B-50, 2011, p.6).

Pour notre part, dans le domaine des soins infirmiers en psychiatrie, nous reprendrons certains points des définitions précédentes. Nous définissons les aspects informels de la fonction supplétive comme **l'ensemble des actions qui visent à compenser et maintenir des capacités adaptatives et cognitives touchées par les manifestations négatives des pathologies et de leur évolution.**

Ces évolutions peuvent s'exprimer sur un mode passager ou durable, entrainant une situation de dépendance régressive ou progressive. Dans le cadre d'une hospitalisation qui vise au recouvrement des capacités de la personne ou à la stabilisation des dépendances, ces actions font partie intégrante des soins infirmiers, avec une collaboration privilégiée avec les aides soignants. Elles sont également une source d'observations et de renseignements quant à la manière que peut avoir le patient de se confronter, de vivre ce défaut d'autonomie.

Dans le cadre de l'informel, ces activités peuvent aller de la simple reformulation des informations à la répétition d'éléments de communication en direction du patient et de son environnement, de la structuration des repérages liés à l'espace temps à l'adaptation du patient à ces

derniers, de la mise en évidence à l'aide à la compréhension des registres de codification sociale des échanges et des relations sans oublier qu'à la maintenance des acquis.

1.2.1 F. Explicitation

La fonction explicitation vise à **reformuler une information**, une décision, une action en utilisant différents registres de communication, une adaptation du langage, et des ajustements linguistiques – et cela de façon à rendre accessibles les contenus du message et en optimiser la valeur informative vis-à-vis des possibilités de compréhension du patient.

Cette fonction existe avec une fréquence soutenue dans les soins infirmiers en unité d'hospitalisation. Cette occurrence est en lien avec des distorsions favorisées par la pathologie qui peuvent atteindre simultanément plusieurs des canaux de la communication. Ainsi, les perceptions, les émotions, la compréhension, la pensée peuvent se trouver, isolément ou simultanément touchées et perturbées par ces distorsions.

La fonction explicitation peut concerner et s'adapter alors à ces différents registres :

- Cette fonction peut consister par exemple en une reprise de vécus ou de perceptions altérés chez le patient du fait de la maladie pour en proposer une lecture ouvrant à une distanciation. Cette possibilité de recul sur la situation vécue par le patient permettant de mieux identifier les distorsions en lien avec la nature du fait psychopathologique. Cette distanciation éventuelle ainsi que la possibilité d'exercer, ou non, une lecture critique renseignent également sur l'ancrage du symptôme.

- La fonction explicitation concerne aussi et pour une grande part les éléments d'information liés au cadre du soin du patient (et à son mode d'hospitalisation), à son traitement par la reprise et l'exposé des critères décisionnels. Il s'agit alors de reprendre de manière fine ou générale l'exposé des motifs et de les adapter aux modes de compréhension du patient. Cette explicitation passe par une adaptation des niveaux de langage et elle peut également s'appuyer sur une augmentation de la diversification des modes de communication lors de l'interaction.

Plus généralement, la fonction explicitation est souvent amenée à rendre accessible une lecture et une compréhension de l'environnement du patient. Cette fonction peut alors être effective, si l'état du patient le permet, dans les moments inauguraux de la rencontre en hospitalisation. Il existe chez les patients, à l'image du grand public, une connaissance partielle de nos structures et des métiers de la psychiatrie n'approchant que rarement le sens réel. Il en est ainsi de l'explicitation des différents métiers du champ de la psychiatrie, bien souvent abordé par la réduction apocopique, pour cette condensation au seul préfixe, de *psys.*

- La reprise de contenus abordés lors de l'entretien médical ou de l'entretien médico-infirmier constitue un temps productif de cette fonction explicitation. Lors de ce temps, l'infirmier peut alors convoquer des aspects de stratégies d'abord, de modes d'interventions, de production de décisions afin de permettre une meilleure compréhension / acceptation des contenus et des effets de l'entretien. Pour certains patients, on observe que leur appropriation peut être freinée par le côté officiel de la confrontation médecin / patient. Cette difficulté peut encore être majorée quand ce côté intimidant est renforcé par une présence d'un nombre parfois important de soignants à l'entretien. Enfin, la représentation médicale lié au savoir, un accès plus limité à ces professionnels peut favoriser ces écarts.

La fonction explicitation vient alors reprendre les éléments abordés, le sens des interventions, mettre en perspectives les registres de communication. Il s'agit alors d'un travail de décodage des éléments restés muets, parfois par inhibition du côté du patient qui s'emploie à mettre en mouvement les représentations liées au statut et à la fonction. Faciliter dans et par l'explicitation ces retours de communication, mettre en mouvement le regard et la représentation du patient en le délivrant des codes sociaux locaux ou généraux sont des opérations qui se réalisent en veillant à préserver les places symboliques des différents statuts et dont la fonction médicale peut être le support.

Ces adaptations répétées dans le passage d'une position à l'autre dans l'unité en fonction des moments et des besoins des patients dans leurs parcours de soins caractérisent à nos yeux une des particularités de l'exercice infirmier en psychiatrie.

Michel Nadot, est responsable de recherche et développement au sein de la filière infirmière de la Haute école de santé de Fribourg (Suisse). Nous faisons référence à la construction de son modèle des soins infirmiers, évoqué en 2.1.4 lors de l'exploration des données scientifiques. Le modèle généraliste et non spécifique au champ disciplinaire de la psychiatrie propose 14 groupes de pratiques. Le premier groupe (groupe A) concerne les pratiques complexes de gestion de l'information. La conclusion de sa définition correspond à notre fonction explicitation quand elle se décline en direction du patient : *« Après traitement (transformation en actes ou en paroles), la transmission de l'information requiert à son tour des compétences linguistiques ou culturelle pour que le sens des messages ne soit pas trop éloigné du système de référence de la personne à qui le message est adressé ».* (Sous la direction de Clémence Dallaire, Michel Nadot, *Le savoir infirmier, Au cœur de la nuit et de la profession infirmière*, chapitre 14, Édition Gaëtan Morin, 2008, p.374).

Enfin, cette fonction peut opérer comme une reprise d'une situation antérieure vécue par le patient et dont le soignant a été le témoin direct ou indirect. L'explicitation effectuée à distance temporelle de la situation d'appel peut permettre un bouclage rétro actif susceptible de faciliter à son tour, un retour sur les vécus liés à la situation initiale et ainsi, contribuer à sa distanciation.

1.2.2 F. Répétiteur

Cette fonction procède d'une action de répéter, de réaffirmer une décision, une action, une orientation dans des formes invariantes **afin de chercher à en fixer des éléments de stabilité**. Autant de répétitions qui invitent le patient, particulièrement dans le domaine de la psychose, à des repères de temps et d'espaces. Gérard Anselme, Jean-Paul Lanquetin et Philippe Quinet évoquent une fonction de répétition non dans le sens de la nymphe *Echo,* mais plus comme *Chronos,* c'est-à-dire *« En scandant la vie institutionnelle d'une répétition de contenus de sens »* (Les soins infirmiers en intra-hospitaliers, *Soins Psychiatrie*, n°194, 1998, pages 26-31, p.27).

La fonction répétiteur porte alors entre autre sur la reprise d'éléments évoqués en entretien, sur la reprise de points précis du cadre du soin, sur des informations entendues ça et là au sein de l'équipe etc. Dans tous les cas : *« Il est question dans cette répétition de la loi, du cadre et des effets de sens ».* (*Ibid*, p 27).

Cette fonction répétiteur intègre **l'aspect d'auxiliaire mnésique** que peut revêtir la fonction soignante. Nous parlons d'auxiliaire mnésique quand il s'agit de prêter au patient sa mémoire, dans une fonction de vicariance, sur des moments particuliers de son histoire, en appui sur des échanges antérieurs ou sur une connaissance particulière de moments significatifs dans la trajectoire de vie de la personne. L'appui sur ce matériel mnésique, leur restitution ou le témoignage de ces retours sont toujours des moments qui, pour le patient viennent témoigner et attester d'un intérêt continu, voir soutenu.

La manifestation de cette fonction, en attestant une forme de mise à disposition effective du psychisme du soignant participe du maintien du lien, quand elle ne le renforce pas, dans l'expérience d'une fiabilité. Il existe de fait une histoire interindividuelle ou collective dont la restitution narrative vient jalonner le tracé. Cette fonction et ce constat sont également isolés par les auteurs de la recherche de Nant. Ils notent ceci *« Nous avons identifié dans nos observations, [...] la connaissance mutuelle qui se dégageait des contacts entre les soignants et les patients au CTJ (Centre De Jour, NDR). Les soignants sont* ***des mémoires vivantes*** *de l'histoire et de la trajectoire des patients et il arrive fréquemment qu'ils y fassent allusion ou le rappellent aux patients selon les circonstances. Nous avons ainsi pu observer que les patients les sollicitent à se souvenir lorsqu'un évènement actuel réactive une expérience passée ».* (Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, *« Interventions Infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu»*, Fondation de Nant, 87 pages, pp 43-44).

La fonction recouvre ici une position de témoignage. Celle-ci peut s'exprimer sous différentes formes. Ainsi, garder en mémoire pour un soignant des points significatifs d'une histoire partagée avec le patient, repérer des étapes dans un parcours de soins qui signent une évolution et une construction,

s'appuyer sur ce repérage pour mesurer le chemin parcouru auprès du patient ou des tiers, répondre et répéter en direction du patient une observation comportementale, une observation quant à une ressource ou à une adaptation validée par cette position externe de témoin sont des facettes de cette fonction. Elles ont en commun un préalable fondateur que nous rappelle Blandine Ponet ; *« Pour témoigner d'une relation à un patient, il faut y être. Pas moyen d'échapper à une certaine exposition. Il faut que ça tienne de notre côté pour que les patients tiennent...»* (*« L'ordinaire de la folie »,* Editions Erès, mai 2006, 110 pages, p.12).

Enfin, la fonction répétiteur peut procéder d'un souci organisationnel quant à des éléments du réel à rassembler pour le patient. Il s'agit de suppléer et de mobiliser un continuum d'attention sur les différentes phases du déroulement d'une action menée par le patient. Cet aspect de la fonction répétiteur comporte une action de vérification de la part du soignant mais permet aussi de revisiter de manière rétroactive la programmation du patient en regard de son objectif du moment.

1.2.3 F. Structuration

Nous entendons par fonction structuration, l'ensemble des actions qui visent à fixer des éléments de stabilité et de pérennité dans l'environnement immédiat du patient afin de contribuer à lui rendre familier ce dernier. Le terme *familier* n'est pas entendu ici dans le sens d'une recherche d'une hyper-adaptation du patient a son environnement, option qui se révèlerait potentiellement normative et infantilisante, le terme familier renvoie à **une notion de prévisibilité** et donc, de sentiment de sécurité.

Ces éléments repères favorisant une structuration concernent les éléments stables, fiables et invariants de l'environnement et du cadre de vie du patient. Ces derniers sont alors les unités de temps (rythme quant au déroulement de la journée), les unités de lieux (codes couleur et architecturaux), l'Unité de Soin et sa périphérie immédiate et les unités de référencement, le ou les infirmiers engagés auprès du patient sur le mode du référencement, explicite ou non.

Cette fonction de structuration peut connaitre d'autres domaines d'application. Ainsi, elle peut concerner des informations données au patient sur les présences des soignants de l'unité. Cette dernière information n'étant délivrée que lorsqu'elle peut servir de repère pour un patient donné - sa délivrance n'apparaît cependant pas nécessairement opportune si elle vient alimenter des effets de clivage non souhaités.

Outre l'organisation temporelle relative à la vie de l'unité, la fonction structuration peut également concerner l'organisation temporelle du patient en particulier quand elle s'appuie sur un programme de soins individualisé.

Cette fonction correspond à une des cinq fonctions du milieu développées par Gunderson (1978) et repérées comme autant de processus thérapeutiques. En référence à cet auteur, R. Panchaud et M.Miazza la définissent ainsi, *« La structuration comprend tous les aspects d'un milieu pouvant fournir une organisation prévisible du temps, de l'endroit, rendant ainsi l'environnement moins vague et moins menaçant. La structuration s'organise autour de l'établissement d'un programme de soins qui vient organier les activités journalières et réguler les échanges entre l'équipe soignante et le patient ».* (*«Environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie »,* EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-705-N10, 2011, p.7).

Dans une traduction libre de John G Gunderson (1978, p.330), les auteurs du rapport de recherche de Nant citent cet auteur quant aux propriétés de cette fonction, *« Elle permet au patient de se sentir attaché de manière sécurisante à son environnement; " sécurisante " car il ne sent ni envahi, ni seul. La fonction de la structuration est d'amener des changements dans les symptômes et les manières d'agir du patient qui sont considérés comme socialement inadaptés ».* (Op.cit, p.69).

Enfin, dans un article sur la potentialité thérapeutique des temps infirmiers, Raymond Panchaud observait *; « Lorsque le milieu est organisé comme agent thérapeutique actif, le concept de structuration utilise le plus manifestement le temps comme facteur thérapeutique. La structuration : c'est l'utilisation de tous les éléments d'un milieu pouvant fournir une organisation prévisible du temps, du lieu et de la personne ».* (« Potentialité thérapeutique des temps infirmiers », *L'information psychiatrique,* n°8, octobre 1994, pp 695 à 698, p.697).

1.2.4 F. Adaptation

La fonction Adaptation est une action qui vise à actualiser les éléments temporaux et spatiaux de base de l'environnement du patient. Elle concerne principalement deux points, l'adaptation au rythme circadien (rythmicité du temps, alternance jour /nuit, nycthémère sur 24 heures) et la prise en compte de la réalité météorologique externe à l'unité

Cette fonction vise donc à l'adaptation du patient aux éléments du réel, à la météorologie, à la temporalité avec ses repérages horaires. Cette adaptation se voit perturbée, momentanément ou durablement, dans les manifestations de certaines pathologies en lien notamment avec la psychose. Ces perturbations se traduisent par un port de vêtements inadéquats aux températures ou aux saisons. Le vêtement lui-même peut prendre une signification particulière : enveloppe, protection à l'image d'une seconde peau et dans ce dernier cas cette protection vise plus à se protéger d'une forme de relation à l'autre que d'une prise en compte des aléas météorologiques. Les exemples de patients ne modifiant que très peu leurs tenues vestimentaires en fonction des saisons, gardant leur vêtements chaud en intérieur ou pour qui les données thermométriques ne font guère sens sont bien connus des soignants. Cette action prend également en compte les effets de la pathologie dans l'altération des perceptions sensorielles, et vise alors à adapter une météo réactitivité (adapter les vêtements, adopter les protections en temps et lieu, nuit/jour et dedans/dehors).

Cette fonction adaptation concerne donc l'habillage, la tenue vestimentaire et plus généralement l'exposition du patient aux différentes situations du réel dans lesquelles ce dernier peut être convoqué.

1.2.5 F. Réglage

Nous définissons la fonction *Réglage* comme une action qui vise à **mettre en mots et à expliciter les codes culturels** ainsi que les contraintes tacites demeurés généralement muettes dans les rapports sociaux habituels. Cette fonction réglage peut concerner des domaines tels que la partition des registres sexués, les relations de civilité et elle en précise alors les habiletés requises (souvent silencieuse) afin de limiter les désavantages sociaux encourus par le patient. Cette action à visée pédagogique peut s'apparenter à des techniques d'entrainements aux habiletés sociales. La finalité n'est pas une normalisation du comportement attendue mais une mise en mots, parfois en gestes, à valeur de repérage de ce qui est usuel et de ce qui l'est moins. Elle vise à limiter la position d'échec social souvent incorporée, elle contribue au jour le jour à favoriser une expérimentation relationnelle plus recevable ou plus satisfaisante.

Le code social, l'usage est ici parlé afin de favoriser sa mise en sens et sa prise en compte. Il s'agit de contribuer à faire prendre conscience au patient, en appui de manière synchronique sur une situation réelle émergente de la vie de l'unité, des codes sociaux qui agissent et structurent les rapports sociaux. Cette fonction peut donc être activée pour contribuer à mettre en mots le réglage de la distance interpersonnel, les registres de révélation de soi ainsi que les lieux et les moments propices à ces dévoilements. Postures, regards, mots d'adresse et d'ouverture à l'échange, codification sociale des rapports hommes/femmes, mise en avant et mise en forme des expressions les plus courantes de la relation de civilité sont également des registres ou cette fonction trouve à se déployer.

Mais il existe un registre particulier ou cette fonction *Réglage* prend une importance spécifique dans la vie des unités de soins en psychiatrie. Ce registre concerne la prise en compte de la sémiologie de « l'autre » quand la disparité des pathologies et le brassage des populations peut ouvrir à des incompréhensions. La fonction *Réglage* vise alors à donner et à partager quelques éléments d'informations sur la sémiologie des pathologies rencontrées au sein de l'unité afin d'augmenter le niveau d'acceptation des différences et contribuer à fluidifier le « vivre ensemble ». L'objectif n'est pas de délivrer des informations confidentielles à des tiers mais bien de remettre en mobilité le jeu des identifications latérales, de maintenir des tolérances parfois remarquables et de soutenir les effets d'entraide entre patients dont nous savons l'importance et le rôle de pondération quand il s'appuie sur leurs expériences intimes de la maladie. Ce travail de réglage passe alors par la mise en commun et le partage d'un constat, ces sémiologies parfois difficiles sont toujours l'expression d'une souffrance.

Enfin, la fonction *Réglage* peut s'appuyer sur une élucidation des comportements « déviants » ou qui influencent de manière négative la relation interpersonnelle soignant/soigné ou soigné/soignés

en soulignant leurs implications dans la constitution, ou non, d'une interaction partageable et à valeur humanisante.

1.2.6 F. Maintien des liens et des acquis

Cette fonction supplétive vise pour le patient à contribuer au maintien de ses capacités sur les registres relationnels, sensitivo moteur, cognitifs et intellectuels. Cette fonction vise donc à la maintenance des capacités quand la restauration s'avère être un objectif qui s'est éloigné. Jacky Merkling définit dans son ouvrage cinq missions principales dévolus à l'hospitalisation temps plein. Il retient cette fonction de maintien des acquis comme la cinquième de ces missions *« Enfin, pour certains patients hospitalisés au long cours, la mission de l'unité est, plus modestement, de permettre de conserver des acquis, de ne pas perdre en autonomie. Nous parlerons alors* ***d'intention de conservation*** *».* (*« Le métier d'infirmier en Santé Mentale »,* Collection savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, 318 pages, p.129).

Nous retenons pour notre part deux orientations principales à cette fonction de maintien. La fonction **de maintien des acquis** dans ses aspects évoqués plus haut, elle porte alors également sur le maintien des connaissances, le maintien des gestes du quotidien, des schèmes et de certains habitus et la fonction de **maintien des liens**.

Cette dernière fonctionnalité se traduit par des sollicitations qui visent la **continuité du réseau relationnel**, particulièrement dans les hospitalisations au long court. En effet, nous savons les effets potentiels de désocialisation des pathologies psychiatriques et nous avons constatés que certaines évolutions entrainent un délitement des liens familiaux et sociaux. Cette fonction traduit la permanence de cette préoccupation envers le patient. Elle permet d'inviter, de solliciter, d'interroger le niveau de maintien des liens et elle concoure à les favoriser quand la distanciation se creuse. Elle suppose une connaissance de l'environnement relationnel (principalement familial) du patient et se concentre prioritairement sur les ou les personnes repérées comme proche et ressources. J.C Mac Closkey et G.M Bulechek parle quant à elles de facilitation des visites. Elles définissent cette fonction comme *« La mise en œuvre de moyens propres à encourager le famille et les amis du patient à venir le visiter, dans le cas où ces visites lui sont bénéfiques ».* (*«Classification des interventions infirmière »s,* Edition Maloine Decarie, Québec, 1996, 366 pages, p.184).

Cette préoccupation est du côté du soignant lorsque les effets de la pathologie du patient laissent ces liens inactivés, la sollicitation et la stimulation sont alors de mise. **Cette fonction vise à éviter que l'hôpital devienne le lieu de tous les liens.**

1.3 Fonction mère : Amortissante

Nous entendons par fonction *amortissante,* l'ensemble des mesures individuelles ou groupale visant **d'une part à limiter l'expression des sources d'excitations individuelles ou groupales et d'autre part visant à atténuer ou à absorber leurs manifestations et leurs éclats. tant auprès de la personne que du collectif.** Nous proposons de se représenter cette fonction mère comme une fonction ***de matelas d'absorption***

Cette image reprenant la notion centrale de surface intermédiaire entre la source potentielle d'excitation et certaines de ces manifestations. Deux idées caractérisent cette fonction mère, **l'amortissement et l'absorption.**

1.3.1 F. Apaisante

La fonction *Apaisante* recouvre une action centrée sur la personne ou le groupe. Elle vise à prévenir, accueillir et recouvrir l'expression de tensions internes et de leurs manifestations (vécu d'insécurité, acmés anxieuses, excès d'excitation). Elle permet de concourir au maintien voire au retour à un niveau de quiétude satisfaisant. La connaissance de la personne comme du groupe est ici déterminante dans la capacité à identifier le ou les seuils d'excitations supportables. Cette connaissance permet la reconnaissance du virage ou des signes annonçant un débordement de la ou des capacités d'auto contenances.

Cette fonction largement transversale n'est pas centrée sur la ou les causes des anxiétés émergentes. Son déploiement ne concerne que les effets de ces manifestations anxieuses. Elle vise à

distancier les effets de leurs causes, à recouvrir les points sensibles et électifs, à relativiser les vécus et les émotions aux potentiels délétères. Son mécanisme repose sur une prise en compte de la difficulté ou de la tension anxieuse présentée. Elle apporte alors un retour plus tranquille, sans avoir procédé à un examen des causes. Elle diffère en cela de la fonction *Réassurance* abordée en partie 5.2 du niveau d'investigation professionnel, fonction 2.3.4.

1.3.2 F. Dérivation

Cette fonction *Dérivation* concerne les deux temps d'une action qui visent à proposer un interlocuteur ou une surface d'accueil à une tension ou une excitation individuelle ou groupale et à orienter cette charge pulsionnelle sur une autre scène. Ses principaux registres d'action en seront alors la mise à distance, la décondensation, le dégagement vers un lieu ou des acteurs plus adaptés. Elle prend en compte la situation de la personne et ses effets réels et potentiels sur elle-même et sur le groupe.

Elle agit un peu sur le modèle du déplacement réussi où l'énergie pulsionnelle incontrôlable sur la représentation de l'instant va trouver un canal de dérivation en se rattachant à une autre représentation proposée par l'infirmier pour une représentation beaucoup moins excitante pour la personne ou le groupe. L'idée du punchinball, de l'oreiller pourrait être emblématique de cette décharge pulsionnelle et de ce trop-plein qui se déverse alors au niveau moteur sur un objet dérivatif et d'absorption. Mais souvent, la décision d'action d'une dérivation par dégagement s'oriente vers un lieu distant et moins confiné, en général le parc intérieur ou extérieur, en tout cas un lieu extérieur qui répond à la mise en place de cette fonction *Dérivation.* Nous pouvons citer également la technique des ***petits pas*** quand il s'agit momentanément d'accompagner la décharge motrice du patient dans l'unité en marchant à ses côtés, sans diriger les trajectoires ou interférer outre mesure sur la source de l'excitation. Le déplacement n'est pas organiser en vue de se rendre dans un lieu précis, il veille simplement par sa mobilisation motrice à faire retomber un peu la tension. Nous pouvons évoquer la proposition d'une activité ou d'un centre d'intérêt qui répond à cette mise en *dérivation.*

Margot Phaneuf parle d'une notion voisine quand elle évoque le terme de ***diversion.*** Nous garderons pour notre discipline en priorité le troisième objectif du propos suivant quant à ces techniques qu'elle attribue à la fonction de créativité des infirmiers. Cette auteure note alors *« La diversion pourrait être une solution plausible par la mise en place d'activités accessibles et efficaces, aidant le malade, l'enfant ou la personne âgée, à créer un dérivatif à leur douleur,* ***un soulagement à leurs tension*** *ou* ***à leur mal de vivre*** *».* (« *La créativité au service de l'infirmière* », www.infiressources.ca/fer/depotdocument/la_creativite_au_service_de_l_infirmiere/pdf, consulté le 6 février 2012, 8 pages, p.2).

Pour elle, la diversion peut passer par de multiples supports qui font alors appel à des activités avec leurs parts créatives. Elle note que la proposition de ces moyens de diversions est limitée dans bon nombres de services, mais qu' *« en pédiatrie, en psychiatrie, ou auprès des personnes âgées, cela est plus courant [...] ».* (*Ibid,* p.4).

1.3.3. F. Hypostimulante

Nous entendons par *fonction hypostimulante* l'ensemble des actions de nature conjoncturelle ou structurelle qui vise à limiter les sources de stimulation en direction du patient ou dans l'environnement direct du patient. Cette fonction hypostimulante peut donc être de nature psychique et sensorielle.

Dans le premier cas ; il s'agit d'éviter de mobiliser inutilement ou à contre temps le patient sur des thèmes ou des problématiques que l'on perçoit ou que l'on connait comme génératrices de tension. Il y a, éventuellement, des temps, des cadres et des lieux plus propice à cet abord et cette fonction hypostimulante peut être en lien soit avec la personnalité du ou des patients, soit avec les différents moments de la journée.

Lorsque cette fonction tient compte de la personnalité et du mode de fonctionnement du patient, l'objectif de soin prend alors une couleur paradoxale puisqu'il s'agit alors de ne pas trop stimuler du côté du soin. L'objectif recherché est du côté de la stabilisation, d'une quiétude relative et le lien à l'adresse de pathologies sévères peut être établi. Stimuler au plus bas seuil, hypostimuler donc, de façon à laisser le patient tranquille, ce qui ne veut pas dire sans attention. Cette fonction peut

être élective d'unités d'accueil de patients au long court ou l'adaptation des programmes de soins dosera ce niveau de stimulation.

Mais cette fonction hypostimulante est logiquement fortement conditionnée par les différents moments de la journée. Les moments en soirée, voir en début d'après midi qui viennent rythmer les passages d'éveil à veille et, de tension d'activité à de moindres tensions d'activité. On ne proposera des temps de soins trop actifs quand le moment de la journée est au lâchera prise de la tension de la journée

Dans le deuxième cas, cette fonction vise à une désafférentation sensorielle dans la recherche d'un espace plus contenant et aux vertus peu sollicitantes. Le temps de prédilection quant au déploiement de cette fonction est le temps de la nuit. Il s'agit d'abaisser le seuil d'excitabilité interne de la personne ou du groupe de personnes en le ou les isolants des sources risquant de provoquer un surcroit de tension. Cette fonction passe par une action sur les sources de stimulation touchant les canaux sensoriels. Les appareils sonores sont mis en sourdine, parfois par paliers comme nous l'avons constatée lors de séquences d'observation de nuit, afin que la modification de l'enveloppe sonore se passe sans rupture, qui elle même serait alors stimulante. Les sources lumineuses sont progressivement réduites et circonscrites. La tonalité dans les échanges et les commentaires des soignants épouse la même tournure, la voix est retenue, le propos est échangé à bas bruit obligeant à un renforcement de l'attention d'écoute et une modification de la distance sociale, il faut s'approcher pour mieux entendre. Cette dernière favorisant la prise de conscience du lien entre cette modification sonore et l'environnement de préparation à la nuit. Les déplacements, déjà marqués par une fluidité (voir à ce propos le dégagement d'invariants opératoires en 7.1.2) gagne encore en légèreté. Il existe une action sur le groupe en invitant à une individualisation des trajectoires et des temps.

Cette *fonction Hypostimulante* est importante chez les infirmiers de nuit, elle peut prendre des effets scéniques pour majorer son message et sa signification. Ce qu'un infirmier ISP présentera *« comme une manière de sonner la venue de la nuit »*. Il évoque alors la nécessité de se *« mettre au même rythme ensemble, et cela passe par une communication d'ensemble, le geste, la distance, le physique, la mise en place d'un ensemble de rituels correspond à* ***une théâtralité de la nuit*** *C'est-à-dire, éteindre les lumières, parler plus bas, ne pas faire de bruit en marchant. Cela s'accompagne de la mise en place d'une théâtralité personnelle aussi. Etre celui qui va donner envie de dormir, celui qui va le plus possible répondre de manière efficace comme on pourrait le faire avec des enfants quand ils ont peur de la nuit... »*

1.3.4. F. Pare Excitation

La fonction de *pare-excitation* a été introduite par Freud en 1920 : dans d'*Au-delà du principe du plaisir*, en début du chapitre 4. Le modèle est au départ psychophysiologique et s'inscrit dans la désignation d'une fonctionnalité basée sur le postulat de l'existence d'un appareil protecteur qui en serait le vecteur pare-excitant. Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis parlent de la pare-excitation en termes de fonction et la définissent ainsi, *« La fonction consiste à protéger l'organisme les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire »*. (*« Vocabulaire de la psychanalyse »*, Ed. Puf, 2ème tirage, juillet 2009, 523 pages, p.302). Didier Anzieu (1995) notamment, à lui aussi repris ce concept dans ses célèbres fonctions du Moi-Peau.

Marc Guiose a travaillé dans un article à développer le concept de cadre à partir d'une unité de soins palliatif. Il avance le terme d'écran vis-à-vis du cadre de soins de cette unité : *« La première enveloppe, que Freud nomme pare-quantité, puis* ***pare-excitation,*** *interpose un* ***écran*** *au sens d'obstacle, de bouclier souple et ferme, entre le monde extérieur et la réalité psychique. D'où la recherche de certaines sources d'excitation »*. (*« Développement de concept de cadre et son application aux soins palliatifs* », www.artec.fr, consulté le 10 décembre 2011, p.6).

C'est ainsi que nous définissons cette fonction de *pare-excitation* appliquée ici au domaine des soins infirmiers en psychiatrie. **La fonction de *pare-excitation* caractérise l'action d'interposer un écran, un filtre, un bornage à l'excitation du patient de façon à maintenir à un niveau constant ou plus modéré les stimuli pulsionnels.** Il s'agit de permettre une régulation des sources d'excitation de façon à ce qu'elles soient susceptibles de ne pas déborder les capacités d'absorption du psychisme du patient à un moment donné. La fonction *pare-excitation* ne constitue pas une digue étanche, un barrage imperméable. Nous avons plutôt l'image d'un pare-feu qui vient limiter les projections et les

éclats incandescents. Le soignant va dresser une protection réelle et symbolique en vue de sécuriser l'espace du patient.

Cette action consiste donc en la recherche de l'évitement ou de la soustraction à certaines sources d'excitation. Ces dernières confrontations peuvent être liées à des modes d'interaction ou à des objets aux potentiels trop stimulants. Ainsi, soustraire un patient plus sensible à une excitation groupale, le protéger de la réticularité, c'est-à-dire de la contagion d'une tension agressive dans l'unité, le détourner de confrontations trop directes à certaines expressions pathologiques sont des actions qui touchent alors à la nature interactionnelle de l'excitation. La fonction *pare - excitation* consiste également à intervenir dans le réel, le plus souvent au titre du cadre de soins. C'est ce qui motive certaines limitations qui peuvent être posées, limitation des visites, des appels téléphoniques, des activités, etc. Elles restent alors ponctuelles et isolées dans le cadre de l'*informel*, temporaires et adaptées à chaque patient dans la référence au cadre de soins. Il s'agit enfin pour cette fonction de répondre en direction des stimuli endogènes, pulsionnels. La parole, le geste ou les deux peuvent contribuer à lier l'excitation perçue à des représentations apaisantes. La parole nomme alors la sensation et la filtre en proposant, de manière métaphorique ou non, un destin différent à la représentation pour la patiente.

Laurent Morasz parle de ce rôle nécessaire dans les soins infirmiers en psychiatrie *« La valeur thérapeutique du soin relationnel en psychiatrie repose également sur les qualités de pare-excitation de nos démarches soignantes. Nous devons en effet être en mesure de constituer un film protecteur entre le patient, ses pulsions et les attaques mortifères qui l'assaillent. Il s'agit non pas de masquer ou de déformer ce qui se joue pour un malade, mais de moduler les informations et les expériences en fonction de sa capacité à y faire face, et ce, dans un mouvement progrédient ».* (Morasz, Laurent, Perrin-Niquet, Annick, Vérot, Jean-Pierre, Barbot, Catherine, « *L'infirmier(e) en psychiatrie* », Édition Masson, Paris, 2004, 297 pages, p.101).

1.3.5 F. Dialogue contenant

Lors de cette fonction *Dialogue contenant,* le dialogue est impromptu et l'action est caractérisée par la stabilité et la fermeté souple de l'interlocuteur soignant qui s'offre en réceptacle permettant la neutralisation ou la transformation des éléments de tension ou d'excitation. Cette fonction se différencie d'un entretien directif de type « recadrage ». Son objectif premier n'est pas le rappel des limites ou du cadre. Il s'agit ici d'une action parlée, centrée sur des mécanismes de tensions, de dissociations, de déliaisons quand ceux - ci laissent certains patients en prise avec des angoisses liées à des éléments psychiques archaïques.

L'action dominante de cette fonction de *dialogue contenant* se traduit par une action de border. L'image parle d'elle-même, il s'agit à la fois de délimiter et de faire sentir la pression du contenant, dans notre image, il pourrait alors s'agir de la pression tactile du textile. L'étoffe est ici une métaphore de même nature, il s'agit dans cette fonction d'étoffer sa présence en répondant, en bordant, pour éviter ou limiter le débordement. Marie Rajablat nous en donne une illustration *« Certains patients nous font en effet mille demandes à la seconde ! [...] il ne s'agit pas de répondre systématiquement à toutes les requêtes pour nous débarrasser de patients impatients, mais de "border" ce que nous sentons comme l'expression d'un état d'angoisse majeur ».* (« Quand l'équilibre ne tient qu'à un fil... », *Santé Mentale,* nº 136, mars 2009, pp. 46-49, p.47).

Lors de cette fonction, le dialogue peut s'inscrire dans une relative asymétrie du lien, la parole n'est pas exploratoire, elle n'invite que modérément à une réponse. La parole est sobre, mais affirmée, le message le moins équivoque possible, le propos ne prête pas ou peu à une polysémie, il souligne les bases, les fondamentaux. Le propos peut faire appel au Métacadre (voir fonction 1.3.7), c'est-à-dire à la fonction primaire de l'établissement et à la raison sociale des professionnels dans des termes similaires à ce propos illustratif que nous formulons ainsi ; *Oui, l'hôpital est un lieu protégé, sa finalité est de soigner les personnes qui y séjournent, oui les soignants, les traitements sont là pour aider et soulager.*

Cette fonction peut répondre à certaines manifestations de défense du patient en lien avec un fonctionnement primaire dont le processus est source d'angoisse. Le *dialogue contenant* peut être utilisé dans ces moments où le défaut d'*insight,* c'est à dire l'absence ou la faible prise de conscience pour un sujet de ses conflits internes, mobilise des mécanismes de défense comme le clivage, la forclusion, la projection, le déni ou l'identification projective. Elle nécessite dans ce cas la connaissance et la reconnaissance préalable de ce ou de ces mécanismes.

Ce n'est pas tant la vertu du dialogue que de contenir, mais on voit bien ici que la recherche d'éléments « dialogiques » par le soignant va proposer une surface d'identification et de reconnaissance mutuelle. L'effet produit sur le patient peut être une sédation par désamorçage de la tension et la limitation des terreurs imaginaires et des angoisses par le recours à la parole sur la réalité partagée.

1.3.6 F. Régulation

Cette *fonction Régulation* se définit par toute action sur le groupe ou sur les individus du groupe qui le composent afin de fluidifier les circulations, limiter les expositions aux collisions, assouplir les échanges, pacifier les oppositions, amortir les tensions. L'ensemble de ces actions sont en lien avec les nécessités, les exigences et les contraintes du *vivre ensemble*. Nous notons que ces dernières exigences peuvent varier quant à leurs seuils d'une unité à l'autre. Si les interdits et les modélisations de civilité liés au *vivre ensemble* sont de même nature, la variable s'applique sur le niveau de régulation d'intervention situé entre un point d'autorégulation du groupe et un point de régulation par les soignants. Cette variable peut être liée aux orientations théoriques permettant une approche de type *laisser vivre les incidents.* Elles supposent alors un cadre de sécurité interne partagée et donc des compétences collectives, sinon, cette dernière variable peut être en lien avec des représentations différentes de la normalité dominante.

La *fonction de Régulation* signifie habituellement l'ensemble des mécanismes mis en œuvre pour modérer, ordonner, pacifier, contenir, permettre le maintien de l'équilibre interne, la coexistence ou le vivre ensemble. Madeleine Monceau a été une des rares auteurs à avoir relevé cette fonction dans les soins en psychiatrie notamment. Elle propose une définition tout à fait semblable de cette fonction. Pour cette sociologue, la *fonction de régulation* est faite *« d'inventions, d'initiative de réaction face à l'évènement. Le désamorçage des tensions naissantes exige d'anticiper, de calmer, de temporiser, de gagner du temps ».* (*« Soigner en Psychiatrie, Entre violence et vulnérabilité »,* Des pensées et des actes en psychiatrie, Ed Gaëtan Morin, 1998, 179 pages, p.107).

Elle cite alors Anselm Strauss (1992, p.249) et son concept central **d'ordre négocié** en évoquant les incessants ajustements de réponses des infirmiers. Le propos concerne la négociation *« ce problème s'est imposé à notre attention au cours de notre observation du personnel et des malades de 2 hôpitaux psychiatriques : tout le monde semblait être en train de négocié quelque chose [...] en écrivant nos conclusions, nous en avons fait un concept clef –avec quelques autres- et nous avons forgé l'expression* ***ordre négocié*** *».* (*Ibid,* p.108). Nous pouvons aussi associer cette notion d'un ***principe de délicatesse*** dont parle Pascal Bruckner. Il en parle de manière générale, dans le champ social et civil mais son propos prend tout son sens dans le cadre de notre fonction *Régulation.* Il nous dit qu'il faut *« retrouver une relation de civilité sachant concilier déférence et souplesse pour déjouer l'agressivité, fluidifier les contacts et les brassages humains, la coprésence ».* (*«L'euphorie perpétuelle »,* Essai sur le devoir du bonheur, Edition le livre de poche, 2002, 280 pages).

Cette fonction historiquement importante dans l'histoire de la psychiatrie et des missions dévolues au service infirmier voit sa part occultée sous une double influence, d'une part en fonction des nouvelles orientations de la profession infirmière (ou cette fonction n'existe dans aucun texte réglementaire régissant la fonction infirmière depuis le début des années 1990) et d'autre part devant l'individualisation des soins (la visibilité qui existait sur des supports de travail en lien avec la vie des unités et le groupe, journal de bord, cahier de rapports etc. ne trouve plus sa place dans les dossiers de soins individuels). On peut sans doute voir dans cette dénégation, une tentative de s'éloigner de la référence à l'enfermement laquelle renvoie à l'image dévalorisante du gardien de fous que cette défense permet alors de maintenir à distance.

Cette *fonction Régulation* fait l'objet d'une description par Madeleine Monceau dans ces caractéristiques situationnelles et environnementales : *« L'hospitalisation psychiatrique offre la particularité de ne pas se dérouler dans un territoire défini, circonscrit à un lit ou à une chambre mais à un espace communautaire fait de circulations informelles, de cohabitations forcées, de promiscuités, d'actions collectives (prises en commun des repas, partage des espaces sanitaires, des salles de jour ou de télévision, etc.) supposant d'incessantes négociations en direction des autres bénéficiaires des soins ou des détenteurs de l'autorité. ».* (*Ibid,* p.111). Cette description de l'auteur laisse entrevoir l'aspect conséquent, incontournable de cette fonction dans le quotidien des unités. Cette déshérence ne

correspond pourtant pas à une extinction de sa place et de sa pertinence. Ce constat lui permet d'avancer cette affirmation ; *« Il faut donc bien voir que les tâches d'encadrement des patients dans la vie quotidienne [...] ne constituent nullement un aspect secondaire du travail infirmier, [...] au contraire elles constituent l'essentiel de ce qui est appelé soins psychiatriques ».* (*Ibid,* pp.111-112).

Des compétences sont attendues à cet endroit chez les professionnels. La *fonction de Régulation,* l'auteur parle également de ***fonction de pacification***, se caractérise par une action sur le groupe et répond dans un sens plus générale à une fonction contenante. Cette dernière à toute son actualité dans la vie des unités et l'acuité de sa convocation n'est pas sans évoquer parfois un effet retour, ou boomerang. La personnalisation des soins, si elle comporte des effets régulateurs, ne dispense pas pour autant des ces actions sur le groupe.

Les unités de psychiatrie sont organisés autour d'un axe vertical, nous entendons par là que les patients sont debout et mobiles et non sur un lit. Cette situation confronte à des brassages ou les questions générationnelles, de genre, de pathologies, de mode d'hospitalisation, d'autonomie, de niveau de contrainte, de cadre de soins et de périmètre de déplacement sont allègrement mobilisées.

La *fonction de Régulation* peut permettre d'utiliser ces contraintes et de les aborder comme des éventuelles ressources ou opportunités. Travailler la place générationnelle de l'ancien, jouer sur les effets liés au genre, confronter sa difficulté et sa représentation de sa souffrance dans le côtoiement de personnes plus en difficulté, créer du collectif et de l'entraide etc. sont des modalités qui peuvent être afférentes à cette fonction.

Notre auteur remarque à ce propos que cette activité est laissée sans cadrage, en tous cas avec peu de soutien, de valorisation et de visibilité. Pourtant, précise t'elle *« La régulation, en particulier dans son aspect préventif supposant la démultiplication des actions de désamorçage des tensions, appartient au registre des " savoirs faire discrets " infirmiers dont " l'imprévisibilité " empêche le plus souvent toute forme de reconnaissance de la part des partenaires de travail, et leur ôte toute valeur professionnelle aux yeux même des protagonistes ».* (*Ibid,* p.116). Nous parlons quant à nous à cet endroit de savoirs incorporés et de compétences naturalisées. (Voir à ce propos l'enseignement de l'analyse croisée du niveau d'investigation patient, tableau n° 18 en partie 6.4).

Les ***savoirs faire discrets*** sont décrits par Pascale Molinier (1996, p.470), qu'elle cite, comme étant *« Les savoirs faires infirmiers sont discrets […] Ils doivent pouvoir être mobilisés sans en attendre de gratitude, (c'est l'invisibilité de l'action qui est gage de sa réussite). Le drame de ces savoir-faire discrets est qu'ils ne deviennent visible qu'une fois échoués ».* (*Ibid,* p.116).

1.3.7 F. Accompagnement au cadre

Cette fonction d'accompagnement au cadre concerne deux niveaux d'interventions souvent complémentaires.

Sur un *premier niveau,* il s'agit d'accompagner, en temps et en lieu, une tension repérée chez le patient en vue d'une décharge, d'une mise en dérivation ou bien de l'accompagner sur une situation repérée comme tensiogène en lien avec une confrontation au cadre clinique. Cet accompagnement spécifique possède donc une dimension préventive. Il répond à un repérage préalable de cette source de tension chez le patient avec son potentiel de débordement.

Il est important à cet endroit de préciser ce que recouvrent, pour nous, ces définitions en lien avec les différents cadres mobilisés lors des soins :

- Le **Cadre institutionnel** : il s'agit d'un système concret lié aux obligations réglementaires et/ou légales qui incombent à chaque citoyen et aux établissements. Michèle Tortonèse en propose cette définition, *« La question du cadre doit d'abord se regarder du côté de l'organisation humaine structurante en termes de lois, de règles et d'interdits, de normes et aussi de coutumes. Tout sujet y est confronté et doit, autant qu'il le peut, s'y conformer. C'est la dynamique surmoïque […] ».* (*«Cadre thérapeutique et accompagnement infirmier* », EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-725-B-50, 2011, p.2).

- Le **Cadre clinique :** il se décline en 2 volets complémentaires et interdépendants qui s'inscrivent dans le cadre du projet thérapeutique mis en place pour le patient :

- D'une part, le **Cadre des soins** : il s'agit alors du cadre mis en place par l'équipe infirmière et le cadre de santé principalement, dans le registre du rôle propre. Celui-ci gère beaucoup d'aspects liés à la vie du patient dans le quotidien de l'unité.

- D'autre part, le **Cadre thérapeutique**, il s'agit ici des éléments du cadre liés au prescriptif et aux indications médicales. Celui-ci gère ces mêmes éléments, limitations, périmètres de déplacements dans l'unité, dans et hors établissement donnant lieu à prescriptions ainsi que les modalités liées aux traitements et à leurs administrations.

Cette définition souligne l'interpénétration de ces deux cadres complémentaires, laquelle varie suivant les lieux, les équipes et les moments. Nous notons que ces deux cadres ne s'excluent pas mutuellement mais que leurs prévalences réciproques, contenues dans le cadre clinique, apportent une indication. Celle-ci concerne alors l'affirmation de l'autonomie de l'équipe infirmière liée au rôle propre. Concrètement, nous pouvons remarquer, en fonction des équipes, qu'un recours modéré au prescriptif signe une affirmation de la latitude d'action des infirmiers. Inversement, un recours important au cadre thérapeutique signera une marge d'action réduite et une prévalence d'une position d'exécutant. Il existe un rapport mécanique inversement proportionnel entre d'une part, demande de prescriptif et prescriptif, et d'autre part zone d'autonomie ou rôle propre des équipes, à l'intérieur de cet ensemble que nous nommons le cadre clinique. Une expansion durable du prescriptif à tous les aspects du quotidien (gestion du tabac, des mouvements, des accès aux effets, aux contacts etc) se traduit par un tassement, voir un écrasement ou un renoncement au rôle propre.

Notre définition du cadre clinique rejoint celle proposée par Raymond Panchaud et Michel Miazza (2003) quand ils écrivent : *« Le cadre clinique est fait des consignes, des règles, de l'organisation, bref de tout ce qui est fixe dans le projet thérapeutique : heures, activités, soins, entretiens, médications, etc. Il va remplir en gros trois fonctions principales : une base pour le traitement, un holding et une fonction contenante. Il est à la fois concret et symbolique, ce qui fait sa complexité ».* (Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, *« Interventions Infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu»*, Fondation de Nant, 87 pages, p.63).

- **Le Métacadre** : il concerne le cadre implicite en lien avec la tâche primaire et la raison sociale de nos établissements de santé : le soin.

- Enfin, il faut noter l'importance du **cadre interne** sans lequel le soin psychique se vide de sens. Le cadre interne est entendu ici comme l'intériorisation construite de la position professionnelle, c'est-à-dire qu'il correspond à cette forme de professionnalisme qui permet de porter le cadre de soins en soi plutôt que de le manifester extérieurement. Michèle Tortonèse cite P.C. Racamier à ce propos : *« Le cadre, c'est avant tout dans l'esprit de opérants du soin qu'il réside ».* (Op.cit, p.4). La fonction soignante, les actes thérapeutiques s'inscrivent dans la rencontre entre le cadre interne des soignants et le cadre externe de l'institution.

Un *deuxième niveau* concerne les interventions qui touchent aux rappels du cadre sur une situation transgressive. Nous entendons ici, les cadres cliniques (de soins ou thérapeutiques), les cadres institutionnels. Ils concernent principalement les aspects réglementaires des obligations demandées au patient, les règles liées au vivre ensemble et les modalités des cadres individuels. Nous ne parlons pas ici de transgressions lourdes (violences physiques caractérisées, abus de position dominante sur personne en situation de faiblesse, vols avec préjudice conséquent, etc.) pour lesquels un accompagnement au cadre n'aurait pas lieu d'être. Nous parlons de ces multiples confrontations qui questionnent les limites et qui parlent alors le conflit psychique. Michèle Tortonèse le formule ainsi : *« Le patient vient ici utiliser le cadre comme un espace ou les conflits intrapsychiques et intersubjectifs peuvent être déposés, mis en scène dans une attitude paradoxale qui lui permet d'exprimer son ambivalence : ce dont il a le plus besoin, une vie relationnelle, c'est ce qui le met en danger ».* (Op.cit, p.4).

Nous avons choisi de nommer et de catégoriser cette fonction **Accompagnement au cadre** plutôt que *rappel au cadre* et cela pour plusieurs raisons. L'accompagnement fait parler **la manière, le comment** rappeler et faire exister le cadre et les règles

La fonction *d'accompagnement au cadre* passe par un travail d'atténuation des frontalités vécues lors des situations de rappel au cadre. Cette démarche passe dans nos observations par une obliquité. Cette dernière peut concerner les limites du périmètre de déambulation, les accompagnements en chambre, au traitement en général, aux différents temps de la vie quotidienne. L'accompagnement s'organise par une individualisation de la réponse, une mobilité du soignant sur l'élément du cadre rappelé et dans un temps au plus près de l'expression du moment de survenue. Un temps à courte distance est souhaité quand il s'agit de s'abstenir d'intervenir sur le groupe pour préserver l'individualisation de la réponse (voir fonction individualisation 2.1.8) et ne pas mettre en défaut le patient sous le regard des tiers, c'est-à-dire qu'il faut aussi évaluer *« […] que le cadre proposé affleure de très près ce qu'il est en mesure de supporter »*. (Op.cit, p.4).

Lorsque le mode de rappel frontal a été **choisi** lors de l'intervention sur la situation, nous observons qu'il est fréquemment surjoué et il rejoint en cela la fonction psychodramatisation (voir fonction 2.1.7). Nous insistons sur le verbe choisir, ce critère de choix est important ici, il suppose une décision, un choix dans le répertoire de ressources professionnelles alternatives et les opérations mentales afférentes (analyse et évaluation de la situation, choix du mode et du registre de la réponse).

Dans le **cadre de nos observations**, les situations de rappels directs exprimés dans une frontalité qui peut être perçue comme cassante n'ont pas été prises en compte. Celles-ci, par ailleurs quantitativement peu nombreuses et peu significatives dans nos observations, ne laissent alors pas suffisamment de possibilités d'appropriation par le patient. Elles alimentent potentiellement des vécus de prise de pouvoir, d'une part en lien avec une insuffisante prise en compte de la difficulté qui peut s'exprimer à ce moment là, laquelle constitue une des manières de parler le conflit psychique - et, d'autre part en lien avec une collusion entre le professionnel et la règle qui vient momentanément faire disparaitre la fonction de tiers du cadre. Il y a « *l'art et la manière* » liés à ces rappels du cadre, à ces agencements avec ses savoirs faire. Ces derniers se situent entre « règles du jeu » et « du jeu dans les règles », entre fermeté des repères et souplesse quant à leur abord.

Ce dernier point a toute son importance en regard de la grande **vulnérabilité soignante** qui peut accompagner ces situations. En effet, les situations de rappel au cadre constituent actuellement une des premières, si ce n'est la première, zone d'exercice à risque en termes d'exposition aux interactions agressives. Ce point avait déjà été relevé par Madeleine Monceau en 1999 lorsqu'elle écrivait *« On se souvient que les insultes représentent dans notre étude la première violence dénoncée, **que la première cause de victimation porte sur le rappel à la loi**, à propos des règles et de la discipline [...] »*. (*« Soigner en Psychiatrie, Entre violence et vulnérabilité », (Des pensées et des actes en psychiatrie*, Ed Gaëtan Morin, 1998, 179 pages, p.130).

Ce constat est confirmé par le travail des Observatoires des Situations de Violence dont celui du CH de Saint Cyr au Mont d'Or (69). Dans un bilan récapitulatif sur cinq ans. (période considérée 2005/2009), cet observatoire, après catégorisation des situations de violences, constate que la catégorie « réaction agressive à une frustration » constitue *« la catégorie la plus importante en terme de déclarations et elle reste en légère augmentation »*. A l'intérieur de cette catégorie, les situations de rappel au cadre tiennent une place centrale : *« L'action où la réaction agressive se déroule lors d'une interaction où la question d'une limite, d'un cadre ou d'un aspect de la gestion du quotidien est mobilisée et donne appui à l'expression d'un agir, vécu essentiellement sur le mode d'une frustration. Ces réactions ont lieu principalement lors de situations **d'application, de maintien ou de rappel au cadre**, elles concernent plus précisément la gestion du tabac, des prises alimentaires, du traitement, du téléphone, de la gestion des périmètres de circulation ou encore des règles du vivre ensemble »*. (Lanquetin Jean-Paul, Tixier Yvette, *« Bilan du traitement des déclarations des situations de violence 2005-2009 »,* Observatoire des situations de Violence du CH de St Cyr au Mont d'Or, document interne, juin 2010, p.26).

1.4 Fonction mère : Disponibilité

Nous entendons par disponibilité l'ensemble des mesures que prend l'infirmier pour se rendre accessible à un moment T au patient.

La fonction *Disponibilité* ne peut pas être une exigence sauf à la paradoxer et la vider de l'essence de son contenu. Il s'agit d'une capacité qui nécessite un travail de repérage, de construction, et de mise en tension d'une disposition psychique marquée par une forme de perméabilité à l'environnement. On comprend que si elle correspond fortement à une aspiration professionnelle dans les métiers marqués traditionnellement par une logique du don, son déploiement sera soumis à des variables importantes selon les moments, les contraintes et les individus. Il faut alors parler de **la nécessité d'organiser sa disponibilité** et des cadres institutionnels et thérapeutiques qui valident cette organisation.

La disponibilité est une fonction massivement repérée et citée lors des entretiens (voir à ce propos, tableau n°11 et commentaires en 6.3.2). Elle est associée à une qualité soignante attendue dans la représentation que les professionnels se font de leur fonction, mais aussi par les usagers comme le remarque Jacky Merkling : *« cette disponibilité est immanente aux soins ; elle fonde la relation soignante. Elle est d'ailleurs ce que retiennent le plus facilement les patients hospitalisés, ce sur quoi ils fondent l'évaluation de leur séjour ».* (« *Le métier d'infirmier en Santé Mentale »*, Collection savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, 318 pages, p.221)

Cette fonction suppose donc une disponibilité au moins momentanée de nature **physique et psychique, la disponibilité serait donc « d'être la bonne personne qui donne la bonne réponse au bon moment ».**

Cette réponse pouvant par ailleurs être une communication sur une relative indisponibilité du moment, mais assurant la garantie d'une disponibilité ultérieure (voir dans ce cas, la fonction 2.1.2 *Parole en acte*). La fonction *Disponibilité* ne sous-entend pas une disponibilité de tous les instants à l'égard de tous, elle qualifie le moment où l'on répond. On a été disponible à ce moment-là. Elle se distingue alors d'une fonction trop *maternante* dont Dominique Giffard, citant Marcel Sassolas (1986) nous dit : *« Un fonctionnement trop maternant qui, en protégeant sans cesse le patient contre toute émergence de conflit ou d'angoisse (au niveau de la vie quotidienne par exemple) ne lui permet pas de s'exprimer en tant que sujet désirant et conflictuel en face des soignants, des autres patients et du monde extérieur ».* (« Redonner à la parole infirmière son sens soignant », *Perspectives psy*, 2010/3 Vol 49, pp.241-250, p.246).

Elle suppose en amont l'activation de l'interaction visuelle quand les mots ne sont pas là ou pas encore là. Lors de nos observations, nous avons vérifié l'importance de ce regard qui prend en compte l'autre, le regard se pose, il évite les écueils du balayage furtif qui évacue la présence de l'autre ou du regard appuyé, scrutateur avec les vécus intrusifs que ce dernier peut générer. Il évite surtout ces modalités défensives, inadaptées à la relation que constituent « le voir sans voir », c'est-à-dire voir sans montrer que l'on a vu, mettant à distance l'ouverture relationnelle et la possibilité de contact.

Ces modes d'évitement prennent à notre sens le nom donné par Christophe Dejours *« D'idéologie défensive de métier » (« De la psychopathologie à la psycho dynamique du travail »,* in Travail, usure mentale, Paris, Éditions Bayard, p.57) quand il s'agit de ne pas vouloir voir pour ne pas avoir à prendre en compte la gestion de la situation. C'est-à-dire la reprogrammation mentale d'activité, qui pourrait amener à un débordement du cadre d'organisation de travail de l'opérateur dont le regard marquerait la prise en compte. En guise d'illustration, le lecteur pourra se reporter à la gestion de certaines files d'attente dans les services et commerces lorsque des employés débordés manifestent, souvent malgré eux, une superbe ignorance de cette pression du réel.

Cette fonction fait lien avec la fonction permanence, elle s'en différencie dans la prise en compte de la demande et par la nécessité d'apporter une réponse ; répondre devient alors un signifiant *« j'ai vu », « je suis là », « je prends en compte »* ou pour un cadre interviewé : *« Il s'agit de les faire exister, de les prendre en considération… C'est déjà beaucoup les faire exister, je crois, que c'est assez important comme mots. »*

La fonction *Disponibilité* comporte **deux propriétés** qui procèdent alors d'une évaluation.

- D'une part, elle maintient une ouverture à la relation. La prise en compte de la demande initiale permet de ne pas créer des demandes secondaires qui s'exprimeraient alors soit sous des formes majorées, voire bruyantes.

- D'autre part, elle permet d'accueillir à bas seuil des demandes isolées auxquels une non-réponse en temps réel entraînerait vraisemblablement une absence de réitération. Cette évaluation détermine le sens du propos de cet infirmier IDE *« La disponibilité, c'est au moment où il me le demande. Et il me le demande là, maintenant, et si je ne lui réponds pas dans les 10 minutes, il me le demandera plus »*. La fonction *Disponibilité* évolue et se déploie donc entre deux contraintes, discerner une réponse qui ne soit pas une alimentation de l'omnipotence et laisser ouvert cet accès à l'expression d'une demande au caractère furtif afin de la prendre en compte. Une appréciation fine que cette médecin interviewée relève de la sorte *« Quand ils (les infirmiers NDR) reviennent nous dire comment est le service ou témoigner de leurs constats, très souvent on entend "il aurait fallu que je sois disponible à ce moment-là, çà ne se serait pas passé comme çà. C'est dommage, si j'avais été disponible, il aurait fallu reprendre"... »*

Cette dimension de la disponibilité est partagée dans les propos d'un médecin interviewé : *« Et moi je dirais que la disponibilité c'est ce qui fait défaut, mais que le remède qu'il faut proposer ce n'est pas tant de faire plus parce qu'on ne fera guère mieux, le remède c'est la réactivité. C'est-à-dire que le patient sache que lorsqu'il fait une demande, elle va être traitée rapidement, pas forcément répondue, mais traitée, prise en compte ».*

Cette appréciation de l'importance d'une réponse, pondérée de l'importance de ne pas être dans le *« tout, tout de suite »* est partagée par de très nombreux infirmiers et soignants interviewés, et elle peut être résumée dans le propos de cet infirmier IDE interviewé : « *C'est pas forcément répondre toujours oui à ce qu'ils veulent, c'est pas forcément tout de suite à ce qu'ils veulent, mais en tout cas il y a une réponse et je pense que cette réponse a un rôle contenant et rassurant ».* Ce propos est de même nature que celui de cette infirmière IDE *« La disponibilité, c'est être là au moment où le patient le demande, sans forcément prendre un temps si on a pas le temps tout de suite. [...] être présent et entendre ce qu'il nous dit même si la réponse ne peut pas être immédiate. Elle peut être prise en considération ».* Ou encore cet infirmier ISP *« Être disponible, c'est indiquer qu'il y a un échange ou une rencontre possible. Cela ne veut pas dire qu'elle va se faire, mais indiquer qu'il y a cette possibilité que cette rencontre se fasse ou pas ».* Et cet infirmier de souligner cette double contrainte sous la forme d'un paradoxe *« Je dirais même que lorsqu' on dit "Non monsieur, je ne suis pas disponible", on est disponible. Cela peut paraître paradoxal, mais c'est indiquer que si on est tout le temps là, il y a un temps et on ne répond pas toujours dans la satisfaction immédiate des demandes.C'est être disponible et dans le soin de dire "non, pas maintenant" ».*

La visée du soin est bien de se distancier du registre de la pulsionnalité et de son expression d'exigence exprimée dans le *tout, tout de suite*. Il s'agit alors de favoriser un registre où il est possible de secondariser. Ce registre passe pour le patient par parole et la possibilité de mettre des mots sur les ressentis. Elle passe chez l'infirmier par une disponibilité à mettre en mots ses contraintes et son indisponibilité du moment comme l'évoque cet infirmier ISP *« On essaie de se rendre disponible, mais il y a des moments où on ne l'est pas. Il faut alors toujours expliquer au patient pourquoi on est pas disponible à ce moment-là et qu'on le verra à un autre moment déterminé ».*

Ce partage de repérage chez les professionnels interviewés quant à l'importance de maintenir ouvert et vivant **un écart, un rapport de dé-complétude,** entre la nécessité de répondre et la nécessité de ne pas répondre dans l'immédiateté. Cet écart correspond à un aspect que Marcel Sassolas a théorisé sous le nom de ***fonctionnement institutionnel lacunaire.*** Il s'en explique : *« L'expérience m'a appris que la meilleure façon de se prémunir contre ces "procédures anti-moi" (en référence aux éléments antithérapeutiques définis par Paul-Claude Racamier, NDR) était le fonctionnement institutionnel lacunaire, c'est-à-dire un fonctionnement dans lequel les initiatives de l'usager ne sont pas seulement favorisées, mais sont rendues nécessaires par les lacunes de l'organisation institutionnelles : ne pas être là tout le temps, **ne pas répondre à tous les besoins**, organiser des vides, des absences au niveau de la vie quotidienne ».* (« Réflexions sur la fonction soignante des structures médico-sociales », *Pratiques en santé mentale*, 2011, n ° 1, pp. 4-10, p.6). Un espace de jeu qui parle alors le dispositif institutionnel *« Dans le mouvement institutionnel lacunaire, tout se passe comme si la mère toute puissante que représente l'institution donnait au patient l'autorisation de faire usage de*

sa propre capacité de sollicitude, envers lui, envers les autres, envers l'institution elle-même ». (*Ibid,* p.6).

Jacky Merkling pose le même constat quand il note *« Ces particularités de la maladie mentale risquent de rendre dérisoire la disponibilité bienveillante du soignant, de la rendre même dangereuse, car le patient peut s'engouffrer dans cette disponibilité offerte, dans cette ouverture, pour y chercher des appuis qu'il ne peut trouver en lui-même, au détriment du soignant si celui-ci n'y est pas préparé ».*(Op.cit, p.221). Des risques que nos populations interviewées avaient largement perçus et pris en considération dans les réponses qu'ils nous ont apportées.

1.4.1 F. Accueil

L'accueil correspond à une qualité fondatrice des dispositifs de soins en psychiatrie de secteur. Nous ne reviendrons pas sur l'importance de ce temps quel que soit la porte d'entrée dans le dispositif, entretien infirmier d'accueil et d'orientation en CMP ou accueil infirmier avec ou sans entretien en hospitalisation temps plein pour la contribution des professionnels infirmiers. Ce temps initial est souvent un temps productif de mise en lien, d'écriture et il fait longtemps référence dans l'histoire du patient. Il n'est pas rare que des patients, même au décours d'un épisode de phase aiguë se souviennent à distance des professionnels présents, ainsi que de leurs mots et attitudes, et que des infirmiers structurent un référencement à partir de cette séquence. Dominique Friard ponctue à ce propos : *« Qui a entendu un de ces voyageurs immobiles lui décrire dix ans après son entrée à l'hôpital, les mots et les attitudes de chacune des personnes présentes comprendra ce que nous signifions par là ».* (*« Les attitudes des soignants au cours de l'accueil »,* www.serpsypaca.e-monsite.com , consulté le 20 septembre 2011).

Mais dans le cadre de cette recherche en lien avec *l'informel*, nous ne parlerons pas de ces séquences de première intention et **nous différencierons l'accueil de l'admission**. Un bref détour par l'origine sémantique nous permet d'entrevoir la complexité de ce mot derrière son apparence banale. Le terme accueil/accueillir vient du latin *« accoligere »* qui signifie rassembler. *« L'accueil, c'est la réception que l'on fait à quelqu'un. L'étymologie est triple : il s'agit de "cueillir", de "choisir", de "rassembler" ».* (*Ibid,* p.1). Une idée de cueillir, de recueillir de recevoir qui implique le passage d'un seuil qui ouvre à une hospitalité, à faire une place à l'autre en soi. Là aussi, l'étymologie nous dit qu'*Hospitilitas* vient du nom *hospitalis,* terme qui s'origine sur *hospes,* littéralement *« celui qui reçoit l'autre ».* Les deux termes se complètent, ils supposent la constitution d'un certain nombre de qualités comme le souligne Emmanuel Digonnet and Co *« Accueillir, c'est chercher à être une transition, un passage où notre fonction sera de rassembler ce qui est dissocié ».* (« L'accueil : faire en soi une place à l'autre », *Vie Sociale et Traitements,* nº 62, mai/juin 1999, pp. 17-22, p.20).

Pour notre part, nous définissons cette fonction *Accueil* comme la possibilité pour le patient ou sa famille d'avoir un interlocuteur en lien avec ou sans l'expression d'une demande de manière fortuite, prévue ou imprévue. L'accueil est ici une manière de faire signe d'hospitalité et de réceptivité au symptôme, à l'étrangeté, aux émotions, à l'expression de la personne là où elle en est. Le côté *informel* de cette fonction se trouve dans sa capacité à exister comme une disposition renouvelée, transversale. Il existe une notion de *fonction édredon* avec ces qualités de l'accueil, c'est-à-dire une notion d'épouser la forme et de revenir à son état initial une fois la séquence terminée. Cette thématique de l'accueil a fait l'objet d'une question sur le deuxième pavé du guide d'entretien.

Jean Michel Jamet et Véronique Depré proposent cette définition pour les soins infirmiers : *« C'est en ce sens que l'accueil ne représente pas uniquement un acte professionnel qui implique uniquement des attitudes d'empathie, mais c'est également une manière de penser et de réfléchir le monde [... Quant à l'infirmier, sans aucun jugement, il acceptera dans cet "ici et maintenant" les expériences que le malade vit ».* (*« L'accueil en psychiatrie, aspects juridique, théorique, pratique »,* Éditions hospitalières, Collection Souffrance psychique et soins, 1997, 111 pages, p.99).

L'aspect renouvelé de cette fonction *Accueil* est souligné par différents auteurs. Ainsi Guy Baillon note t-il que *« L'accueil n'est jamais limité au moment présent, mais invite toujours à s'ouvrir à ce qui est à venir, en fait un premier temps d'une continuité ».* (« *Quel accueil pour la folie »,* Éditions de Champ social, Nîmes, 2011, 339 pages, p.203). Emmanuel Digonnet dans un article collectif précise *« Mais ne croyez pas en être quitte pour l'accueil. Si accueillir, c'est faire en soi une*

place à l'autre, on n'en finit pas d'accueillir. Pour que l'accueil ne cache pas le soin, il faut que chaque lieu puisse être un lieu d'accueil, que chaque instant puisse être un temps d'accueil ». (*Ibid,* p.19). De son côté, Laurent Morasz parle à ce propos d'une *attitude globale d'accueil* qu'il repère comme un des processus clés de la fonction infirmière en psychiatrie. Cette attitude permet alors *« l'accueil des émotions du patient, de son histoire, de ses angoisses, de ses doutes, de sa conflictualité et de sa lourdeur parfois et constituent le premier temps du travail de contenance* ». (Morasz, Laurent, Perrin-Niquet, Annick, Vérot, Jean-Pierre, Barbot, Catherine, *L'infirmier(e) en psychiatrie*, Edition Masson, Paris, 2004, 297 pages, p.135).

Une fonction *Accueil* qui se caractérise par une succession des séquences d'accueil, lesquelles s'inscrivent alors dans le cadre du dispositif. Une disposition que cet infirmier s'essaye à mettre en mots : *« Le premier truc qui me vient à l'esprit c'est un endroit calme. Être vraiment là pour la personne. Alors bon ce n'est pas forcément dans le bureau, ce n'est surtout pas dans le bureau [...] Ça peut être dans la chambre du patient aussi. Mais voilà, on est là. On n'est pas forcément tout seul avec le patient on peut être aussi à deux mais la disposition se traduit ainsi, on est là pour vous ! " Là en ce moment on est là pour vous ! " Oui, c'est ça, un endroit où à un moment donné on se retrouve, je ne veux pas dire dans une bulle mais c'est un peu ça, je veux dire l'extérieur n'a pas d'importance, pour l'instant on est là pour la patiente ».*

Se situer là où le patient en est, avec ce qu'il vit, voilà une disposition d'accueil sur laquelle nous rejoint cet infirmier ISP *« Une disposition d'accueil, c'est montrer réellement au patient que là où le patient en est, je le rejoins. Je le rejoins là où il en est et je le lui dis "Ah ! Vous en êtes là. Donc vous en êtes là, donc je suis là. [...] Donc l'accueil, c'est cela, c'est l'acceptation de là où en est le patient et le rejoindre là pour lui dire, OK, on est là tous les deux, c'est bon, nous y sommes".*

Cette fonction d'*Accueil* peut prendre une tournure légère, mais elle peut aussi tourner à une gravité comme dans le propos que nous a confié cette infirmière ISP. Une disposition d'accueil qui se révèle ici d'une grande profondeur dans sa dimension humaine, laquelle porte alors à la stridence cette fonction : *« C'est être ouvert à tout, un peu à tout. Savoir écouter et accueillir aussi bien une fleur qui nous est rapportée du jardin, un cadeau confectionné à l'atelier, un petit mot... On essaye de voir tout ce qui a pu arriver. Quelques fois, ce n'est pas facile, je me souviens d'une fois où la personne m'avait dit qu'elle m'aimait quoi, voilà... en tant que soignante. C'était un patient en fin de vie qui délirait. La personne est décédée maintenant... c'est la première fois que j'en parle et ce n'est pas facile à vivre tout cela".* Accueillir ce témoignage et cette confidence du patient, rester en position d'accueil pour cette infirmière dans les moments ou la relation soignant / soigné emporte, confronte et précipite sur ces rives ultimes qui bordent les existences. Laisser faire son lit à cette position d'accueil comme on dit d'une rivière qu'elle *fait son lit.* Accueillir ici pour cette infirmière, la charge du témoignage de ce patient, à la fois simple et incandescent. Une capacité d'accueil qui fragilise et renforce en même temps le sens de ce métier. La fragilité est entendue ici dans une dimension de vulnérabilité, pour le maintien de cette capacité d'être touchée par l'autre, et le *renforcement* est entendu dans le sens de ce qui *rend fort.*

Avec ce témoignage, cette disposition d'accueil souligne son côté inconditionnel dans le sens ou le soignant ne sait pas à l'avance ce qu'il va accueillir. Il accueille et en accueillant l'autre, il s'accueille soi nous dit Michel Balat (2007). « *Voilà pourquoi l'accueil peut être source de difficulté*».

Dominique Friard écrit à ce propos *« L'accueil est le premier de ces petits soins du quotidien, ces soins de rien qui ne payent pas de mine, mais sans lesquels aucune démarche de soin ne peut tenir».* (Op.cit, p.1).

Pour ce médecin interviewé, la disposition d'accueil se manifestera par une sécurité interne et par la capacité d'accueillir des éléments nouveaux : *« C'est important d'avoir un schéma préconçu, un point de départ, pour autant, malgré cette ligne directrice, malgré cet élément, il faut avoir la capacité d'accueil de faits nouveaux. Cela peut être des paroles qui peuvent déranger ce qu'on avait prévu et se dire que peut-être, on n'avait pas saisi cet enjeu, en plus simple ou en plus compliqué. Moi, je comprends l'accueil pas seulement au sens basique, mais l'accueil au sens plus vaste, se laisser surprendre par un patient tout en ne diluant pas sa parole...».*

Une capacité d'accueil qui revêt la forme d'une invitation et prend la forme en quelque sorte d'une ***kinésie*** comme le souligne ce cadre interviewé : *« L'accueil, c'est apporter un petit quelque chose qui montre au patient qu'on est là pour travailler, qu'on est là pour être avec lui. C'est lui offrir*

la possibilité de dire son ressenti, de comment il se sent sans induire la réponse. [...] C'est peut être percevoir un regard en coin qui fasse sentir que l'autre à envie d'échanger, c'est peut être un sourire, un petit sourire, un petit geste, un petit hochement de tête, un petit quelque chose quoi».

Les énoncés de ces dispositions de soignants interviewés nous permet de répondre favorablement à cette recommandation que relève Pierre Delion *« Il ne suffit pas de décrire ce que serait une fonction d'accueil suffisamment bonne, encore faut-il qu'elle tienne ses promesses d'hospitalité vis-à-vis de celui qui en est précisément en panne de cette fonction dans sa vie psychique».* (Pierre Delion, dir, *« Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle»*, Édition Ères, Ramonville Saint-Agne, 2006, 254 pages).

1.4.2 F. Ouverture à la relation

Cette fonction définit la **proposition, manifeste ou latente, ainsi que la possibilité ouverte au patient, en appui ou non sur des éléments liés à la vie quotidienne et au vivre ensemble, d'engager un niveau de relation qui invite aux modalités d'une relation de civilité pour viser à son dépassement.**

C'est cette vigilance particulière du soignant qui se place volontairement « au seuil de la relation », participe d'une attention à toute expression de sollicitation du patient, mais également se situe dans une posture effective d'ouverture au dialogue. Nous retrouverons ces différents paliers relatifs à la structuration du niveau d'échange avec la fonction *d'entretien informel* caractérisée un peu plus loin en 1.4.2.2.

Cette fonction *ouverture à la relation* se caractérise donc comme une fonction seuil. Elle constitue le pendant, en termes d'effets, de la fonction 2.9.1 *Construction du lien* développée en 5.2 sur le niveau d'investigation professionnelle. Elle vise à amorcer, rendre possible, favoriser le lien. Elle multiplie des possibilités d'ouverture en vue d'une accroche. Il s'agit pour Blandine Ponet, Infirmière de secteur psychiatrique, de *« Relier deux bords, deux rives d'un fleuve qui ne le sont pas : l'image est forte quand on travaille en psychiatrie »* (« *L'ordinaire de la folie* », Éditions Erès, mai 2006, 110 pages, p.102). Elle souligne « *l'importance des **entours** (éléments constitutif de l'ambiance relationnelle, NDR) de Jean Oury pour reconstruire des frontières pour qu'il y ait un dedans et un dehors* ». (*Ibid*, p.17). La position du soignant est rattachée ici à la vie ordinaire pour cette auteure, et cet ordinaire est compris comme une atténuation de l'étrangeté. Cette position est permanente et présente un des éléments qui conditionne l'exercice : *« Par le corps et ses gestes, nous sommes rattachés à la vie ordinaire, et d'une certaine manière, quoiqu'on dise et quoiqu'on fasse, on est toujours obligé de se demander comment le patient va prendre notre propre geste avec lui et le comprendre. C'est une des conditions du travail en psychiatrie* ». (*Ibid*, p.23).

Ces gestes, ces petits gestes du quotidien ont toutes leurs importances. C'est ce que souligne également Serge Gauthier *« Se lever, aller au devant discrètement de quelqu'un, proposer une activité, ces gestes ont une profonde signification sociale et humaine, mais aussi dans le soin individuel et institutionnel, "Fonction de protection, d'introduction, d'intercession, de régulation*" ».

(« L'acte de présence en psychiatrie : sa spécificité et ses effets cliniques », *L'information psychiatrique*, vol.83, nº 4, avril 2007, pp. 293-301, p.297).

Cette fonction *Ouverture à la relation* s'inscrit comme un élément d'un dispositif qui la contient. Il s'agit d'une fonction seuil et d'une fonction mise en sens, elle se situe au seuil d'un *prendre soin* que Walter Hesbeen (2008) présente comme *« Un agir sensé, c'est-à-dire pensé en situation pour s'avérer sensé, porteur de sens pour les personnes en présence »*. Brigitte Taldir le cite ici, Walter Hesbeen (1999) apporte dans cette citation sa conception et sa définition de la démarche de soin. Il présente cette démarche comme *« celle qui porte vers l'autre pour aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien »*. La fonction *Ouverture à la relation* se trouve sur ce chemin, elle vise à trouver un point de croisement, peu importe ici le chemin. L'importance de cette fonction tient dans ce mouvement de *cheminer*. Brigitte Taldir attribue alors différentes qualités et compétences aux infirmiers pour emprunter ce chemin, parfois étroit et abrupt, lorsque des effets de la maladie ont rendu caduque le balisage conventionnel. *« L'infirmier tisse des liens de confiance avec la personne : chaleur, écoute, disponibilité, simplicité, humilité, authenticité, humour, compassion »*. (« Le sens du soin : approche des théories de soins en Ifsi », *Objectif soins*, nº 188, août/septembre 2010, pp. 19-22, p.22).

Annick Ernoult et Catherine Legrand-Sébillet citent et résument un des constats de la recherche longitudinale de Liliane Velpry (2008). Elles notent que cette auteure *« souligne que la spécificité du travail des soignants en psychiatrie est de travailler à un "accrochage", car tout doit être fait pour créer un lien avec la patiente et l'entretenir, en visant à un "décrochage", car l'objectif du soin est de restaurer l'autonomie du patient ».* (*Ibid*, p.45).

Cette idée *d'accrochage, d'établir le contact* est transversale dans les soins en psychiatrie. Elle apparaît largement conditionner les soins infirmiers en psychiatrie où la relation est le principal outil et support. Il existe une particularité de cette relation, plus saillante en hospitalisation temps plein, qui consiste à la confronter à des mécanismes de déni, à des vécus intrusifs parfois actifs ou à des activations délirantes qui rompent les liens. L'idée de tisser des liens à l'instar de cette auteure précédente renvoie à une idée de maillage. L'activation et le déploiement des fonctions en lien avec *l'informel* peuvent contribuer à resserrer la trame de ce maillage. En tout cas, ces fonctions en lien avec *l'informel* contribuent à avancer des éléments de réponses à la question du comment.

Cette visée *d'établir le contact* passe par une clinique de la rencontre dont nous parle Vincent Di Rocco : *« Dans la clinique psychiatrique en effet, l'établissement d'une relation à visée thérapeutique reste un enjeu majeur et incertain dans laquelle la place du soignant n'est jamais assurée. Pour entrer dans une relation d'accompagnement, comme dans une relation psychothérapique, il faut "établir le contact", créer la condition d'une "rencontre clinique". Pour être investissable, trouvable par le patient, le soignant doit, entre autres, accepter de vivre des états psychiques particuliers et être attentif aux "petits riens" et aux "pas grands choses", qui vont permettre un contact ».* (« Accueillir l'informe... », *Santé Mentale*, nº 136, mars 2009, pp. 28-31, p.29).

Cette fonction peut donc se décliner à tous moments, et en tout lieux de la vie hospitalière de l'unité. Les ***fenêtres d'opportunité, le sens de l'occasion*** pour reprendre ces propos de professionnels interviewés, sont convoqués et ils n'ont pas prétention à l'exhaustivité. Elle peut accompagner des actions supports lors des soins de base ou en appui parfois justement sur un soin somatique médicalisé. Ce type de soins peut permettre aussi un mode d'accès à la personne quand trouver/créer du maillage relationnel n'a rien retenu dans ses filets. Dans ce cas précis, le formel et le soin programmé peuvent venir en renfort de cet *informel*.

Dans tous les cas, la fonction d'*ouverture à la relation* se construit sur une forme de crédit de confiance envers le patient. Il s'agit de penser que cette direction est centrale. L'ouverture précède la construction de la relation dont Annie Vasseur et Marie-Christine Cabie nous disent : *« La construction de la relation est primordiale dans le processus thérapeutique, et dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle. Il est indispensable que le patient nous fasse confiance. Cela implique la confiance du thérapeute dans les capacités et les compétences du patient ».* (« La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie », *Recherche en soins infirmiers*, nº 82, septembre 2005, pp. 4).

Enfin, concernant l'organisation de la caractérisation de nos fonctions, nous avons établi les deux attributs de fonctions suivant à cette fonction primaire *disponibilité.*

1.4.2.1 *F. Personnalisation de la rencontre*

Nous entendons par *Personnalisation de la rencontre*, l'adoption d'un code de reconnaissance partagé entre le patient et un infirmier qui singularise et individualise le mode d'entrée en relation ainsi établie.

Ces manifestations de personnalisation s'expriment de manière privilégiée lors des moments qui ouvrent et qui ferment l'interaction (rencontre et séparation).

Le plus souvent, et au titre d'une antériorité situationnelle et relationnelle, il s'agit d'un code qui lie les deux interlocuteurs par la parole ou le geste. Le soignant devient et accepte en quelque sorte d'être un interlocuteur privilégié ou particulier du patient. Une « expression » commune – et qui n'a pourtant rien de commun - vient souder le pacte de reconnaissance et c'est à celui qui en délivrera le sésame au plus vite que revient l'entame de l'interaction.

Nos observations ont porté sur des gestuelles de salutations très personnalisées et adaptées aux patients concernés. Cela pouvait s'exprimer par un claquement de mains à plat, une salutation avec le bras avant la poignée de main, une forme d'interpellation ou de ponctuation sonore du geste, la référence à un mot évocateur d'une situation activée, partagée et ainsi codifiée.

Toutes ces manifestations avaient en commun d'offrir une singularisation à teneur chaleureuse organisée sur un rituel propre à une personne en particulier. Elle faisait donc appel à une antériorité de mise en lien que la codification spécifique du registre venait rappeler et rouvrir. Cette codification vient soutenir une identification et une appartenance. Nous y avons vu aussi une manière habile, quand l'échange de civilité se fait en public ou sous le regard de tiers, d'apporter une distinctivité et une valorisation, et ceci en particulier lorsqu'il s'agissait de patients plus démunis ou plus marqués par les stigmates de la pathologie.

1.4.2.2 *F. Entretien Informel*

La définition ce cette fonction *Entretien informel,* quantitativement significative, passe par une lecture définitionnelle des interactions entre soignants et patients dans le quotidien des unités, initiées autour d'activités supports ou non. Cette fonction fait logiquement suite à la fonction *d'Ouverture à la relation* puisqu'elle peut en signer une mise en forme.

Nous repérons quatre paliers dans la structuration des échanges *informels* liés au quotidien et au vivre ensemble. Ceux-ci vont alors de la relation de civilité dont l'affirmation soutenue constitue un des éléments d'ambiance en unité d'hospitalisation temps plein à l'entretien informel, lequel peut lui-même connaître plusieurs étapes de structuration

- Un premier palier qui correspond à l'échange de civilité qui ponctue les coprésences, ouvre au contact et fait exister chacun. Cet échange de civilité marque la présence de chacun et parle une caractéristique du dispositif. Celle-ci pourrait se traduire ainsi, les patients et les soignants ne sont ni anonymes, ni interchangeables. Dominique Friard écrit à propos des « petits soins » du quotidien et de la relation de civilité ceci : *« Nous sommes souvent dans le cadre de la relation de civilité. Les soignants sont "simplement" attentifs aux besoins du patient. Ils le sont "tranquillement", que le patient refuse les soins ou non. Ces petits soins parce qu'ils s'adressent à chacun, participent de l'ambiance du lieu de soin. Ils constituent l'arme absolue contre l'isolement. Ils sont le socle du contenir ».* (« Un entretien qui ne ressemble pas à un entretien », *Santé Mentale,* nº 136, mars 2009, pp. 22-27, p.25).
- Un deuxième palier correspond à l'instauration d'un dialogue. L'échange de civilité donne lieu à une symétrie dans l'échange, des mots accompagnent la marque d'adresse à l'autre, le bonjour est suivi de phrases, qui s'enquièrent généralement de la forme du moment des protagonistes, le salut ne vise pas l'évitement de l'autre. Cet aspect prenant un sens particulier dans le cadre d'une relation soignant/soigné en milieu hospitalier.
- Un troisième palier correspond ensuite au passage à une conversation. Des éléments partagés d'ambiance, de centres d'intérêts, liés à l'environnement (météo) sont alors convoqués dans l'échange. Dans le cas d'une activité support liée au quotidien (réfection d'un lit, ouverture d'un placard, mise à disposition d'effets de toilette, gestion d'une demande, etc.), des commentaires sur cette dernière sont partagés. L'échange se structure, mais il n'existe pas encore d'objectifs, ni de direction. L'interaction peut en rester là, elle correspondra alors à un préalable, à un jalon posé comme une modalité relationnelle à renouveler. Ce palier constitue le support sur lequel va s'établir l'entretien informel.
- Enfin, le quatrième palier correspond à notre fonction. Il réunit alors la détermination d'un ou de plusieurs objectifs ou buts poursuivis. *« Le but différencie l'entretien "informel" d'une conversation à bâtons rompus ».* (Op. cit. p.26). Il existe ainsi un fil conducteur dans leur détermination (évaluation de vécus, des émotions, recueil de données complémentaires, éléments cliniques et sémiologiques, etc).

Nous définissons **la fonction *d'entretien informel* comme un temps d'échanges inscrit dans le mouvement du quotidien,** « *niché dans les zones de moindres à résistance* » (Op. cit. p.22). **Sa caractérisation tient à la détermination et au travail d'explicitation pour l'infirmier d'une ou de plusieurs finalités qui s'appuient sur le discours et la conversation engagée**. En ce sens, le travail de l'infirmier consiste à privilégier la dynamique psychique qui s'anime lors de ce temps d'échanges. Il s'agit donc d'un temps qui possède sa propre structuration. Dominique Friard relève à ce propos que *« Nous sommes donc bien face à un dispositif, c'est-à-dire un ensemble de moyens mis en œuvre pour obtenir un résultat et la façon dont ils sont utilisés. Nous pouvons même soupçonner que ce dispositif ne décrit que partiellement ce qui est jeu dans cette relation ».* (Op. cit, p.22).

Ce travail spécifique lié à la fonction d'*entretien informel* avait été identifié en son temps par C. Le Breton, M. Quiennec et A. Petillon. (1988) Ils écrivaient alors : *« Les entretiens informels sont dans la pratique infirmière les plus fréquents ; ils sont provoqués à la demande du patient, souvent en fonction de notre rôle de référent ou parce que, dans le moment, nous sommes les seuls interlocuteurs présents. Le lieu ne correspond à aucun cadre précis, ce peut être la salle de séjour, un bureau, la cafétéria, la chambre ou encore cet entretien peut se faire au cours d'une promenade. Ce type d'entretien correspond à un besoin du patient de confier ses problèmes [...] ils son réalisés dans une tentative de résolution d'un moment d'angoisse au cours de la journée, pour apporter un éclaircissement, reparler d'un contrat de soins… ».* (« Réflexion sur la spécificité du soin infirmier en psychiatrie»*", Soins Psychiatrie,* n°90, Avril 1988, pp. 37- 40, p.39).

La fonction *d'entretien informel* s'appuie préférentiellement sur une relation individuelle d'un soignant à un patient. Toutefois, sa souplesse d'abord lui permet d'être menée à l'imitative d'un ou de plusieurs infirmiers suivant les situations que le quotidien réserve. De même, il peut concerner un voir deux patients quand ces derniers partagent en temps et lieu, un intérêt commun ou une situation commune.

Cette fonction *d'entretien informel* réunit plusieurs caractéristiques :

- La **question du lieu.**

Elle se caractérise par une absence de lieu électif. La question du lieu est secondaire puisque ce sont les circonstances de la situation relationnelle en lien ou non avec l'activité support qui déterminent l'entretien informel. Le lieu peut donc être les lieux du patient, les lieux collectifs, les lieux des soignants, l'extérieur et également plusieurs lieux peuvent être traversés si l'entretien prend une forme déambulatoire. La nature du lieu oscillera entre d'un côté une ressource quand les éléments environnementaux seront moins soumis aux artéfacts liés au bruit, à la présence d'autrui, aux passages. Ce sera le cas du parc, de la chambre du patient ou de tous lieux plus tranquilles en termes d'interférences. Et une contrainte d'un autre côté quand le lieu sera chargé en interférences. L'évaluation de ces dernières peut permettre à l'infirmier d'inviter à un déplacement, c'est-à-dire, faire un pas de côté pour se distancier des éléments manifestes d'interférences.

Ce n'est que bien secondairement que la question du lieu peut se poser en d'autres termes. Ce mouvement correspond alors à un début de formalisation de ce temps de paroles qui tend à définir une unité de lieu, de temps et de référent soignant. Ce glissement progressif et cette structuration s'opèrent lorsque l'entretien se répète, se repère en terme de fréquence et devient régulier, lorsque les contenus révèlent un niveau de dévoilement plus important, lorsque les objectifs se précisent ou se formalisent. Ce glissement fait exister alors des unités constituées de regroupement. Ce mécanisme s'active de la même façon en direction des familles de patients (voir à ce propos, la fonction 1.9). Il s'agit d'un passage possible de la fonction d'*entretien informel* à un entretien formalisé, voire programmé. Un passage éventuel de l'informel au formel.

- La **question de la temporalité.**

La durée de l'entretien informel sera logiquement plus brève qu'un entretien programmé ou formalisé. Notre énoncé peut prendre cette forme de paradoxe : il s'agit bien d'un entretien, mais ce n'est pas le temps de l'entretien. Plus précisément, la fonction d'*entretien informel* s'origine dans les plis du quotidien. Elle utilise l'activité support ou la relation de civilité comme mode d'entrée dans l'échange. Il s'agit donc de limiter l'impact relationnel, l'éventuelle mobilisation émotionnelle, bref de rester dans ses *zones de moindres résistances,* c'est-à-dire dans cet abord contourné des défenses du patient préalablement repérées. La durée est donc un facteur de formalisation et nos observations nous renseignent sur des durées de quelques minutes qui vont jusqu'à une vingtaine de minutes. Cette variable peut s'adapter au temps de l'activité support ou le dépasser.

- La **question du contenu.**

Il tient compte des caractéristiques à la fois du patient et de symptomatologie présentée, des caractéristiques du soignant (antériorité de relation avec le patient, disponibilité, expérience), et des particularités du contexte (situation de tension par exemple). En tout état de cause, nos observations nous permettent de constater que l'entretien informel est très majoritairement utilisé à des fins de construction ou de maintien d'une relation soignant/soigné dans le sens de favoriser les modes

d'accès, les modes d'abord au patient. Cette visée est majoritairement tournée vers le sens d'une *accroche* dont les éléments du quotidien peuvent s'avérer un terrain propice.

La fonction *d'entretien informel* est bien repérée lors de nos investigations. Très présente lors du recueil des données d'entretien, elle s'est trouvée moins affirmé lors des séquences d'observations et nous avons émis à ce propos une réserve d'ordre méthodologique liée au souhait de limiter les perturbations liées à la présence de l'observateur sur la scène observée. (Voir à ce propos les commentaires relatifs à l'analyse croisée des outils, données présentes préférentiellement dans les entretiens en partie 6.3.3).

La réunion de ces caractéristiques nous montre que l'absence de cadre formel lié à la conduite de la fonction *d'entretien informel* nécessite la détermination plus ou moins explicite d'un but, d'un objectif ou d'une direction quant à la réalisation de ce dernier et cela peut être davantage encore que lors d'un entretien formalisé. Nous rejoignons alors Dominique Friard qui établit le constat suivant : *« Ces éléments du cadre montrent que l'entretien informel n'est pas informe. Ce cadre ne saurait être un carcan. Il suppose du jeu et laisse toute sa place au mystère, à ce qui échappe. Il est impossible d'être exhaustif ».* (Op. cit. p.27).

1.4.3 F. Transitionnalisante

Cette fonction s'étaye sur le concept de Winnicott ***d'espace transitionnel***. A cet endroit, nous associerons ces concepts voisins, *l'espace transitionnel* à *l'espace potentiel*, voire à *l'aire intermédiaire*. Laissons parler les mots qui composent ce concept d'espace transitionnel, ils recouvrent initialement deux idées. Avec le terme d'espace, la première idée fait appel à une notion d'étendue, de surface et au sens figuré, elle évoque un ensemble de relation dans un domaine donné. La deuxième idée va avec le mot transitionnel, ou potentiel, et elle définie un état intermédiaire entre un état et un autre.

Donald Woods Winnicott définit cet espace transitionnel ainsi *« Dans la vie de tout être humain il existe une troisième partie que nous ne pouvons ignorer, c'est l'aire intermédiaire d'expérience (transitionnelle NDR) à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure ».*
(*« Jeu et réalités »*, Edition Gallimard, 1975, Collection Folio essais 2002, 276 pages, p.30). Le traducteur du livre apporte cet ajout sur le sens du mot expérience en anglais, lequel porte plus sur le mouvement et le processus que sur l'état.

Jean-Baptiste Pontalis, auteur de la préface de cet ouvrage souligne l'importance de ce concept. Il remarque *« que ce qui intéresse avant tout Winicott, mais l'intéresse d'abord **cliniquement**, et ce qui fait le prix de sa découverte pour tout psychanalyste [...] c'est l'**aire** intermédiaire : aire que la psychanalyse a négligée [...] ».* (*Ibid*, p.11). C'est ainsi que pour cet auteur, Winicott va *« Procéder de l'**objet** à **l'espace** transitionnel et assurer chez le lecteur ce même mouvement de transition... ».* (*Ibid*, p.11).

D.V.Winicott ajoute à propos de l'espace transitionnel : *« Cette aire intermédiaire d'expérience, qui n'est pas mise en question quant à son appartenance à la réalité intérieur ou extérieur (partagée), constitue la plus grande partie du vécu du petit enfant. Elle subsistera tout au long de la vie, dans le mode d'expérimentation interne qui caractérise les arts, la religion, la vie imaginaire et le travail scientifique créatif).* (*Ibid*, p.49).

A notre sens, rarement propos de psychanalyste revêtira une donnée aussi essentielle. Pour notre part nous définissons la fonction *Transitionnalisante* à partir de ce modèle, comme une expérience relationnelle qui ouvre à ce statut d'indétermination. Une expérience dont on ne puisse pas trancher l'assignation d'attribution, au carrefour du personnel et du professionnel. Une possibilité d'expérimentation qui ne soit ni au dehors ni en dedans, ni sur un plan, ni sur l'autre, mais qui soit à leurs limites. C'est-à-dire, à la limite du dedans et du dehors, à la limite du personnel et du professionnel.

René Kaës a travaillé dans ses recherches les catégories de l'intermédiaire et de la transitionalité. Dans un article sur *les médiations dans les espaces psychiques dans les groupes,* cet auteur retient cinq notions contenues dans ces catégories de l'intermédiaire. Les trois premières caractérisent les dimensions que nous attribuons à cette fonction *transitionalisante.* René Kaës les énonce ainsi : *« Une notion **topique** : ce qui est " entre deux", entre deux lieux, entre deux états, une notion **topologique** : ce qui appartient à deux espaces, une intersection ou une interface, un lieu de*

passage. Une notion ***processuelle*** *: ce qui forme une transition, ce qui accomplit une transmission ».* (*« Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes* », www.cairn.info, consulté le 5 septembre 2011).

Il s'agit pour le patient à travers un temps, une activité dont la particularité est d'être à la fois familière et non perçue comme une situation de soin, de proposer et d'éprouver une autre nature de relation. Patients et soignants abandonnent momentanément, et sans y prêter une attention soutenue, l'asymétrie qui les caractérise. Ils passent d'une relation de rôles sociaux convenus à une relation d'une toute autre nature et qui s'organise sur du commun, du partagé et du partageable, chacun pouvant allègrement profiter du territoire de l'autre avec son consentement éclairé. L'indétermination situationnelle en est la règle et c'est la qualité de cet espace qui en fait sa force en termes de contact. Nous insistons sur l'importance de cette fonction dans les soins infirmiers en psychiatrie, particulièrement en direction de nos patients psychotiques, dans l'approche, dans la démultiplication et l'abaissement des seuils de modes d'accès à l'autre. La situation d'hospitalisation temps plein, le partage du quotidien en constitue un champ potentiellement saturé de ces significations. C'est ici la qualité *d'une activité interprétative* (Paul Fustier, 2000) sur cette ouverture de registre qui en fait son levier. Il faut accepter de se confronter à cet *informe* nous dit Vincent De Rocco, *« Le sens viendra, peut être, au fil de l'histoire, du parcours. Les dispositifs, formels ou pas, se doivent d'être transitionnalisants, des terrains de jeux aux frontières mouvantes ».* (« Accueillir l'informe...», *Santé Mentale,* n°136, mars 2009, pp 28-31, p.31).

Enfin, Laurent Morasz va dans ce sens. Pour cet auteur l'espace transitionnel ou l'espace *« potentiel de soin se situe cheval, à la limite entre le Soi et le non Soi de chacun. Les qualités transitionnelles de l'espace de soin se retrouvent dans les expressions des patients et des soignants."Je vais dans mon service" ».* (Morasz, Laurent, Perrin-Niquet, Annick, Vérot, Jean-Pierre, Barbot, Catherine, *L'infirmier(e) en psychiatrie*, Edition Masson, Paris, 2004, 297 pages, p.105).

1.5 Fonction mère : Protectrice

Cette fonction mère situe du coté de la réponse aux impacts négatifs de certains effets de la maladie et en particulier de ceux qui viennent exposer la personne. Cette exposition non souhaitée peut prendre différentes formes, que ce soit en terme de vulnérabilité, de rupture dans la continuité des besoins de base, d'exposition ou de surexposition du à une conduite victimaire, ou encore à l'évaluation erronée des perceptions ou des relations à l'autre.

1.5.1 F. Evaluation protectrice.

Il s'agit dans cette fonction de procéder à une évaluation réalisé conjointement avec le ou les patients. Cette évaluation tient en une appréciation circonstanciée de la faisabilité de son action ou de son projet immédiat au regard des risques auxquels il pourrait s'exposer.

L'évaluation protectrice peut consister à remettre de la réalité devant le côté aventureux des projets ou des conduites en identifiant les critères de faisabilité avec le patient et cela, en préservant l'énergie du désir, ainsi que son pendant, le désir de l'énergie. Cette fonction s'appuie sur l'illusion fondatrice d'un devenir au quotidien. Les avis ou conseils, les mises en garde concertés, les évaluations partagées peuvent alors former une barrière protectrice externe. Cette fonction porte principalement sur les échanges matériels, la valeur réelle des objets d'échanges et de l'argent. La notion de protection des biens est alors convoquée. La persistance de cette convocation et l'aspect durable de cette fonction de protection sera constitutive d'éléments en faveur d'une traduction juridique de cette évaluation. (Mesures de protection des biens).

Elle peut aussi s'affirmer dans l'évaluation de la conduite des relations affectives et sexuelles là ou l'impact de la pathologie (exaltation, épisode hypomane, activité délirante) peut modifier les seuils d'acceptations individuels et amener à des expositions préjudiciables. Une des protections vise à limiter les retours de culpabilité qui suivent ces épisodes lorsque les patients se sont trop dévoilés, dispersant ce qui fait leur intimité.

Cette fonction d'évaluation protectrice peut s'adresser ponctuellement à un groupe de patients suivant ces mêmes modalités. Elle peut s'adresser aux contours du groupe, aux formes des interactions afin de garder actif le principe et le souhait de maintenir une *socialité protégée.*

1.5.2 F. Effet de Protection

Cette fonction consiste en une réaction immédiate de l'environnement soignant en vue de protéger la personne d'elle-même. Elle se caractérise donc par **son aspect réactif.** Cet effet de protection peut se traduire en termes de maintien de la dignité, de maintien de l'accès à la notion de pudeur, de maintien de l'accès aux soins ou enfin de maintien d'un environnement sécurisant.

Lors de nos observations, cette fonction a concerné notamment des situations ou les soignants intervenaient pour protéger la personne du regard des autres. Ces interventions concernaient soit un épisode confusionnel qui laissait la patiente partiellement dévêtue s'exposer aux regards des tiers et inversement préservaient les tiers d'une manifestation symptomatique potentiellement dérangeante. Ces interventions se retrouvaient également lors des soins d'hygiène (accompagnement à la douche) ou la question de l'exposition du corps était également convoquée.

Cette fonction peut également concerner les comportements de retrait de la personne, de ses contre-investissements, ceux qui pourraient le disqualifier, lui porter un préjudice moral, le ridiculiser ou le mettre en situation active ou rétrospective de ressentir de la honte. (Le sentiment de honte est entendu ici pour la personne comme l'expression en externe d'éléments destinés à rester en interne et précisément dans sa dimension intime, pensées, propos, émotions, caractéristiques personnelles).

Enfin, la fonction *effet de protection* peut passer par l'interposition du corps soignant comme tiers séparateur et protecteur lorsque les propos, les réactions ou le comportement du patient, intentionnelle ou non, peut l'exposer à un mécanisme de représailles, voir à une menace physique.

1.5.3. F. Sécurisante

La *fonction Sécurisante* pour le patient consiste en la possibilité d'éprouver dans son environnement soignant des éléments de fiabilité, de stabilité et de sureté quand aux actes et aux paroles donnés. Cette fonction très répandu dans les pratiques de soins touche à l'ensemble des éléments de l'environnement du patient au quotidien. Elle consiste essentiellement à répondre aux multiples manifestations anxieuses ou d'angoisses activées ou majorées par les manifestations pathologiques. La finalité consiste à créer ou recréer du familier, du connu et du régulier vis-à-vis de cet environnement. La continuité de la présence soignante et du dispositif, la finalité du lieu, des actes, des soins et du traitement sont alors régulièrement convoqués. La *fonction Sécurisante* redessine les **fondements du soin** et des lieux. Il s'agit de contribuer à restaurer **une sécurité de base.** Les mots et les messages sont simples, ils résonnent de la force de l'évidence (*les vies denses).* Les soignants sont là pour soigner, l'hôpital pour protéger, le traitement pour soulager. Une perception de sécurité interne peut parfois découler de ces mises en mots.

Parmi les techniques mobilisées dans la mise en place de cette *fonction Sécurisante* nous retenons l'importance de la parole congruente qui accompagne l'acte, une parole en congruence avec le geste, une parole qui commente l'acte de manière synchronique avec son déroulement, une parole, enfin ,qui prend en compte le corps et le perceptif en mettent des mots sur le sensoriel, les sensations physiques primaires.

Le sécurisant est différent du sécuritaire, la visée concerne le recouvrement au moins partiel d'une sécurité interne là ou une visée sécuritaire consisterait à donner une réponse aux comportements.

1.6 Fonction mère : Attention Flottante

Cette fonction est une extension d'un concept emprunté au corpus psychanalytique. Nous rappelons que Freud avait énoncé progressivement une série de règles fondamentales concernant la conduite de la cure. Nous citerons ainsi *l'association libre* (la libre expression des idées qui viennent à l'esprit, sans discrimination), *la neutralité bienveillante* (absente dans cette formulation chez Freud, la neutralité s'entend quant aux valeurs, aux décisions etc. mais ces éléments sont accueillis), *la règle d'abstinence,* (pas d'intervention dans le réel), *la position étendue* (neutralisation des stimulations sensorielles et centrage sur la vie psychique), *le cadre* (durée, fréquence, lieu et cout) et *l'attention flottante.*

Cette dernière est défini par J.Laplanche et J-B Pontalis comme l'implication de ne privilégier à priori aucun élément du discours de l'analysant, l'analyste *« laisse fonctionner le plus librement possible sa propre activité inconsciente et suspend les motivations qui dirigent habituellement l'attention »*. (*« Vocabulaire de la psychanalyse »,* Editions PUF, 2ème tirage, Paris, juillet 2009, 523 pages, p.38). Notre propos s'intéresse principalement au dernier terme de cette définition pour en reprendre l'idée. Il ne s'agit pas bien sur de porter une interprétation sur les faits, paroles et geste du patient. Il s'agit de repérer une frontière. Dans la définition du concept, nous pouvons la situer entre le matériel conscient et le matériel inconscient, entre le latent et le manifeste. La frontière n'est pas tracé, défini à l'avance, elle se fait en écoutant, elle **flotte.**

Notre appropriation de ce concept et son application au soin infirmier s'appuie sur cette notion de flottement. Elle traduit à notre sens d'une part une activité de nature psychique et d'autres part une attention qui ne serait ni hyper vigilante (surveillance exacerbée), ni hypo vigilante (aréactivité et passivité). Il ne s'agit pas de distraction mais d'une attention globale et c'est en ce point que nous faisons le lien avec le concept freudien.

Pour Didier Houzel *« Freud attribue à l'attention une fonction de passage du préconscient au conscient »*. (« Peut-on parler d'attention inconsciente ? », *Santé Mentale,* n°118, mai 2007, pp 52-56, p.52). Il développe le modèle de Freud (1895) quand *« Il distingue des neurones sensibles aux quantités d'excitation, les neurones Y, et des neurones sensibles aux qualités de l'excitation, les neurones PHI. Il définit l'attention comme un surinvestissement des neurones de qualité »*, laquelle ouvre à *une pensée observante.* (*Ibid,* p.54-55). Cet auteur introduit son propos par cette phrase liminaire *« Toutes les définitions du concept d'attention insistent sur trois propriétés : le renforcement des perceptions soumises à l'attention, la sélectivité des perceptions bénéficiant de l'attention, l'accession à la conscience de ses perceptions »*. (*Ibid,* p.52).

Appliquée au domaine des soins infirmiers cette fonction constitue pour l'infirmier une attention en direction du patient ou du groupe patient. Il s'agit d'un élément de veille qui se fonde sur une opposition distinctive habituelle/inhabituelle, ce sont ici les éléments habituels qui vont renseigner et les éléments inhabituels qui vont alerter.

Cette lecture va permettre de déterminer *des indicateurs de contexte* (Bateson, 1984). Thom (1988), cité par Guy Le Borteff, parle des *formes* saillantes pour désigner ces informations qui viennent faire sens, *« Thom propose une piste de recherche en "sémiophysique" pour étudier le difficile problème de l'apriori dans la caractérisation de l'utilité de l'information »*. (« *De la compétence* ». Essai sur un attracteur étrange, Les éditions d'organisation, 1995, p.69). Cette attention flottante trouve son cadre dans un niveau de vigilance médian, c'est-à-dire intégré, construit sur une lecture d'une sémiologie de l'environnement stabilisé. Ce sont alors les formes saillantes dont parle Thom qui vont faire signe, il formule ainsi cette distinctivité, ce sont : *« Toute forme vécue qui se sépare nettement du fond sur lequel elle se détache »*. (*Ibid,* p.69).

Il s'agit donc d'une attention propre aux infirmiers observés qui sans être **en situation d'alerte**, **sans être en relation directe** avec un ou des patients peuvent par l'intermédiaire d'un son singulier, d'un mouvement de circulation particulier dans le service en fournir une lecture et en déduire des attitudes propres à certains patients. Ainsi, ils sont en lien indirect, mais permanent avec la vie du service

1.6.1 F Observation à distance

Cette fonction se définit par la mise en activation d'une observation indirecte du patient de nature visuelle, auditive, olfactive. Ce sont ici des informations inhabituelles qui vont en retour susciter chez l'infirmier une prise en compte particulière du patient. La recherche de Nant a objectivé cette modalité de travail et pointé son incorporation dans l'observation suivante ; *« En effet, lors de notre premier jour d'observation à Fraidieu,* (nom de l'Unité Résidentielle Hospitalière, NDR), *l'infirmier qui nous accueille est calme, posé, présent mais semble toujours en alerte. Lors de nos échanges dans le bureau, il nous parle tout en regardant par la fenêtre qui donne sur la porte d'entrée du bâtiment. Nous comprenons qu'il observe constamment le mouvement des personnes qui entrent et qui sortent de Fraidieu. Lorsque nous lui faisons remarquer, il nous répond qu'il ne s'en rend même pas compte »*. (Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, *« Interventions Infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu»,* Fondation de Nant, 87 pages, p.53).

Cette exemple retraduit la fonction *Observation à distance,* et cela même si dans cette description cette observation ne donne pas lieu à intervention. Nous déduisons volontiers de cette

tension d'observation qu'une information d'ordre inhabituelle serait de nature à ouvrir à une mobilisation. Ces auteurs notent également à propos de cette activité d'observation des professionnels que cette dernière à un coût psychique ; *« Cette attention incorporée peut, en partie au moins, expliquer la fatigue souvent décrite par des professionnels, les étudiants stagiaires en psychiatrie dans la charge psychique que cela suppose d'être en relation constante voire en alerte face à l'imprévisibilité des situations pouvant se présenter ».* (*Ibid,* p.54). (Ces éléments sont abordées en partie 7.2.1).

Le canal sensoriel mobilisé ici passe par **la vue**, qui désigne ici le sens perceptif et **le regard** qui lui désigne l'intention. Un regard dont les auteurs soulignent à la fois le potentiel contenant et sa nature mutuelle, croisé *« comme relevant d'un contrôle mutuel ».* (*Ibid,* p.53). Le regard est donc mobilisé, non pas dans le sens de voir avec sa charge de pulsionnalité scopique, mais dans le sens de s'imprégner. Cette fonction d'observation à distance agit comme une imprégnation. Au niveau du canal visuel, elle fonctionne telle **une rémanence rétinienne.** L'image inhabituelle se détache du fond, elle perdure et reste alors en vue le temps de son traitement, elle révèle ses indices.

Dominique Friard s'est intéressé à ces savoirs spécifiques dans un article intitulé **« Savoirs indiciaires,** infirmerie et récits ». Il s'appuie sur les écrits de Carlo Ginsburg (1989). Ce dernier décrivait cette forme de savoirs à partir de l'exemple de l'antériorité du rapport des hommes et de la chasse. L'homme était un chasseur qui au court de *« poursuite innombrables a appris à reconstruire les formes et les mouvements des proies invisibles à partir d'empreintes inscrites dans la boue, de branches cassées, de boulettes de déjection [...] Il a appris à accomplir des opérations mentales complexes avec une rapidité foudroyante [...] ».* (*«Savoirs indiciaires, infirmerie et récits »,* 2001, www.serpsy.org, Compte rendu des journEcritures, consulté le 24 mars 2006, p.2). Nous notons que cette dernière assertion correspond en tous points au Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers (CRESI) qui se réfère à JM De Ketele pour poser leur définition de la compétence. La définition de cet auteur précise *« On ne peut parler de compétence qu'à partir du moment où il y a mobilisation des ressources pertinentes face à une situation problème à résoudre ou à une tâche complexe à effectuer ».* (Projet CRESI, Projet pilote Léonardo De Vinci, Cadre pédagogique et méthodologique, 2008, p.4, www.infirmiers.com).

Une compétence dont Dominique Friard propose l'analogie avec les infirmiers ISP qui suivraient le même processus, c'est-à-dire, *« la capacité de remonter à partir de faits expérimentaux apparemment négligeables, à une réalité complexe qui n'est pas directement expérimentable».* (*Ibid,* p.2). Ces savoirs indiciaires sont alors d'ordres qualitatifs et notre auteur remarque que ces connaissances indiciaires, à l'image de nombreuses fonctions en lien avec *l'informel* déployées dans la pratique quotidienne, ne sont pas reconnues socialement. *« La capacité de reconnaitre [...] une intention hostile sur un visage qui s'assombrit ne s'apprenait certainement pas dans les traités [...] de psychologie ».* (*Ibid,* p.3). Ces savoirs non académiques s'apprennent *« de vive voix, d'après les gestes et les regards ; ils se fondaient sur des subtilités assurément impossibles à formaliser et souvent même à traduire verbalement [...] ».* (*Ibid,* p.3). Ces savoirs s'acquièrent par l'expérience, par leurs passages dans le concret, par l'éprouvé au contact du réel des situations de soins. Notre auteur observe que ces savoirs peine à être retraduit dans les écrits mais que ces derniers ne cessent pourtant de renvoyer, dans l'interligne, à ces savoirs. En ce point, *savoirs indiciaires* et *observation à distance* sont, comme nombre d'actions en lien avec *l'informel,* l'objet de notre pari. C'est-à-dire, tenter dans cette recherche de caractériser et de fixer certains de ces éléments fuyants.

1.7 Fonction mère : Effets de la Permanence

Cette fonction correspond ici à la permanence des soins et de la présence infirmière dans les unités d'hospitalisation à temps plein. Le modèle conceptuel et théorique qui nous permet de penser cette fonction mère et sa répartition en deux fonctions primaires est emprunté au champ de la psychanalyse à travers le modèle *« du jeu de la bobine ».* Ce jeu de la bobine ou jeu du fort-da a été décrit par Freud dans *Au-delà du principe de plaisir* en 1920. Ce texte s'apparente à une référence majeure dans l'appréhension psychanalytique, et au-delà, dans la genèse de l'organisation de la psyché humaine. Nous reprenons ci après en quelques mots son exposé. Ce concept part de l'observation succincte réalisé par Freud d'un jeu de son petit fils alors âgé de dix-huit mois. Le jeu est ici convoqué

pour sa valence symboligène. Il ne montre pas la réalité objective que vit l'enfant mais la réalité psychique.

Dans un premier temps, Freud observait l'enfant qui passait son temps à jeter au loin ses jouets, sous le lit. Il prononçait alors le mot « o-o-o-o » qui allait devenir l'ébauche de « fort » en allemand. Un jour Freud observa chez son petit fils un jeu plus construit, ce dernier jouait avec une bobine en bois relié par une ficelle, il la jetait au loin ou elle disparaissait hors de sa vue, en prononçant le même son et puis l'enfant tirait sur la ficelle pour faire réapparaitre la bobine, et en la ramenant à lui ponctuait son geste d'une exclamation « Da » (pour là en français).

Freud relie cette situation de jeu à la situation contextuelle de l'enfant à cette période. Il s'agissait d'une période où la mère de l'enfant s'absentait pendant de longues heures. Le jeu du *fort-da* allait symboliser la disparition et la réapparition de la mère. Les enjeux théoriques de cette expérience sont conséquents, elle marque une dualité qui réunit des couples d'opposés, présence/absence, passif/actif, voir l'investissement ou plutôt l'accession au langage dans le marquage d'une distinction phonétique o-o/a-a. La répétition du jeu va du coté de la compulsion de répétition.

Pour notre part, nous retenons à l'appui de l'illustration de nos fonctions en lien avec la permanence, l'équivalent d'une entrée dans le symbolique, le passage d'un pré symbolique au symbolique dans ce jeu de présence /absence à l'intérieur de la permanence. Ainsi nous retenons ces deux fonctions de permanence réelle et de permanence symbolique.

Cette fonction de base de l'hospitalisation temps plein d'assurer la permanence des soins avait fait l'objet d'une première approche il y a quelques années par G.Anselme, J.P. Lanquetin et Ph. Quinet. Ces auteurs constataient que l'infirmier *« est dépositaire de cette "continuité soignante dans le registre de la présence", de la permanence rassurante du nycthémère, présence sans absence réelle et symbolique, gardienne du fil de la bobine. A chaque instant, le patient doit pouvoir s'en saisir et tirer dessus. Etre-là à tous moments, répondre à toutes personnes dans toutes les situations sans possibilités de dérogation ou de dérobade [...] ».* (« Les soins infirmiers en intra-hospitalier », *Soins psychiatrie*, nº 194, 1998, pp. 26-31, p. 27).

1.7.1 F. Permanence réelle

Cette fonction se définit par la possibilité pour le patient d'éprouver et de se conforter à la permanence et la continuité des soins du dispositif. Cette permanence se traduit par une matérialité, il y a des soignants, ici des infirmiers présent dans l'unité 24/24 heures. Cette dernière recouvre la possibilité pour le patient d'aller vérifier dans le réel de l'unité par la présence de ses soignants auprès de la permanence infirmière. Cette vérification peut passer par un contact, une demande dont les aspects réitérés et monothématiques en sont une caractéristique. La réponse fournit quelques instants auparavant se voit souvent, inlassablement, rencontré le défaut d'inscription de cette dernière chez le patient. Ce dernier peut alors revenir poser sans variations aucune cette même demande dans une répétition compulsive dont parfois les innombrables réitérations mettent à l'épreuve les soignants. Ce défaut d'inscription marque un temps perçu comme linéaire, écrasé, permanent, en manque de structuration. La temporalité est alors statique, immuable et atemporelle à l'image de ce patient qui n'avait de cesse de demander l'heure, laquelle changeait entre temps et appelait de nouveau la question. Cette répétition pouvant être compris comme une tentative d'essayer de fixer ce temps qui nous échappe et qui nous définit également dans une chronologie. Eugène Minkowski (1988) cité par Louis Hecktor parle ainsi de la fragmentation du temps de la temporalité qui placerait certains patients *« Hors de toutes formes de continuités et d'articulation des structures temporelles ».* (« Le temps dans la psychose », *Santé Mentale*, n°149, juin 2010, p.45).

Minkowski précise que *« [...] le processus schizophrénique s'attaque [...] au dynamisme vital lui-même, les perturbations du phénomène du temps vécu seront ici particulièrement profondes. Ici, le temps s'effondre ».* (*« Le temps vécu »*, reproduction en facs de l'édition de 1968, Gérard Montfort, Brionne, 1988, III, 401 pages, p.266)

Cette matérialité dans le besoin de percevoir par l'éprouvé cette dimension de la permanence peut passer par d'autres canaux que la demande. Le contact visuel ou une proximité avec le lieu de travail des soignants, souvent le bureau infirmier, en constitue les expressions les plus manifestes. Stationner, sentir et percevoir cette proximité en deçà d'une demande sont des manifestations ponctuelles dans des phases de déstructuration, parfois des présentations plus durables, que nous rencontrons dans l'unité de soins. Ce n'est pas le lieu qui organise la séquence mais bien la recherche de cette proximité. La localisation peut être le lieu ou est présent le soignant ou se situer en retour de

son intervention. Le mode prévalent de relation à l'autre se déroule alors plutôt sur le registre de l'indifférenciation.

Cette fonction en lien avec la permanence réelle est repérée et décrite en des termes similaires par Michèle Tortonèse quand elle écrit : *« Les infirmiers sont des éléments indifférenciés dans l'équipe, un pion parmi d'autres, un élément d'une généralité.* ***La valeur donnée à la permanence*** *infirmière leur confère cette précieuse dimension d'immuabilité. Ils font partie des murs et en cela ils offrent une certaine attention bienveillante, une certaine disponibilité, indépendamment d'une relation spécifique et travaillée. En effet, certains patients ne connaissent pas nos noms mais leur soulagement est visible quand on explique qu'il y a toujours des infirmiers, même la nuit ».* (*« Cadre thérapeutique et accompagnement infirmier »,* EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-725-B-50, 2011, p.5).

1.7.2 F. Permanence symbolique :

La fonction *Permanence symbolique* est le deuxième volet de cette fonction mère Permanence. Pour introduire cette fonction, nous laissons cette même auteur poursuivre *« Mais l'infirmier est une personne repérée, singulière, dont la disponibilité, la préoccupation, sont les instruments d'une recherche de lien et de rencontre. C'est ce qu'on peut voir à l'œuvre, à minima, dans le lien particulier qui va apparaître entre un patient et l'infirmier qui l'a accueilli dans le service ».* (*Ibid,* p.5).

De son côté, Raymond Panchaud, Directeur des Soins, distinguait en 1994 ces deux niveaux de permanence au cours d'un article consacré au « *Potentiel thérapeutiques des temps infirmiers ».* Il écrivait alors ; *« Cette présence infirmière est assurée pour le patient à différents degrés : soit dans la réalité immédiate : il est là, soit dans de manière symbolique : il n'est pas là mais cet environnement me le rappelle. C'est-à-dire que* ***la permanence évolue d'une présence indifférencié à une présence qui va progressivement s'individualiser*** *au fil du traitement : les soignants sont repérés en tant qu'individus et la relation devient personnalisée ».* (« Potentialité thérapeutique des temps infirmiers », in *l'Information Psychiatrique,* 70, n ° 8, octobre1994, pp. 695-696).

La traduction de cette fonction de *permanence symbolique* dans son passage à un ordre présymbolique peut sans doute être illustrée par l'observation suivante portée sur plusieurs des unités investiguées. Il s'agit ici de la gestion de la chambre d'isolement et du passage des infirmiers auprès du patient ou de la patiente objet de cette mesure. Cette partie de l'activité infirmière est fortement encadré et fait l'objet de protocoles de soins. La prescription peut se montrer plus précise, parfois lourde, et la préoccupation de surveillance rythme ce soin programmé. Nous notons à ce propos, et cela hors enquête, des prescriptions de surveillance à fréquence très élevée pouvant aller dans notre expérience jusqu'à toutes les dix minutes, soit 144 visites sur 24 heures. Ces prescriptions, quand elles sont effectives en dehors d'une fourchette horaire élective d'un temps de crise aigüe, laisse ouverte la question de la gestion des responsabilités et des faisabilités.

Pour autant et en deçà du prescriptif, les infirmiers ont souvent l'initiative dans le cadre de leurs rôle propre de s'enquérir d'un besoin particulier du patient ou d'initier une visite. Cela touche à la partie informelle des soins. Nous notons dans nos observations que ces initiatives ne se faisaient pas en réponse à une demande du patient, laquelle s'exprime soit par un appel, ou trop communément soit par des coups portés à la porte. En fait, nous remarquions que ces interventions se déroulaient justement avant une manifestation d'appel. Elles ne correspondaient pas non plus spécifiquement à une réponse anticipée à un besoin. Elles étaient en quelques sorte, gratuites, sans autre objectifs que d'incarner une permanence ou, en quelques sortes suggérer qu'il n'y aurait plus besoin de taper, demander ou tirer sur la *bobine* de ce fort-da.

Un infirmier ISP interrogé lors d'un DIA nous en dira simplement qu'il intervenait ainsi *« pour montrer qu'il était là sans qu'il soit besoin de l'appeler »* ou pour cet autre *« parce que j'avais prévu de passer un moment et de voir ce patient ».* Une initiative intégrée dans son prévisionnel d'activité (voir à ce propos la fonction 2.1.d) et dans les deux cas penser le soin infirmier en psychiatrie comme une activité symbolique. Nous avons perçus lors de ces situations avec les interventions non programmés de ces infirmiers, une mise à disposition de leurs présences, qui si elle n'opère pas à coup sur un coup de force symbolique, contribue à favoriser cette possibilité.

1.8 Fonction mère : Décalage

Cette fonction propose au patient de figurer, de donner forme, de se représenter sur un autre plan ou une autre scène l'objet de sa demande ou l'objet de la situation relationnelle du moment. Par la transposition de sens qu'elle implique et qu'elle met en scène, la fonction décalage n'est en général pas dénuée d'un potentiel effet comique. Elle implique un jeu dans le double sens du terme, du jeu en termes de mobilité (il y a du jeu dans les pièces des montages représentatifs et il faut du jeu pour ne pas que cela *grippe*) et du jeu avec la proposition souvent ludique et mutative qu'elle induit.

Cette fonction a été abordée par G.Anselme, J.P. Lanquetin et Ph. Quinet dans un article consacré au soin infirmier en intra-hospitalier. Nous parlions alors de fonction *« clown »* pour exprimer ce décalage *« Il ne s'agit pas de faire le pitre devant le patient, mais d'opérer des ruptures dans le système représentatif, c'est-à-dire des ruptures métonymiques. En fait, par un agir à intention humoristique, déplacer la scène, changer la mise en scène, proposer une autre représentation de ce qui est en train de se jouer, d'être joué et peut-être au-delà faire face à l'angoisse de non-représentation du patient psychotique, en proie à du non représentable, du non-figurable »*. (« Les soins infirmiers en intra-hospitalier », *Soins psychiatrie,* nº 194, 1998, pp. 26-31, p. 27).

C'est Jean Furtos qui à notre sens à utilisé le terme le plus adéquat pour définir ce que nous nommons la fonction *décalage,* dans la parole ou l'acte, quand il revient sur l'étymologie du mot **interloquer** *« le mot "interloqué" peut être pris au sens étymologique : une parole entre deux personnes ou plus, qui interrompt un processus pour en amorcer un autre, sur un plan différent »*. (Parler en français courant, *revue Rhizome,* nº 41, avril 2011, page12).

Dans son article, Jean Furtos utilise le mot *interloqué* à propos d'une situation où ce changement de registre lui a permis de décaler une situation clinique tendue et potentiellement violente.

Cette description nous en a rappelées d'autres qui s'inscrivent dans un temps lointain et que nous souhaitons évoquer avec ce détour en raison de leur impact signifiant. Un détour qui nous fait aborder un raccourci de l'histoire.

Il existe une proximité dans les registres d'actions entre ces deux situations ainsi qu'une absence d'anachronisme. Leurs puissances d'évocations et d'interpellations nous invitent à les présenter ici. Elles concernent toutes deux des situations de violence qui ont trouvé une résolution par décalage. Cette fonction s'y applique avec une efficacité déroutante. Pour autant, si celle-ci permet une efficace désescalade, elle n'est pas exclusive de ses situations dans notre définition.

La première situation est un souvenir professionnel lointain pour J.Furtos, mais bien présent dans l'histoire professionnelle du narrateur. Elle relate sa réponse négative à un patient toxicomane et la réaction de celui-ci à cette frustration *« Je lui réponds qu'il me demande quelque chose que je ne peux pas lui donner. Il sort alors de sa poche un couteau, un Opinel immense qu'il pointe vers moi ; je n'ai pas eu le temps d'avoir peur, car la grandeur du couteau m'a interloqué et m'a conduit à m'exclamer : "Il est grand votre couteau !" "Oui, me répond-il, c'est un numéro 13", et nous avons pu passer à autre chose »*. Jean Furtos explique qu'il n'a pas eu peur de sa peur, qu'il a pu décaler son exclamation de surprise la rendant inattendue et que le patient, lui-même surpris, change de registre.

La deuxième situation nous emmène deux siècles plus tôt. Elle est livrée par Marie Didier dans un livre sensible consacré à la vie de Jean-Baptiste Pussin, entré à Bicêtre comme malade en juin 1771, devenu gardien puis nommé gouverneur des aliénés en 1785. Jean Baptiste Pussin fait figure d'aïeul et de point de référence historique pour la profession d'infirmier en psychiatrie. Nous sommes en septembre 1793, Philippe Pinel vient de prendre ses fonctions à l'hospice de Bicêtre le 11 de ce mois. Jean-Baptiste Pussin lui a remis son « État des fous de Bicêtre », tentative de classement et de tri sémiologique des malades, première ébauche de taxonomie produit de ses observations et constats aussi de ses découvertes.

Philippe Pinel écrira en 1809, dans la deuxième édition du premier traité médico-philosophique, en identifiant Jean-Baptiste Pussin comme *« celui qui a eu l'initiative de la libération des aliénés, interdisant absolument de le mêler lui, à l'effectuation de la chose »*. Ce rejet de la paternité du geste inaugural de la psychiatrie contemporaine, celui de la libération des aliénés de leurs chaînes est rapporté par notre auteur. (Marie Didier, *« Dans la nuit de Bicêtre »,* Éditions Gallimard, collection Folio, 2006, 200 pages, p.181). Elle fait contrepoint en cela à l'hagiographie traditionnelle

et au célèbre tableau de Charles Muller commandé en 1842. Guy Baillon pose à propos de ce geste inaugural cette interrogation féconde, *« Il est juste de s'arrêter sur ce simple fait, car c'est une leçon qui permet d'espérer* ***que cela puisse se reproduire sans cesse ;*** *demandons nous comment un homme, sans formation aucune, habitué seulement à obéir à des ordres, entrainé à considérer ces êtres comme des animaux, comment avec sa compagne a-t-il pu oser enlever leurs chaînes et partager des tâches avec eux ? Comment ont-ils osé prendre de si grands risques allant à l'encontre des certitudes de l'époque ? ».* (« *Quel accueil pour la folie »,* Editions de Champ social, Nîmes, 2011, 339 pages, p.29).

Si Jean-Baptiste Pussin incarne une figure de père des infirmiers psychiatriques, son épouse Marguerite Pussin peut tenir la même place pour les infirmières. Ils formaient avec Philippe Pinel ce que Guy Baillon nommera *«Une véritable "équipe" pluriprofessionnelle d'emblée ».* (*Ibid,* p.29). Elle associait les mêmes techniques que son mari, dont celle que nous nommons le décalage. L'extrait un peu long qui suit est extrait d'une note de Philippe Pinel rédigée pendant l'année et demie (de septembre 1793 à janvier 1795) de sa nomination et de son passage décisif à Bicêtre.

> *« Une circonstance un peu plus orageuse me fit connaître, dans toute son étendue, cette heureuse fécondité de moyens qu'elle avait pour maîtriser les insensés. Un jeune homme aliéné depuis plusieurs mois et libre à l'intérieur de l'hospice est tout à coup saisi d'un accès. Il réussit à se glisser dans la cuisine, s'empare d'un couperet propre à hacher les herbes et ne fait qu'entrer dans une plus grande fureur par les efforts du cuisinier et des gens de service pour le désarmer. Il saute sur la table pour se mettre en défense et menace de couper la tête du premier qui osera s'avancer. Marguerite, sans s'effrayer, prend une tournure adroite ; elle réprouve hautement l'attaque dirigée contre l'aliéné. " Pourquoi empêcher, dit-elle, cet homme fort et robuste de travailler avec moi ?" Elle lui parle en douceur, l'engage à s'approcher d'elle avec l'instrument qu'il a saisi, elle lui montre la manière dont il doit s'en servir pour hacher les herbes. Elle feint de se féliciter d'avoir un aide pareil. L'aliéné, trompé par cette innocente ruse, ne s'occupe que de son travail et à un signal donné, il est investi par les gens du service. »* (Op.cit, pp. 157-158).

L'analogie est riche par sa puissance d'évocation. A deux siècles d'écart, les ressources et les savoirs mis en œuvre sont de même nature. Nos deux professionnels répondent à côté du manifeste de la scène. Ils ne répondent pas à cette invitation à réagir à l'endroit d'appel et proposent un autre champ de lecture et d'interprétation. L'effet de surprise produit le changement de registres, le décalage ici salvateur. Sans doute la reconnaissance d'une composante phallique a-t-elle favorisée pour le patient ce décalage, mais le temps est ici à l'immédiateté d'une intelligence rapide qui précède le temps rétrospectif de la psychologisation.

Marguerite utilisait ses précieuses ressources en décalage à d'autres moments que la gestion des situations de violence. Marie Didier écrit alors *« Le docteur Pinel reste de longues heures au chevet des insensés. Il lui arrive alors de surprendre parfois Marguerite [...] il la voit, simple et truculente, sous les quolibets d'un insensé refusant de s'alimenter, répéter les insanités en faisant des grimaces, puis se lever, sauter sur place en tenant ses jupes à deux mains et danser [...] jusqu'à ce que peu à peu il finisse par sourire, ce dont prestement elle profite pour lui faire avaler la nourriture qu'il avait refusée jusque-là et [...] tout simplement lui sauver la vie ».* (*Ibid,* p. 157). Une situation de décalage mise au service d'un enjeu décisif qui touche alors au pronostic vital.

Annie Vasseur et Marie Christine Cabie évoquent dans un article les outils permettant de mieux repérer les ressources et les compétences d'un patient (« La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie », *Recherche en soins infirmiers,* n° 82, septembre 2005, pp. 43-49, p.47).

Elles évoquent alors les techniques de ***recadrage*** abordées initialement par Paul Watzlawick. Selon lui, le recadrage consiste à *« changer le point de vue perceptuel, conceptuel et/ou émotionnel à travers lequel une situation donnée est perçue pour la déplacer dans un autre cadre qui s'adapte aussi bien et même mieux aux "faits" concrets de la situation et qui va en changer le sens ».* (*"Une logique de communication ",* Édition le Seuil, Paris, 1972),

Le recadrage permet de renouveler le sens d'une situation donnée, ce dernier *« [...] n'est pas plus juste, plus vrai que le précédent, il est plus adapté à la situation, plus utile pour la résolution des problèmes »* nous disent Vasseur et Cabie. (Op. cit. p 47). Citant Lao Tseu, *« Les choses ne changent pas, change ta façon de les voir, cela suffit »*, ces auteurs situent le recadrage dans une définition qui recouvre celle de notre décalage. Il le situe dans un changement de regard qui procède d'une inversion figure/forme et dans un double mouvement de déport. Ce dernier est agit d'une part à l'initiative des soignants qui s'attachent à la ressource ou aux solutions développées ici ou ailleurs par le patient et d'autre part chez ce dernier qui est alors susceptible de changer dans le même temps le sien et dispose d'un choix interprétatif ou sémantique. *« Le recadrage s'avère une technique très précieuse [...] Un bon recadrage doit à la fois étonner l'autre et lui donner envie de s'en saisir pour changer »*. (Op. cit. p. 47). Un potentiel d'étonnement qui rejoint le sens du verbe interloquer cité précédemment

Enfin, ces auteurs retiennent trois niveaux de recadrage en lien avec la perception, les niveaux conceptuels et du comportement.

Les rapprochements s'arrêtent ici, la formulation du recadrage est utilisée dans le cadre de l'entretien là où nous l'observons dans les pratiques liées à la gestion du vivre ensemble. Le terme recadrage, issu dans ce contexte des travaux de P.Watzlawick sur la communication, prend trop souvent une signification différente dans nos pratiques. Nous pensons que son maintien en lieu et place du décalage était de nature à alimenter une confusion sur un terme qui nous apparaît actuellement déjà saturé de sens en psychiatrie. Il en est de ce mot recadrage comme d'autres termes dont « manipulateur », « protocole », « analyse de pratique » font partie à notre sens et à titre d'exemples. Nous entendons par là, la constitution de mots *bouchons*, ou mots *valises*, en tous cas des mots symptômes, c'est-à-dire qu'ils sont alors gorgés de champs de signification d'une polysémie foisonnante et échevelée qui dépassent et débordent leurs capacités sémantiques. Cette inflation polysémique en vient alors à loger des imprécisions là où sa convocation voudrait les réduire en les nommant. Ils finissent par renseigner davantage sur leurs utilisateurs que sur les situations qu'ils sont censés décrire. Les mots cadre et recadrage en font partie dans notre lecture.

Étienne Oldenhove, psychiatre et psychanalyste en Belgique, a préparé avec son équipe une intervention pour un congrès dont le thème était *« Penser la psychose »*. À l'issue des travaux préparatoires de son équipe et des réflexions déployées lors de ce congrès, il constate : *« qu'un des points essentiels qui a retenu mon attention [...] fut la remarque répétée à plusieurs reprises et par différents participants que dans notre travail d'accompagnements de sujets psychotiques, il nous faut constamment être en "décalage" par rapport à ce qui nous est adressé. C'est ce terme de décalage que j'ai retenu comme constituant un trait essentiel et spécifique du travail que nous tentons d'effectuer dans notre communauté thérapeutique »*. (« Nécessaire atopie », *Cahiers de psychologie clinique*, 2003/2 n ° 21, pp. 187-196, DOI : 10.3917/cpc.021.0187, p.187). Cet auteur propose alors de nommer le travail institutionnel de décalage omniprésent dans le côtoiement de la psychose par *« le terme plus savant* ***d'atopie*** *»*. Ce mot d'origine grec met l'accent sur la question du lieu, de la place, de l'endroit. L'*atopie* rejoint en ce sens notre décalage lorsqu'il désigne un lieu qui est hors du *lieu commun.* Nous retrouvons la signification d'un lieu d'adresse qui se trouve en extériorité de ce qui se joue, à un autre endroit, à une place latente quand le manifeste s'exprime. Si cet auteur réserve plus spécifiquement l'atopie pour désigner *« la position transférentielle des soignants afin que se maintienne un travail dans le transfert » (*Op.cit., p.196), nous retrouvons avec ce terme ce mouvement de déplacement de la scène de ce qui se joue qui caractérise notre définition du décalage.

Ce mécanisme, en reliant à la parole, le geste et les postures, relève de ***l'allégorie thérapeutique*** développée par Milton Erikson dans les années soixante. L'allégorie thérapeutique est à l'œuvre de manière élective dans les activités ou les groupes « contes ». Dans notre propos, après avoir compris ou perçu un aspect de la situation problème d'un patient, il s'agit plutôt de mettre en scène, de mettre en récit, une situation ou un propos métaphorique qui permette de voir l'aspect problématique sous un nouveau jour et ainsi en suggérer, si ce n'est des solutions, un mouvement de déport. Dans tous les cas, il s'agit de proposer une lecture de la situation sur un deuxième plan autre que celui ouvert initialement. À l'image de cette infirmière, lors d'un DIA, qui se saisira d'une demande médicamenteuse d'une patiente en lien avec son mal de dents pour dépasser le symptôme. Elle développera une analogie avec le soin, la maladie et le soin psychique. Elle s'orientera vers des aspects métaphoriques parce qu'*« il est important de rappeler qu'il faut soigner le mal à la racine, j'utilise l'analogie entre le mal de dents et le soin psychique pour faire passer par une autre voie le*

message, cela est d'autant plus important pour cette patiente qui refuse tous les soins ». D'ailleurs, ce jour-là, la patiente accepta de prendre un rendez-vous.

1.8.1 Fonction Jeu

La fonction jeu apparait comme une fonction primaire de la fonction mère *décalage*. Elle en gardera certaines caractéristiques en premier lieu desquelles nous distinguerons le côté ludique, la mise en mobilité des représentations et la référence majeure à D.W.Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais et de son ouvrage *Jeu et réalité, l'espace potentiel* (traduction française 1975, Collection Connaissance de l'inconscient, Editions Gallimard, Paris, 240 pages). Nous soulignons par ailleurs notre constat qui porte sur la fréquence de la référence à cet auteur dans les soins infirmiers en psychiatrie. Bien au-delà d'effets passagers, nous y voyons une référence théorique solide pour nombre de soignants qui souhaitent étayer leurs pratiques de concepts éclairants, particulièrement avec ceux qui portent sur la relation d'objet. Nous pensons ici notamment à *la mère suffisamment bonne, à l'espace potentiel* ou *l'aire transitionnelle*, ainsi qu'au *holding, handling* et *au présenting object.*

Le jeu fait partie de ces concepts qui aident à penser les registres d'actions des infirmiers dans leurs relations aux patients. Les analogies sont alors précieuses dans l'abord et la compréhension des situations de soins avec les patients psychotiques. Le jeu est entendu dans l'espace temps situé dans le quotidien des unités. Il contient une part virtuelle dans le sens où le jeu va s'établir et contenir en son essence les éléments du réel, mais l'acteur, - ici l'infirmier qui le déploie - est conscient qu'il le fait « pour de faux ». Le jeu se situe donc, à l'instar de Winicott (1975), dans une définition ou ce dernier n'est *« pas la réalité psychique interne »* et n'appartient *« pas non plus au monde extérieur »*. L'aire de jeu ouvrant à partir de cette définition à son concept associé de *l'espace potentiel* ou de *l'aire transitionnelle.*

Il faut alors s'arrêter à cet endroit sur une distinction que ne permet pas la langue française. La langue anglaise (langue de Winnicott) s'appuie sur deux mots pour définir le jeu, elle distingue le ***game***, jeu structuré autour de règles et le ***play*** qui définit un jeu qui se déploie librement.

Une autre caractéristique définit le jeu chez Winnicott. Ce dernier n'est pas une action arrêtée, il désigne un espace en mouvement et en devenir. Le terme anglais de *playing* traduit un mouvement et le terme français « *en jouant »* apporte cette traduction d'un processus en train de se réaliser.

Winnicott, dans ses observations sur les enfants, a montré que le *playing* est une expression spontanée qui traduit un mode universel de communication et qu'il constitue un mode privilégié de symbolisation antérieur au langage. Ces aspects sont transposables et intéressent les soins infirmiers quand il s'agit de proposer une action *en la jouant*, métaphores, mimes, théâtralisation des postures corporelles, des mimiques, des expressions sont alors autant d'invitations pour nombre de nos patients de laisser une ouverture *« avec un mode de vie créatif qui se manifeste d'abord dans les jeux »*. (Ibid, p.139). L'espace du jeu peut être un moyen de distancier les angoisses primaires, et de favoriser un processus de secondarisation quand il s'agit de *« donner une chance à l'expérience informe, propulsion créatrice, motrice, sensorielle de se manifester. Elles sont la trame du jeu. C'est sur la base du jeu que s'édifie l'existence expérientielle de l'homme »*. La position infirmière dans cette caractérisation, par la modification de registre qu'elle implique, se traduit par une position d'invitation ou va s'évaluer la capacité à jouer du patient en lien avec ses capacités créatrices. Cette capacité implique l'environnement et en traduit des qualités. Pascale Molinier le formule en ces termes et nous substituons volontairement le sens soignant/soigné à cette formulation initiale parent/ enfant *«Cette capacité de l'adulte a pour préalable sa "fiabilité", c'est-à-dire sa capacité à créer un environnement en lequel l'enfant puisse avoir confiance, même et surtout si l'adulte disparaît du champ de perception»*. (« *Les enjeux du travail psychique»*, Petite Bibliothèque Payot, février 2006, 335 pages, p.155). Cette approche rejoint bien des aspects et des propriétés attendus d'un dispositif de soins en hospitalisation temps plein quand il s'agit de créer un environnement, des *entours* pour reprendre un concept de Jean Oury.

La distinction avec le *game* intervient à cet endroit. Ce dernier suppose une activité socialement organisée et l'établissement de règles. Si le jeu (*playing)* est entendu comme une activité essentielle et un acte créateur permettant une variation inépuisable, un moyen de s'adapter aux réalités, l'auteur note que *« l'on peut tenir les jeux (games), avec ce qu'ils comportent d'organisé, comme une tentative de tenir à distance l'aspect effrayant du jeu (playing) »*. (« *Jeu et réalité »*, Collection Folio,

3éme réédition, Paris, 2004, 288 pages, p.106). Jouer, au sens *playing,* est effectivement une activité parfois vécue dangereusement par bien des patients.

L'observation des enfants par Winicott lui a permis d'établir avec la notion de *self* un autre concept à partir de cette distinction entre ces deux formes de jeu. Il différencie alors le *vrai self* qui suppose que l'individu dispose de ses mouvements psychiques du *faux self* lorsque la personne s'adapte à son environnement au détriment d'elle-même et se construit des éléments de personnalité d'emprunt pour plaire aux attentes réelles ou imaginaires de l'autre.

L'adaptation de ces concepts dans les soins infirmiers en psychiatrie peut contribuer à remettre de la mobilité dans ces registres relationnels, de distancier les faux semblants. Cette adaptation peut passer alors par la capacité de remettre du "jeu" dans les règles du "Jeu". Ce jeu est alors de même nature que celui que le langage courant consacre à la mécanique des engrenages avec l'expression *« Il faut mettre du jeu dans les pièces »*. L'engrenage nécessite effectivement un peu de jeu entre les pièces. Seul ce dernier assure la mobilité et évite le phénomène de grippage.

Cette métaphore en rejoint alors une autre. Elle prend la forme d'un jeu de mots quand elle oppose *les règles du Jeu* et du *jeu dans les règles.* Il s'agit alors de relever la nécessité dans le cadre de l'organisation d'une unité de soins par exemple de règles connues et partagées par tous et de veiller avec discernement et souplesse à leur application. Cette question est abordée avec la fonction 1.3.7 de l'accompagnement au cadre.

Dans la relation de soins, cette attitude et cet exercice sont également nécessaire. Nous rejoignons Blandine Ponet (2006, p.93) lorsqu'elle cite Françoise Davoine à propos des exigences que requiert cette fonction, *« Entre jouer un jeu de faux-semblant et, jouer le jeu, en y risquant une mise. Sans cet accord préalable, ce "oui" de départ fondant l'existence d'une réalité partagée, rien ne peut commencer »*. (*« La folie Wittgenstein »,* Editions Epel, Collection essais, 1994, 228 pages). Dépasser le registre des faux semblants dans le jeu, dont le sens ici est proche du faux self, nécessite une mise nous dit cet auteur. Cette mise en jeu apparait alors comme une mise en jeu de soi dans le sens ou il s'agit de jouer franc jeu. Une "mise en jeu" qui énonce le début de la partie et l'on parle également de "remise en jeu" lorsque celle-ci avait été interrompue Ce dernier aspect, cet "en-jeu", trace une ligne de partage dans cette distinction fondatrice de Winicott entre le *play* et le *game.*

Jacky Merkling illustre cette dimension du jeu dans les soins et évoque cette mise. Il aborde une situation de régression définie comme un abandon du comportement habituel au profit d'un comportement plus primitif, soit un retour des processus secondaires au processus primaire. Il expose, *« En situation de soins, la régression survient lors de moments de jeu réussis, pendant lesquels chacun, soignant comme soigné va se laisser à vivre le moment présent [...]. S'il n'entre pas dans le jeu, s'il n'ose pas le contact à l'autre d'égal à égal, d'être humain à être humain, il ne parvient pas à entrainer l'autre, le patient »*. (*« Le métier d'infirmier en Santé Mentale »,* Collection savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, 318 pages, p.304).

Le jeu s'adapte ici à la situation momentanée du patient, à ce qui se joue dans cette situation et dans l'interaction.

Il existe un deuxième niveau de jeu qui concerne la relation du professionnel à son travail. La psychodynamique du travail nous renseigne alors et Pascale Molinier constate à cet endroit que; *« La part du jeu intervient dans la mesure où le sujet parvient à s'affranchir de la difficulté à surmonter la résistance opposée par le réel, pour finalement se surprendre lui-même, là où la routine est au contraire fastidieuse »*. (Op.cit, p.155). L'auteur précise que le travail vécu avec intérêt conserve les qualités du jeu et que le plaisir en est l'indice. Effets qui ne sont obtenus *« paradoxalement, qu'au terme d'un effort, d'une mobilisation conséquents de l'endurance primaire »*. (Op.cit, p.155).

Enfin, nous souhaitons apporter un dernier ajout quant à cette fonction dans son lien avec l'*informel.* Nous pensons aux invitations qui peuvent être faites ponctuellement, aussi bien par les patients que par les soignants, de participer à un jeu, dit de société. Ce terme peut prendre un sens riche de signification lorsque justement une des manifestations de la pathologie se traduit par une difficulté *à faire société.* Ce type de jeu comporte des règles, du *game* mais à notre sens également du *play*, ne serait-ce que par la mise en place d'un espace transitionnel ainsi déployé. Ces activités sont, en première intention, de nature socio-thérapeutique dans le sens où elles visent à soutenir les capacités du patient, limiter les effets de la pathologie et renforcer les capacités d'agir de ce dernier.

1.9 Fonction mère : Lien avec la famille

La place des familles dans l'accompagnement des patients souffrant psychiquement a été réaffirmée ces dernières années. Au premier rang lors de l'apparition ou du déclenchement des troubles, les familles sont aussi souvent le soutien central et la principale ressource pour le patient, et cela particulièrement dans les évolutions au long cours marquées par une désocialisation associée. Une association comme l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques) s'est affirmée comme un partenaire solidaire et pertinent pour les acteurs de la psychiatrie et les patients ainsi qu'un interlocuteur incontournable pour les représentants des pouvoirs publics.

Cette place s'est logiquement traduite dans les soins par une attention et une prise en compte renouvelées qui peuvent prendre alors de multiples déclinaisons. Cette fonction qualifiée *Lien avec la famille* concerne l'ensemble des relations entre l'équipe et **la famille ou les proches** du patient en termes d'échanges, d'informations, de confrontation, de coordination au bénéfice du patient. Les rendez vous programmés avec les familles, moins fréquents, constituent avec l'ensemble de ces échanges un **lieu fécond en termes de production *d'informel***. Ces derniers sont d'ailleurs fréquemment repérés lors des entretiens en termes d'activité informelle. Les échanges que nous évoquons peuvent concerner aussi bien les visites que les échanges téléphoniques, et dans une moindre mesure les accompagnements, les échanges épistolaires ou par courriel quand ils associent physiquement le patient pour ces derniers.

Les fonctions qui accompagnent ces échanges sont multiples. Elles nécessitent alors des mobilisations de ressources particulières. Ces dernières fonctions ont été mises en évidence par Philippe Quinet et Jean-Paul Lanquetin lors d'une étude, sur laquelle nous allons nous appuyer, intitulée *« Soins infirmiers et relations avec la famille du patient »*. (Revue *Soins Psychiatrie*, partie 1, n°226, mai/juin 2003, pages 41-44 et partie 2, n°227, juillet/août 2003, pages 39-41).

Parmi ces actions et leurs modalités spécifiques et en suivant le déroulement chronologique de la séquence liée à la visite, nous pouvons repérer plusieurs temps. Nous retenons :

-Le temps de l'accueil et de l'identification, il fonctionne comme un temps de reconnaissance mutuelle qui permet l'orientation de la demande. Ce temps, nous disent ces auteurs, renseigne sur un choix ; *« L'observation et les renseignements qui se dégagent de cette phase sont déterminants quant à la suite de l'interaction : notamment la présence ou non du soignant aux côtés de la famille »*. (*Ibid*, n°226, p.41). Mais ce temps comporte d'autres enjeux que nous rappellent avec acuité Annick Ernoult et Catherine Legrand-Sébillet, rapportés ici dans le contexte de son étude qualitative *Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie.* Elles remarquent alors *« Dans l'état de souffrance psychique et d'angoisse dans lequel les parents se trouvent, souvent usés par la répétition de ces situations de violence, ils sont extrêmement sensibles à l'écoute et à **l'accueil** qu'on leur prodigue (ou qu'on ne leur prodigue pas) et aux marques d'humanité qui leur sont manifestées. Ces premiers contacts conditionnent les relations futures avec les équipes soignantes »*. Les auteures apportent ensuite cet ajout *« Nous partageons le point de vue de ceux qui considèrent que la qualité d'accueil impacte positivement (ou pas) la suite de la prise en charge, et détermine une collaboration possible (ou empêchée) entre eux et les familles »*. (*« Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie"*, mai 2010, 80 pages, p.17, www.fondationdefrance.org).

- L'accompagnement de la visite qui comprend-elle même plusieurs étapes. Une étape d'évaluation, ou de réception d'une demande de la famille d'un temps soit de mise à disposition ou d'écoute avec sa réponse immédiate, soit différé après la visite avec ou sans le patient.

- L'étape de l'orientation dans l'unité qui nécessite des connaissances particulières, *« Le travail d'orientation vers le lieu de destination et la localisation du patient suppose la connaissance de différents paramètres, autres que le simple numéro de chambre »*. (*Ibid*, n°226, p.42). Une connaissance topographique et du tableau de présence, une connaissance de l'organisation du service (intervention des différentes catégories de personnel), une connaissance quand à la manière qu'à le patient de vivre dans le lieu de soin (ses préférences ou habitudes), une connaissance du cadre de soins quand il concerne les modalités de gestion de l'espace/temps. Nous notons que l'actualisation de ces connaissances est de nature à renvoyer aux familles ou aux proches un message secondaire rassurant, dont le sens s'apparente au sentiment qu'il y a bien quelqu'un pour répondre de « leur malade » en situation d'hospitalisation.

- Souvent, l'orientation peut s'accompagner d'une mise en lien direct, ce temps est alors propice pour s'assurer de l'adéquation du moment et de l'intention (que souhaite le patient ?). Il

permet non seulement de renseigner sur les modalités du lien mais également de décider le moment venu de contribuer à son maintien ou à son éloignement momentané. *« Ces éléments d'observation sont déterminants pour la durée de la présence soignante »*. (*Ibid*, n°226, p.44). Cette appréciation porte également sur l'évaluation du respect de la confidentialité et de l'intimité de la famille pouvant amener à proposer un lieu tiers susceptible de répondre à ces exigences de base (dans le cas de chambres à deux lits par exemple).

- Le dernier temps concerne le moment de la séparation. Outre les éléments d'observations apportés par les modalités de celle-ci, il est fréquent que ce temps convoque le soignant à une place de tiers, un inter-locuteur, un inter-médiaire dont la position neutre, lisse ou au contraire tiers actif peut venir favoriser ce temps de séparation, parfois difficile et douloureux quand il est vécu comme un arrachement ou un abandon.

Les finalités de l'action infirmière lors de ces temps de rencontre informels peuvent se traduire par plusieurs objectifs :

-Un objectif de maintien du lien qui n'est autre que celui d'une liaison à maintenir dans le temps et dans l'espace. Il s'agit alors de limiter les effets de déliaison générés par la pathologie et de maintenir les représentations liées à l'appartenance familiale, à la filiation et à la généalogie avec leurs aspects différenciateurs

- Un objectif de soutien de la famille ou des proches. Cet objectif est régulièrement convoqué avec une acuité particulière lors des premiers contacts avec le milieu hospitalier psychiatrique. Le mode est souvent la dédramatisation dont nos auteurs constatent ; *« Nous remarquons la fréquence et la récurrence d'un travail de dédramatisation et de contextualisation, lié à l'absorption et la levée des projections les plus dures quant à la nature de la pathologie et du lieu de son traitement »*. Inversement, le mode de la psychodramatisation peut être convoqué quand il s'agit de ne pas banaliser l'épisode pathologique lors d'une hospitalisation en HDT, par exemple.

- Un objectif de recherche de l'adhésion de la famille aux soins. Cet objectif se base sur une compréhension des troubles et une explicitation des actions de l'équipe soignante. Elle repose sur la recherche d'une convergence des visions de l'équipe et de la famille dans un croisement des regards.

- Enfin, il peut exister un objectif de *reprise* en première intention quand l'hospitalisation en urgence à pu faire suite à un épisode clastique, ou en tous cas à une expression bruyante heureusement plus souvent dramatisée que dramatique qui a eu pour effet de laisser les proches dans un état de consternation, d'incompréhension et parfois de sidération. Ce temps de reprise en première intention vise à favoriser une ouverture à un dessaisissement. Il s'agit d'accompagner ce « retour » vers le patient hospitalisé quand la question en vient à se poser.

1.9.1 F. Information

La Fonction Information prend une place particulière dans les relations entre les soignants et les familles de patients. Nous la caractérisons par son caractère central quant aux contenus des échanges et quant aux modalités des liens qui organisent les contacts.

Son caractère central peut porter sur différents registres informatifs à l'initiative des familles ou des soignants parmi lesquels nous retenons :

- Les informations qui concernent les aspects non directement cliniques de l'hospitalisation. Il s'agit des informations en lien avec les données administratives et réglementaires et de toutes les informations concernant l'environnement matériel du patient. Notamment les demandes d'objets personnels visant le confort et l'hygiène de la personne hospitalisée.

- Les informations en lien avec les aspects cliniques de la prise en soins. Elles peuvent être à la demande des soignants, il s'agit alors d'informations complémentaires sur les habitudes de vie de la personne hospitalisée, des données en lien avec l'autonomie, la sociabilité, les rythmes de vie. La demande d'information peut porter sur l'état de santé antérieur, les signes annonciateurs de l'épisode, les éléments d'évolution perçus et bien sûr des éléments sur l'histoire familiale et personnelle.

Les informations souhaitées par les familles concernent quant à elles l'évolution clinique et les modalités des soins, la nature des traitements notamment médicamenteux, le pronostic, le projet de soins, les aspects du cadre de soins.

Nous notons que ces moments d'interactions peuvent être propices au dévoilement de « confidences » que l'appréciation de l'infirmier, selon son appréciation dans le contexte de l'énonciation et selon qu'elles méritent ou non d'être conservées dans le sens d'une traçabilité historisante, traduira ou non en information en direction de l'équipe. De même la nature des informations et des renseignements cliniques recherchés préférentiellement par les soignants seront susceptibles d'être flécher par les modèles théoriques, quand ils existent, de référence. Par exemple, informations sur les histoires familiales, sur les histoires infantiles, sur les modalités des interactions familiales etc. Outre cette influence sur cette forme de sélectivité, la recherche de ces informations peut délimiter également le périmètre d'actions et d'investigations des soignants entre un mouvement de s'autoriser ou non d'aller au devant de cette collecte plus ciblée d'éléments d'information complémentaire.

2 Présentation récapitulative des fonctions du niveau d'investigation professionnel.

2.1 Fonction Mère : Créativité

2.1.1 Fonction de Prise de risque et transgressions novatrices
2.1.2 Fonction de Paroles en Actes
2.1.3 Fonction de Singularisation
2.1.4 Fonction d'Evaluation.
2.1.5 Fonction d'Initiative
2.1.6 Fonction Rire et Humour
2.1.7 Fonction de Psychodramatisation
2.1.8 Fonction d'Individualisation

2.2 Fonction Mère : Fonction Métaphore Maternelle

2.2.1 Fonction liée à la Permanence
2.2.2 Fonction d'« Etre là »
2.2.3 Fonction de Repère
2.2.4 Fonction Scansion
2.2.5 Fonction d'Imprévu
2.2.6 Fonction d'Immersion
2.2.7 Fonction de Rêverie

2.3 Fonction Mère : Fonction du Registre Maternelle

2.3.1 Fonction préoccupation soignante primaire
2.3.2 Fonction Maternante
2.3.3 Fonction de Réactivité
2.3.4 Fonction de Réassurance

2.4 Fonction Mère : Renforcement positif

2.5 Fonction Mère : Orientation

2.6 Fonction Mère : Contenante

2.6.1 Fonction Canalisante

2.7 Fonction Mère: Conteneur

2.7.1 Fonction de Désamorçage

2.8 Fonction Mère : fonction Education

2.8.1 Fonction d'éducation aux techniques de soin à visée somatique

2.9 Fonction Mère : fonction Liaisons

2.9.1 Fonction de Construction du lien (versus synchronique)
2.9.2 Fonction d'Alliance thérapeutique
2.9.3 Fonction de Mise en lien
2.9.3.1 Au niveau de l'unité.
- En direction du groupe des personnes soignées,
- En direction de l'équipe pluri professionnelle soignante

2.9.3.2 Au niveau de l'établissement
2.9.3.3 En externe.

2.9.4 Fonction d'Historisation
2.9.4.1 Le premier élément concerne le récit de vie du patient.
2.9.4.2 Le deuxième élément concerne l'appui sur les moments et les expériences antérieures
2.9.4.3 Le troisième élément concerne la confrontation des expériences subjectives

2.1. a Fonction Mère: Différenciatrice

2.1. a.1 Fonction Tiercisante.
2.1. a.2 Fonction de Protection
2.1. a.3 Fonction de Protection des données

2.1. b Fonction Mère : Clinique

2.1. b.1 Fonction Exploratrice
2.1. b.2 Fonction d'Evaluation Décisionnelle

2.1. c Fonction Mère : Observation

2.1. c.1 Fonction d'Observation clinique.
2.1. c.2 Fonction d'Observation périphérique.

2.1. d Fonction Mère: Prévisionnel d'activité

2.1. e Fonction Mère : Ecoute

2.1. f Fonction Mère: Anticipation

2.1. g Fonction Mère : Engagement et portage psychique.

5.2 CARACTERISATIONS EN LIEN AVEC LE PROFESSIONNEL

Présentation récapitulative des fonctions du niveau d'investigation professionnel.

2.1 Fonction mère : F. Créativité

Cette fonction rassemble l'ensemble des initiatives personnelles ou groupales des infirmiers, en situation de soins, dans ou hors interactions avec le patient. Elles s'appuient sur l'affirmation de compétences qui se déploient dans la zone d'autonomie du travail infirmier. Elle peut être de nature relationnelle, organisationnelle, décisionnelle, et touche au savoir-faire mobilisé autour de la question du « comment » on aborde une situation donnée. La créativité se définit comme la capacité du ou des professionnels à créer, produire des idées neuves, réorganiser des éléments, combiner. Elle constitue la fonction mère la plus renseigné lors du traitement des séquences d'observation avec près de 30% des mises en fonction (Voir à ce propos le tableau (nº 8) et la figure (nº 8) de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation professionnel par fonctions mères et primaires).

Plus que toute autre, la fonction créativité, s'affirme comme centrale dans le cadre du déploiement du rôle propre infirmier. Elle en demeure une fonction sensible sur deux points :

- **elle nécessite pour le professionnel une mise en tension d'une disposition psychique générale qui s'équilibre entre la mobilisation des ressources propres de celui-ci et leurs possibilités d'expressions.**
- **Ses possibilités d'expressions constituent une variable importante selon qu'elles peuvent s'adosser ou non à un cadre de travail qui les accueille, les soutient et les valorise.**

Nous reprenons à Edgard Morin cette définition des organisations informelles tant son contenu peut trouver sa place dans cette fonction mère et ses fonctions primaires *« Il est clair que l'organisation informelle ou spontanée au sein d'une organisation formelle et officielle favorise non seulement la transgression soulageante ou utile* (211), *permet une apparente perte de temps de travail qui est finalement un gain pour ce même travail en ce qu'il diminue le stress, mais il permet surtout l'initiative* (215), *voire la créativité* (2.1). *La réalité informelle est invisible au sommet et à l'intérieur de l'organisation, mais elle lui est aussi vitale. C'est une "résistance collaborative". »* (*La voie, pour l'avenir de l'humanité*, Édition fayard, 2011, 306 pages, p.247).

2.1.1 F. Prise de risque et transgression novatrice

Cette fonction consiste en l'appréciation circonstanciée, individuelle, et le plus souvent collective, d'une situation en regard d'une évaluation du rapport-bénéfice/risque. Du côté du bénéfice attendu, il s'agit d'évaluer les effets positifs d'une modification de la dite situation, en termes de création du lien, d'alliance thérapeutique, d'autonomie, d'expérimentation relationnelle… Du côté du risque, il s'agit d'évaluer le retentissement sous forme d'atteinte à la qualité des soins, du maintien de la situation antérieure, avec ses effets de limitation de l'autonomie ou de restriction de la liberté de mouvement, mais également en termes d'impact négatif sur la dignité du patient.

La fonction *Prise de risque* se caractérise donc par un mouvement décisionnel. Plus précisément, ce mouvement résulte lui-même d'une compétence encadrée par un raisonnement clinique, se traduisant par un processus décisionnel ouvrant alors sur une action. Celle-ci s'inscrit dans le cadre du rôle propre infirmier, mais suivant le niveau de collaboration, au sens de la coopération (définie plus loin) d'équipe pluriprofessionnelle, elle peut toucher au rôle prescrit.
La fonction prise de risque suppose donc la réunion de plusieurs éléments pour pouvoir se déplier, elle suppose une marge de latitude de l'infirmier dans l'appréhension de la situation, et la nécessité que ses initiatives puissent s'adosser à un cadre de travail souple et robuste, conditions nécessaires à l'instauration d'une sécurité interne suffisante chez les professionnels.

Particulièrement dans nos métiers, cette capacité s'appuie sur un constat, le risque zéro n'existe pas. Françoise Hatchuel, (*Savoir, apprendre, transmettre, une approche psychanalytique du savoir*, Ed La Découverte, Paris, 2005, p. 140) *« L'illusion demeure en effet, qu'une meilleure connaissance nous mènerait à **la** bonne action, nous évitant ainsi toute prise de risque. C'est l'illusion*

d'un savoir qui trancherait et résoudrait les conflits, venant se substituer aux choix éthique et politique. Or, le savoir n'évite en rien les risques, peut être simplement nous permet-il de mieux mesurer ceux que nous prenons et, surtout, notre capacité à les assumer ou non». On ne peut soigner sans risque, c'est ce que nous dit Joseph Mornet (*Psychothérapie institutionnelle, histoire et actualité,* Ed du Champ social, Nîmes, 2007, p.156) *« C'est ce qui fonde la précaution de Winicott : une mère parfaite non seulement n'existe pas, mais elle serait dangereuse, car fondamentalement aliénante la mère doit être suffisamment bonne : c'est l'exigence qui doit guider la pratique de tout soignant»* (*Psychothérapie institutionnelle, histoire et actualité,* Ed du Champ social, Nîmes, 2007, p.156) Il ne s'agit donc pas de nourrir l'illusion d'une éradication de tout risque, mais de concourir à les limiter en s'appuyant sur une analyse de ceux-ci, de manière collective et circonstanciée

Cette fonction prise de risque contient en elle-même une dimension qui la constitue, et que nous nommons la dimension transgressive. Cette dimension n'est certes pas à entendre du côté d'une transgression d'un interdit lourd, mais bien du côté d'une transgression légère, novatrice qui ouvre vers un autre mode d'accès dans la rencontre de la personne soignée, enrichissant ainsi le répertoire de ressources professionnelles de l'acteur. Nous entendons, ici, **la transgression novatrice comme étant la source de l'innovation.**

Philippe Perrenoud (Articulation théorico-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance, Bordeaux, mars 2000, p. 7, http://www.unige.ch) associe cette capacité à transgresser, à bon escient précise-t-il, à une compétence « *La compétence consiste à accomplir un travail réel et pertinent sans tourner le dos au travail prescrit, mais sans s'y enfermer, en exerçant un jugement professionnel, en s'autorisant à jouer avec les règles, à les transgresser à bon escient, ou à en inventer chaque fois* ***que la complexité du réel l'exige****… Toute normalisation de la réponse, qu'elle s'ancre dans une doxa, une théorie ou une tradition, entraîne un affaiblissement de la capacité d'action et de réaction du praticien.».*

Jean Furtos va également dans ce sens. Après avoir différencié la transgression du passage à l'acte, il observe que les situations **d'obligation** du recours à la transgression comme **règle de travail** signent une inadéquation et un état de stress par perte du sens de la finalité. Dans une logique *« ... de prendre en compte pour de vrai les capacités et les besoins des usagers»,* il revient au sens premier du terme *« En ce sens, il convient de revenir à l'étymologie du mot : trans/gression, l'action d'aller au-delà, de dépasser une certaine configuration pour en instaurer une autre. Cette forme de transgression n'est pas ni délinquance d'un ordre immuable, ni profanation d'un cadre idolâtre, mais tout simplement le respect du vivant».* (Transgression validée ou : l'intelligence d'action, *Rhizome,* n° 25, décembre 2006, p.57).

Norbert Alter est professeur des Universités, il a travaillé longtemps comme sociologue dans une grande entreprise et il est l'auteur d'un livre sur *L'innovation ordinaire.* Son ouvrage s'intéresse à l'analyse et au processus de l'innovation au quotidien et se distingue en cela de l'innovation issue des programmes de recherche. Il s'intéresse à ne pas laisser à *« l'état de boite noire la relation entre le travail et l'innovation ».* (*« L'innovation ordinaire »,* Editions des Presses Universitaires de France, Essais Débats, 3ème édition, Paris, 2010, 284 pages, p.38). Il définit six dimensions qui participent à l'émergence d'une innovation. Parmi ces six dimensions, la trajectoire de trois d'entre elles vient illustrer notre propos dans notre domaine d'exercice : *« L'innovation butte toujours contre l'ordre établi ; elle suppose donc une rupture, et celle-ci s'appuie sur la déviance. L'activité d'innovation n'est ni prévisible ni prescriptible ; cette activité n'est d'ailleurs pas le seul fait des innovateurs désignés comme tels par l'institution ; elle peut tout aussi bien être le fait quotidien d'opérateurs quelconques. La rationalité économique n'explique pas l'action innovatrice ; celle-ci correspond beaucoup plus largement à un désir de reconnaissance sociale [...] ».* (*Ibid,* p.39).

Par ailleurs, une situation qui se répète, induisant les mêmes réponses, s'appauvrit si elle ne trouve plus la possibilité de se décentrer, de faire un pas de côté. La figure de la transgression concerne ici, les codes sociaux muets, les pressions de conformité ambiante, les habitudes quand elles en viennent à se stratifier… Cette capacité transgressive est marquée du côté de l'originalité, elle vise à renouveler son mode d'être en situation de soins et dans l'étendue des registres d'action, et à proposer une autre possibilité d'être en lien ou de faire signe. Ces conditions sont autant d'occasions

de générer un espace du « transpassible». Nous reprenons ce concept à Henri Maldiney pour traduire cette faculté humaine proche de l'affectivité et qui serait en situation de rupture dans les psychoses.
H. Maldiney la définit ainsi, *« Nous sommes passibles de l'imprévisible. C'est notre capacité infinie d'ouverture, de celui qui est là "attendant, attendant, n'attendant rien", comme Nietzche à Sils Maria, que nous nommons transpassibilité».* (*Penser l'homme et la folie,* Éditions J.Millon, 1997 (1991), 425 pages, p.304).

L'impact de ces répertoires de ressources alternatives prend toute son importance dans la rencontre avec les patients des unités d'hospitalisation où les figures de l'altérité sont alors plus marquées, voire dans l'hétéroclisme quelques fois baroque des populations rassemblées.

Pour Jean Oury, il s'agit de percer le feuilletage des aliénations, de se débarrasser du fatras des conventions pour favoriser les possibilités de rencontre.

Cette nécessité peut être illustrée dans le propos de cette infirmière ISP confirmée lors d'un entretien : *« … Si j'ai envie de faire le zouave je le fais, je peux chanter dans un couloir, prendre un patient et me mettre à danser, enfin je peux dire un truc tout con ou sortir une connerie ou au contraire faire du paradoxe (…) c'est un espace de liberté pour moi. Tout à l'heure j'étais dans une chambre avec une patiente, bon elle est d'origine italienne. Je lui parle italien, et je lui parle italien parce que c'est aussi* ***un mode d'accès****».*

Une autre infirmière ISP évoquera lors d'un entretien ce même registre d'action à propos d'une de ses collègues et son impact positif sur l'ambiance *«Les patients, ils aiment bien quand on rigole, on voit qu'ils sont contents, souvent, ils sont là, ils viennent vers nous. Et des fois, même des patients très malades, des gros psychotiques qui sont pris dans leur monde épouvantable comme M… qui à une souffrance déchirante, tu arrives à le faire rire. Ma collègue J.., elle arrive le matin et elle est capable de lui dire « alors, M…, on danse ?» Et cela, le patient, même s'il est pris dans l'horreur de son délire, il le perçoit. Et cela, je trouve que c'est bien, et je ne pense pas qu'il existe un niveau de danger… c'est la vie et ils ont aussi une vie».* Il s'agit bien ici d'utiliser des registres d'actions peu habituels, dirions-nous de manière euphémisante, qui utilisent l'humour, le décalage pour trouver, nous reprenons l'expression de cette infirmière, *un mode d'accès à l'autre.*

Dans ces propos, cette action a également un impact sur le groupe en termes d'ambiance et de construction d'un climat favorable. Nous retrouvons par ailleurs dans le propos de cette infirmière les fonctions de décalage et d'une forme de jugement de beauté sur la fraîcheur de ses initiatives. Cette infirmière précisant plus loin *« Cette liberté, elle vient de notre cohésion d'équipe, des fois on transgresse aussi comme toutes les règles. Ma collègue J…, elle ne passerait pas dans une équipe trop rigide, alors là je trouve que nous avons une cohésion, une tolérance et une ouverture d'esprit».* Ces propos nous renvoyant à la construction des collectifs de travail qui est abordé au point 3.2.

L'aspect transgressif réside dans le côté spontané, novateur, affirmé de cette soignante, que l'on ne retrouve pas dans les enseignements des conduites à tenir délivrées lors des formations initiales. La **transgression réside dans la liberté prise avec la représentation de l'image habituelle de l'infirmière** comme en témoigne généralement l'étonnement renouvelé des étudiants en soins infirmiers présents en stage lors de la découverte de ces registres d'actions. La transgression réside ici dans cette capacité à faire un pas de côté, a retrouver une latitude d'appréciation qui permet de décoller de cette observation implacable que propose Christine Vollaire : *« Dans la profession infirmière, ce rapport à la norme devient redoutable, le conformisme ambiant y est majoritairement aggravé par la subordination».* (« Une fonction soumise au genre, le réel invalidé par les représentations», *Revue Pratiques, les cahiers de la médecine utopique,* n ° 14/15, 2002, p.44)

Les innovations comportent en elles une forme de transgression, elles s'affranchissent du poids parfois stérilisant des conformités ambiantes, elles ré ouvrent à des possibles et sont confortées par l'expérience et une connaissance en profondeur de son environnement de travail et ici des patients, particulièrement ceux qui partagent une histoire avec leur équipe de référence. L'appréciation de cet infirmier ISP sur son initiative et son évaluation nourrie par l'expérience va également dans ce sens : *« Il peut toujours y avoir un passage à l'acte ou un truc comme ça, mais sur cette situation, j'ai amené T… tout seul, je ne l'aurai jamais fait en étant nouveau diplômé. En fait, j'ai vingt ans d'ancienneté ici et avec le temps il y a une relation, un truc qui s'est créé, et je travaille beaucoup plus confortablement. J'ai beaucoup plus d'assurance... J'ai l'impression que je devine comment les patients en situation vont réagir. C'est peut être ça aussi qui me retient ici, c'est l'ambiance de*

l'équipe et aussi l'assurance que j'ai avec les patients parce qu'au fil du temps voilà, je sais comment je peux discuter avec eux et y a une espèce de confiance qui d'année en année se constitue. C'est beaucoup plus simple de travailler maintenant qu'en étant jeune diplômé».

Outre les effets que l'on imagine au moins apaisant de cette assurance, elle permet ici une tranquillité d'abord et une marge de latitude dans l'appréciation des situations. Cette dernière latitude peut également exister lors de l'adaptation des cadres de soins, elle laisse alors une place aux évolutions possibles comme le dit cet infirmier ISP *« Je l'exploite toujours dans une visée thérapeutique, je vois toujours un cadre, mais avec des bords élastiques. Je prends sur moi de le faire et quand ces situations apportent des choses, même des petites choses, j'en parle à l'équipe et il y a de la satisfaction».*

Une dernière remarque concernant cette fonction, l'ensemble des extraits ci-dessus a été tiré d'entretiens chez des infirmiers de secteur psychiatrique. Elle apparaît plus présente chez ces professionnels.

2.1.2 F. Parole en Acte

Nous entendons par la fonction parole en acte un principe d'action qui consiste dans une situation de soin donnée à **souligner l'importance de la parole dans ses caractéristiques de fiabilité et de viabilité**. La nature de cette parole vise alors à réduire l'écart entre le faire et le dire pour s'approcher d'un modèle qui pourrait se résumer dans l'assertion suivante : ***« Dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit».*** Or dans les unités de soins en psychiatrie générale l'utilisation de la parole, du langage, le logos devrions nous dire, revêt une importance particulière quant à ses aspects liés au volume des temps d'échanges et de collaborations, au regard d'une prégnance forte de tradition orale et d'utilisation de la parole comme outil de soin.

Par ailleurs, de par la nature des troubles qui sont accueillis dans ces unités (nous pensons particulièrement aux troubles apparentés aux sémiologies psychotiques dans leurs défauts d'habileté sociale ou dans leurs défauts d'attribution d'intention), l'utilisation de la parole est convoquée de façon à mettre des mots sur les codes sociaux et les intentions, zones qui sortent alors de leur mutité. Elle accompagne également les différents temps de la journée, les présences et les absences et plus généralement l'ensemble des actions qui s'appuient sur le quotidien. Le quotidien est entendu dans cette approche dans le double sens : d'une part, de réaliser ce qui incombe aux exigences du journalier (les différents temps liés à l'hygiène, vêture, repas, traitement, activité, etc.), et d'autre part d'utiliser ces temps journaliers dans le sens de créer du quotidien, c'est-à-dire ici, du connu, du familier, du rassurant. Nous rapprochons ces éléments de ce que P.C Racamier a élaboré. Il aborde la question de l'agir thérapeutique sous le terme « d'action parlante», cette dimension *« consiste à lier des éléments pragmatiques et concrets à des matériaux de la réalité psychique interne»* (voir à ce propos la Fonction Accompagnement en 1.1.1).

Enfin, la parole est utilisée comme l'un des vecteurs principaux de la construction du lien de la relation de confiance, lien qui permettra éventuellement des effets d'internalisation pour le patient, contribuant ainsi à un « tenir ensemble» pour cette étymologie de la définition de l'entretien.
En effet, lors d'un DIA sur une séquence d'observation d'après-midi un infirmier ISP précisera : *« Oui, il est important de tenir sa parole, dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit. Cela donne de la consistance à cette parole et permet de limiter les stratégies d'évitement.».*

Cette parole en acte prend une importance particulière dans les moments repérés comme sensibles lors de situation de soin qui concernent alors les temps inauguraux de la rencontre avec l'équipe (accueil, hospitalisation), tout comme lors des temps de contrainte aux soins (liés aux HSC ou MCI). Ceci afin de favoriser le travail de passage de la contrainte à l'acceptation dans l'axe contrainte/ acceptation/ assentiment/consentement.

Nous repérons trois niveaux à cette parole, un premier centré sur le professionnel et un deuxième centré sur l'expérimentation par le patient de la valeur de sa parole.

- **Premier niveau**

Dans ce premier niveau, la parole en acte a pour objectif de rendre la parole pleine, il s'agit alors de tenir sa parole de professionnel dans les informations, les engagements qu'elle contient.

Un des exemples les plus fréquents concerne le renvoi en termes de report de la disponibilité, ou le suivi segmenté d'une situation de soin. C'est-à-dire lorsque le professionnel assure une présence discontinue ; dans ces situations le professionnel renvoie à un délai. La parole devient pleine quand le professionnel respecte ce délai ou communique au terme de son indisponibilité renouvelée.

Cette parole prend également son importance en terme d'ouverture du lien et de construction de la relation de confiance, d'éprouvé de fiabilité quant au cadre proposé avec sa valence du côté de la réassurance. Enfin, cette parole favorise la constitution d'éléments repères. Ce premier niveau est exprimé avec force par cette infirmière IDE lors d'un entretien *« Moi, il y a quelque chose que je tiens bien, c'est quand on me demande quelque chose et qu'à la seconde même je ne peux pas, c'est de dire « je finis cela et je reviens » et* ***effectivement*** *d'y retourner. Les oui, oui…je reviens tout à l'heure et on n'y retourne jamais, je ne peux pas, c'est au final montrer que l'on s'en fout et cela, je n'y arrive pas. Si je dis, je reviens eh bien, je reviens. Je trouve que cela est hyper important parce les patients savent que si je leur dis « dans 5 minutes je reviens », je vais revenir. Et si un jour, je venais à ne pas revenir, ils n'auront plus confiance en moi et de ça, je ne veux pas. Je ne laisse pas* ***sans réponse*** *et si je ne la connais pas, j'irais me renseigner, je ne suis pas seule et le patient aura une réponse. »* Les termes de ce propos sont partagés par l'affirmation de cet infirmier ISP lors d'un entretien *« Je dis au patient que j'ai entendu, « j'ai compris ce dont vous avez besoin». Si je peux et que j'ai évalué que la situation était urgente, je viens tout de suite. Sinon, je peux différer et cela ne veut pas dire que je m'en fous. Je leur dis : « On se verra à telle heure» je prévois, je ne dis pas, « ben je ne sais pas, peut être…», Je dis ce sera à telle heure. »*

Signifier que la parole a de la valeur, que la parole tient si on veut pouvoir tenir à elle, passe par une méta communication si la parole première ne peut être tenue devant les aléas de la vie de l'unité. Ainsi, les propos de cet infirmier ISP illustrent ce premier niveau : *« Si je n'ai pas pu faire ce que j'avais prévu, je sais que je le ferais comme même, je ne lâche pas. Cela peut être parfois un peu embêtant parce que le patient attendait ou était prêt à le recevoir à ce moment-là. Je sais alors que j'ai pu laisser passer et c'est dommage. Mais* ***à chaque fois****, je vais dire le pourquoi, si je n'ai pas pu réaliser, je ne laisse pas en l'état».*

La parole en acte prend son sens ici dans l'effectivité de la parole de l'infirmier, la parole est actée.

- **Un deuxième niveau**

Le deuxième niveau de parole en acte concerne une méthode d'action dans la présentation et la gestion d'une situation de soin, qui laisse régulièrement au patient une marge de latitude d'appréciation et de décision dans le déroulement la séquence engagée ou à venir.

Le patient n'est alors pas mis en position passive d'exécution, mais dans une position plus active et responsable où il a son mot à dire sur l'agencement du déroulement de la séquence. Même et surtout, quand l'interaction se passe au titre d'un cadre clinique contraint. Cette position, plus respectueuse de la personne hospitalisée, est à la fois souple par la marge décisionnelle que peut prendre le patient et l'atténuation de l'asymétrie des rôles, et ferme par le maintien du cadre dans lequel la situation se déploie. Cette méthode d'action sera très bien décrite lors d'un DIA par un des infirmiers ISP de nuit observés : *« Il est important de toujours remettre le ou la patiente au centre de la décision le ou la concernant. Il s'agit d'éviter « le je ne suis pas participant (e), je subis».»* Cette position de soutien prend en compte une antériorité de connaissance et s'appuie sur l'expérience partagée antérieure.

La parole en acte prend son sens ici dans l'effectivité de la parole du patient dans sa marge décisionnelle.

- **Un troisième niveau**

Le troisième niveau de parole concerne également une méthode d'action qui consiste à échanger intentionnellement, à voix haute, entre deux soignants ou plus devant un tiers, ici le patient ou quelques fois le groupe de patients. Cet échange peut alors ressembler à un aparté entre deux professionnels, il en a l'apparence, les soignants peuvent se renvoyer des appréciations sur un comportement, s'interroger à voix haute sur leurs possibles significations, chercher ostensiblement à qualifier une attitude, s'interpeller sur ce qu'ils voient et entendent en provenance du patient ou du groupe. L'apparence, mais pas les caractéristiques, l'échange ne sont pas protégés, la scène entre professionnels se déroule devant des témoins, à qui, *in fine*, elle est destinée.

Il s'agit dans le recours à cette technique de faire **comme si** le tiers était absent, et ce faisant lui prêter un support d'interprétation dans les propos échangés. Penser à voix haute, commenter ses éprouvés, montrer son interrogation dans la sollicitation au collègue lors de ce faux aparté, afin qu'un message se tienne et que soit mis en mots le cheminement de la pensée et des évocations chez les soignants. Cette méthode diffracte sûrement les éléments transférentiels et modélise alors, en les illustrant, le travail de la pensée et les effets induits d'une attitude ou d'un comportement chez l'autre. Comme s'il s'agissait au final de prêter sa pensée pour créer un espace de significations, inviter le patient témoin à reprendre des éléments à son compte.

Ce dialogue à voix haute sur des thématiques sans dévoilements importants mettrait l'auditeur dans un mouvement actif d'écoute, susceptible de majorer la réception de cette communication et la reprise pour soi. Cette action est repérée par cette infirmière IDE lors d'un entretien, elle essaie alors de l'approcher et s'interroge sur un éventuel ressort thérapeutique : *« Par exemple, nous sommes au repas, on participe au service du repas, les patients sont assis et parfois il nous arrive de plaisanter entre collègues. C'est vrai que les patients essayent d'entendre ce qui se dit, ils essaient de voir, ils essaient eux-mêmes de s'immiscer dans ces situations… et je pense qu'ils apprécient beaucoup ce genre de choses.»*

La parole en actes prend son sens ici dans l'effet de spécularité de la parole proposé au patient.

2.1.3 F. Singularisation

La fonction singularisation définit l'ensemble des comportements et attitudes des infirmiers à l'égard d'un patient, quand ceux-ci viennent attester du caractère unique et de l'individu. Cette fonction intervient par la reconnaissance des attributs particuliers du sujet et leur personnalisation. Ce renforcement distinctif contribue à l'individuation et à son maintien.

Dans nos observations, cette fonction se traduit par une codification individualisée du bonjour et de la mise en relation, la mise en valeur d'une ressource qui caractérise la personne *(« C'est le guitariste... »)*. L'appui sur un trait de personnalité qui prend la valeur d'un lien métonymique positif.

Cette fonction se rapproche par quelques aspects d'une des cinq fonctions de Gunderson (1978) et qu'évoquent R.Panchaud et M.Miazza quand ils abordent dans un article la fonction de validation de ce dernier auteur. Ils nous alors que cette fonction *« Vise essentiellement à affirmer l'individualité du patient. Cette fonction souligne le caractère unique de chaque être humain et son droit à être ce qu'il est sans qu'on ait d'attentes précises à son égard [...] Les symptômes, pour autant qu'ils ne constituent pas un risque vital, sont accueillis comme un étant l'expression de quelque chose que l'on cherche à comprendre plutôt qu'à supprimer ».* (« *Environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie »,* EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-705-N10, 2011, p.7).

2.1.4 F. Évaluation

La fonction évaluation recouvre l'ensemble des évaluations d'ordre clinique auxquelles peut procéder l'infirmier. Ces évaluations procèdent d'observations et d'interactions ; elles concernent le patient (comportement, thymie, vécu perceptif, autonomie, présentation, niveau de demande…), le groupe (mobilité, quiétude, fluidité, localisation…) et leurs effets en termes d'ambiance. Ce travail

d'évaluation est préalable à l'action et peut s'organiser sous un mode de réponse particulier en direction du patient ou du groupe. À cet endroit, le choix d'une absence de réponse, d'un laisser vivre les situations, constitue également une forme de réponse dans le sens que cette dernière est passée par les étapes de l'observation, du raisonnement clinique, du processus décisionnel traduit par une action,' une réponse ou son absence.

2.1.5 F. Initiative

Cette fonction recouvre la capacité des soignants, soit à se saisir d'une situation de soin (ou à la provoquer), soit à tirer des enseignements et des aménagements autour de celle-ci, ceci afin de favoriser d'une part des temps relationnels avec le patient, et d'autre part des actions favorisant l'adaptation du cadre de travail à cette fin.

Déjà en 1967, François Tosquelles écrivait *« La possibilité d'efficience soignante d'une activité ou d'un travail thérapeutique sera en relation directe, tout d'abord avec la quantité d'initiative et d'activités propre que le malade pourra y faire jouer. Il en est de même de l'infirmier.* (*Le travail thérapeutique en psychiatrie,* Ed Erès, 2009, 1ère édition 1967, Post face d'Yves Clot, p. 146).

Cette capacité d'initiative des professionnels infirmiers peut se déployer sous de multiples aspects, dont les principales déclinaisons qui suivent. Nous remarquons que si cette capacité des professionnels infirmiers est au cœur du rôle propre, elle se déploiera d'autant plus facilement et harmonieusement qu'elle se déroulera dans des cadres de travail susceptibles de la soutenir, voire de la valoriser.

Enfin, nous remarquons qu'il **existe au global un lien de dépendance entre initiative des professionnels** (capacité à habiter le rôle propre) **et initiative du groupe soigné** (à entendre du côté de la prévalence du symptôme). Nous souhaitons évoquer par ce propos un constat concernant le rapport qui tend à être inversement proportionnel entre d'une part les initiatives des soignants à s'immerger, rencontrer, et l'initiative des patients qui a tendance à s'exprimer particulièrement dans ce cadre par le symptôme : *« Une clinique… tout entière tournée contre la propension chez le malade à mettre son contexte de vie au service de la maladie»* (*Ibid.,* p. 152*).*

Il existe des effets iatrogènes à la situation d'hospitalisation, J.Oury parle de pathoplastie, qu'il est important de connaître pour limiter leurs déploiements, ce que pointe ce médecin psychiatre interviewé sur la position régressive que conditionne la situation d'hospitalisé : *« Il faut penser à la régression, cela peut être un outil thérapeutique d'utiliser la régression instinctivo-affective…le drame c'est quand l'institution place les gens en situation de régression… cela se passe très bien quand on s'occupe d'eux, mais quand ils se sentent délaissés, ils vivent une expérience éprouvante. Lorsque l'on met les gens en situation de dépendance du fait même du jeu institutionnel et qu'on ne s'occupe pas d'eux à leur rythme, et bien on peut être nuisible. Je pense que les infirmiers le savent beaucoup mieux que les médecins».*

Dans une idée voisine, Jacky Merkling, (*Le métier d'infirmier en Santé Mentale*, Collection savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, p.174) relève l'importance du rôle propre des infirmiers en psychiatrie en unité d'hospitalisation : « *On connaît la place importante qu'occupe le rôle propre dans le quotidien de l'infirmier exerçant en psychiatrie, par rapport au rôle sur prescription, il est facile de concevoir la liberté et donc le pouvoir dont celui-ci dispose».* Il constate ensuite que faute de structuration suffisante de ces manières de faire, les créativités restent individuelles et déployées de manière souvent trop empirique et insuffisamment définie laissant alors « *L'initiative au patient et en particulier à l'expression plus ou moins bruyante de son symptôme, laquelle va organiser le service. L'essentiel des efforts des équipes se portant sur le plus agressif, revendiquant ou démonstratif… L'infirmier ne pouvant que difficilement anticiper son action».* Nous verrons par la suite que la programmation d'activité, la fonction initiative et sa capacité d'immersion sont de nature à infléchir, voir à renverser cette tendance.

Parmi les principales déclinaisons des prises d'initiative observées, nous retenons celles qui sont en lien :

- avec les adaptations du cadre de soins,
- avec l'environnement (météo réactivité),
- avec les activités socio thérapeutique, des activités improvisées (cuisine pour mettre en valeur une prestation hôtelière),

- avec la gestion matérielle et organisationnelle du quotidien des unités (modifications, des ordres de distribution, par exemple, des traitements, repas), cette latitude d'appréciation permet à l'intérieur d'un cadre fixe de limiter les effets de répétition du même, chaque jour est alors un petit peu différent,
- avec l'appui sur une part personnelle de l'infirmier, mise en circulation d'un titre de revue en direction des patients, ou partage de l'écoute d'un CD de musique pour faire connaître un genre ou un auteur. Ces dernières intentions répondant à la notion des petits riens et au concept de métaprofessionalité développé par P. Fustier, ces références étant abordés à la fonction construction du lien en 291),
- avec l'organisation, la facilitation, la coordination des parcours de soins des patients en direction des partenaires,
- avec la mise au point ou l'importation de ses propres outils de travail, comme ses infirmières de nuit qui venaient avec leur propre matériel d'éclairage portable, lequel répondait à leur critère : celui d'un éclairage directionnel sans que la source lumineuse ne soit une source excessive de stimulation. Ou cet infirmier qui avait mobilisé un tissu associatif et industriel en vue d'une contribution en apport de matériel afin de construire la logistique de son activité de plein air.
- avec toute disposition et attention visant à alimenter le niveau de confort du patient dans l'intentionnalité d'une affirmation de la position soignante. Ces initiatives sont déployées soit à des fins de **signification** d'une disposition protectrice et bienveillante, soit en lien avec des éléments différenciateurs d'une contrainte aux soins vécus sur le mode de la sanction ou de la punition. Cette dernière intervention répondant à une fonction **diacritique** venant faire contraste, parfois rupture avec le vécu initial. Ces attentions venant ici faire « *parler, voir chanter la position soignante*» pour reprendre l'expression d'un infirmier observé sur un CH lors d'un DIA.

L'ensemble de ces initiatives et cette fonction constitue bien un attribut de la fonction créativité, elle repose pour une bonne part sur la capacité d'inventivité des soignants.

2.1.6 F. Rire et Humour

Le rapport à la maladie et à la souffrance pourrait laisser envisager une retenue et une gravité qui ne laisseraient alors guère de place au déploiement de cette fonction. Il faut dépasser cette première représentation austère pour constater que le recours à cette source de vitalité peut-être convoqué pour de multiples propriétés dans les soins psychiques et au-delà.

Il nous faut à cet endroit préciser ce que nous entendons par humour. Un certain nombre de référence et de citations, dont certaines issues de la littérature scientifique, en font état dans les lignes qui suivent. Pour autant, les définitions de l'humour et du rire nous apparaissent insuffisamment décrites. Nous distinguerons donc le rire et l'humour à deux niveaux, en fonction de la nature de son procédé et en fonction des effets attendus.

- **Pour le premier niveau**

Nous distinguerons le simple calembour du mot d'esprit ou du trait d'esprit. Freud définit un des principaux mécanismes de ces derniers *« Tous ces procédés de déplacement appartiennent à la catégorie du mot d'esprit [...] Rien ne distingue mieux l'esprit des autres formations psychiques que sa double face et son double langage et c'est par là, du moins, que les auteurs ont le mieux pénétré sa nature intime, en faisant ressortir le facteur "sens dans le non-sens" ».* (*Les mots d'esprit et son rapport avec l'inconscient*, 1905, Paris, Ed Idées, Gallimard, p.152, http://ail-fade.com/pdf/freud_et_le_mot_d'esprit.pdf, consulté le 30 octobre 2011).

Le mot d'esprit invite à cet effet de sens par la convocation simultanée de deux significations différentes associées au même propos. L'effet comique naissant de la résultante de cette combinaison par effet de déplacement, complémentation, d'opposition, d'association, etc. Le mot d'esprit ouvre sur un sens second caché là où le calembour le rabat.

Le trait d'esprit est précieux dans les soins et dans la rencontre du sujet psychotique chez qui il peut régner des confusions entre le mot et la chose par le passage répété du sens au non-sens. Danielle Roulot parle d'*« agnosie de l'évidence»* pour qualifier cet accès barré à l'ordre symbolique, ce défaut

de symbolisation. (Cité par Jean Ayme, Histoire et actualité de la psychothérapie institutionnelle, *Revue Raison Présente*, 2003, n ° 144, pp.69-80, p.75).

Le calembour n'apporte rien tel que nous le définissons. Nous entendons par calembour le simple jeu sur l'assonance, par exemple *«Au juste Auguste, il fait chaud, poil au dos ! »*. Si le lecteur vient à sourire ou à rire de ces exemples à la charge comique limitée, nous arrivons alors à un niveau de lecture au second degré qui prend valeur de mot d'esprit.

- **Le second niveau**

Il concerne les modalités et les finalités quant à l'utilisation du rire. Nous remarquons que l'utilisation de ce dernier peut s'appliquer à des registres d'expression et des modes d'interventions très différents. Il existe plusieurs circonstances propices à la manifestation du rire et nous pensons ici à la fonction rire en lien avec les mécanismes de défense. La survenue d'une situation embarrassante, d'un silence épais ou d'un propos qui viennent faire effraction dans le sens de casser une communication en cours sont susceptible de convoquer ce type de rire. Il devient alors une tentative de se distancier de la scène inopportune, tendant à la neutralisation de la situation gênante. Nous ne retiendrons pas la mobilisation de ces aspects défensifs dans notre définition de la fonction rire

En ce qui concerne l'humour, nous ne rangeons pas sous cette dénomination l'ensemble de ses formes. Ainsi, nous ne retenons pas l'utilisation de procédés qui utilise **ce type de recours au détriment et au préjudice de la personne.** Ces registres sont alors d'une autre nature et nous faisons référence aux fonctions défensives des contre-attitudes ou des manifestations contre-transférentielles non traitées (c'est-à-dire qu'elles n'ont pas donné lieu au processus de reconnaissance, identification, gestion et élaboration).

Jean-Michel Jamet et Véronique Depré les décrivent comme attitudes anathémisantes *« Les caractéristiques qu'elle déploie vont à l'encontre des objectifs du soin qui visent à la reconnaissance du malade comme sujet [...] Nous employons volontairement le terme d'" anathème" car les attitudes négatives équivalent véritablement à un rejet du malade»* (*L'accueil en psychiatrie, aspects juridique, théorique, pratique,* Éditions hospitalières, Collection Souffrance psychique et soins, 1997, 108 pages, pp. 68-69). Les expressions qui correspondent à ces registres sont le sarcasme, les propos sardoniques, la raillerie.

Le statut de la plaisanterie, de la moquerie et de l'ironie dépendront de l'attitude du locuteur quant à leurs utilisations et quant à la finalité de leurs usages. Le marqueur différenciateur a été avancé une première fois par Sigmund Freud (Op.cit., 1905) quand il souligne que *« le choix de la non-littéralité permet d'exprimer une agressivité qui aurait été socialement inacceptable énoncée littéralement.»* (http://fr.wikipédia.org./wiki/Ironie, consulté le 7/10/2011). Ces aspects liés à des éléments d'agressivité non travaillés sont de même nature et concernent alors de potentielles contre attitudes. Ce repérage constitue une ligne de partage qui se décline de la manière suivante :

- la plaisanterie, elle suppose un espace de jeu, et l'espace de jeu est de nature égalitaire. Il existe alors une symétrie et une circulation d'une parole à vocation comique partagée. Sans le préalable de la création de cet espace de jeu, la plaisanterie lancée de manière univoque pour atteindre l'autre ne correspond pas à notre définition de l'humour.

- la moquerie, elle, peut constituer, quand elle est utilisée avec bienveillance et sur des aspects partiels de la personne et non globaux, une invitation à ouvrir un regard et une capacité de critique sur soi. Sans ces limites entourantes et inclusives, elle reste un outil de mise à distance.

- Le statut de l'ironie est plus complexe. Son mécanisme se loge dans l'apparence de tenir un discours auquel le locuteur n'adhère pas. Il s'agit alors de mentionner, souligner des propos avec lesquels on se dissocie. Elle se déploie dans l'écart entre ce qui était attendu et n'est pas advenu, son moteur est la désillusion. On imagine alors les aspects caustiques et délétères qu'elle peut générer dans les relations, de soins en particulier, quand la répétition de sa charge désabusée aux accents mortifères vient faire écho aux vulnérabilités ou aux fragilités existantes, par ironie du sort pourrait-on dire.

Nous distinguons les expressions adoucies de l'ironie comme la litote, l'hyperbole et l'antiphrase ironique. Elles constituent des expressions généralistes qui sont utilisées dans des registres d'ouverture à la relation.

Enfin, quand nous parlons d'humour, nous incluons les formes de dérisions qui relativisent et dégonflent les importances, quand ces dernières sont saturées de significations et de charges symboliques. En premier lieu desquelles, nous retenons l'autodérision qui permet cette fonction essentielle de toucher, sommes toutes, la futilité et l'évanescence de nos existences individuelles. Toucher ce point, dans le sens d'être en contact, devient une manière de s'appliquer à soi-même cette nécessaire humilité qui ouvre à la reconnaissance de l'autre et aux identifications.

De même, nous entendons le comique de gestes, de situations, de caractères en tant qu'il constitue *« un mode de dévoilement de pensées propre à l'inconscient»*. (Freud, op.cit., p. 181).

L'humour, donc, peut surgir également de la rencontre avec des situations graves. Ce que Freud, cité par Joseph Mornet avait établi dans son livre (*Les mots d'esprit et son rapport avec l'inconscient*, 1905, Paris, Ed Idées, Gallimard, 1983, pp. 402-403).

Cette fonction humour est définie comme un élément des dispositifs pour le courant de la Psychothérapie institutionnelle, Jean Oury cité par Joseph Mornet : *« C'est la prise dans une circulation de l'objet de ces fantasmes qui peuvent donner un certain style au collectif et la capacité d'accueillir les aspects les plus insolites de l'individu psychotique qui vient s'y faire soigner. Ne voit-on pas là se profiler cette fonction* ***indispensable*** *pour assumer notre présence et y survivre : l'humour ?»*. (« Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle», in Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, 1967, Nîmes, Ed du champ social, 2001, p. 177).

Joseph Mornet dans son ouvrage sur *histoire et actualité de la psychothérapie institutionnelle* (Ed du champ social, Nîmes, 2007, pp. 143-159) consacre un chapitre à cette fonction où il précise « *L'humour est dans le mouvement produit par ce qui se passe en opposition aux dogmes et aux doctrines qui figent : « L'humour est quelques choses de productif, rappelle Jean Oury. S'il n'y a plus d'humour, rein ne se passe», « … Pour toute institution, le danger redoutable est la disparition de l'humour. L'humour par sa force de non prise au sérieux, devient un moyen de résistance face à tous les systèmes de fermeture et de contention. »*

Jean Ayme en historien du courant de la psychothérapie institutionnelle, dans les années cinquante la naissance de ce mouvement, il relate déjà qu'« *Il convient de substituer au système pyramidal, un dispositif horizontal où les multiples réunions permettent à la parole de passer sans "suivre la voie hiérarchique", où la parole libre permet l'émergence de la parole vraie, où la dimension humoristique soit considérée comme un élément fondamental de la thérapie*».(Essais sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, p.5, htpp://www.balat.fr/IMG/doc/InvAyme1.doc, consulté le 21 octobre 2011).

Du côté des soins infirmiers, une récente recherche infirmière québécoise s'est attachée à relever, à partir d'une recension des écrits, les études portant sur l'humour dans la relation entre l'infirmière et le patient dans le contexte des soins quotidiens. (Hélène Patenaude, Louise Hamelin Brabant, « L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature», in *Recherche en Soins Infirmiers*, nº 85, juin 2006, pp. 36-45). Les critères d'exclusion concernaient malheureusement la spécificité de notre champ disciplinaire. Nous pensons au contraire que le contexte psychiatrique est potentiellement porteur de cette fonction, il n'y a pas que la gravité, il existe une capacité à voir le côté drôle de certaines situations. Cette recherche très documentée s'intéresse successivement aux conditions d'advenue sur trois niveaux :

Au niveau des conditions reliées à l'infirmier *« Ce sont l'intuition et la sensibilité, le jugement et l'expérience, la personnalité et l'attitude envers l'utilisation de l'humour dans la pratique professionnelle. »* (Op.cit., p. 39).

Au niveau des conditions reliées au patient, situées principalement du côté psychologique : *« L'humour peut être une stratégie ou devenir une stratégie de coping pour faire face au stress et être un moyen d'expression acceptable dans les situations conflictuelles… L'humour permettrait de s'évader de la réalité hospitalière et de créer un climat social. Il allège le poids de la maladie critique. »* (Op.cit., p. 41).

Au niveau de la relation infirmière-patient *« Pour les patients, l'humour améliore le contact, car si l'infirmière a le sens de l'humour, elle est perçue comme étant plus facile d'approche…L'humour engage une ouverture qui permet d'aborder des thèmes sensibles et d'aller plus loin. »* (Op.cit., p. 42)

L'ensemble de ses caractéristiques peut à notre sens s'appliquer au domaine des soins infirmiers en psychiatrie.

De même, nous souhaitons citer la contribution de Margot Phaneuf, (Formation universitaire en sciences infirmières), une consœur québécoise auteur d'un article rafraichissant sur *« La créativité au service de l'infirmière »*. Elle argumente dans son article sur l'importance de la *diversion* comme moyen de se situer *« au service du mieux-être et du soulagement de la douleur »* et un moyen plausible d'aider *« [...] le malade, l'enfant ou la personne âgée, à créer un dérivatif à la douleur, un soulagement à leur tension ou à leur mal de vivre »*. (*« La créativité au service de l'infirmière »*, http:/www.infiressources.ca/fer/depotdocument/la_creativite_au_service_de_l_infirmiere/pdf, consulté le 6 février 2012, p.2).

Le premier moyen qu'elle propose est alors la diversion par le rire qu'elle nomme, la ***gélothérapie***, soit la thérapie par le rire, *« terme qui vient du grec et qui signifie, éclairer, illuminer, et c'est bien ce que provoque l'humour et le rire dans le quotidien du malade »*. (*Ibid*, p.3). Après un détour décrivant les mécanismes physiologiques et un passage par la littérature ou elle nous rappelle que Rabelais déjà en son temps préconisait le rire à ses malades, notre auteur cite le travail de Robert Ornstein et David Sobel (1992) quant aux mécanismes de ce dernier ; *« Quant on rit, on ne peut plus penser à ce qui nous perturbe. L'humour nous permet de prendre des distances face au danger et de couper court aux sentiments d'anxiété et d'impuissance qui nous paralysent »*. Enfin, Margot Phaneuf relève que *« Certains auteurs voient même l'humour bien placé comme une habileté de la relation d'aide »*. (*Ibid*, p.4). Elle remarque à juste titre que si la présence des Docteurs Clowns est appréciée, particulièrement dans les services de pédiatrie *« C'est l'attitude ludique et la volonté d'aider l'enfant qui comptent le plus que le costume... »* (*Ibid*, p.8).

Toujours du côté des soins infirmiers, une recherche infirmière américaine a pris pour objet les interventions infirmières. Ce travail de classement méticuleux leur fait recenser 336 interventions infirmières. Parmi celles-ci, ils retiennent l'humour qu'ils définissent comme une « *opération destinée à encourager le patient à percevoir, apprécier et exprimer ce qui est comique, amusant ou ludique afin de créer des liens, soulager sa tension ou sa colère, de faciliter son apprentissage ou bien de faire face à la douleur»*. (J.C McCloskey et G.M. Bulechek, *Classification des interventions infirmières*, Editions Maloine Décarie, Paris diffusion, 1996, 366 pages, p.189).

Les particularités de l'utilisation de cette fonction dans notre discipline nous apparaissent en lien avec trois caractéristiques : la place du collectif patient, l'importance de l'existence du symbolique et l'existence d'une temporalité de la relation plus longue.

La fonction humour concerne alors essentiellement les points liés au climat, à l'ambiance de l'unité, à la construction des relations de soins et aux effets de sens tant pour les patients que pour les soignants.

Ainsi, la fonction rire et humour peut s'articuler et se décliner à trois niveaux : le collectif patient, l'individuel et le collectif soignant.

1) Au niveau du collectif patient

Le recours à cette technique a un effet sur la tonalité d'ambiance dans un exercice qui trouverait sa limite dans un « égayer sans choquer». Ce travail favorise la création d'un environnement familier au sens d'une certaine proximité, et il est susceptible de promouvoir des formes significatives de vie face aux composantes mortifères de (des) pathologie (s).

Nous reprenons ici un propos de Daniel Sibony : *« Faire rire un déprimé est un acte de vie»* (*Le sens du rire et de l'humour*, Ed Odile Jacob Paris, Février 2010, 236 pages, p. 158) Il ne s'agit pas d'établir un protocole sur le port d'un nez rouge, mais d'affirmer cette position de l'infirmier de « promouvoir la vie», de multiplier les possibilités modes d'accès à l'autre : *« Si on accède au rire de pure affirmation… cet acquiescement soutient l'enjeu d'exister et la présente comme plus jouable.»* (Loc. cit.).

Ce propos gagne encore en épaisseur dans les pathologies psychiatriques où la question de l'être au monde se pose parfois en termes de dépossession, d'encombrement, d'incertitude quant au lendemain. Les continuités internes peuvent se trouver hachées, le côté rassurant de l'humour habitant une familiarité du cadre peut véhiculer le message dans des formes majeures d'insécurité que « Demain, il fera jour. » Bref, qu'il n'y a pas péril en la demeure. François Roustang dans son ouvrage au titre évocateur (aborde cette forme de continuité interne avec le rire et ici précisément le rire de soi

« Car le rire de soi ne possède rien, ne capte rien, ne s'affole de rien : il considère et s'amuse. J'en suis donc encore là ; on verra demain. » (*Comment faire rire un paranoïaque*, Paris, 2000, Ed Odile Jacob, p. 8) Cette capacité à rire de soi que développe ce dernier auteur devient l'inverse d'une capacité de maitrise, le jeu et la souplesse parlent une fragilité apparente qui relativise le positionnement de chacun.

Notre force réside aussi dans la connaissance de nos faiblesses, mais pour autant, cette connaissance n'amène pas l'effondrement de ladite position. L'humour intervient comme une ouverture dans les situations où le dire et le penser sont bloqués. Il s'emploie à faire déraper les signifiants, montre que les éléments auxquels on est en prise peuvent toujours être perçus sous un autre angle.

La régularité et la fréquence dans le recours à l'humour constituent une manière de faire parler un dispositif (ici les unités d'hospitalisation temps plein), et peuvent devenir un élément du cadre. Créer et favoriser un climat social, l'exemple parle de lui-même. Chacun a pu constater qu'une équipe détendue maniant un humour partagé avec les patients quand les circonstances s'y prêtent produit un effet-cadre dont le contenu pourrait être une forme de dédramatisation « On peut en rire. » Cette fonction dans le recours à l'humour est constatée dans cette recherche infirmière *« L'humour permet… de créer un climat social favorable apprécié des patients. L'humour apporte aussi une nouvelle perspective, un regard différent qui peut redonner espoir.»* (Hélène Patenaude, Louise Hamelin Brabant, op.cit, p. 42).

Cet effet-cadre a également un potentiel attracteur pour cette infirmière ISP interrogée lors d'un entretien : *« Les patients, ils aiment nous voir rigoler, ils sont contents, et souvent dans ces moments-là, ils sont là, ils viennent vers nous… c'est la vie ça.»*

2) <u>Au niveau individuel</u>

L'utilisation de l'humour permet de répondre à des présentations différentes : dédramatisation avec une relativisation des vécus dangereux, éloignement ou distanciation avec l'expression de certaines formes d'angoisses en générant un effet de réassurance, décalage enfin, quand il s'agit de proposer en effectuant « un pas de côté», une autre lecture de ce qui est vécu, dit ou montré par le patient. L'humour comme mise en mobilité des représentations qui permettent, le temps d'un instant de réinventer le monde et à défaut de le rendre plus vivable. Mais l'humour peut contenir d'autres propriétés pour le patient comme le relève cette recherche en soins infirmiers : *« L'humour procure au patient un sentiment de* ***dignité et d'estime de soi…*** *L'humour partagé améliore le contact infirmière patient, rapproche, aplanit la hiérarchie et consolide les liens existants dans la relation. Il engage une ouverture qui permet d'aborder des thèmes sensibles et d'aller plus loin. »* (Hélène Patenaude, Louise Hamelin Brabant, op.cit., p. 42).

Par sa souplesse et sa fluidité, cette fonction peut avoir une dimension exploratoire qui cherche les points de rencontre avec l'autre, *« Elle revisite les frontières*», Daniel Sibony « *Un rire se déploie entre identité et altérité, et là il peut créer l'évènement d'être, parce qu'il traverse les entre-deux les plus variés…»* (Op.cit, p. 163 et 213)

Un infirmier IDE confirmera ces registres lors d'un DIA où nous lui demandions le pourquoi du choix de ce mode relationnel, *« Le recours à la plaisanterie permet d'alléger, elle facilite l'échange et la relation. »* L'utilisation de l'humour comme mode exploratoire est utilisée par cette infirmière ISP interviewée *« Moi, je fais beaucoup d'humour avec les patients, parce que cela est aussi une façon de tester la relation, d'évaluer s'il y a quelque chose qui se restaure du côté des échanges. Et si on accède à l'humour à mon avis, cela veut aussi dire que l'on va mieux, cela fonctionne alors comme un indicateur.»*

L'utilisation de l'humour dans la relation de soins au psychotique en particulier est ainsi soulignée par Joseph Mornet *« C'est le moyen, pour l'homme, de s'adapter à l'irréversible et de rendre, ainsi, la vie plus légère. L'humour est encore plus nécessaire face à l'impossibilité du psychotique de « faire avec» ce qui passe et se passe. Il va lui permettre de ne pas se confondre avec sa position de malade, pour peu que le soignant ne se prenne pas lui-même au jeu de son statut et de ses fonctions.»* (La place de l'informel dans la psychothérapie institutionnelle, *Santé Mentale*, nº 136, Mars 2009, p. 44).

De même, l'utilisation de l'humour a-t-elle son effet en termes de consolation, *« L'humour, c'est le pouvoir de se consoler d'en être là. »* Daniel Sibony (Op.cit, p.164), ou par l'effet tiers qu'il

peut alors représenter *« Dans l'humour… on se fait consoler par l'être, par l'existence du symbolique, cela console d'avoir personne qui vous console.»* (Op.cit, p.166).

Le recours à l'humour par les professionnels est utilisé comme un facilitateur du lien, il s'appuie sur des savoirs d'expériences et son utilisation dépend de chacun, de chaque situation et de son évaluation. Dans l'abord choisi, la place d'une méta communication sur l'interaction est toujours ouverte et possible. Elle permettra de revenir, préciser, pondérer le propos initial, le trait de signification dont la portée a pu être mal perçue ; « c'est de l'humour» dira-t-on. Il s'agit d'un essai dans le mode d'abord et si cet accès est resté fermé, ne dit-on pas « c'est pour rire».

3) Au niveau du collectif soignant

Nous retrouvons l'éventail des mêmes fonctionnalités abordées lors des deux niveaux précédents. Les particularités de l'utilisation de l'humour dans le groupe soignant concerne le partage et un effet de construction du groupe comme le repère ce cadre interviewé, *« Voila, partager, rire, plaisanter, c'est un besoin vital et je crois que c'est dans ces moments-là que l'équipe se fédère, parce qu'elle a aussi rigolé autour de quelque chose de commun*». Ce même cadre poursuit sur la fonction cathartique de l'humour quand sa couleur en vient à passer au noir, « *je perçois aussi que faire de l'humour noir comme on peut dire des fois, c'est aussi, je le conçois tout à fait et je l'autorise pour l'avoir fait aussi en tant qu'infirmier, ce sont des moments où l'on perçoit la souffrance de l'équipe. Là, en tant que responsable il faut se dire que aujourd'hui on rigole sur ça, on rigole parce qu'on est en souffrance, parce qu'on est dépité, parce qu'on sait plus quoi faire, parce que lui il est en train de s'épuiser où eux sont en train de s'épuiser.»*

Une autre cadre interviewée fait le lien entre d'une part la qualité de vie et d'ambiance au travail dans sa fréquence entre autres du recours à l'humour et la plaisanterie et d'autre part l'absentéisme sur son unité. Ce dernier était au moment de l'enquête dans sa fourchette basse, *« Quand les gens sont bien, ils ont envie de rester, ils sont détendus au travail et les conditions de travail s'en ressentent, elles sont meilleures. Et cela se voit, on rit énormément, on plaisante, les gens sont à l'aise, ils sont dans l'échange et ils sont solidaires.»*. Ce point d'objectivation est partagé par ce médecin psychiatre lors d'un entretien, *« Il est très clair que dans le service, on est très attentif à prendre le temps de rire. Cela est absolument indispensable. Il faut rire un peu entre nous et les patients le comprennent et l'apprécient beaucoup. Ils comprennent qu'un bon professionnel, c'est quelqu'un de sérieux, qui fait bien son travail, mais qui n'a pas le nez dans le guidon. Il a cette distance et cette interrogation, la méthode de Socrate, c'est l'ironie, qui va lui permettre de remettre en question les choses de manière un peu plaisante, pour remettre en cause les savoirs, les remettre en cause pour qu'ils fonctionnent. »*

Enfin, l'humour comme force d'entrain et de mise en lien groupale du côté soignant et patient est relevé par cette infirmière ISP interviewée qui s'appuie dans l'exemple sur l'équanimité dans la tonalité d'humeur de sa collègue : *« Voyez, ma collègue J…, elle est joyeuse, elle rigole toujours, elle est toujours contente. Pour moi, c'est un bonheur, si j'arrive le matin et que je ne suis pas bien, si je suis avec elle, c'est du plaisir. On rigole, nous racontons des « conneries», mais au fond ce n'en est pas. De la, même façon, elle tient des propos au patient qui peuvent paraître superficiels, d'ailleurs ils l'appellent* [d'un surnom qui la caractérise, Ndr] *et tout cela passe très bien. Les patients reçoivent cela et cela génère une dynamique. »*

« L'humour ne contrecarre pas toutes les anxiétés vécues, mais c'est une force positive et, en tant que complément à d'autres interventions, il ne peut être que thérapeutique.» (Sheldon, 1996 (Hélène Patenaude, Louise Hamelin Brabant, op.cit, p.42).

2.1.7. F. Psychodramatisation

Nous entendons par fonction psychodramatisation l'utilisation d'un des registres de répertoire professionnel des infirmiers quand ils majorent une réponse, théâtralisent une situation, ou surjouent une émotion afin d'en augmenter potentiellement la signification.

Cette majoration de la réponse peut arriver dans différents contextes, voix grave et intonation forte de la colère, surprise et étonnement feint qui soulignent un côté inhabituel, expression vocale retenue et timide, inflexion de la posture qui convoque la vulnérabilité…L'ensemble de ces registres vise à appuyer les registres de communication pour optimiser les effets de sens.

Cette capacité s'appuie sur un éprouvé réel du soignant, perçu sur le moment, mais s'en distancie par la majoration de l'expression ainsi communiquée. Elle est utilisée pour amener le patient à repérer et codifier les différents registres dans lesquels la communication ou la présentation est installée. Lors d'un DIA une infirmière précisera *« Il s'agit de créer un effet de psychodramatisation pour faire céder l'excitation tout en répondant. On n'alimente pas la frustration et on produit un effet de cadrage »*.

L'utilisation de cette fonction s'étaye sur une autre idée qui lui est proche. Elle consiste à appréhender le dispositif de soins d'hospitalisation comme le lieu de la reproduction d'histoires singulières commencé ailleurs dans les trajectoires et les contextes de vie individuelle des patients. L'unité d'hospitalisation devenant alors un espace de « mise en scène»et d'enregistrement des messages agis, repérés. L'espace et le temps de l'hospitalisation avec ses différentes scènes ouvrant à des lectures possibles avec ses fonctions de mise en sens, de mise en forme, de mise en figuration.

La fonction Psychodramatisation peut également se jouer entre les soignants en présence des patients quand ils en viennent à se *faire des scènes*. Elle rejoint alors le niveau trois de la fonction paroles en actes, mais la caractérisation du côté de la psychodramatisation tient au jeu qui est donné à voir, mettant en scène différentes situations (conflits, rivalités, ou tout ce qui peut donner lieu à mise en scène). L'objectif de ce jeu théâtralisé se situant du côté d'une mise représentation de ce qui se joue au moment et des affects véhiculés à l'occasion, dans une visée de significations. L'impact de cette fonction tient là aussi à l'indétermination de son statut, est ce pour plaisanter ou sont-ils réellement en colère ?

La recherche de Nant relate un témoignage d'infirmier à ce propos : *« Le plus agréable pour moi, c'est d'être au salon avec d'autres soignants, pas seul, de reprendre in vivo ce qui se passe dans le groupe. On peut s'interpeller entre soignants, sentir l'atmosphère et en parler. On fait une sorte de psychodrame en direct. […] C'est ce côté, ce jeu, qui est introduit et qui est, à mon avis, mon outil de travail. […] On peut dramatiser des scènes et on peut se faire des scènes.»* (Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, « Interventions Infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu», Fondation de Nant, 87 pages, p. 58).

2.1.8 F. Individualisation

La fonction individualisation des soins est un axe de travail maintenant largement déployé dans les unités de soins en direction des patients, il s'agit alors de prendre en compte la singularité de la personne et d'organiser les réponses et le projet de soins autour ce cette approche individualisée.

Nous n'entendrons pas la fonction individualisation dans ce registre général couramment admis, mais dans la **particularité de son rapport au groupe et à l'environnement**. Il s'agit ici, de repérer les différents temps, lieux, dans lesquels le soignant infirmier va marquer dans le réel le passage du groupe à l'individuel, du plusieurs à l'unité. Ce passage se traduit soit par un changement de lieu, soit par une mise en mots, soit par la mise en place d'un cadre favorable au recueil d'éléments plus personnels.

Dans l'ensemble de ces situations, il s'agit de marquer un passage : celui d'un propos général à un propos particulier, celui en lien avec un niveau de dévoilement léger à un niveau de dévoilement moyen ou profond. C'est donc le temps qui marque et qui invite à la confidentialité propice, à l'abord de l'intime. Il s'agit également de créer une interaction plus favorable pour faire passer ou pour signifier une information, un message en lien avec un comportement, et cette fonction prend toute sa place lors des situations de rappel du cadre en lien avec les règles du vivre ensemble. Il s'agit dans cette situation particulière d'énoncer les remarques en dehors du regard des tiers, ici le collectif patient, pour limiter les effets de stigmatisation aux yeux du groupe.

2.2 Fonction mère : Métaphore Maternelle

Nous entendons par métaphore maternelle l'ensemble des qualités professionnelles attendues des infirmières, quand celles-ci se superposent aux caractéristiques structurelles de l'hôpital en général, et des unités d'hospitalisation temps plein en particulier. Les professionnelles viennent ici incarner et déployer des particularités de la situation d'hospitalisation. Ces particularités portent notamment sur la permanence des soins (24 h/24 h, 7J/7), l'hébergement et la référence aux lits comme unités comptables. Elles concernent également l'accès au corps du sujet lors des soins de bases ou techniques, les effets de portages en lien avec l'environnement soignant et matériels, y compris les prestations hôtelières.

La métaphore est le procédé par lequel on transporte la signification propre d'un mot à une autre signification qui ne lui convient qu'en vertu d'une comparaison sous-entendue. Dans le Littré, on peut lire " *la métaphore est selon les maîtres de l'éloquence, la similitude avec un autre objet qui justifie la comparaison*".

Si dans notre écriture, nous employons de manière générique le terme infirmier du côté du genre masculin, c'est à dessein que nous l'utilisons pour cette fonction dans le genre féminin. Nous retenons trois raisons à cela :

- la tradition matri linéaire de l'infirmière en institution hospitalière,
- la réalité démographique de la profession (entendue toutes spécialités confondues avec sa féminisation à 87 %),
- la prévalence du genre dans le social où l'on parle de l'infirmière au féminin sans tenir l'accord de genre. Ces points, et en particulier ce dernier, sont des signes de la profondeur de l'ancrage de cette dimension métaphorisante. Les soins du corps et du malade sont du côté du féminin, le lieu de ces soins est l'hôpital où exercent 80% des personnels infirmiers. Il existe un rabattement de la fonction infirmière réelle et symbolique sur les attendus de l'hospitalisation temps plein qui légitime le déploiement de cette métaphore. Le traitement de la maladie se situe du côté du masculin. Un métier de femmes, hormis pour la discipline psychiatrique, où l'on parle des infirmiers psy du côté du genre masculin.

Cette fonction prend en compte la dimension de l'institution hospitalière comme pourvoyeuse d'objets et s'intéresse aux effets de régression que peut alors induire ce contexte. Pour Paul Fustier, l'institution fournit deux types d'objets, les objets non matériels et les objets matériels. Ces derniers seront d'autant plus importants que l'institution est « lourde», comme ce sont les cas des structures avec hébergement et, pour ce qui nous intéresse, l'hospitalisation temps plein. *« On remarquera que ceux-ci* [les objets, Ndr] *sont pour une part conséquente du domaine de l'hôtellerie (des repas, des lits par exemple) ; les prestations fournies sont, dès lors, susceptibles d'évoquer une ambiance ou une vie familiale et d'être donc interprétées de façon très particulière. »* (*Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Ed Dunod, Paris, 2004, p. 80).

Nous référons l'ensemble de ces propriétés liées à l'hospitalisation à la définition du « holding» tel que le décrit Winnicott : *« maintien, soutien de l'enfant, d'un point de vue physique et psychique*» apporté par la mère. Cette extension du concept de holding dans la perspective de Winicott à l'hôpital comme lieu et environnement facilitant a été proposée par M., Cooperman (1984) et I., Stamm (1985). Ils parlent alors de « holding environnent» cité par (Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, « *Interventions Infirmières en soins psychiatriques* : monographie sur le travail du milieu», Fondation de Nant, p. 14).

La métaphore maternelle est ici, pour nous, une extension du concept de portage (holding) qui s'établit dans le modèle des liens précoces de la mère à son enfant, transféré au professionnel infirmier dans le cadre de leurs fonctions en unités d'hospitalisation temps plein. En 1995, dans un premier développement de cette analogie, nous écrivions à propos des fonctions de l'hospitalisation temps plein *« Il s'agit d'un temps pendant lequel les soins infirmiers, la permanence, le cadre de soin, le passage obligé par la relation à l'autre constituent les paramètres de l'hospitalisation temps plein. Ils forment alors les figures d'une métaphore maternelle.»* (Jean-Paul Lanquetin et Al., *« Communication sur les fonctions de l'hospitalisation temps plein»*, 1ère rencontre de la société Rhône-Alpes de psychiatrie, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (69), le 11 mars 1995, texte non publié).

2.2.1 F. Permanence

Cette fonction Permanence, concerne **l'ensemble des actions infirmières quand elles visent à affirmer la continuité des soins et des dispositifs, et à en assurer leur permanence**.

Cette fonction affirme un élément de structuration de base qui vient à faire défaut dans certains états pathologiques aigus ou chroniques. Elle recouvre la nature même du dispositif hospitalier dans laquelle elle est enchâssée. Elle implique alors des notions de temps et de rythmes. Le temps suppose qu'il existe de l'antériorité sur laquelle elle peut s'appuyer. Le rythme convoque le déroulement journalier et ponctue le cercle circadien. La fonction Permanence convoque des qualités intrinsèques de fiabilité et de stabilité, de simplicité et de sûreté.

Cette dimension centrale de la permanence trouve sa traduction dans les conceptions architecturales des unités d'hospitalisation. Le Bureau Infirmier incarne cette disposition. Il se situe en général au centre des unités, près des lieux de passages, proche des flux liés aux entrées et sorties des patients et des professionnels. Indépendamment d'une conception panoptique, cette position centrale en fait un lieu carrefour et un poste d'observation privilégiés. D'autres particularités viennent donner corps à cette fonctionnalité, ce lieu n'est pas un lieu privé, il est rarement de l'intime, il reste public notamment avec son occultation absente ou partielle. C'est le lieu du « corps» infirmier, du tout avec l'indifférenciation sous-jacente pour ses membres. Son occupation recouvre la boucle des 24 heures et se confond avec cette fonction.

D'autres signes parlent logiquement de cette fonction, les chambres qui portent la notion d'intensivité des soins et d'isolement sont attenantes. Elles peuvent traduire deux idées qui se réfèrent à la permanence : l'attention de tous les instants pour la première et être seul (isolé) en présence de l'autre pour la seconde. Cette fonction absorbe également les besoins et les demandes qui n'ont pas trouvé leurs expressions ou leurs réponses avec les interlocuteurs et les métiers en journée. Il est également instructif de constater que certains objets suivent le même circuit. Dans toutes les unités, il existe des objets au statut indéterminé, objets personnels oubliés par les patients ou par des professionnels, en attente d'un propriétaire ou d'un destinataire, ou encore hors cadre dans l'attribution personnalisée du lieu. Objets cassés, matériels fatigués ou défectueux, petit bric-à-brac qui attend une réponse quant à son destin, entre souvenir et déchet. Ces objets ont toutes les probabilités pour eux de se retrouver, par défaut, dans les tiroirs ou les recoins des bureaux infirmiers. Par défaut, la fonction permanence accueille ce qui ne s'intègre pas ou est en attente de s'intégrer.

Cette fonction fait donc référence à la **permanence de l'objet**. Celle-ci a été définie initialement par Jean Piaget en psychologie du développement ; elle concerne la connaissance par l'enfant sur les objets qui continuent d'exister en dehors de son champ perceptif. Daniel Marcelli expose qu'il existe *« un décalage entre notions de la permanence de l'objet au sens Piagétien (acquise vers 8-10 mois) et les aléas de la permanence de l'objet libidinal (qui n'est pas acquise avant, 2 ans-2 ans et demi) […] la permanence de l'objet libidinal signifie que l'objet maternel est intrapsychiquement disponible pour l'enfant, lui donnant soutien et réconfort, c'est-à-dire qu'une bonne image d'objet stable et sûr est acquise. »* (*Enfance et Psychopathologie, Collection les Ages de la vie*, Paris, Masson, 2006, p. 38).

C'est dans cet écart que nous situons cette fonction, dans l'activation de cette permanence perçue alors comme un élément de stabilité. Cette qualité de la permanence est alors considérée comme un premier pas vers la symbolisation. Cette permanence de l'environnement et cette permanence de la présence infirmière comme élément de base permettent la réception de besoins peu structurés. Raymond Panchaud soutient ce constat : *« Le temps fait donc partie intégrante des soins infirmiers par cette présence continue. Elle s'inscrit dans une proximité particulière, principalement à travers les activités de la vie quotidienne, du plus intime au plus distant […] Lorsque la présence est acquise, le travail sur l'absence est ouvert. La permanence de cet environnement permet aussi aux besoins les plus archaïques, les plus primitifs de se déposer et c'est sur cette base que le traitement s'inscrit. »* (« Potentialité thérapeutique des temps infirmiers », in *l'Information Psychiatrique*, 70, n ° 8, octobre1994, p. 695).

2.2.2 F. « Être là»

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

Ces éléments ont été confirmés lors de la présentation des résultats, la fonction « Être-là» s'est avérée constituer la fonction la plus fréquemment retrouvée. (Voir partie 6.3.2, niveau d'investigation professionnel). Elle porte donc en elle un potentiel de dénominateur commun chez les professionnels qui traduirait à la fois la dimension d'une qualité de présence et celle d'une possible rencontre.

Du côté des écrits, Chantal Coquerelle exprime qu'*« être là serait une sorte d'intuition, c'est-à-dire une connaissance immédiate qui n'a pas recours au raisonnement, au discours»* (« Être là, Etre avec, *Les savoirs infirmiers en psychiatrie*, Édition Éducation Permanente, octobre 2006, 208 pages, p.31). Par ailleurs, nous abordons cette question de l'intuition dans la fonction préoccupation soignante primaire (voir Fonction 2.31.).

Enfin, Roseline Orofiamma, coordinatrice de l'ouvrage cité, précise *« Etre là, être avec : une forme d'écoute de la souffrance et de la folie. Une présence à l'autre […] L'art de transformer les gestes du quotidien en actes de soin. »* (Op. cit. 196).

Du côté des conceptions philosophiques ancrées dans des courants phénoménologiques, nous retrouvons ce terme chez Heidegger. Pour cet auteur, l'être là *(dasein)*, est un terme désignant l'être de l'homme en tant qu'il existe, en tant qu'il est au monde, et la conscience que la personne a de sa situation au monde. Pour Michel Richard *« Ex-ister veut dire être hors de soi. L'homme n'existe pas comme les choses et les objets, il se définit et se réalise comme mouvement hors de son être, c'est-à-dire comme présence à soi et au monde, ce qui se traduit par être là »* (Jean-Louis, Gérard, « De la relation d'aide à la relation thérapeutique», *Soins Psychiatrie*, nº 163, mai 1994, citant, Michel Richard, *Les courants de la psychologie*, Éditions Chroniques sociales, Lyon, 1990, p. 32).

Henri Maldiney insiste pour sa part sur cette présence *« Présence est synonyme d'être-là. Le là de l'être-là comme présence est le même que le là du monde auquel elle est. C'est précisément ce qui rend possible la projection. Mais le sens de ce là n'est pas simple. En lui s'articulent deux dimensions : l'y être et l'être ici. Être là c'est tout à la fois être ouvert au monde, mieux : être l'ouverture du monde et être exposé au monde, se trouver compris sous son horizon.»* (*Aîtres de la langue et demeures de la pensée* éditent L'âge d'homme (épuisé), 1974).

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

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

Cette fonction fait appel au vivre avec, nous sommes là et ils sont là (les patients) et dans ce travail de l'infirmier en psychiatrie, il s'agit *«… de mettre au travail une pensée complexe dans la banalité des choses les plus simples.*», Serge Klopp (Op.cit, p. 151). Gérard Jobert apporte lui cette caractérisation à « l'être là» en plaçant l'infirmier comme l'outil du soin : *«Le patient a besoin d'avoir en face de lui un interlocuteur qui soit là, au sens plein et entier de l'expression « être là». Autrement dit, l'infirmière et l'infirmier doivent assumer le fait que la relation au patient puisse ne pas toujours être asymétrique.»* (« Pour renouveler la transmission du métier d'infirmier en psychiatrie», *Pratiques en Santé Mentale*, 2007, n ° 2, p. 33).

Du côté de la littérature scientifique, Alain Pidolle, Viviane Kremer, Pascale Gauthier définissent « l'être là» *« comme la capacité d'accueil et d'écoute, elle est considérée par l'ISP d'intra comme l'élément le plus important pour le patient (…). La qualité principale de l'infirmier est la capacité de rentrer en relation avec les patients de manière rassurante»* (une recherche menée par la MIRE (Mission interministérielle Recherche Expérimentation A.R.P (Association recherche en psychiatrie), Centre Hospitalier Spécialisé-Lorquin, intitulée *« Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique »*, 1993, p. 103),
De même *« Les ISP d'hôpital préfèrent « l'être là », l'accueil, la présence et la disponibilité : ils ne vont pas vers le patient, mais attendent que celui-ci s'adresse à eux pour qu'un contact non formalisé puisse s'établir. »* (*Ibid.*, p. 100).

« L'être là» est souvent apparié avec une autre notion qui lui est proche « l'être avec». Dans cette même étude, cette *« être avec»* est considéré comme étant *« […]… à la base même du savoir-faire infirmier à l'hôpital»*. Les auteurs nous rappellent *« Notre regard est focalisé sur l'aspect productif et nous oublions que tisser des relations, « être avec», être en relation est aussi un travail (un prattein)»*. (*Ibid,* p. 108).

Dans cette recherche les auteurs opposent le « *prattein*» et le « *poiein*». Pour ces termes relevant des activités du paysan et de l'artisan dans la Grèce Antique, la distinction porte ici, sur les deux formes de travail et d'effort. Le « *prattein*» correspond *« à une activité naturelle dont la fin n'est pas de produire un objet extérieur, mais de se dérouler pour elle-même, sans autre exercice que son but et son accomplissement » (Ibid,* p. 109*).* Au « *poiein*» correspond *« le champ de la fabrication et de la production d'objets et de services»*. Cette distinction, qui n'a plus court, nous permet de relever cette activité et son impossibilité de la cerner, pour la faire participer au circuit économique en termes de production de soins. Déjà à cette époque étaient repérées les activités productives et les activités dites non productives.

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

Cette place de « l'être là - être avec» émerge également avec son côté saillant dans les observations portées par les rédacteurs de la recherche de Nant quant à la gestion du temps des infirmiers en Unité hospitalière de soins aigus. Le commentaire qui suit porte sur l'analyse d'entretiens *« Dans ces propos plus introspectifs, nous retrouvons les mêmes propos qui relèvent de l'importance à « être avec les patients» et qui nous avaient été signifiés lors de nos journées d'observation. Être permet la « rencontre», «* ***juste être là*** *» pour accueillir la souffrance et encore être pour permettre de se rencontrer mutuellement et de tisser un lien. Nous retrouvons cependant en filigrane dans cette recherche et dans cette compétence des infirmiers à « être» avec les patients un souci d'efficience qui se traduit par exemple par pouvoir amener des observations plus constructives»*. (Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, op. cit. p. 37).

Serge Klopp conclut l'ouvrage éponyme « Etre là, être avec» de l'hôpital de Maison Blanche sur l'appui de ce constat : *« Au terme de ce travail, il est apparu avec force que ce qui fonde notre pratique, c'est l' « Être là », l' « Être avec» le sujet, et non le « faire», ni l'action centrée sur l'éradication du symptôme»*. (Op.cit, p. 208).

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

Elle souligne ainsi que le développement de la capacité thérapeutique d'une équipe est une capacité collective. La psychodynamique du travail, c'est-à-dire l' « *analyse dynamique des processus psychiques mobilisés*» la conduise à remarquer cette particularité et cette qualité de l'être là. Les infirmières *« doivent aussi prodiguer les derniers soins, "accompagner", "être-là, et c'est sans doute ce qui est le plus difficile à réaliser : sans parfois presque rien faire d'autre que d'assumer la qualité d'une présence. Pour réaliser leur tâche, dans bien des occurrences, les infirmières doivent donc avoir appris comment ne pas fuir devant la souffrance, la folie, la mort [...]* ». (« Un éclairage

psychodynamique de la notion de compétence : à partir d'une analyse de la coopération infirmière », *Éducation permanente,* ne ° 132, juillet/septembre 1997, pp. 149-158, p. 150).

Nous retrouvons cette proximité définitionnelle dans les propos de Serge Gauthier (Op. cit. p.294) s'appuyant sur l'idée de présence et de soutien du moi de Paul Claude Racamier, et soulignant que cette présence est un acte, laquelle est un *« Acte de présence, un travail d'organisation et de réflexion pour conquérir cette simplicité qui n'est qu'apparente.»* (« L'acte de présence en psychiatrie, sa spécificité, ses effets cliniques», in *l'Information Psychiatrique,* volume 83 ; N'° 4, avril 2007, pp. 293-301) être là, être avec, dont il nous dit un peu plus loin *« ce « on» qui produit quelque chose de moins ambitieux que l'autonomie, mais néanmoins très important pour la vie psychique qui évoque la notion d'ambiguïté de Winnicott, le trouver/créer et où l'important est de ne pas en trancher l'origine. »* (*Ibid.,* p. 298). Cette approche converge avec celle de Paul Fustier sur le don, la métaprofessionalité qui est abordée lors de la fonction 2.9.1, portant sur *la construction du lien*

Ce propos nous fait évoquer Philippe Paumelle, cité par Serge Gauthier quand il reprend des caractéristiques qui viennent qualifier cette manière de soutenir sa présence dans les services d'hospitalisation en unité de psychiatrie, il s'agit alors *« d'inventer des formes de présence qui ne soient ni la violence rejetante, ni l'indifférence, ni l'hyper protection. »* (« L'apport psychanalytique à la psychiatrie de secteur », In *l'Information Psychiatrique,* 1970, vol 921/24, p. 46).

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

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

Et pour cette deuxième infirmière, une part conséquente de son travail consiste à *« Prendre du temps pour être là avec les gens, rester sans rien dire pendant un moment. Pour moi, une des chose les plus importantes consiste à aller m'asseoir quelque part à côté des gens quand ils sont plusieurs et là, d'observer ce qui se passe , de prendre l'ambiance* [voir la fonction thermométrique en 3.1, Ndr], *et petit à petit de créer quelque chose avec les personnes hospitalisées »,* travail de présence sur lequel elle portera cet ajout *« Je suis infirmière IDE, mais là, je ne me sens pas du tout infirmière dans ce sens IDE, je fais beaucoup de choses qui ne sont pas programmées.».* Approche que confirmera ce médecin psychiatre interviewé *: « Il faut savoir être là, savoir repérer quand il est intéressant de ne pas trop se presser, de ne pas se précipiter pour tout saturer…»*

Pour Blandine Ponet, le travail infirmier en psychiatrie fait toucher le BA BA de l'humain à travers des éléments les plus simples. Il s'agit alors pour cette auteur de « *faire société*» dont l'être là nous paraît une composante introductive *« Faire société, c'est souvent être avec les patients à la naissance du lien social»* et de poursuivre en lien avec le titre de son ouvrage « *Une des passions de ce métier, c'est qu'il fait sentir le miracle de l'ordinaire. »* (*L'ordinaire de la folie, Une infirmière engagée en psychiatrie*, Édition Erès, mai 2006, p. 27.)

Cette action de présence qui tapisse l'unité et l'habite, cette manière d'avancer par petites touches successives, de poser ici ou là des signes qui peuvent faire trace, nous évoque l'approche des différents niveaux d'actions que propose Guy Le Borteff reprenant une lecture de Moles et Rohmer (1978). (*De la compétence, Essai sur un attracteur étrange,* Les éditions d'organisation, p.34). Il propose une lecture de l'action en cinq niveaux. En transposant cette approche, le niveau central représente l'action, effectuer un accompagnement, un soin somatique, un entretien programmé, etc. Les deux niveaux supérieurs se composent alors de la maxi action, assurer le suivi au long court d'un patient par exemple et de la macro action, construire un référentiel de soins infirmiers en psychiatrie, toujours pour l'exemple.

Ce sont les deux premiers niveaux (micro action et mini action) qui retiennent notre attention et particulièrement le dernier, celui de la micro action. Effectivement, il nous apparaît que de nombreux actes en psychiatrie relèvent de cette échelle, trop modestes pour être quantifiés, et trop imperceptibles pour être retenus. Pourtant, leurs déploiements, leurs répétitions constituent ou contribuent à dessiner une toile de fond, un arrière-pays sur lequel va se dessiner le soin plus construit, celui qui trouvera éventuellement une traduction dans le projet de soins infirmier. Le micro acte constitue la trame du quotidien, il ne prend son sens qu'en gagnant le **statut d'acte minimum**, c'est à

dire en devenant un geste signifiant, s'inscrivant dans un ensemble plus large qui le contient. Cet ensemble peut s'énoncer alors comme mieux connaître, observer, chercher à comprendre, en tout cas alimenter une clinique infirmière du quotidien.

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

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

Ce détour nous fait aborder une autre discipline. Marguerite Altet évolue dans le champ de l'enseignement et de la spécificité des pratiques pédagogiques. Elle parle d'un travail interactif avec les « apprenants» dans une situation particulière. Cette spécificité rejoint les aspects évoqués ci-dessus et nous paraît en bien des points superposables et analogiques aux pratiques soignantes dans leurs approches convergentes. Les blancs ont gommé la référence pédagogique : *« Ces pratiques consistent en un ensemble d'actions s'appuyant sur des décisions prises au préalable et sur des microdécisions multiples prises en situation d'interactions. Ces interactions sont toujours incertaines et dépendantes des divers acteurs [...] Cette incertitude intrinsèque à toute situation [...] qui ne se reproduit jamais à l'identique va distinguer les pratiques [...] des situations de travail de tout autre métier technique où les rôles, fonctions, tâches sont clairement définissables a priori et identifiables».* (*L'analyse des pratiques professionnelles,* sous la direction de Claudine Blanchard –Laville et Dominique Fablet, Édition l'Harmattan, Paris, 2000, 282 pages, pp. 15-32, p. 18).

Il en est de ces actions comme de l'évolution de certains tableaux cliniques, il faut travailler alors sur des nuances fines, donc sur une clinique étayée d'observations et renouvelée. Blandine Ponet parle de cette part trop imperceptible pour inscrire un retour clinique, fut-il positif (Op, Cit., p. 91). *« Le sentiment d'avoir accompli un exploit à la fois petit et extraordinaire […] et nulle place pour le voir ou le recevoir. »*

Comment rendre compte alors de cet extra ordinaire ? Peut être avec Georges Pérec, en parlant avec lui de l'infra ordinaire (*L'infraordinaire*, Ed du Seuil, Paris, 1989) de **l'endotique** qui vient faire césure avec l'exotique. Il aborde cette dimension en nous disant à propos des journaux qui parlent de tout sauf du quotidien *« Ce qui se passe vraiment, ce que nous vivons, le reste, tout le reste, ou est-il ? Ce qui se passe chaque jour et qui revient chaque jour, le banal, le quotidien, l'évidence, le commun, l'ordinaire,* ***l'infraordinaire,*** *le bruit de fond, l'habituel, comment en rendre compte, comment l'interroger ? Comment le décrire ? Interroger l'habituel, mais justement, nous y sommes habitués. Nous ne l'interrogeons plus, il ne nous interroge pas, il semble ne pas faire problème, nous le vivons sans y penser, comme s'il ne véhiculait ni question, ni réponse, comme s'il était porteur d'aucunes information […] comment parler de ces « choses communes», comment les traquer plutôt, comment les débusquer, les arracher à la gangue dans laquelle elles restent engluées, comment leur donner un sens, une langue ; qu'elles parlent enfin de ce qui est, de ce que nous sommes. » »*

Ainsi, cet infraordinaire apparaît comme l'exact opposé du RAS (rien à signaler) qui se trouvait annoté sur les anciens supports d'information, rythmant la vie des unités. Il s'agit d'interroger à nouveau ce qui paraît aller de soi, de retrouver une capacité à s'étonner *« Peut être s'agit-il de fonder notre propre anthropologie : celle qui parlera de nous, qui ira chercher en nous ce que nous avons si longtemps pillé chez les autres. Non plus l'exotique, mais l'endotique […] Interroger ce qui semble tellement aller de soi que nous en avons oublié l'origine. »* Cet endotique, ces postures de productivité de liens, c'est aussi avec cette approche que nous pouvons lire cette illustration de deux infirmiers ISP lors d'une séquence d'observation d'après-midi. Ils se trouvaient adossés au mur du couloir de l'unité située à proximité de la porte d'entrée. A l'invitation à la parole lors d'un DIA sur la

raison de leurs présences à cet endroit, ils indiquèrent : *« Nous avons repéré que cet endroit est lui-même investi par les patients, c'est un lieu carrefour dans les passages»*. Lors de ce temps de stationnement, alors qu'ils conversaient tranquillement sur des thématiques en lien avec la vie de l'unité (soutenant par là même une présence soignante dans l'unité), ils s'étaient mis à l'endroit le plus exposé à la vue et aux possibles échanges, lieu de croisement privilégié, et lieu « stratégique». Ils « tapissaient» les murs de l'unité de leur présence dans une disposition de disponibilité à la rencontre.

2.2.3 F. Repère

Nous entendons par fonction repère **l'ensemble des indications rassemblées et énoncées par le professionnel infirmier, concourant à stabiliser et à fixer ses éléments de repérage dans l'environnement immédiat du patient**. Ces éléments-cadres peuvent concerner les repérages spatiaux et temporels, les rythmes de vie des unités autour des temps de repas, des traitements, l'alternance jours/ nuit, les jeux de présence des soignants et des référents rythmés par les changements d'équipes.

Ces actions concernent essentiellement des repérages de base appelés à ne pas rester muets, elles fonctionnent comme une véritable pulsation organique quant à la vie des services. Elles peuvent constituer une surface d'appui pour nombre de patients peu structurés, de la lignée psychotique notamment.

Les repérages autour de la dimension temporelle sont souvent prépondérants dans le soin en psychiatrie. Les altérations, les désorientations ou les ruptures de perception temporelle sont associées à la sémiologie des troubles accueillie dans les unités d'hospitalisation. On évoquera de manière très schématique le déni du temps dans certaines formes de psychose, l'atemporalité dans les présentations confusionnelles, le temps ralenti du dépressif qui tend à l'immobilité dans les présentations mélancoliques. Nous pouvons évoquer le temps figé vers le passé dans les présentations démentielles, et l'accélération du temps dans la tachypsychie de la manie. Pour toutes ces présentations, l'appui sur le côté rassurant de la permanence hospitalière dans sa continuité nycthémérale, à travers cette fonction repère, vise à remettre en phase le temps propre de chaque patient. Jean-Louis Gérard parle des perturbations de « *L'horizon temps : les troubles psychiques amènent aussi des effondrements de la dimension " passé et futur" : il y a plus (ou moins) de temps existentiel*» (« De la relation d'aide à la relation thérapeutique», *Soins Psychiatrie,* n° 163, mai 1994).

Enfin, ce travail d'appui à la métabolisation des ruptures de temps interne ou des perceptions erronées peut se faire en réintroduisant, de manière individuelle, une notion de temps pensé et structuré que la fonction repère vient alors activer.

2.2.4 F. Scansion

Cette fonction est proche de la fonction repère par le repérage d'éléments-cadres qu'elle véhicule, mais elle s'en différencie par l'effet d'appui qu'elle prend sur le repère pour proposer une modification dans l'action en cours. Il s'agit pour l'infirmier d'utiliser ce temps comme un temps signifiant le passage d'un avant à un après. Il s'agit de passer d'un temps à un autre, de le marquer dans le réel, le pointer le scander. Au même titre que la fonction repère, cette fonction concerne les principaux temps de base des vies et des rythmes pavillonnaires dans leur quotidien.

2.2.5 Fonction imprévu

La définition de cette fonction nécessite des précisions et des différenciations. Dans les unités de soins, l'imprévu est souvent prévisible, soit parce qu'il est en lien avec la fonction des unités (accueillir les admissions, répondre à une famille, intervenir sur une détresse somatique), soit parce qu'il est en lien avec les missions de ce dispositif (accueillir les troubles psychiatriques et leurs émergences sémiologiques dans leurs expressions bruyantes parfois). Dans ces situations, l'imprévu ne réside pas dans sa nature déconcertante, mais dans **l'aléatoire lié à sa temporalité de survenue** venant réduire ou annuler les possibilités d'anticipation.

Nous donnerons une définition de l'imprévu pris dans un cadre plus large qui rassemble les situations manifestes, telles que défini plus haut, mais aussi en lien avec la lecture d'une sémiologie

plus fine dans les présentations cliniques au quotidien, où le critère d'appréciation devient alors une réaction de la part de l'infirmier entraînant la mobilisation d'une réponse. Nous nommons donc imprévu les **situations nouvelles ou à caractère contraint qui obligent l'infirmier à se situer dans une opportunité ou une nécessité de réponse (obligation de réponse). Cette composition avec l'imprévu implique une réactualisation des tâches, des priorités, et la reprogrammation mentale de la charge que cette opération implique.**

Ces points particuliers de la charge mentale ou cognitive sont bien appréhendés par M. Estryn-Behar, J.P Fouillot, quand ils notent *« […] Les interruptions, à elles seules, constituent de 11 à 24 % du nombre total des actes réalisés. Elles obligent à la reprise ultérieure de l'acte initial, elles sont donc cause d'une parcellisation des actes qui rend très complexe la mémorisation et nécessite une reprogrammation mentale des priorités.*». («Analyse du travail des infirmières et aides soignantes dans 10 services de soins» in « Étude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant», *Études Ergonomiques*, INRS, p.138).

Dans cette même étude les auteurs remarquent : *« Les actes d'interruptions, actes non prévus dans la suite logique du programme de travail sont suivis pour la moitié d'entre eux d'actes complémentaires induits par l'interruption »*. Cette étude portait sur 26 services de soins de 12 hôpitaux des principales disciplines hospitalières (hors psychiatrie qui aurait nécessité une étude spécifique). A notre sens, bien que les critères d'exclusion ne soient pas énoncés, nous émettons l'hypothèse que cette spécificité s'articulerait dans le sens d'une majoration quantitative de cette fonction imprévu pour notre discipline.

Cette dimension de l'imprévu est posée comme un élément de la réalité de travail de l'infirmier en psychiatrie par Raymond Panchaud, en lien ici principalement avec la sémiologie et la clinique *« À la longueur et au rythme s'ajoute le temps de l'imprévu. La position d'avant poste de l'infirmier l'expose constamment à l'imprévisibilité. Il est le premier récepteur de tout changement brusque ou lent…»* (Potentialité thérapeutique des temps infirmiers, in *l'Information Psychiatrique*, 70, 8, 1994, pp. 695-698). Christian Vanderkam souligne comment cet imprévu peut se transformer en fenêtre d'opportunité *« Mais nous savons aussi à quel point l'imprévu peut surgir. Comment tel patient dément, par exemple, qui ne cessait de fredonner le "temps des cerises", a-t-il su, au cours d'une toilette, justement, nous faire tous chanter à pleins poumons*». (« Vie quotidienne partagée, une dimension du soin qu'il ne faut pas banaliser», *Soins psychiatrie*, nº 243, mars/avril 2006, p. 22)

Madeleine Monceau évoque quant à elle l'imprévisibité que comporte toute pratique soignante, *« Une imprévisibilité au cœur même de la fonction soignante du fait même de la singularité de l'objet de soins(le patient), du caractère incertain de ses réactions physiques ou comportementales face au traitement arrêté. L'imprévisibilité du sujet de soins suppose que le soignant en retour se situe dans un ajustement dialectique incessant, axé principalement sur l'observation, la capacité d'anticipation ou sur une grande liberté de jugement et de responsabilité, précisément un ensemble de dimensions non privilégiées dans l'optique actuelle de la profession »*. (*« Soigner en Psychiatrie, Entre violence et vulnérabilité »*, Des pensées et des actes en psychiatrie, Ed Gaëtan Morin, 1998, p.115).

L'imprévu est bien constitutif de la nature même du travail en psychiatrie. Un des médecins interviewés approche cette notion d'imprévu par la nature du fait psychopathologique en lien avec la psychose : *« les patients n'ont de cesse de désorganiser ce qu'on tente, j'allais dire, désespérément, d'organiser*» ; pour une ISP interrogée, l'imprévu est perçu du côté de la ressource qui oblige à modifier, dilater, créer, puiser dans son répertoire de ressources professionnelles afin *« […] de ne pas mettre en place des copier-coller»*. C'est ici **l'improvisation qui permet la mobilisation de ces éléments ressources dans le cadre des savoirs incorporés**. L'improvisation ne signifie pas amateurisme, elle est à entendre dans le sens de cette formulation de mise en paradoxe « *Les improvisations les plus réussies sont celles qui ont été le plus travaillées* ».

Enfin, il existe des imprévus qui se traduisent chez le professionnel par une réaction d'étonnement. Cette capacité d'étonnement signe une préservation des capacités soignantes, et peut être marquée du côté de la satisfaction ; elle peut s'illustrer dans le propos de cette infirmière ISP : «*…il existe des gestions d'imprévus qui sont difficiles, c'est vrai qu'il faut se coltiner, mais y en a d'autres qui sont extrêmement agréables. L'imprévu d'une rencontre agréable, le plaisir ou la satisfaction, ou tout simplement parce que l'imprévu existe, c'est agréable aussi*» ou encore ce commentaire d'un des médecins interviewés : *« L'imprévu, cela peut être l'inattendu, le surprenant,*

l'étonnant ! L'amusant, c'est encore pouvoir se laisser surprendre, c'est typiquement ce genre de choses».

De même l'imprévu peut-être accueilli positivement comme apportant une diversification du travail au quotidien. Une infirmière IDE interviewée nous dira *« […] je dirai que tout les jours où je viens travailler il y a des imprévus, c'est peut-être aussi pour cela que je fais ce que je fais, parce que tous les jours on ne fait jamais la même chose».*

L'imprévu peut recouvrir deux niveaux d'interpellations. C'est que décrit cet infirmier ISP interrogé, un premier niveau qui est de l'ordre de l'exception mais qui peut rester intégré et contenu. Et un deuxième niveau ; « *L'imprévu c'est quand l'exception se surmultiplie d'un seul coup et qu'on en vient à être débordé. Voilà, on est débordé et on se dit, Aïe, aïe, qu'est ce qui va se passer ? ».*

En dehors des aspects cliniques que nous voulions solliciter lors des entretiens, deux types d'imprévus sont revenus de manière récurrente dans les réponses, et cela dans la population cible des infirmiers comme dans la population témoin des cadres et des médecins psychiatres. La première mise en relation relatée avec l'imprévu concerne l'absence inopinée d'un collègue et les réorganisations qui s'en suivent en termes de reprogrammation des soins, de l'activité et de la charge. La deuxième mise en relation concernait l'apparition d'une détresse somatique.

Enfin, nous ferons un ajout particulier sur le travail de nuit quant à cette fonction d'imprévu. En effet, l'appui sur l'équipe étant plus réduit, voire inexistant, le soignant est obligé de répondre et de porter lui-même la réponse comme le remarque cette infirmière ISP de nuit *« On n'a personne pour aller à notre place».*

2.2.6 F. Immersion

Nous entendons par fonction immersion la capacité pour l'infirmier d'aller à la rencontre et au contact des groupes ou des sous-groupes patients dans l'unité, ou dans sa périphérie immédiate, sans objectifs opérationnels immédiats ou prédéterminés, si ce n'est que de témoigner de sa présence. Il existe une familiarité naturelle entre la fonction Immersion et les fonctions « être là» et son pendant, l'être avec et la fonction « permanence». Cette proximité tient au fond sur laquelle elle se décline, marquée par la continuité de la permanence, qui est incarnée en unité d'hospitalisation par la permanence de la présence soignante infirmière. « L'être là » qualifie un état, une qualité de présence dans les lieux à dominante soignants ou à dominante patients sans intentionnalité délibérée.

La fonction Immersion se différencie de l'Être là par **l'action volontaire d'aller au-devant, sur les lieux de présences du groupe ou des groupes patients,** à ce titre elle peut faire l'objet d'un prévisionnel d'activité.

Pour Armel Rivallan, cette activité thérapeutique qu'il nomme « *traîne savate»* est une activité de mise à disposition où, le fait de « *traîner*» est utilisé également à des fins d'informations (observation, clinique, évaluation, élément d'ambiance…) et d'ouverture à la relation. Éléments qui pourront dans un deuxième temps être rapportés au groupe soignant. *« Il suffit de se balader dans les espaces de l'unité et de laisser venir les rencontres. Quoi qu'il advienne, on en revient toujours plus riche. Cette activité peut survenir à n'importe quel moment, en se rendant d'un bureau à l'autre […] mieux encore, elle peut se programmer. Il suffit d'en faire une priorité dans le soin et de lui consacrer du temps. »* (« Activité traîne-savate, quand ne rien faire peut faire la différence», *Soins Psychiatrie*, nº 243, mars/avril 2006, pp. 28-30). Ces scènes de la vie quotidienne n'ont rien de spécial, et dans cette banalité des discussions de couloir, est enchâssée *« […] une véritable mine d'éléments cliniques. Souvent, les patients livrent des choses bien différentes que lors d'une consultation formalisée […] Ici, un patient évoque des troubles du sommeil, là un autre évoque une permission à venir. Dans la salle à manger, on discute des goûts autour des menus affichés, tandis que l'on stationne dans l'escalier pour protester contre les effets secondaires d'un traitement récemment instauré»* (*Ibid.*, p. 30). Et notre auteur de déplorer que ces moments d'échanges qui jalonnent le quotidien des métiers de soignants *« touchent au registre des actes informels, de ceux qui ne sont pas quantifiés […]. Le non quantifiable est l'essence même de la profession d'infirmier en psychiatrie. […] « Ces tout petits riens», c'est un pan de l'activité qui échappe à la quantification des actes».* Christiane Vanderkam partage ce point de vue quand elle écrit à propos des temps informels *« Temps où, selon mon humeur ou celle des patients, nous irons nous promener dehors, regarderons la télévision, ou jouerons aux cartes assis autour d'une table partageant ce qui vient [...] ces temps informels, non codifiés, sont si riches pourtant de*

possibles découvertes, où nous sommes disponibles, riches du sens de "l'utilité de l'inutile" (« Vie quotidienne partagée, une dimension du soin qu'il ne faut pas banaliser», *Soins psychiatrie,* nº 243, mars/avril 2006, p. 21)

Si beaucoup de ces fonctions concernent ou sont dévolues à l'exercice infirmier en intra hospitalier, elles peuvent naturellement impliquer d'autres catégories professionnelles, qu'elles appartiennent ou pas au cadre de la permanence des soins. Ainsi, le propos de cette infirmière ISP interviewée qui a compris les ressources cliniques de ces temps et l'importance de se rendre accessible ; elle évoque la pratique d'un des psychiatres de son unité *: « Moi (*le médecin, Ndr) *je le connais depuis longtemps. Des entretiens, il peut en faire dans le couloir. Certains peuvent dire, « il n'est pas dans son bureau, il voit des patients entre deux portes dans le couloir», Moi, je dis, non, il les voit. Il va fumer dehors, il les voit et les patients sont tous après lui.»*

Il s'agit d'être dans cette mobilisation physique et cette disponibilité psychique doublées d'une vacance apparente qui permet alors l'accueil d'éléments ou de situations liées à la vie au quotidien. Les propos de cette infirmière ISP recueillis lors d'un entretien peuvent illustrer cette fonction : *« Il y a une histoire de présence physique qui me semble importante, tu peux être interpelé, appelé là dans un couloir. Le fait que tu sois là et que tu peux être attentif sur des éléments très banals du quotidien, des petites choses, c'est souvent à travers des petites choses que ça se passe, il y a des signifiants qui sont offerts comme cela».* Une autre infirmière IDE rapportera sont expérience : *« C'est pour ça que moi, fumer une cigarette avec les patients, c'est des moments que j'aime bien. C'est un moment déjà éloigné de toute contrainte et c'est là que l'abord est plus facile parce que les patients sont décontractés. Il n'y a pas de stress de part et d'autre et là, il se passe des choses intéressantes. Des inquiétudes qui n'ont pas été dites au médecin ou en entretien infirmier et qui font que ces moments-là sont importants.»*

Cette fonction nous fait retourner auprès des travaux de Paul Fustier (*Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Ed Dunod, Paris, 2004, 238 pages). Cet auteur identifie deux niveaux de socialité qui peuvent être également imbriqués. La sociétalité primaire qui concerne les relations de civilité, d'amitié, de voisinage, peu ou pas hiérarchisée, et la socialité secondaire organisée par le contrat salarial notamment, fortement hiérarchisée. Par ailleurs, il isole deux modalités de travail et deux conceptions de la productivité : *« Le travail social purifié cherche la solution efficace, on est dans le domaine d'une productivité directe, il s'agit de proposer la meilleure réponse et dans les délais les plus brefs.»* (*Ibid.*, p. 77) Il fait appel à la socialité secondaire.

Le deuxième niveau qui nous intéresse concerne le travail social non aseptisé, *« Il suppose un travail du temps perdu, dans les interstices où se nouent les contacts. Ce qui compte est moins le résultat que le processus. Dès lors, il y a peu de productivité directe, mais une productivité de lien social qui inclut nécessairement le temps passé-perdu à expérimenter une relation, puisque c'est elle qui sera porteuse de solutions.»* Ce niveau fait appel à la socialité mixte, primaire et secondaire (*Ibid*. p. 75), *« Ce qui insiste, c'est la force du lien, la puissance des affects mobilisés».*

Ainsi ce modèle permet-il de lire à travers cette fonction immersion, l'une des réalités de travail de l'infirmier en psychiatrie en unité d'hospitalisation temps plein. Elle touche au jeu de la présence et de l'absence dans l'espace de l'unité, il n'existe pas de souci de productivité immédiate au sens de l'auteur ; une incertitude au potentiel fécond entoure l'objet de la présence du soignant dans l'unité, dans nos exemples : « *Est-il la pour fumer ou pour nous ? Pour être en salle de télé ou pour nous ? Est-il disponible ou indisponible ? Peut-il accueillir ou non ?*».

Cette présence complexifie le lien, elle en autorise des variations d'interprétations et consécutivement elle en augmente les registres relationnels et les possibles. Elle éloigne la frontalité des statuts, des rapports trop fonctionnels et normatifs en réintroduisant et renouvelant des possibilités de jeu. Paul Fustier remarque à ce propos *« le travail social auprès de personnes en difficulté psychologique, **mais aussi le soin institutionnel,** pourrait donc bien supposer un rapport à la tâche qui ne soit jamais de simple exécution : la tâche est englobée dans un climat de présence/ absence de disponibilité/indisponibilité, elle ne doit pas s'effectuer dans un face à face, yeux dans les yeux, qui pourrait être intrusif».* (Loc. cit.).

Une personne extérieure à l'unité et au domaine du soin psychique serait certainement convoquée de la même manière quant à l'interprétation de ces situations, travail ou non-travail, relation de soins ou relation de civilités, être là, être avec ou « faire» ses huit heures… Le statut d'indécidabilité et l'absence de besoin de trancher nous font reprendre l'exigence formulée par

Winicott (1971) et citée par Paul Fustier (*Ibid*., p. 26) que l'observateur doit être en mesure de méditer : *« Je demande qu'un paradoxe soit accepté, toléré, et qu'on admette qu'il ne soit résolu. On peut résoudre un paradoxe, mais le prix à payer en est la perte de valeur du paradoxe. »* Le potentiel de ces fonctions, s'il n'est thérapeutique, permet les mises en relation, en dessine les contours, le décor, et en teste les possibles. Du nom d'un de ces précédents ouvrages, Paul Fustier parle de « ***corridors***». Dans ces espaces-temps (*Ibid*., p.76), *« Les sollicitations sont diverses et contradictoires ; chacun peut venir s'y loger, y trouver une place qui sera différente suivant les moments, ainsi se font et se défont les échanges et les contacts, ainsi s'expérimentent les relations»* puis l'auteur revient sur sa notion de travail dans le brouhaha, *« Ce que nous nommons* ***brouhaha*** *permet au contraire la liberté que donne la multiplicité des micros événements juxtaposés, à l'intérieur d'un temps à organisation souple.»* (*Ibid*., p.17). Nous rejoignons cet auteur quand il remarque que ce travail social non aseptisé est alors saturé en termes de productivité de lien social. Un travail qui brouille la linéarité des déterminismes liés aux assignations des places et un travail qui participe d'une qualité d'ambiance. Un des signes qualitatifs de cette dernière réside entre autres dans la préexistence des ou de certains soignants, dans les paroles de patients récemment hospitalisés. Les soignants sont alors repérés *avant* d'être physiquement dans l'unité. Le collectif patient se parle, des liens se tissent, des soignants en repos existent dans l'environnement, dans l'unité avant leurs présences physiques dans les lieux.

Le retour et le rassemblement de ces temps d'immersion sont illustrés dans le propos d'un des médecins interviewés *« Mais c'est comme des petites sondes, moi c'est la représentation que j'en ai : des petites sondes qui vont un petit peu partout dans le service, et puis qui se regroupent à la base pour chacune donner leurs informations, et puis on tire à ce moment-là une représentation globale du service»*. Cette idée des sondes, ou des abeilles et de la ruche, n'est pas sans évoquer le concept de constellation transférentiel dans la psychothérapie institutionnelle, appliqué ici à l'échelle de l'unité. *« Seul le dispositif institutionnel peut donner cohérence à cette constellation transférentielle et permettre au psychotique de s'appuyer dessus pour (re) trouver sa propre consistance' (*Joseph Mornet, *Histoire et actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Ed du champ social, Nîmes, 2007, p. 125).

L'idée organisatrice est d'accueillir *« les multiples éclats du psychotique»* (Joseph Mornet, p 125) et plus généralement, d'accueillir et de recueillir un certain nombre d'observations appuyées ou non sur des rencontres, des informations afin de les partager, puis de les mettre en circulation dans l'équipe ou dans le collectif. Ceci dans une visée qui permet la construction d'une représentation globale de la vie de l'unité et dans le cas d'un patient singulier, qui contribue à unifier une représentation de son fonctionnement psychique

2.2.7 F. Rêverie

La fonction rêverie s'inspire directement de la « capacité de rêverie maternelle» théorisée par W.R Bion *« La capacité de rêverie de la mère est l'organe qui reçoit la moisson des sensations de soi acquises par le petit enfant»* (*Réflexion faite, Une théorie de l'activité de pensée, bibliothèque de psychanalyse*, Bion 1967, Ed Puf, 1983). Pour l'auteur, cette capacité de rêverie de la mère s'accompagne de l'existence d'une fonction alpha qui transforme les ressentis émotionnels et les impressions sensorielles primitives. Le passage de ces éléments dans le psychisme de la mère permet leurs transformations en éléments alpha et ici, en affects acceptables, moins violents et réintégrables par l'enfant. Un travail psychique de bonification et de transformation qui « détoxique» ce qu'il appelle les éléments bêta. La mère prête son « appareil à penser le pensées ». Une barrière de contact s'instaure sans laquelle les éléments bêta non intégrés seraient défaits par l'identification projective. Éliane Ferragut synthétise ainsi *« Bion et Winicott ont fait le lien entre cet état d'esprit de la mère avec son bébé et celui de l'analyste envers son patient. La rêverie consiste en une manière d'ouvrir tous ses états de conscience afin d'être « disponible de manière réceptive à toute expérience qu'il ou elle pourrait rencontrer, venant du patient ou de soi même»* (Parsons, 2006 *Souffrance, maladie et soins*, Ed Masson, 2007, p.142).

Ce modèle de compréhension est précieux au quotidien, son repérage et ses éléments de transpositions contribuent à étayer une fonction contenante dans les soins infirmiers, tout comme il permet un travail de mise en pensée.

L'idée de rêverie retient particulièrement notre attention. La rêverie n'est pas le rêve, elle en est à mi-chemin avec le rêve éveillé. Elle suppose donc une activité psychique dont la particularité est de ne pas être soumise à l'attention. Dans une forme plus familière, on entendra rêvasser. Il s'agit de laisser vagabonder son esprit, activité qui stimule l'activité du cerveau et permettrait de trouver des solutions à des problèmes complexes. C'est ce que montrent les travaux de Kalina Christoff et de son équipe du Département de Psychologie de L'Université de Colombie-Britannique à Vancouver (Canada). Cette équipe a travaillé par enregistrement de l'activité du cerveau, par imagerie fonctionnelle par résonance magnétique, sur la réalisation de tâches simples et de moments de « rêvasserie». (K. Christoff et all., PNAS, en ligne, mai 2009).

René Diatkine évoque quant à lui la « **flânerie psychique»**. Dans son exemple, il la caractérise comme un temps où l'enfant peut rêvasser en présence de quelqu'un, sans le vivre sur le mode de la transgression qui interdirait « les temps morts». Cette activité est alors décrite comme la « *transposition à la période de latence de la capacité à être seul de Winicott.»* (*La Psychiatrie de l'enfant, Nouvelles voies thérapeutiques en psychiatrie de l'enfant, l'unité de soirée,* Ed Puf, Paris, 1982, p. 398).

Michel Balat est connu pour ses travaux autour de l'éveil de coma, il développe à cette fin plusieurs concepts, tel **l'espace tonal**, comme métaphore d'une enveloppe, d'une peau psychique créée par le travail de pensée de l'équipe soignante qui entoure le patient en situation de coma, et qui participe à sa stimulation. L'autre concept qu'il explicite est le « **musement** » qui présente de fortes analogies avec notre fonction. Dans cette situation de prendre soin de la personne comateuse, les soignants à l'issue de l'étape de recueil de données laissent aller leur imagination dans des mécanismes associatifs où ils imaginent, inventent, rêvent leur vision de la personne comateuse. Ce vagabondage invite à des constructions. Celles-ci ne sont pas vraies, mais elles peuvent aussi ouvrir et parfois prendre corps.

L'important est ici de rendre compte de ce discours intérieur, *« de rendre compte du flot de pensées qui nous baigne*», une activité de musement où *«La frontière a disparu entre cette petite musique intérieure et son expression vocalisée».* (« L'invention de la Psychothérapie Institutionnelle », journées AMPI, Marseille 1998). L'auteur nous explique *« J'étais en train de penser à quelque chose, alors je peux parfois arriver à saisir cela, et en disant « Je pensais à cela, mais juste avant je pensais encore à cela», et en remontant, on peut saisir, sur un certain temps, tout un système de pensées qu'on avait eues sans le savoir, voila, sans le savoir. C'est pour ça que je trouve le concept de **musement** plus pertinent que celui de flux de conscience…»* (Interview de Michel Balat par Laura Grignoli Pescera, le 2 novembre 2009, www.balat.fr).

Ainsi, ce détour par l'imaginaire, frôlant l'activité fantasmatique, permet de renouveler un regard, de porter une attention neuve sur la situation et l'évolution d'un patient donné. C'est l'ouverture à un imaginaire qui permet l'évocation de possibles pour un patient.
Mais aussi, ce passage par l'imaginaire favorise les accordages émotionnels en direction du patient, accordages qui viennent à être rompus dans des présentations où la perception dominante est du côté de la violence ou du dangereux. La fonction de ce déploiement de l'imaginaire fait dire à l'un de nos interviewés (cadre de santé) : *« Essayons d'imaginer des choses pour nos patients, imaginons des choses. De cette imagination, il va forcément sortir des choses dont certaines seront peut-être la bonne direction…»*

Pour Dominique Friard : « *Il n'est cependant d'activité quotidienne, d'activités courantes, de moments d'inactivité qui soient fortement investis par les rêveries, les méditations, les fantasmes. Cette plongée permanente dans l'imaginaire est la face cachée de la quotidienneté. Le quotidien est en permanence inscrit dans les rêves* » (« Le quotidien n'existe pas, il se construit», *Soins Psychiatrie,* n ° 243, mars/avril 2006. pp. 24-27).

2.3 Fonction mère : Registre Maternel

Nous avons vu dans la fonction mère précédente (2.2) ce que nous entendons par métaphore maternelle en regard des qualités professionnelles attendues des infirmières, **quand celles-ci se superposent** aux caractéristiques structurelles de l'hôpital en général, et des unités d'hospitalisation temps plein en particulier.

Nous entendons par fonction du registre maternel l'ensemble des qualités professionnelles attendues des infirmiers, quand celles-ci peuvent être assimilées à la dimension du registre maternel des personnes, et **non superposables** aux propriétés de structures.

Marie France Collière dans son livre (*Promouvoir la vie, De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Interéditions, 1982) a été la première à poser le débat entre soigner et traiter. Ce débat allait connaître des développements successifs avec les références croissantes au *curing* (vu comme une préoccupation relative à la maladie) et au *caring* (vu comme une préoccupation relative au malade). Un auteur comme Walter Hesbeen allait apporter le concept de *prendre soin* qu'il différencie de *faire des soins*. Le premier terme, conjugué au singulier, s'adressant à la personne, renvoie à une approche globale « *prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière, et ce, dans une perspective de lui venir en aide…»* (Walter Hesbeen, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante*, Masson, Paris, 1997). Le deuxième terme « faire des soins au pluriel» renvoie à la réalisation des gestes techniques qui assimilent le patient à un *corps-objet.*

Ce rapide détour nous fait revenir sur une approche anthropologique des soins dans le sens de soigner et prendre soin. Pour Jean Louis Gérard, reprenant l'approche de Marie France Collière, *« Le soin est assimilé à une spécificité préalablement féminine - maternante au sens où, par exemple, c'est la mère qui va avant tout « prendre soin» de son bébé, en l'allaitant, le berçant… (Même si ces actes impliquent dorénavant une participation paternelle du fait des évolutions sociologiques) […] L'identification des soins à la femme tient évidemment à l'histoire de la répartition sexuée des tâches de puériculture, au traditionnel gynécée. »* (Jean-Louis Gérard, « De la relation d'aide à la relation thérapeutique», *Soins Psychiatrie*, n ° 163, mai 1994).

Michel Nadot relève pour sa part cette parenté avec le rôle maternel, et constate une surdétermination du traitement sur le soin *« L'entrée en relation est le premier acte de soin, ce qui est parfois mis de côté en valorisant les aspects médicaux du métier. Cette relation s'apparente au rôle maternel de la mère de famille, qui n'est pas gratifié dans la société alors qu'il est bien présent chez les soignants à l'hôpital.»* (Entretien avec Michel Nadot, par Serge Cannasse, février 2009, page 5, www.infimiers.com).

Dans ses travaux, Pascale Molinier a réfléchi à la question de la division sexuelle du travail et des rapports sociaux de sexe. Elle parle de la fonction maternelle dans les soins et du travail de cette fonction *« Dans la fonction « maternelle», si on entend par là le travail du soin, de protection, de vigilance que les femmes exercent aussi bien dans l'espace privé que dans l'espace social, les femmes sont responsables de l'humanisation de l'autre, enfant, malade, clochard, vieillard, agonisant. La fonction maternelle est un travail.»* « L'invisible travail des infirmières, *Santé Mentale*, nº 42, novembre 1999, p. 46).

Paul Fustier aborde cette question sous l'angle des institutions qui assurent les services liés au nourrissage et à l'hôtellerie lors des hospitalisations. Il met en évidence que les *« professionnelles "pourvoyeuses" deviennent dépositaires des avatars de la relation maternelle. Ce qui se passe autour de l'alimentation, du soin, de la protection réveille, en quelques sortes, une problématique touchant à l'imago maternelle»*. Il remarque que les affects produits alors dans ces relations sont une réactualisation d'un passé enfoui. (« Le lien d'accompagnement», *Rhizomes*, nº 20, septembre 2005, p. 13). Enfin, l'auteur cite Freud sur la relation d'étayage par l'objet indiquant que ces taches sont maternelles.

Notre propos en vient à reprendre des éléments de ces constats, et de remarquer que certaines fonctions sont effectivement particulièrement marquées par une appartenance de genre au registre maternel, même si dans nos observations en psychiatrie, elles peuvent être exercées par des soignants masculins avec une division sexuée parfois pensée. Comme nous avons commencé à le développer avec la fonction métaphore maternelle, il existe bien une assignation forte des professionnelles infirmières (hommes et femmes) au genre féminin et à sa dimension maternelle.

La réalité est là pour le souligner, le métier d'infirmière est un métier de femmes exercé par 13 % d'hommes. La répartition de ces derniers, par affectation et spécialité dans les exercices professionnels, renforce cette assignation et montre des choix sexués rejouant ces éléments de division. Ainsi, du côté des écarts les plus conséquents, nous retrouvons 27 % d'hommes en anesthésie, ou l'appropriation de la technique joue un rôle dans les constructions identitaires et peut

être utilisée comme un affranchissement de cette coloration maternelle. À l'opposé, nous retrouvons moins de 1 % d'hommes en puériculture. Une surreprésentation dans les fonctions d'encadrement, une sous représentation dans les services de soins « généraux». Pour la discipline psychiatrique, la profession tend à se surféminiser, conséquence de la réforme de 1992 avec l'abandon de la formation spécifique et du recrutement sociologique qui lui correspondait. (Sabine Bassière, « La féminisation des professions de santé en France ; données de cadrage», *Revue française des affaires sociales, Dynamique professionnelle dans le champ de la santé*, Paris, la documentation française, 1, 2005, pp19-3).

Aussi, l'ensemble de ces éléments nous permet-il de caractériser des fonctions d'un registre maternel comme un fait sociologique, mais aussi en lien avec les apports d'une clinique psychologique et psychanalytique des premiers liens de la mère (comme figure parentale) à son enfant.

Ces derniers éléments d'une reprise d'une psychodynamique de la psychogenèse constituent une référence déterminante et un modèle à penser pour les soins infirmiers, particulièrement dans leur déclinaison hospitalière en psychiatrie.

Un dernier point sur cette fonction à travers une anecdote. Pour montrer leur volonté d'en finir avec les aspects vocationnels du métier et le déni de la réalité de leur travail, les infirmières organisées en coordination scandaient en 1988 et 1991 « *Ni bonnes, ni nonnes, ni connes !»*. Le lecteur remarquera que le passage de ce slogan au genre masculin lui fera perdre beaucoup de sa force d'impact.

2.3.1 Fonction préoccupation soignante primaire

Cette fonction est une extension et une appropriation du concept de Préoccupation Maternelle Primaire de Winnicott. Ce dernier définit la notion de « *préoccupation maternelle primaire*» comme un état psychique particulier développé par la mère, sorte « *d'état organisé […] qui pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une "fugue"*», et qui, grâce à la rythmicité des échanges et à la ritualisation des soins maternels, constitue un facteur structurant pour le développement de l'enfant.

Pour Dominique Friard « *Cette hypothèse que le soignant qui s'engage auprès d'un patient vit quelque chose de cette préoccupation maternelle, nous permet d'imaginer un espace et un temps où quotidien et soin ne s'opposeraient pas. Il est même possible de considérer ce temps comme une étape essentielle de la relation soignant soigné»*. (« Le quotidien n'existe pas, il se construit», *Soins Psychiatrie*, N. º 243, mars-avril 2006, pp. 24-27).

Appliquée au domaine des soins infirmiers, cette fonction **identifie et définit l'état de préoccupation marqué par l'inquiétude chez un soignant ou un groupe de soignants, à l'encontre d'un patient ou d'un groupe de patients**. Le repérage de cet état et son actualisation constituent alors une information susceptible de se traduire en actions en direction du patient

Il ne nous est pas possible de parler de fonction soignante primaire sans faire le lien avec ce que nous nommons « **effet de synchronicité**». Derrière ce terme nous identifions un constat maintes fois renouvelé dans nos expériences professionnelles, et ici, actualisé lors de nos séquences d'observations en situation de praticien chercheur. Le constat porte sur la **co-incidence entre d'une part les préoccupations des groupes soignants au sujet d'un patient** : les traductions de cette préoccupation peuvent être une élaboration psychique à son sujet, des réflexions sur son évolution, une actualisation de document à son nom…, et d'autre part l'apparition ou la manifestation synchronique du dit patient dans le réel et sur la scène de production de cette préoccupation.

La répétition de ce constat partagé par les professionnels contient en elle-même une charge au potentiel troublant, que la seule explication déductive de la coïncidence ne saurait soutenir, comme si un mécanisme de transduction organisait un transfert de sens entre réflexions sur un sujet singulier et son incarnation. D'ailleurs, la restitution de ce mécanisme en temps réel à la personne concernée, hormis les effets comiques, est souvent riche de signification quant aux effets produits - «*vous parliez de moi, vous pensiez à moi…* - bref, le patient existait psychiquement à ce moment-là.

Enfin, il apparaît que les caractéristiques du soin infirmier ne sauraient s'apprécier uniquement sur une ligne déduction/induction. La déduction a pour principe de partir du général pour aller au particulier, l'induction à l'inverse, traduit une action qui s'appuie sur des situations singulières en vue

de faire émerger des principes généraux. Nous y voyons aussi des caractéristiques qui s'organisent autour d'une ligne transduction, comme dans la situation décrite plus haute et abduction.

La transduction désigne le transfert de sens d'une situation à une autre, l'abduction quant à elle désigne l'intuition, juste de sens, apportée dans des situations singulières. « *Aucune de ces deux actions ne font appel aux principes généraux comme c'est le cas dans la déduction et l'induction*» (Pascal Galvani, « Etudier sa pratique : une autoformation existentielle par al recherche » in *Présence, revue d'étude des pratiques psychosociales*). L'auteur qui s'intéresse aux savoirs d'action et aux savoirs expérientiels remarque qu'ils « *sont souvent non formalisés, que cette intelligence expérientielle cachée opère plus par abduction et par transduction que par déduction. Le praticien utilise de manière semi-consciente tout son répertoire de situations expérientielles mémorisées… Ce travail incessant de lecture par abduction et induction reste semi-conscient…*».

Nous partageons cette compréhension des mécanismes « intuitifs» lus comme une préconscience de situations expérientielles mises en mémoire, et réveillées dans la tension de l'action présente. La tension est ici activée dans le cadre de la préoccupation soignante primaire par des manifestations d'inquiétudes chez le soignant à l'égard d'un patient, comme nous l'indiquons plus haut.

Une préoccupation, une inquiétude qui pour François Gautheret, « … *Est un élément nécessaire à l'inquiétude maternelle et la caractéristique essentielle du lien basé sur l'oralité. »* (*Libido Omnibus et autre nouvelles du divan*, Édition L'Arpenteur, 2003, p. 189).

Cette capacité abductive est notable dans les pratiques de soins, aussi bien dans le cas des pratiques de secteur (inquiétudes pour un patient qui ne vient plus et initiatives de contact), qu'en hospitalisation temps plein où elle trouvera son déploiement dans un repérage du registre habituel inhabituel. David Causse, de son point de vue non directement soignant (il était alors délégué général adjoint de la Fédération Hospitalière de France) repère et évoque ce « phénomène» lors de pratiques de secteur en ambulatoire *« Ainsi, qu'une institution permette à des soignants d'être pleinement soignants est une vraie question de management, mais pas au sens des théories de café du commerce que l'on entend souvent : nous savons ainsi que sont réalisées des visites à domicile, infirmières salvatrices, dans des intuitions soignantes qui sont difficiles à expliciter scientifiquement, pratiquement des témoignages de* ***synchronicité****. Ces phénomènes sont à comprendre comme l'expression d'une énergie et d'une attention remarquablement tournées vers les patients. »* (*Droit d'être soigné, droit des soignants, Édition Erès*, 2003, Responsabilité individuelle et organisation collective : dialectique et complémentarité, pp. 211-217, p. 216). Phénomène difficile à expliquer scientifiquement, mais souvent constaté avec le sens que lui attribue cet auteur. L'alerte, le signal, l'indicateur seront donnés par le côté inhabituel, lequel suppose un savoir d'expérience en profondeur sur l'habituel.

Ce travail de lecture de l'habituel reste semi-conscient, pour Galvani « *il passe au niveau conscient et analytique (induction et déduction) lorsque la situation résiste aux savoirs faire du praticien..»* et dans notre situation le niveau conscient arrive par une lecture de l'inhabituel (par exemple, « *tient, il ou elle n'est pas là, je vais voir* »). (« Étudier sa pratique : une autoformation existentielle par al recherche» in *Présence, revue d'étude des pratiques psychosociales*.).

Cette capacité abductive, sur un registre voisin, est amenée par une infirmière ISP avec gravité et une réelle puissance d'évocation. Elle relate dans le cadre de l'entretien un accompagnement en fin de vie et l'issue fatale d'un patient auprès duquel elle était engagée : « *Je me souviens, je ne travaillais pas. Enfin ce qui s'est passé c'est que je devais prendre un repos, c'était un vendredi, je devais prendre une RTT et la veille j'ai compris qu'il ne fallait pas que je prenne cette RTT, donc je l'ai effacée et je suis venue travailler. Alors, il ne faut pas me demander comment j'ai compris… Et ensuite j'ai fait en sorte que tout ce qu'il a demandé se réalise et tout a été fait*». Effectivement, nous aurions aimé lui demander *comment* elle avait compris, au moins approcher avec elle ces mécanismes…

2.3.2 F. Maternante

Nous entendons par fonction maternante **l'action intentionnelle de rendre saillantes certaines caractéristiques de la fonction maternelle**. Il s'agit de majorer, de sur jouer ou de jouer sur des attitudes et des comportements qui visent à entourer, protéger, accompagner le patient.

On retrouve fréquemment cette fonction lors des soins dits de « nursing», lors des soins de corps et d'hygiène. Pour Laurent Morasz, cette fonction est en lien avec la satisfaction des besoins vitaux *« Cette qualité de relation se double d'ailleurs d'une fonction maternante qui est assurée par l'approche corporelle du soin somatique et par la satisfaction des besoins vitaux (primaires) liés à l'hospitalisation.»* (Laurent Morasz, Annick Perrin Niquet, Jean-Pierre Vérot, Catherine Barbot, *L'infirmier(e) en psychiatrie,* Édition Masson, Paris, 2004, p. 101). Ce travail de nursing est décrit par Pascale Molinier avec l'idée qu'il peut représenter une sorte de miroir tactile, *« Le nursing n'est pas uniquement un soin à l'hygiène qui assure la préservation du corps biologique, il est aussi une rencontre avec le corps intersubjectif ou corps érotique. Le nursing vient, en quelque sorte, éveiller ou réveiller le corps de la relation à l'autre. Ce n'est pas rien. Ce n'est pas simple d'en faire la théorie, ce n'est pas simple de comprendre que le sujet est dans l'indicible, qu'il n'est pas primitivement dans l'ordre du discours, mais dans l'ordre de la corporéité, dans l'ordre du vécu. Or les infirmières le savent d'un savoir non théorique, elles en ont une connaissance pathétique concrète.»* (« L'invisible travail des infirmières», *Santé Mentale*, nº 42, novembre 1999, p. 46).

Le corps du sujet de la fonction maternante dans cette dimension convoque donc ici le *corps sujet.* Cette fonction peut également être centrée sur l'environnement immédiat, ou sur le confort du patient.

De plus, cette fonction est convoquée dans l'accompagnement de moments à valence régressive. Ce dernier mouvement peut être induit par certains aspects de l'hospitalisation, inhérents ou souhaités, avec l'adaptation de certains cadres de soins qui limitent les stimulations externes. Il peut être en lien avec l'épisode pathologique, dans tous ces cas, les temps à valence régressive mobilisent cette fonction en lien avec la résurgence des imagos parentaux qu'ils entrainent.

Enfin, dans les séquences de travail de nuit, cette fonction est appelée à se déployer lors de certains accompagnements au coucher. Il s'agit d'accompagner, de « border» symboliquement et parfois réellement pour faire face « *À la nuit, cet espace d'expression brute de l'angoisse*» pour reprendre l'expression d'un des médecins interviewés.

L'axe privilégié de cette fonction reste l'accès au corps de l'autre à travers l'ensemble des soins dits de base. Cette fonction mobilise de manière connexe les notions de pudeur, de nudité, d'intimité et de toucher.

2.3.3 F. Réactivité

La fonction réactivité est abordée par Madeleine Monceau dans l'observation du travail infirmier qui s'organise entre deux tensions : une tension de programmation de tâche, et une tension de réactivité. L'émergence de cette fonction apparaît quand elle écrit *« Aussi peut-on se demander dans quelle mesure l'opposition des logiques soignantes du moment […] ne divisent-elles pas le corps infirmier pris dans une double tension : une tension qui programme et prévoit et une tension qui réactive aux évènements et aux incidents collectifs*». (Soigner en Psychiatrie, Entre violence et vulnérabilité, Des pensées et des actes en psychiatrie, Ed Gaëtan Morin, 1998, p116). Cette fonction repose donc sur un quotidien fait d'observations, d'identifications perceptives, de moments d'échange qui constituent une clinique infirmière spécifique.

La fonction réactivité concerne les **informations non écrites que l'infirmier peut avoir à traiter** : décodage des enveloppes sonores, visuelles et olfactives, repérage des mouvements et des déplacements du groupe patient, repérage des présentations et des comportements, lecture des pulsionalités de contact lors des petits moments d'échanges autour des civilités (salutations, poignée de main).

L'ensemble de ces éléments s'appuie sur des savoirs expérientiels qui intègrent la connaissance de son cadre de travail, sur l'antériorité d'une connaissance et d'une relation avec le ou les patients et sur une sensibilité affinée à une sémiologie individuelle, groupale et environnementale.

La fonction réactivité s'organise sur des opérations de tri initial qui sont en lien avec le degré d'expérience du soignant concerné. Elle opère un travail de saisie de ces indicateurs. La lecture de Guy Le Bortef peut venir étayer la définition de cette fonction quand il constate « *L'attention est toujours orientée vers des champs privilégiés en fonction de l'exploration initiale qui en est faite, permettant d'opérer un filtrage dans ce que Bateson (1984) appelle le « bombardement d'indicateurs de contexte». La prise d'informations peut être guidée par la recherche de « formes saillantes». Sous ce terme Thom (1988) désigne « toute forme vécue qui se sépare nettement du fond sur lequel elle se détache ». […] En l'absence de signaux pertinents, il n'y a que du bruit.»* (*De la compétence, essai sur un attracteur étrange*, Les Editions d'organisation, Paris, 2002).

Ainsi la fonction réactivité concerne-t-elle la prise en compte d'un ou plusieurs de ces éléments d'information (que ces éléments fassent signe) **et** son organisation sous le mode d'une réponse ou d'une initiative ainsi que sa priorisation devant la tension de programmation de tâches. . Ce sens de l'occasion, cette capacité à se saisir de ce qui apparaît comme une opportunité relationnelle, est repéré par un des médecins psychiatres interviewés lors d'une question en lien avec l'accueil, au point d'en devenir une priorité : *« Il est important de savoir renoncer, différer, changer pour pouvoir accueillir le patient et cela à tout moment. La tension de réactivité devient alors plus importante que celle de programmation, il existe « des fenêtres de tirs» pas très larges, il faut savoir alors arrêter de faire un ou une distribution de médicaments.».*

Cette fonction nécessite donc chez l'opérateur une reprogrammation de la charge mentale dans le sens où le note M. Estryn-Behar, Jean Pierre Fouillot (p.143) sous forme de réactualisation permanente de la vision transversale. « *La charge mentale est un point important. La parcellisation des tâches, l'imbrication de nombreux actes de tous types, dans un contexte où les interruptions, les interpellations sont fréquentes, rendent difficile la constitution mentale d'un programme de travail cohérent, avec réactualisation en permanence de la vision transversale des priorités pour l'ensemble des malades confiés à la soignante».* Il s'agit d'un exercice quelquefois tendu comme le note cette infirmière ISP interviewée : *« En général j'aime bien me poser pour réfléchir, j'aime bien prendre un temps de réflexion et puis le partager, mais ici il y a toujours un patient qui vient demander ou un coup de fil, alors tu commences quelque chose et tu ne peux pas le finir ou tu oublies de le continuer, ou tu oublies plein de trucs.».* Ce débordement de la charge mentale est confirmé par cette infirmière IDE lors d'une interview : *« Des fois, je peux me laisser envahir parce que je peux répondre à trois demandes en même temps et là ce n'est pas bon au niveau du résultat ! Cela je le ressens fortement, gérer trois ou quatre choses en même temps et à l'arrivée tout est fait à moitié.».* (« Analyse du travail des infirmières et aides soignantes dans 10 services de soins» in « Étude de la charge mental et approche de la charge psychique du personnel soignant», *Études Ergonomiques*, INRS, p. 143.)

Cette opération de redistribution de la charge de travail entre le travail programmé et le travail perçu comme nécessaire à la dimension soignante, prend une acuité particulière dans les quotidiens de travail en unité psychiatrique. La réunion et la possibilité d'un équilibre entre ces deux natures de charge de travail sont un élément de la satisfaction au travail, comme nous l'aborderons plus loin.
Enfin suivant les professionnels et les différents temps du nycthémère, la tension de réactivité s'ajuste en hypo et hyper réactivité. À titre d'exemple, les séquences de nuit seront marquées par une hyperréactivité en lien avec le souci de la préservation de la qualité de sommeil pour l'ensemble des patients.

2.3.4 F. Réassurance

On entend par fonction Réassurance **toute action du ou des professionnel (s) infirmier (s) visant à atténuer, apaiser, limiter l'impact d'une cause anxieuse** endogène ou exogène, réelle ou imaginaire, chez le patient. L'action peut prendre une multitude de formes ; elle peut être centrée sur les effets liés à l'origine anxieuse, à la cause elle-même ou au contexte d'apparition de celle-ci. Cette action vise donc au désamorçage des éléments anxiogènes, à l'approbation des initiatives et des éléments d'autogestion de la personne pour contenir l'envahissement de ces derniers. Quand la parole est utilisée, elle l'est en congruence avec l'ensemble des canaux de communication, avec une attention quant au timbre de la voix.

La fonction réassurance passe de manière privilégiée par la parole, mais n'est pas exclusive d'autres modes de communication. Ainsi, nous parlerons de l'importance du toucher, celui qui entoure, invite et accompagne, du portage par le regard qui encourage, de l'accompagnement avec ses effets de décharge dans la motricité. Il existe aussi pour certaines situations qui se déroulent dans un au-delà des mots, des effets d'une *présence silencieuse*, qui seule alors, est en capacité de soutenir cet ineffable, et de proposer une prise en compte voir un apaisement. Des éléments de cette présence sont identifiés par J. C McCloskey et G.M. Bulechek dans leur ouvrage de classification des interventions infirmières. Ils parlent alors « *d'être après d'une personne qui en a besoin, de garder le silence s'il ya lieu et de demeurer présent physiquement sans espérer d'interactions». (Classification des interventions infirmières,* éditions Maloine Décarie, Paris diffusion, 1996, 366 pages, p. 232).

Cette fonction peut ensuite s'accompagner d'un repérage partagé des situations à potentiel perturbateur, d'une prévision d'accompagnements lors de ces confrontations et d'élaboration de conduites de leur dépassement. La notion de cadre interne, d'auto contenance peuvent être ici repérées, elles s'appuient dans un premier temps sur les capacités d'apaisement du soignant et envisagent son dépassement en prévoyant de manière partagée ou non l'évolution probable de la situation.

Le déploiement de ces actions ne présage pas de leurs effets en termes de résultats. La mobilisation et l'utilisation de ces répertoires sont par contre susceptibles de maintenir le fil qui permet une continuité dans la relation.

2.4 Fonction mère : Renforcement positif

Nous entendons par renforcement positif **toutes initiatives de la part du professionnel qui visent à soutenir, encourager et valoriser toutes les actions que le patient à accomplies ou est en train d'accomplir.** L'ensemble de ces actions vise à restaurer, ou au moins à alimenter, une estime de soi qui peut être carencée. Cette technique s'adresse à une personne ou à un groupe, et peut concerner l'ensemble des caractéristiques de l'être et du faire de chacun. Le groupe est entendu ici comme l'action non programmée en direction de plusieurs personnes à la fois, nous ne parlons de groupes qui se déroulent dans un cadre défini, comme les groupes psychoéducatifs où cette technique est fortement mobilisée dans l'animation.

La pratique du renforcement positif vise à faire rupture avec un usage de la parole qui a été souvent investi sur un mode négatif par les tiers dans l'expérience de la personne. C'est-à-dire une parole qui marquait les défauts, les insuffisances, le négatif, et restait muette, ou allait « sans dire» pour les aspects positifs. Ce qui ne veut pas dire non plus que ces derniers ne circulaient pas, mais qu'ils circulaient éventuellement sous d'autres modes de communication.

La fonction renforcement positif vise donc à restaurer un sentiment de compétences, de capacité en relation avec des actions du quotidien, que celles-ci concernent l'autonomie, l'adaptation, la vie sociale, ou la compréhension de situations… Cette fonction s'appuie dans notre définition **sur un élément du réel** pour se déployer, réussir ici, permettant d'imaginer réussir « ailleurs», et l'expression de ces éléments renforçateurs est mise en mots et/ou exprimée de manière non équivoque. Il s'agit d'une projection porteuse, « il ou elle va y arriver».

Cette pratique est habituellement mise en mots en direction du patient, mais elle peut également se témoigner par une présence attentive, un toucher, une forme d'encouragement, qui prennent alors la même signification. Par exemple, lors d'une aide à la marche, une infirmière commentera ainsi au cours d'un DIA la suppression de son appui : *« Il s'agit de doser l'appui pour arriver à mettre en évidence, au final, son côté symbolique et non plus réel. La main sur l'épaule, est ici secondairement l'illustration d'un appui et d'une présence.»*

2.5. Fonction mère : Orientation

On entend par cette fonction, non pas l'action d'orientation temporelle et /ou spatiale qui se résumerait à la simple délivrance d'un renseignement, mais une **opération mentale qui s'organise en trois temps** :

- un premier **temps d'accueil** de la demande, et quand celle-ci est muette elle passe par un repérage du besoin ;
- un deuxième **temps d'évaluation** de cette demande ou de ce repérage (l'évaluation porte sur le latent et le manifeste, l'ancrage dans la réalité, l'adaptation) ;
- le troisième temps est celui de l'orientation vers une personne, un lieu, dans un **temps adéquat**.

2.6. Fonction mère : Contenante

Nous nommons par fonction contenante un **processus qui accueille des contenus psychiques**, c'est ici, selon (Kaës, 1979) « *l'aspect stable et immobile qui s'offre en réceptacle passif au dépôt des sensations et images…ainsi neutralisées et conservées*.». Nous reprenons ici le modèle de ce dernier auteur où la fonction contenante est définie par **un rôle passif, un rôle de dépôt** avant d'être un processus actif de transformation. La fonction contenante est entendue ici comme un espace d'accueil qui s'appuie lui-même sur la continuité et la permanence des soins hospitaliers, permettant la réception d'expressions de souffrance. La transposition, l'analogie, le parallèle que nous effectuons s'origine, comme dans les fonctions Maternelles, en référence à la lecture des éléments de la psychogenèse.

La fonction contenante se rapproche également de l'étayage préconscient chez Freud, qui passe par la mise à disposition de l'espace psychique du soignant face à la conflictualité psychique interne du patient. Cette fonction est importante en psychiatrie dans le soin relationnel, où la visée est d'aider le patient à consolider, à construire un espace psychique qui lui est propre. Didier Houzel développe l'idée, toujours à propos du petit de l'homme, suivant laquelle la fonction contenante ne s'assimile pas au sens d'un récipient, mais plutôt d'un attracteur qui attire alors les éclats de la vie pulsionnelle et émotionnelle.

Enfin nous ne retiendrons pas à cet endroit le terme de contention dont l'extension de son champ d'usage nourrit des confusions. Dans ces différentes assertions, ce terme est alors employé lors de la mise en place de traitement sédatif (**contention chimique**), lors d'entretiens ou de soins relationnels (**contention relationnelle**), lors d'isolement (limitation du périmètre de mouvement), ou de mise en place d'entraves (limitation de la motricité). Pour ces deux dernières situations, le terme fréquemment employé est la **contention physique**. L'extension du terme contention/contenu laisserait à penser qu'il n'y aurait que des différences de degrés là où nous voyons des différences de nature. La contenance psychique et la contention physique ne sont pas du même ordre, dans ce dernier cas, il existe un contact physique et une cœrcition. Il existe également une différence entre personne sujet des soins et personne objet des soins, et ceci indépendamment de la nécessité du recours à la contention physique.

Denis Mellier a travaillé sur la fonction à contenir, il effectue un repérage différenciateur au niveau théorique qui est avant tout un processus défensif *« nous avons proposé d'employer le terme de "contention" pour nettement différencier deux processus : la "contenance"' correspond à un processus de différenciation, selon le modèle de l'introjection du bébé des fonctions contenantes de la mère. La "contention" signe l'échec de cette différenciation, de cette introjection, par la suture au contraire de tout écart psychique.»* (Denis Mellier, La fonction à contenir, objet, processus, dispositif et cadre institutionnel, *La psychiatrie de l'enfant*, 2005/2, 482, p 464). Il développe avec cette distinction pour la psychiatrie (p 466)/« *En psychiatrie, la distinction entre contenance psychique et contention physique rejoint notre conception. La contention a une fonction de défense ou de protection contre la crise avant de permettre potentiellement un travail de contenance (Rochet, De Villars, 2002). »*

Pour notre part, lorsque certaines transgressions se traduisent par un dépassement des limites ou le franchissement d'un interdit, ces transgressions doivent alors être contenues et nous utilisons à cet endroit le terme de contention.

2.6.1 F Canalisante

Nous entendons par fonction canalisante **l'action menée par l'infirmier de borner**, au sens de mettre des bords à différents tableaux ou présentations, dont l'expression pathologique peut s'exprimer par une dispersion, une accélération de demandes (tachypsychie), des instabilités anxieuses ou dans les états confusionnels. La fonction canalisante vise donc, à l'image du canal, à mettre des berges ou des rives de façon à canaliser et diriger le flux, mais ceci avec la particularité de ne pas en accélérer le débit. Il s'agit ne pas provoquer un effet venturi pour cet emprunt a la mécanique des fluides.

Cette fonction suppose donc une souplesse : ne pas proposer, ne pas imposer un cadrage trop rigide sans jeu dans lequel le patient n'aurait d'autre recours que l'accélération et la persistance de cette pulsionnalité, mais proposer la représentation d'une limite. Border, canaliser, limiter sans enserrer par la prise en compte du potentiel inductif de ce dernier terme, cette fonction intervient avant ce célèbre adage que l'on doit à Berthold Brecht *« On dit d'un fleuve emportant tout qu'il est violent, mais on ne dit jamais rien de la violence des rives qui l'enserrent. »*

2.7 Fonction mère : Conteneur

Nous nommons par fonction conteneur le processus **passif et actif** tel que le définit René Kaës qui « … *correspond au rétablissement du processus psychique grâce au travail de transformation des éléments destructeurs par un contenant humain actif et apte à rendre possible cette métabolisation* ». La particularité de la fonction conteneur réside donc, au sein de la relation soignante, dans cette **capacité à contenir et à transformer les éléments apportés par le patient** (projections, émotions, vécu délétère).

C'est à partir de l'identification projective élaborée par Mélanie Klein que Bion forge les concepts de rêverie maternelle, de fonction alpha et d'éléments alpha et bêta. (Bion, *Eléments de psychanalyse*, Paris, Ed. PUF 1979, p.12)

Cet aspect actif correspond à la fonction alpha qui élabore, transforme et restitue à l'intéressé ses sensations-images-affects rendus représentables. Il s'agit donc d'un processus psychique actif de transformation et de bonification où les éléments bêta (peurs archaïques, éléments syncrétiques) reçus et contenus par les soignants, transformés, détoxiqués et, le moment venu, retirés et réintrojectés de manière alors recevable. Pour Laurent Morasz, *« Ce n'est que lorsque le patient aura éprouvé de nombreuses fois, au sein de la relation soignante, cette capacité à contenir et à transformer les émotions qu'il pourra ensuite, par un mécanisme d'identification et d'introjection, reprendre à son compte, dans son propre espace psychique, cette capacité de contenance.»* (*L'infirmier (e) en psychiatrie*, Édition Masson, Paris, 2004, p. 101) Un travail de liaison psychique susceptible qui permet d'assurer une fonction de symbolisation. Une fonction conteneur avec ses caractéristiques, être suffisamment ductile pour se laisser distendre, et ferme pour résister aux tensions. Denis Mellier parle lui de manière plus large de la fonction à contenir, elle pourrait coiffer dans sa définition les deux modalités que nous avons retenues, contenance et contention *« comme la position psychique à adopter et à mettre en œuvre sur le terrain, dans l'intersubjectivité, pour **recevoir** et **transformer** des souffrances très primitives»*. (*Ibid*., p. 427). Il aborde ensuite cette fonction suivant quatre axes, et l'axe quatre a retenu notre attention pour son importance dans les pratiques professionnelles des soignants, où il aborde alors la dimension collective et institutionnelle de cette fonction : *« La fonction à contenir prend place dans un cadre de travail institutionnel. La fonction à contenir d'un professionnel dépend étroitement du travail d'équipe qui peut être réalisé en direction de la personne accueillie. Les souffrances primitives étant très diffuses, elles ont un impact sur l'ensemble des groupes et institutions concernés par le sujet en souffrance.»* (*Ibid*., p. 428)

2.7.1 F. Désamorçage

Dans les unités de soins psychiatriques le travail attendu des infirmiers consiste au repérage, à la prévention, à l'accompagnement et au traitement des états de tension individuels ou collectifs, en lien et en appui ou non sur les éléments de la vie collective, et qui font écho aux sémiologies et aux problématiques psychopathologiques. Ces états de tension pouvant se traduire par des acmés anxieuses, des montées pulsionnelles, et s'exprimer par des crises ou des interactions violentes. L'approche dynamique de ces situations nous fait repérer deux étapes graduelles avant la crise : l'activation, l'intensification puis la crise.

Nous nommerons fonction désamorçage **toutes actions intentionnelles des professionnels infirmiers sur les phases d'activation et/ou d'intensification,** ou en aval qui limitent, désactivent ou inversent cet enchaînement. Ces actions de l'infirmier, en proposant une prise en compte, une possibilité de mise en dérivation, une décondensation de ce qui est en train de s'agréger, une mise en nuance, permettent dans leurs ajustements une baisse sensible ou significative du niveau de pulsionnalité engagé. Cela peut se traduire également par un évitement choisi d'une remarque ou d'un comportement dont l'infirmier aura perçu le potentiel pulsionnel d'excitation latente. Ces situations sont retrouvées dans certaines manifestations, où les démonstrations à teneur « provocatrices» engagées par le patient sont alors l'attente d'une intervention en retour. Le travail du soignant est alors de ne pas donner appui à cet appel pour limiter la mise en place d'un système action/ réaction, initié par le patient : ceci permet de laisser ouverte alors la possibilité d'une autre lecture que celle ainsi convoquée.

Le mot *provocation* illustre ce propos, du côté du patient, souvent structuré sur une lignée mixte de type état limite, *pro,* étymologiquement mettre en avant, et *vocation,* ici à se manifester de manière prévalente sur ce mode. Du côté du soignant la réponse serait « je n'ai pas de vocation à fonctionner sur ce mode», et nous pouvons trouver un autre mode relationnel. La décision réside dans le choix de ne pas répondre en miroir à l'appel du symptôme. Une infirmière ISP répondra lors d'un DIA, *« je préfère ne pas répondre en écho au patient et ne pas répondre en miroir, cela permet de relativiser l'appel au symptôme.»*

Toutefois, ces actions peuvent rester en l'état sans atteinte de l'objectif souhaité. Elles renseignent alors sur le type de registre pulsionnel engagé dans l'interaction. C'est ici un aspect préventif qui caractérise cette fonction telle qu'elle est renseignée par Madeleine Monceau (p.116) quand elle énonce «*…L'aspect préventif suppose la démultiplication des actions de désamorçage des tensions, elle appartient au registre 'des savoirs faires discrets' d infirmiers, dont 'l'invisibilité' empêche le plus souvent toute forme de reconnaissance de la part des partenaires de travail et leur ôte toute valeur professionnelle aux yeux même des protagonistes ».* Ce dernier point définit par ailleurs l'une des particularités des savoirs faires incorporés. Ils sont mobilisables dans l'action, mais échappent le plus souvent à l'opérateur comme étant un élément de la compétence, et à ce titre, ils n'apparaissent que rarement dans le discours professionnel.

Nous porterons un avis légèrement moins réservé que Madeleine Monceau sur l'absence de reconnaissance de la part des partenaires. Il peut exister, plus surement dans l'horizontalité de la fonction, soit entre collègues. Nous pouvons témoigner que dans certains collectifs de travail le soutien et « le jugement de beauté» au sens de Christophe Dejours existent (voir fonction jugement de beauté).

2.8. Fonction mère : Éducation

Cette fonction décline un des volets de l'exercice infirmier, et elle **s'intéresse à tous les soins à visée éducative**. Elle concerne donc l'éducation au traitement, l'éducation à l'hygiène (alimentaire, corporelle), l'éducation à la prévention, l'éducation aux techniques de soin à visée somatique, les temps à visée psychoéducative ; elle peut concerner un patient ou un groupe de patient. Cette fonction ne recouvre pas directement l'éducation à la santé qui s'adresse à la communauté ou à un public large, mais elle peut en relever quand il s'agit de concourir à créer des motivations positives vis-à-vis de la santé en général et de sa santé dans des domaines non directement en lien ou attenant à la pathologie présente dans le cadre de la rencontre initiale, c'est à dire la pathologie psychiatrique. Dans ce dernier cas, on évoquera l'éducation thérapeutique pour cette pratique de santé assez récente. L'idée dominante est de considérer la ressource du patient à être son propre soignant. Elle s'adresse

préférentiellement alors à des évolutions au long court (le mot chronique connait une attribution de sens polysémique en psychiatrie) et pour lesquelles le patient peut bénéficier d'un apprentissage ou d'un maintien de compétences et de comportements de santé pour vivre au mieux avec la maladie. Elle vise alors l'intégration de composantes handicapantes, le retard ou la prévention des complications dans une logique et une perspective de responsabilisation progressive et de mise en place d'un partenariat dont l'alliance thérapeutique en constitue un puissant vecteur.

Cette fonction s'entend ici par l'utilisation non programmée de ces temps d'éducation, facilitée par un contexte propice en relation, ou non, avec un soin régulier.

2.8.1 Fonction éducation aux techniques de soin à visée somatique

Nous entendons par fonction éducation aux techniques de soin à visée somatique l'ensemble des données exposées au patient pour comprendre et acquérir, maintenir les informations, les objectifs, les méthodes relatives à ses soins à des fins d'autonomie. Dans notre propos, cette fonction se traduit par la connaissance à des fins d'appropriation des matériels, techniques, procédures nécessaires à une bonne exécution du soin.

2.9. Fonction mère : Fonction de liens

Nous entendons par fonction de lien **l'ensemble des opérations menées par les infirmiers visant à faciliter deux types de liens.**
La première concerne **les différents liens interpersonnels basés sur la relation**, dont la relation à visée thérapeutique. Il s'agit de construire, maintenir, favoriser le ou les liens interpersonnels directs et indirects à partir du patient, et ceci en direction de son environnement au sens large.
La deuxième concerne **toutes activités de liaison**. Il s'agit de favoriser, faciliter, développer toutes activités de liaison qu'elles soient :

- centrées sur le patient, lien interne avec l'histoire de ce dernier, liens avec l'accès aux informations de santé, lien avec l'état du patient à un temps T…
- centré sur son environnement de soins, liens avec et entre les différents intervenants et professionnels, liens avec les connaissances cliniques (lien théorico clinique)…
- centrées sur l'environnement externe du patient, liens avec le social, le professionnel, le familial, le vernaculaire, les institutions, les partenaires…
- Enfin centrées sur le général, liens avec le culturel, le politique, le religieux…

2.9.1 F. Construction du lien (versus synchronique)

« *La qualité principale de l'infirmier est la capacité de rentrer en relation avec les patients de manière rassurante*» la MIRE (Mission interministérielle Recherche Expérimentation), A.R.P (Association recherche en psychiatrie), Centre Hospitalier Spécialisé-Lorquin, intitulée « Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique» Alain Pidolle, Viviane Kremer, Pascale Gauthier, 1993 p 100. Cette définition pourrait à elle seule assez bien résumer ce point de l'exercice infirmier en psychiatrie. En effet, en amont et lors de l'instauration d'une relation thérapeutique, il y a nécessairement des préalables qui sont instaurés.

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

En amont du contact physique ou parlé, intervient le temps du regard qui caractérise la première interaction. Cette question prend une sensibilité particulière en psychiatrie dans le sens où, le contact physique ou parlé peut vite alimenter des vécus envahissants ou hostiles, en lien avec la pathologie. Il en est alors un des premiers signes symptomatiques. À titre d'illustration, les vécus persécutoires ou d'intrusion s'activent souvent dans les transports en commun, moment de rapproché physique sur une durée non furtive, chez de nombreux patients *« Qu'ont-ils à me regarder ?»*. À cet endroit, la codification sociale du regard est puissante, croiser un regard c'est voir, soutenir son regard c'est scruter, le temps d'après c'est dévisager. Ces codifications sont fortement marquées par le genre, en effet, les échanges de regard d'un homme et d'une femme ne donnent pas lieu au même temps, il

est plus bref chez la femme. Cette codification est également marquée par les cultures, croiser le regard peut être un affront.

Dans tous les cas, soutenir un tant soit peu son regard peut marquer l'intérêt, le désir, l'ouverture et l'ouverture transférentielle. Le regard peut contenir de bien nombreuses significations nous dit Alain Frobert *« Avant toute chose, le soin est un regard. Tout dépend de ce qu'il contient : méfiance, contrôle, bienveillance, compassion, pitié, mise à distance […] mais le regard ce n'est pas que l'action de diriger les yeux, c'est encore autre chose. C'est l'expression des yeux, la manière de regarder et par là d'envisager le monde et les autres. Ce n'est pas seulement voir mais aussi « faire attention», « considérer». […] ce qu'engage le regard du soignant, c'est cette promesse d'une réponse qui tient à son propre désir, ce pour quoi il est là, ce pour quoi il a choisi ce métier. »* (Les yeux dans les yeux…» *Santé Mentale*, nº 118, mai 2007, p. 47). Cette remarque est proche de celle que formulent Jean-Michel Jamet et Véronique Depré quelques années avant *« Le regard est la caractéristique de l'homme dans ses échanges qu'il effectue avec les autres hommes [...] dans la relation avec le malade, le regard touche jusqu'aux profondeurs de l'être. Il envahit tout l'espace extérieur en lui révélant l'état d'esprit dans lequel le soignant est. [...] la grande fonction du regard dans la relation entre l'infirmier et le patient est de marquer une cohabitation. Cohabiter signifie habiter avec».* (Op.cit., pp. 80-81). On ne parle donc pas du balayage du regard qui ne s'arrête pas et qui du coup balaie dans ce même mouvement l'existence de l'autre.

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

L'intentionnalité est constitutive d'un élément moteur, ici un souci personnalisé, de nature à le différencier « *d'une posture de guichet»* pour reprendre une expression de Jean Furtos (« La clinique change-t-elle ? », *Rhizome*, nº 35, juillet 2009, p.1). D'une posture creuse, aux tics d'attitude, de comportements réflexes aux phrases pré calibrées qui fait dire à Jean Oury dans le prolongement de cette idée « *Un sourire, si cela est fait exprès, cela devient une grimace. »* Heureusement, tous les guichetiers n'ont pas adopté cette posture et cette attitude-écran. Dans une précédente communication, nous définissions ce premier contact, ou mise en contact de base lié à l'énoncé d'un bonjour, par de multiples jeux de nuances *« il peut se jouer beaucoup de choses à partir de cet énoncé : l'ouverture, la fermeture, formule polysémique par excellence à l'image du babil du bébé, elle ouvre un rapport signifiant/signifié quasi infini. Ce sont les mots de l'après qui viendront qualifier le registre de l'avant, mais déjà dans la formulation, la déclinaison sémantique, la prosodie, l'euphonie, l'enchainement musical se nuance le registre de l'ouverture - fermeture. »* (Jean-Paul Lanquetin, Bruno De Roissy, Bernadette Dourmap, *De l'intentionnalité soignante au destin des infirmiers psychiatriques*, 6ème Assise Nationale des Infirmiers en Psychiatrie, http://cnmp.free.fr , consulté le5 déc. 1998,).

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

permet ensuite de rebondir sur des projets, des accompagnements plus poussés, avec déjà une confiance instaurée».

La construction du lien et de la relation s'appuie sur les situations de soins, mais elle concerne également des échanges matériels ou symboliques, les transactions, et toutes formes d'attention sur lesquelles elle pourra s'appuyer. La construction de cette relation se fait par petites touches successives, ces petites touches sont souvent repérées derrières les mots « petits riens», « petites choses» du soin. Ces petites touches ou petits riens multiples ont en commun de reposer sur une attention et une intention, qui ont pour objectif de former un ciment, lequel contribue à donner une tenue à la relation soignant/soigné. Ces petits riens multiples peuvent être le temps d'un sourire, une main bienveillante posée sur une épaule, la prise en compte d'un mouvement de désarroi, la prise de la tension (*l'attention ?)* pour rassurer, une attention liée à un élément de confort, le prêt d'un livre, ou l'engagement dans une transaction sociale marquée par une part de don.

Walter Hesbeen est connu dans le domaine des soins infirmiers pour ses apports à la profession. Il a notamment développé une théorie de *l'essence* et de *l'accessoire* dans les soins sur un mode qu'il déploie de manière retournée. En quelques mots, *l'essence* concerne la prise en compte particulière de la personne « *dans la globalité se son être»*et *l'accessoire* renvoie à la tâche et à la répétition des actes. *L'essence* concerne la démarche interpersonnelle et *l'accessoire* les moyens comme supports pour y parvenir. (*Prendre soin à l'hôpital*, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Éditions Masson, Paris, 1997, page 64). Ces développements l'ont amené à s'intéresser aux modalités qui viennent soutenir le déploiement de ces attentions et se construit la notion de petites choses *« Les petites choses, si anodines en apparence, si peu sophistiquées et si peu spectaculaires soient-elles, font partie de la vie et sont donc nécessaires au déploiement de la santé de la personne. Elles le sont parfois autant et parfois plus que des actes compliqués, de haute technicité. »* (La *qualité des soins infirmiers*, Penser et agir dans une perspective soignante, 2ème édition, Ed Masson, Paris, 2002, page 40). Cette dernière remarque prenant un relief singulier pour la psychiatrie ou la richesse des plateaux techniques est avant tout composée des compétences des femmes et des hommes qui le composent. La continuité de son raisonnement le conduisant à définir l'infirmier comme des ***spécialistes en petites choses*** (OP cit, page 41). *« Les infirmières et les infirmiers peuvent dignement apparaître comme des soignants qui assument leurs fonctions d'expert et de conseillers tout en étant ' spécialistes en petites choses'. Car toutes ces petites choses quand elles sont mises en lien avec les différents éléments d'une situation de vie, ne sont jamais banales pour une personne soignée dans la mesure où elles témoignent, à chaque fois de la* ***grande attention*** *que ces professionnels ont été capables de lui porter et, dès lors, du professionnalisme qu'elle requiert. »* Ces petites choses, comme les petits riens restent toutefois chez de nombreux auteurs un ensemble générique en attente d'une clinique ou d'une expertise qui attacherait du prix au « détail». Un accord apparaît par contre sur leur utilité, Walter Hesbeen précise ensuite (op.cit, page 41) *« Il s'agit de 'petites choses' qui contribuent à donner du sens à la vie, à alimenter l'espoir. La mise en valeur de l'utilité de ces 'petites choses' pour la santé des personnes et des talents nécessaires à une telle pratique infirmière n'est-elle pas, en définitive, la voie la plus sûre et la plus solide pour assurer la reconnaissance ce cette profession.»* Un des éléments de réponse se trouvera sans doute dans l'accueil de ce travail de Recherche en Soins Infirmiers.

D'autres auteurs infirmiers ont abordé ce thème, ainsi Blandine Ponet évoque-t-elle pour sa part, reprenant en ce sens l'expression de l'historienne Arlette Farge « d'intensité faible», *« Ces signes minuscules participent au - prendre soin -, à la rencontre et à l'attention à l'autre. S'ils nous aident à tenir en gardant de l'intérêt pour notre travail, ils permettent aussi aux patients d'avoir quelque chose/quelqu'un/quelque part à quoi tenir et se tenir. Dans ce sens, ces signes infimes, ces « intensités faibles »jouent comme autant de points d'accroche… enfin, ces signes infimes balisent une frontière, une sorte de limite qui départage le monde habitable où l'on est relié aux autres, et le désert, le monde où l'on est intensément isolé quand on est pris dans son délire»* (« La profondeur des apparences», *Santé mentale*, Nº 149, juin 2010, pp. 68-70.)

Ces petites choses et ces petits riens qui ouvrent à la relation et à sa personnalisation, sont mis en mots dans les propos de ce cadre interviewé : *« L'attitude stéréotypée mène probablement à quelque chose de négatif dans le regard que le patient pourra avoir, il faut, je crois, donner au patient l'envie de venir vers nous et s'il n'arrive pas à venir, il nous faut trouver la petite ouverture qu'il offrira pour que nous allions vers lui. Celle-ci peut être de percevoir un regard en coin qui fasse sentir*

que l'autre à envie d'échanger, c'est peut être un sourire, un petit sourire, un petit geste, un petit hochement de tête, un petit quelque chose, quoi». Jean Oury dans une de ses conférences nous tient un propos similaire *« Ce qui compte dans les investissements multiples et partiels des malades, c'est peut être des tout petits signes comme un clin d'œil, un bonjour et c'est ce niveau-là peut être apparemment sans importance qui* ***compte le plus****. C'est moins que rien comme dirait Jankélévitch, ces petits riens comme ça.»* (http://users.belgacom.net/PI.IP/ Jean Oury, « Concepts fondamentaux», p 12). Faire des passerelles de l'un à l'autre, établir des ponts, il s'agit aussi d'être **pontonnier** pour reprendre ce terme à ce dernier auteur.

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

- la **spontanéité**, ils n'adviennent que dans l'imprévisibilité du quotidien ;
- ils caractérisent le **passage du patient objet de soins au patient sujet** ;
- ils **ouvrent à un entre-deux** du côté de la mise en avant de la part personnelle chez le professionnel.

Ce dernier aspect prend une valeur pour Paul Fustier : *« Il s'agit de don de simple humanité en renonçant temporairement à l'asymétrie du lien.»*. Pour cet auteur, ces actions sont du registre d'une méta professionnalité : *« Ceci nous amène à considérer qu'il y deux niveaux de professionnalité :*

"Une professionnalité niveau un" qui est définie par le contrat de travail et les actes qu'il suppose, une "professionnalité niveau deux" que nous nommerons plutôt « métaprofessionalité», et qui comprend la professionnalité, niveau un, tout en en la débordant. Une méta professionnalité rend le professionnel capable de laisser venir, de contenir et de mettre au travail des situations qui sont hors 'professionnalité niveau un' : il s'agit de leur donner un sens, répondant à l'objectif du professionnel (ici soigner), donc de les intégrer dans une position soignante. Nous considérons aussi, notre exemple le montre bien, que la méta professionnalité suppose que la « professionnalité niveau un» soit suffisamment assurée ou stabilisée, qu'elle ne soit pas attaquée». Paul Fustier « Le lien d'accompagnement»*Professionnalité niveau un et métaprofessionalité* (p.133). (Biblio devis de recherche). Pour cet auteur le soin infirmier en psychiatrie passe et s'appuie puissamment sur le quotidien.

Ces différents aspects de la fonction construction du lien participent à ce préalable aussi souvent évoqué qu'il s'en trouve, à l'inverse, plus que rarement décrit. Ce préalable se retrouve derrière les recommandations ou conditions telles que « *créer un climat de confiance»* ou *« établir une relation de confiance»*, la question du comment demeurant le plus souvent ouverte. Dans leur recherche en soins infirmiers, Joëlle Bastian, Jean Luc Valdeyron, Véronique Vaquier ont pour objectif de décrire et d'explorer le passage de la relation de confiance à l'alliance thérapeutique auprès d'une population d'adolescents en unité d'hospitalisation spécifique. (« De la relation de confiance…», *Santé Mentale*, nº 55, Février 2001, pp. 41,45). Concernant la relation de confiance, ils se réfèrent et citent Lionel Bellenger *« La confiance interpersonnelle construit dans un processus où chacun prend progressivement de petits risques envers l'autre. Elle s'identifie selon trois facteurs : l'engagement d'au moins une personne, un respect mutuel des personnes en relation et la volonté de s'engager et négocier ce processus de risque pendant un temps»*. (Bellenger Lionel, La Confiance en soi, col. *Formation permanente en sciences humaines*, 1995). Nous retrouvons là un des points qui a valeur de paradigme concernant la construction du lien, celle-ci se construit et se solidifie parallèlement dans la relation de confiance. Et sur cette dernière, peuvent s'appuyer la relation d'aide et la relation d'aide thérapeutique, plus centrée sur l'objet maladie. Avec cette particularité pour le domaine des soins psychiques où les atteintes à la confiance en soi sont fréquentes, la relation aux autres est tributaire de la confiance en soi.

L'objectif de cette construction préalable, ou de son renforcement est donc l'instauration d'une relation thérapeutique. « *Le but de la relation thérapeutique est l'expression du vécu de l'expérience de la personne, l'apport de soutien ou en général la résolution de problèmes.* » (« *Soins Infirmiers Psychiatrie et santé mentale»,* Mary C. Towsend, pp. 90-91 ERPI, 2004)

Enfin, cette fonction de construction du lien et d'instauration d'une relation de confiance correspond à la notion d'apprivoisement telle que décrite par Dominique Friard, et au mouvement qu'elle sous-entend *« Il ne s'agit pas de prendre et de jeter. Il s'agit d'un apprivoisement, pas d'une séduction. On se rapproche petit à petit, un petit peu plus chaque jour, un petit peu plus longtemps à chaque fois pour ne pas envahir l'autre, pour ne pas être envahi, pour signifier qu'on est pas tout et*

que l'on veut pas être tout pour l'autre. Il faut être sensible aux mouvements de l'autre, deviner quand nous sommes de trop, quand nous ne sommes pas assez, savoir voleter un peu plus loin, se rapprocher. Apprivoiser un patient psychotique, ça implique d'avoir et de se donner du temps.» (Laurent Morasz, Annick Perrin Niquet, Jean Pierre Vérot, Catherine Barbot, *L'infirmier en psychiatrie*, postface de Dominique Friard, Ed Masson, 2004, p. 291*).*

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

Dans les développements de cette idée, il s'agit bien pour les soignants d'aller à la rencontre du patient là où il se trouve, surtout quand il ne peut pas venir à l'équipe, comme dans ce dernier exemple. Un mouvement *sociofuge* d'aller vers cet autre qui vient équilibrer le mouvement *sociopède* des patients qui viennent trouver les soignants pour cette notion qui sera reprise dans le chapitre de présentations des résultats. (Voir à ce propos, la présentation des résultats en 6.2.4, tableau de mise en répartition des fonctions sur trois catégories de lieux).

Enfin, nous constatons que l'ensemble de ces dispositions et de ces actions, au-delà de cette fonction *construction du lien*, sont autant d'éléments qui peuvent s'inscrire en plein dans la définition de *la bientraitance*. Cette notion à été initialement introduite par la Loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et s'est étendue progressivement au secteur sanitaire. Elle a fait en France l'objet d'un guide de bonnes pratiques publié par l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) en juin 2008.

Cette fonction et les savoirs informels développés ici ne se réfèrent pas à la bientraitance. Ils se réfèrent à des pratiques où la bienveillance constitue un axe d'approche transversal. La notion de bientraitance est une appréciation que seul le patient est en mesure de porter et cette dimension subjective ne saurait être défini depuis une position extérieur.

2.9.2 Fonction mère : Alliance thérapeutique

Quelques éléments de recension des écrits permettent de caractériser cette fonction et le sens que nous souhaitons retenir à *l'alliance thérapeutique*. Le dictionnaire infirmier en psychiatrie nous dit qu'il s'agit de la *« Constitution d'un lien entre le soignant et le soigné, l'un et l'autre s'engageant à collaborer à la recherche du mieux-être du second. L'alliance thérapeutique doit à la fois prendre en compte les problèmes propres du patient et ceux de famille, en évitant de prendre parti pour l'un contre l'autre. »* (Stefka Ivanov-Mazzuconni, et Al., *Dictionnaire infirmier en psychiatrie*, Ed Elsevier Masson, 2005, p15).

En revanche, la définition de l'alliance thérapeutique pour Andréoli (Op. Cit., p. 15) relève plus de la relation médecin/ patient et s'instaure dès la première rencontre.

Le cadre conceptuel, généralement en référence pour la pratique des soins infirmiers en psychiatrie, est celui de la relation d'aide de type rogerienne et de ses trois grands principes. Ce trépied comprenant l'empathie, le regard et l'acceptation inconditionnelle positive, la congruence de l'authenticité (Karl Rogers, *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF, 2002).

Joëlle Bastian, Jean Luc Valdeyron, Véronique Vaquier, cités plus haut ont pour leur part retenu deux types de composantes dans l'alliance thérapeutique : l'alliance aidante, type 1 *«… où le patient vit son thérapeute comme lui apportant aide et soutien, elle est plus évidente au début de la thérapie ».* Ce modèle se rapproche la définition d'Andréoli. Un deuxième type d'alliance est ensuite isolé *« ...où le patient a le sentiment d'un travail commun, d'une coopération avec son thérapeute*

dans une même lutte contre ce qui le gêne avec en particulier l'impression de partager la responsabilité de sa propre évolution. » (De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique, *Recherche en Soins Infirmiers*, nº 66, septembre 2001, p. 98). Ce deuxième type correspond à ce que nous entendons par alliance thérapeutique, c'est-à-dire une relation où le (s) patient (s) et son ou ses soignant(e)s se retrouvent pour trouver des réponses à un problème qui est le tiers dans la relation, le facteur maladie et ses effets.

Ainsi, la relation de confiance est un vecteur privilégié au déploiement et à l'établissement de l'alliance thérapeutique. Dominique Friard le constate également, *« La relation de confiance avec la personne qui souffre de psychose est le préalable indispensable à toutes alliances thérapeutiques. Elle s'élabore au jour le jour dans la multiplicité des fragments de transfert qui s'établissent grâce à la diversité de nos présences disponibles, prudentes et respectueuses»*. (Schizophrénie et dangerosité, les plus dangereux ne sont pas ceux qu'on pense, *Revue Empan*, nº 77, mars 2010, pp. 95-103, p. 103).

Nous parlerons donc de fonction d'alliance thérapeutique dans le cadre **d'une relation de confiance** qui se traduit par des paroles, échanges, postures soutenantes, respectueuses, voire chaleureuses, au moment où s'observe un accord de collaboration sur des objectifs communs entre l'infirmier et le patient. Cette définition s'inspire des deux dimensions de l'alliance aidante, le soutien et l'accord de collaboration selon Luborski (Hovarth A. O., Luborski L.,*"The Role of the Therapeutic Alliance in Psychothérapy"*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, vol 61, n°4.)

2.9.3 F. Mise en lien

Nous entendons par fonction mise en lien **toutes actions où il existe une intervention physique de l'infirmier qui vise à établir ou rétablir, favoriser, maintenir ou développer un contact entre un patient**, (éventuellement avec sa famille) avec une personne désignée. On repère plusieurs niveaux de mise en lien :

2.9.3.1 Au niveau de l'unité

L'action de mise en lien au niveau de l'unité peut être conduite en direction de deux groupes de personnes. Cette fonction est naturellement présente aux moments des admissions où elle s'accompagne généralement d'une présentation des locaux et des fonctionnements.

- **En direction du groupe des personnes soignées :**

L'action peut viser alors un voisin de chambre, des voisins de table, d'autres participants à des activités ou des groupes thérapeutiques internes. L'action vise à faciliter le contact avec un ou plusieurs patients pour des raisons utilitaires, de partage de centres d'intérêts, en appui sur les éléments de la vie quotidienne ou lors d'actions programmées à visée thérapeutiques. Elle consiste alors en une présentation nominative croisée, elle favorise le « prendre place » en dégageant des communautés de situations, et elle peut s'appuyer sur les propres capacités étayantes et d'accueil des autres personnes hospitalisées.

- **En direction de l'équipe pluriprofessionnelle soignante :**

L'action vise ici à mettre en contact et à présenter les différents membres, fonctions et métiers de l'équipe qui interviennent sur l'unité : de l'ASH aux médecins, en passant par l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir dans l'unité. Cette action de mise en lien passe par une personnalisation dans la présentation des différents interlocuteurs, elle est une manière de parler les modalités « du faire équipe» et elle précise les attributions de chacun et le lieu de leurs exercices.

2.9.3.2 Au niveau de l'établissement

L'action vise ici à favoriser le lien, physiquement ou téléphoniquement hors unité, avec les différents interlocuteurs de l'établissement que le patient peut rencontrer lors de sa trajectoire de soins.

Cela peut concerner :

- Les personnels médico-techniques lors du recours à l'utilisation du plateau technique de l'établissement.

- Les soignants ou les personnels en charge des activités transversales ; activités physiques adaptées, art thérapie.
- Les personnels administratifs et techniques ; services des entrées, de la tutelle, blanchisserie, etc.

2.9.3.3 En externe :

Nous retenons deux niveaux à la fonction mise en lien avec des interlocuteurs externes à l'établissement :

- L'action vise à l'accompagnement dans le contact avec les familles. Cette action vise à informer, rassurer, raffermir un lien distendu, soutenir et quelques fois à encadrer ou limiter dans certains tableaux cliniques. Cette action est majoritairement téléphonique, mais également physique lors des visites.
- L'action vise à favoriser, établir, remobiliser, ou quelques fois limiter les contacts avec l'environnement hors famille des patients. Cela peut concerner la sphère socioprofessionnelle, relationnelle et amicale, ou tout autre interlocuteur qui, à un titre et à un moment donné, peut être un correspondant du patient.

2.9.4 F. Historisation

Le soin en psychiatrie s'organise autour de deux temps fondamentaux : le temps de la rencontre et le temps du projet de soin.
Ce moment de la rencontre est un temps dynamique qui, dans un mouvement d'aller-retour avec la situation présente, va s'alimenter de différents éléments de contextes qui permettront secondairement des ajustements du projet de soins. Ce mouvement est de nature circulaire et s'actualise, s'étend et s'accroit en termes de connaissance du patient sur la durée de sa prise en charge, et de l'investissement et de l'engagement des professionnels à l'égard du patient.

Ceci nous amène à retenir principalement trois éléments de contexte :

2.9.4.1 *Le récit de vie de patient*

Pour ce premier élément, **le récit de vie du patient**, il s'agit, outre le recueil des éléments anamnestiques, de prendre en compte la manière dont le patient présente le récit, à qui il le présente, et le moment, le contexte de cette narration. Le moment peut avoir une valeur de mise en place d'une relation et d'un cadre suffisamment stabilisé pour en permettre ces mises en dépôt. Ces éléments, suivant leurs niveaux de révélation, peuvent rester en propre pour un soignant ou en commun pour l'équipe. Le travail de retranscription suivra cette logique. Cette fonction a une place privilégiée dans les temps inauguraux de la relation, mais cette place garde son actualité durant tout le processus de soins. Les reprises, les développements, les éléments saillants peuvent émerger ou être revisités.

2.9.4.2 *L'appui sur les moments et les expériences antérieures*

Ce deuxième élément, **l'appui sur les moments et les expériences antérieures** (ainsi que leur contexte d'apparition) correspond aux moments que le patient a eus avec l'équipe de référence, et les communautés de partage qui s'y rapportent.

Ces éléments qui font appui dans la relation, et qui constituent un socle commun de référence, peuvent concerner un soignant en particulier, une partie du groupe soignant ou l'équipe au sens large. Ces éléments participent à la construction d'une histoire partagée. La fréquence d'évocation de certains moments concerne des situations chargées à l'image des temps de confrontation à l'hospitalisation psychiatrique sous le mode la contrainte, des temps de mise en isolement.
Cette conscience de la situation vient trancher avec la présentation très symptomatique ayant nécessité cette réponse. Ce constat confirme que la personne ne saurait être réduite à ses expressions symptomatiques de la maladie, aussi manifestes soient-elles. Nous écrivions à ce propos *« On observe régulièrement que, dans l'après-coup, le patient revient parler avec des souvenirs précis, avec les infirmiers qui ont agi, et, à distance, évoquer cette scène comme moment inaugural de la relation ou comme moment toujours fort»* (Jean-Paul Lanquetin, *L'agitation en psychiatrie en psychiatrie, quels repères pour quels soins ? Droit d'être soigné, Droit des soignants,* Édition Erès, 2003, page 196).

Ces évocations ne concernent pas uniquement les moments difficiles, des moments plus légers sont aussi convoqués pour la signification qu'ils ont pu prendre pour la personne soignée, ou pour la vérification que cette mémoire commune l'inscrit bien dans une histoire partagée. Ce constat est également objectivé dans le travail de recherche de l'équipe de Nant *« Les soignants sont des mémoires vivantes de l'histoire et de la trajectoire des patients et il arrive fréquemment qu'ils y fassent allusion ou le rappellent aux patients selon les circonstances. Nous avons ainsi pu observer que les patients les sollicitent à se souvenir lorsqu'un évènement actuel réactive une expérience passée»*. (Op. Cit., pp. 43-44).

Hélène Chaigneau parle d'Historial à cet endroit quand elle aborde *« ce qui peut se construire comme histoire, ou ayant forme d'histoire à l'occasion d'un séjour hospitalier. [...] Cette histoire qui se construit est une démonstration, un témoignage pour les deux, pour le patient et pour celui qui le soigne. [...] Mais il me semble que cette valeur possible pour le patient de démonstration de témoignage, peut être soumise de part et d'autre, pour le patient et pour ceux qui le soignent, à une occasion de croire à une histoire.[...] ce patient peut enfin avoir une histoire en tant que personne, c'est un évènement incroyable»*. (Soigner *la folie, une vie au service de la clinique,* Editions Campagne Première, 2011, 248 pages, pp. 128-129).

Cet attribut de fonction peut être activé sur une mémoire plus récente. Lors d'une séquence d'observation d'après midi, une infirmière, en réponse à l'interpellation impérieuse d'une patiente, lui propose un temps de parole dans sa chambre (voir fonction entretien informel). Lors du DIA qui s'en suivit, l'infirmière expliqua la gestion de cette situation, qu'elle savait ne pas pouvoir différer, par l'appel à son expérience commune de gestions de ces passages ; « *je me suis appuyé sur l'évolution positive de la patiente depuis son arrivée et j'ai mobilisé l'antériorité d'expérience sur ces situations. Elle et moi savons comment nous avons géré et l'effet apaisant qu'elle en a pu en retirer.»* On retrouve cette idée d'une référence à un moment d'une histoire commune dans le propos de cette infirmière IDE interviewée : *« des fois, il y a des patients qui reviennent sur des choses qui ont été dites très, très longtemps avant et cela nous étonne qu'ils en reparlent. Et voilà, on se dit, ce qui avait été dit à ce moment-là avait du sens, même si au moment où cela a été dit, on avait l'impression que le patient n'avait pas entendu. »*

Cet attribut de fonction constitue ainsi un fond de mémoire partagé, parfois une mise en dépôt chez l'infirmier d'éléments de cette histoire, qui vient attester de cette réalité, et qui place le soignant dans une fonction d'auxiliaire mnésique.

2.9.4.3 *La confrontation des expériences subjectives*

Enfin, le troisième élément qui concerne **la confrontation des expériences subjectives** correspond à ces moments repérés dans une histoire, devenue commune, ont pu faire vivre au patient et à l'équipe de référence. Les particularités de cette sous-fonction résident d'une part sur une mise à distance **réciproque** des vécus et des fantasmes (a type de dangerosité, de crainte, par exemple) que les rencontres initiales avaient pu générer des deux côtés et d'autre part sur l'appui secondaire qui peut en être en fait par les protagonistes comme éléments co construit de leur relation. L'appui sur cette expérience subjective partagée permet la reconnaissance et l'identification des mouvements psychiques que la relation peut générer. Elle en pointe également les possibilités de transformation, avec le potentiel métaphorisant que peut contenir une telle charge dans l'évolution des processus psychiques pour les deux parties : patient et équipe.
Ces éléments confrontés et partagés constituent alors une appropriation mutuelle qui peut ensuite agir potentiellement comme un ciment au niveau de la relation.

L'ensemble de ces éléments alimente la connaissance du patient, sert d'appui et de repère dans le déploiement et le maintien du lien. Enfin, il signe la singularité de chaque trajectoire en favorisant la mise en place de continuité à travers la possibilité de dérouler un fil narratif. C'est ce dernier qui permet l'historisation inscrivant l'action dans une temporalité : « mieux connaître d'où l'on vient pour mieux savoir où l'on va.»

2.1. a. Fonction mère : Fonction Différenciatrice

Nous entendons par fonction différenciatrice toute action du soignant visant à initier, marquer, appuyer, délimiter une différence concernant un lieu, un espace, une fonction, une place, un rôle, une attribution en direction du patient (tout n'est pas égal tout le temps, partout et avec tout le monde). La fonction différenciatrice exerce une fonction diacritique par le pointage d'éléments différenciateurs.

2.1.a.1 F. Tiercisante.

Nous entendons par fonction tiercisante toute **action où le professionnel infirmier introduit un tiers dans la situation ou la relation au patient**. Ce tiers vise à remettre en triangulation la relation, et ainsi à limiter l'éventuelle omnipotence d'une relation duelle. Ce tiers absent qui est convoqué dans la relation peut être tour à tour : la référence à l'équipe au cadre clinique ou réglementaire, aux règles d'usage, à la loi commune. C'est alors le tiers institutionnel qui est sollicité.

Dominique Giffard évoque le rôle de la parole et de l'équipe en tant que tiers *« Afin d'éviter toute relation de fascination ou de rejet, l'équipe pluridisciplinaire a un rôle de référence à tenir, en tant que tiers, face aux relations duelles soignant/soigné que les prises en charge peuvent par ailleurs fortement induire.[...] la parole sera ici un des vecteurs séparateurs, et donc réparateurs autant par les questions et remarques posées à l'infirmier sur sa prise en charge que par les réponses fournies par lui à l'équipe ».* (« Redonner à la parole infirmière son sens soignant », *Perspectives psy*, 2010/3 Vol 49, pp.241-250, p.247). Il cita alors Marcel Sassolas (1986) à ce propos *« Ce tiers a pour effet de transformer radicalement une situation à deux en situation à trois, et constitue le meilleur garant contre l'omnipotence réciproque du patient et du soignant, source fréquente d'enlisement fusionnel de la situation thérapeutique ».* (*Ibid*, p.247).

Dans ses fonctions, l'infirmier est souvent appelé a tenir une position tierce dans la relation, entre la maladie et le patient (le patient n'est pas la maladie), entre le patient et les causes de son hospitalisation, entre le prescrit et le patient, entre la famille et le patient, etc.

L'introduction d'un tiers dans la relation cherche à limiter la frontalité d'un échange en visant un effet séparateur, régulateur, susceptible de remettre en circulation les affects et les représentations du patient ainsi mobilisés.

2.1. a. 2. F. Protection

Nous entendons par fonction protection toute **action du soignant prenant appui ou référence à une règle d'usage, un aspect réglementaire**, et qui vise alors à préserver la dignité du patient soumis aux effets négatifs d'une sémiologie à expression désinhibée. Il s'agit bien, à un moment donné, de protéger le patient de lui même en contribuant à préserver son image vis-à-vis des tiers, et à anticiper pour prévenir les retours de culpabilité liés à une prise de conscience secondaire de ses comportements d'exposition.

Ces actions concernent principalement la présentation, l'exposition du corps à travers la nudité ou des comportements à fort potentiel stigmatisant.

2.1. a .3 F. Protection des données

La fonction protection des données vise au respect des éléments de confidentialité dans la vie des unités, essentiellement autour de trois domaines de protection des données.

- Un premier domaine participe de **l'anonymisation d'un certain nombre de données**, particulièrement en lien avec le traitement.
- Un deuxième est en **lien avec la pathologie**, il s'agit alors d'en dire un peu de manière générale, sans rentrer dans des précisions nosographiques.
- Un troisième domaine est en **lien avec l'histoire personnelle du patient**, il est possible de dire que telle personne n'a pas toujours eu une vie facile sans recourir à une identification précise du traumatisme.

2.1.b. Fonction mère : Clinique

Devant l'aspect polysémique de ce mot, nous devons préciser ce que recouvre ce terme pour nous.

Étymologiquement le mot clinique vient du grec *klinicos.* Il a pour sens l'observation au chevet ou plutôt au lit, et s'entend aussi pour la salle des malades. Dominique Friard nous rappelle *« Chez les Grecs anciens, le "klinicos" était le médecin qui se donnait la peine de se rendre au chevet du malade, par opposition à « l'empereikos» qui se prévalait de son expérience pour donner ses conseils à distance.»* (L'art de la rencontre, *Soins Psychiatrie*, n ° 248, janvier/février 2007, p 27).
Dans son acception moderne, le mot clinique correspond à une méthode rigoureuse et systématique d'observation, en situation. À ce titre, cette méthode s'applique à différents domaines en lien avec le patient et le contexte dans lequel le patient est vu. À cette fin, nous parlons d'une clinique en lien avec le patient, lien avec l'équipe, en lien avec l'ambiance et en lien avec l'institution. *(« Clinique de l'ambiance et travail en équipe»* Jean-Paul Lanquetin, Béatrice Delgado, Catherine Burte in Soins Psychiatrie Vol 28, Nº 248 - février 2007 pp. 36-40).

Nous entendons par fonction clinique toute **action de l'infirmier dans le cadre du rôle propre qui lui permet de recueillir des éléments d'information afin d'améliorer la connaissance qu'il a du patient, de sa problématique, de sa sémiologie, de son niveau d'autonomie** dans ses composantes objectives et subjectives.

Tous ces éléments concernent l'histoire du patient et de sa pathologie, ses mécanismes de défense, son contexte de vie, ses croyances, ses centres d'intérêt, la relation entretenue avec le symptôme, les vécus en lien avec le facteur maladie et tout élément de la vie du patient.

2.1. b.1 F. Exploratrice

Cette fonction vise à **apprécier l'étendue, l'impact et la profondeur d'une manifestation symptomatique** (Ex : le délire, le déni) **ou d'une ressource en appui sur la relation établie** afin d'en discerner les modalités, les particularités et les évolutions.
Il s'agit dans cette fonction de saisir l'occasion, lors d'un moment opportun, pour augmenter la connaissance clinique que l'infirmier a du patient. Cette fonction suppose un mouvement actif et volontaire du soignant qui dépasse le seul niveau de l'observation de la présentation pour épouser un mouvement d'investigation.

2.1. b 2 F. Évaluation décisionnelle

Cette fonction vise à **apprécier**, dans le cadre du rôle propre ou délégué, **l'état clinique du patient, capacités et comportements, à un instant T en vue de recueillir les éléments qui viendront alimenter un raisonnement clinique débouchant sur un processus décisionnel**.
La décision aboutit ici à une modification du cadre de soins du patient. Cela peut donc concerner l'accès à un traitement prescrit, l'accès à un interlocuteur, une modification du périmètre de circulation dans ou hors unité ou une modification d'une règle dans la perspective d'un durcissement ou d'un assouplissement.

2.1.c. Fonction mère : Observation

Nous entendons par observation **tous élément d'information direct, canaux perceptifs (vue, odorat l'ouïe) et indirects, effets sur les tiers recueillis sur le patient en dehors d'un contact direct**. Cette fonction exclut donc le travail d'observation lors d'une interaction, d'un entretien, ou de tout autre support d'action. Cette observation au quotidien, manière d'être, de se présenter aux soignants et aux groupes patients, d'habiter ou non la chambre ou les espaces communs, d'initier ou non les contacts, sont autant d'éléments toujours singuliers qui caractérisent une manière d'être au monde. Elle dépasse l'observation de la seule sémiologie psychiatrique en la nuançant parfois et en la complétant toujours. Nous reprendrons à notre compte cette condition posée par Dominique Friard *« Une observation ne peut jamais être interprétée, analysée, lue isolément. Elle ne prend sens que dans un contexte et référée à une dynamique.»* (L'observation, une perspective soignante, *Santé Mentale*, nº 118, mai 2007, p.27).

Cette observation de tous les instants au quotidien constitue un fondement sur lequel va se déployer toute clinique infirmière.

2.1. c.1 F. Observation Clinique

Nous entendons par observation clinique **toute observation émanent d'un contact direct avec le patient.** Ce contact est pour beaucoup un contact visuel, il concerne les éléments de présentation, d'habitude, de comportement, liés à la localisation, le regard, les préférences, les trajectoires, la pulsionnalité de contact, etc. Les zones d'observation concernent également les relations établies avec le milieu, les réactions, son registre d'expression. Les odeurs sont un élément d'observation, odeur d'un corps qui se soigne ou s'abandonne. Et ceci, en dehors d'une interaction avec l'observateur. Ce type d'observation indirecte peut s'illustrer dans les propos de cet infirmier IDE lors d'un entretien : *« j'ai entendu Michel qui vient de passer parce qu'on reconnaît les pas, on reconnaît les démarches et s'il passe là ce n'est pas pour rien parce qu'il pourrait faire le tour du service pour ne pas être vu, mais ils ne le fait pas, il nous passe devant.…».*

2.1. c.2 F. Observation Périphérique

Nous entendons par observation périphérique tout élément **d'information indirecte** : c'est-à-dire l'effet produit par le patient sur les tiers. Ces tiers pouvant être un autre patient ou le groupe des autres patients, un ou plusieurs membres de l'équipe de référence aux différents moments de sa vie institutionnelle, sur des tiers extérieurs à l'unité dans ou hors du cadre de l'établissement. Enfin, cela peut être l'observation de l'effet produit par le patient sur l'institution qui l'avait en charge antérieurement.

2.1.d. Fonction mère : Prévisionnel d'activité

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 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 ».* («*De la compétence* ». Essai sur un attracteur étrange, Les éditions d'organisation, 1995, p.119).

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 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».* (*"L'invention du quotidien"*, réédition Gallimard, Folio essais, n° 146, 2002).

La fonction *prévisionel 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.

La nécessité constante d'une recomposition entre programmation et prévisionnel est également relevée dans la recherche de Nant « *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'.* » (Op. Cit., p 39).

Dans une des unités accueillant notre enquête 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 générait une insatisfaction qui émergeait dans l'écart conséquent et durable entre programmé et prévisionnel. Ces éléments seront repris dans le chapitre consacré à la discussion. Nous noterons qu'à cet endroit, Yves Clot désigne par « *activité empêchée*», ce que la personne aurait peut être voulu faire. (« *La fonction psychologique du travail*», Paris, Editions PUF, 1999).

La fonction *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.

2.1.e. Fonction mère : Écoute

La fonction écoute nécessite la mise en place de plusieurs critères qualitatifs pour se déployer.

- Le premier critère concerne **le passage d'une capacité à entendre à une capacité à écouter**. C'est ici le bouclage rétroactif qui nous permet d'apprécier cette différence, on peut dire d'un échange d'une information, d'une interaction, « que l'on a bien entendu». Cet effet réponse n'a pas lieu d'être dans une fonction d'écoute.
- Le deuxième critère de l'écoute est donc **une absence d'obligation de réponse**, écouter n'est pas répondre, c'est accueillir le propos de l'autre. Écouter pour reprendre la définition de Maurice Bellet *« Écouter, c'est être là, l'oreille ouverte, et laisser dire ce qui se dit »*. (Bellet. Maurice, *L'écoute*, Desclée de Brouwer, Paris, 1995, p19). Il s'agit alors d'une posture où l'usage de la parole se met en congruence avec cette disposition, privilégiant la relance discrète, l'encouragement à poursuivre ou les silences féconds, c'est-à-dire pour cette dernière position en aval des vécus de gène.
- Le dernier critère de l'écoute se caractérise par **une capacité d'accueil de la parole**. On ne peut écouter alors qu'en étant disponible psychiquement pour l'écoute. Écouter, nous l'avons dit n'est pas répondre, c'est ici accueillir la parole, soutenir la question, il s'agit de soutenir dans cette parole entendue les questionnements sous-jacents. Écouter a alors pour nous signification que la parole est recevable.

La fonction écoute se différencie par ces propriétés de « *l'écoute active*» que l'ont retrouve chez des auteurs post-rogeriens. Chez ces derniers, le recours à la parole, à la clarification et à la reformulation notamment, sont présents comme le formule de Kaeppelin *« … Ce qu'il convient d'appeler écoute active correspond en fait, à une écoute parlante»*. (*L'écoute*, Ed ESF 3ème édition, Paris 1991, p. 24.)

La fonction écoute nécessite donc une exigence et des conditions advenues que la pression du quotidien rend peuvent rendre difficile. Pour Dominique FRIARD « *Il faut paradoxalement une démarche volontaire. C'est par l'écoute qu'on devient écoutant. On N'entendra peut-être au début que son propre bruit, mais, petit à petit, on entendra la musique de l'autre. L'écoute suppose aussi une certaine maturation. L'oreille est un organe qui se bonifie avec le temps, avec les expériences pour peu que nous ayons un lieu où nous mettre au travail, où élaborer.»* (D. FRIARD Santé Mentale, nº 124, janvier 2008, pp.18-24)

Le passage qui suit est transcrit d'un post entretien, l'infirmière IDE, 10 ans d'ancienneté dans le métier au moment de l'enquête, tenait à relater cette expérience qu'elle avait vécue la nuit. Pour elle, cette situation illustrait l'informel et le caractérisait. Elle voulait s'en ouvrir à l'infirmier praticien chercheur que nous sommes. Nous y voyons quant à nous un puissant témoignage sur la fonction écoute et la maturité professionnelle qu'elle nécessite : « *Il avait fugué trois jours et il était revenu en pleine nuit. Je ne sais plus avec qui j'étais. Il était revenu en pleine nuit. Il était super angoissé. Il était resté trois jours sans traitement. Il est arrivé dans la pharmacie, il s'est assis et il a parlé de toutes ces angoisses de mort, en disant : « c'est affreux dehors et je suis malade». Et du coup, il avait une conscience à ce moment-là de sa maladie, qui était très troublante de fait pour nous. Je pense que peut-être, deux ans en arrière, j'aurai voulu parler pour le rassurer : « Marc…* [Le prénom est modifié, Ndr] *». Mais en fait je n'ai rien dit. Je n'ai rien dit pendant une heure et il s'est déversé, déversé, déversé, déversé… Et ça enfin…Pour moi c'est beaucoup ça l'informel !* ***Être là****, être présent et…****Juste écouter.*** *Sans forcément rendre compte de ce que l'on vient d'entendre. En tout cas pas avec le patient ! Après on en reparle avec nos collègues, alors forcément. Il se déverse… Oui, on fait l'éponge et puis on se déverse un peu après parce que… mais de cela on ne s'en rend pas compte à l'IFSI (Institut de formation en Soins Infirmiers). Ils nous disent avec la relation d'aide, il faut avoir des blancs».*

Jean-Michel Jamet et Véronique Depré évoquent l'attitude d'écoute en soulignant la place que peut prendre le silence *« On peut dire qu'à l'ordinaire nous entendons plus que nous écoutons [...] L'écoute exige également une capacité de silence, temps nécessaire pour que le patient élabore sa parole. L'infirmier doit éduquer ce "taire" [...] mais, à l'écoute silencieuse répond une parole pleine qui ne peut se constituer que par une certaine capacité de silence. A partir du moment où deux personnes sont capables de silence, elles accèdent alors à une véritable relation en tant qu'engagement. Les silences signent l'intimité de chacun».* (Op.cit, pp.82-83).

Dans les unités de soins, la fonction écoute se déroule pour ce qui nous intéresse lors d'entretiens informels. Celui-ci peut se dérouler en face à face, mais l'appui sur le quotidien génère préférentiellement une position moins frontale. Cet appui sur une situation du quotidien peut revêtir un aspect déambulatoire quand elle utilise les espaces périphériques ou lors d'accompagnements ; dans cette fonction d'écoute il s'agit alors de prêter oreille. Une des caractéristiques de l'écoute se situe sans doute dans l'effet retour chez le patient, indépendamment de l'intention de l'opérateur. C'est l'avis de la personne écoutée qui sera déterminant ; a-t-elle eu ou non le sentiment particulier d'avoir été écoutée ?

Les éléments déterminants de cette fonction résident moins sur les techniques déployées par l'infirmier, que sur les perceptions qu'aura alors la personne écoutée sur les attitudes et la manière de faire de ce dernier. Bien sûr, d'autres éléments peuvent venir interférer sur cette fonction et la rendre difficile, nous pensons particulièrement aux obstacles culturels et linguistiques.

Ces éléments sont remarquablement réunis dans ce propos rapporté par Michèle Guimelchain-Bonnet - *«Écouter, c'est commencer par se taire. Écouter, c'est accueillir l'autre avec reconnaissance telle qu'il se définit lui-même, sans se substituer à lui pour dire ce qu'il doit être. Écouter, c'est n'est pas vouloir que quelqu'un soit comme ceci ou comme cela, c'est apprendre à découvrir ses qualités qui lui en sont spécifiques. C'est être ouvert positivement à toutes les idées, à toutes les solutions, sans interpréter, sans juger, laissant à l'autre son espace et le temps de trouver la voie qui est la sienne. Être attentif à quelqu'un qui souffre, ce n'est pas donner une solution ou une explication à sa souffrance, c'est lui permettre de la dire et de trouver lui-même son propre chemin pour se libérer…»* (« L'écoute », *L'aide soignante*, N° 67, mai 2005, p. 31).

2.1.f. Fonction mère : Anticipation

La fonction anticipation correspond à une **latitude dans l'organisation du travail infirmier** en unité d'hospitalisation dans le cadre du rôle propre. Quand cette fonction vient à être écrasée par la charge de travail liée à la programmation de tâches, sous contrainte de temps, le soignant infirmier se voit placé dans une permanente obligation de faire et de répondre, ce qui annihile sa marge d'appréciation et d'organisation de son déroulé d'activités lié à la succession des tâches. Nous pouvons rapporter cette situation à une étude (pressnext) : *« La crainte de faire des erreurs»* chez les

professionnels infirmiers monte à 35 % lorsque les facteurs de pression temporelle sont forts, ils constituent alors l'un des facteurs principaux et montrent un gradian net avec la crainte de faire des erreurs. Par ailleurs, une augmentation de *« la charge cognitive peut conduire à un échec du raisonnement et entraîner des erreurs.»* (P.371).

La fonction anticipation correspond à la **possibilité ou la reprise par le professionnel de garder une marge d'appréciation et d'organisation** quant à ce déroulé d'activités.
Nous entendons principalement la fonction anticipation **en lien avec la clinique**. La fonction anticipation consiste alors en un repérage sémiologique précoce visant à anticiper les évolutions possibles des présentations, en termes d'ajustement, de correction et de réponse.
Ce repérage se traduit secondairement par la prise en compte et l'intégration de ces données dans la programmation d'activité du soignant.

Concernant la réalité de travail dans une unité de soins psychiatrique en lien avec la nature des personnes hospitalisées, Madeleine Monceau (Op.cit, p.115) fait la remarque suivante : *« L'imprévisibilité du sujet de soins suppose que le soignant en retour se situe dans un ajustement dialectique incessant, axé principalement sur l'observation, la capacité d'anticipation ou une grande liberté de jugement et de responsabilité, précisément un ensemble de dimensions non privilégiées dans l'optique actuelle de la profession»*. (Loc. cit.)

2.1.g Fonction mère : Engagement et de portage psychique

Nous n'avons pas réussi à séparer ces deux versants qui sont les déclinaisons d'une même fonction. En effet, la notion d'engagement est un mot fort. Il fait référence à une garantie de fiabilité, d'assurance. Nous retrouvons ce terme dans le vocabulaire usuel pour signifier effectivement des choix marqués. On parle alors d'engagement dans l'armée, d'engagement dans les ordres pour le religieux, et aussi sur le terrain politique avec l'engagement militant. Appliqué au domaine des soins infirmiers, l'engagement ouvre à une temporalité qui prend en compte la durée. Effectivement, dans bien des situations, il est difficile de savoir par avance la durée des soins, et nous rajouterons, ce à quoi ils engagent. Toutefois les questions de fiabilité des repères, de la parole vont dans le sens de cette continuité qui caractérise l'engagement.

S'agissant du portage psychique, celui-ci consiste en le maintien d'une préoccupation en direction d'un ou plusieurs patients. Cette préoccupation s'appuie en premier lieu sur les éléments *sensibles* des soignants, nous appelons ainsi les éléments d'ordre contre transférentiels, qui mobilisent la perméabilité, l'envie du soignant de soutenir une place particulière auprès de cette personne-là. On ne choisit pas complètement cette fonction de portage psychique, même si elle se travaille et s'élabore, si elle s'impose et fait son lit. Cette envie et cet investissement quand ils existent, sont un moteur précieux dans les prises en soin, dans le sens où ils peuvent constituer un support qui permet qu'à son tour l'engagement du patient soit possible. C'est par et sur l'engagement du ou des soignant(s) que va pouvoir se construire l'engagement du patient. Ce constat d'une temporalité assumée et d'un investissement, en constitue les caractéristiques, sans cela, on se trouverait face à un engagement qui *n'engage à rien.*

L'équipe est ici en position tierce et joue alors son rôle d'arbitrage. Lorsque que cet engagement est validé par le tiers équipe, il peut s'organiser autour de la notion d'infirmier référent. Autrement dit, cette notion référentielle peut se construire et prendre son sens lorsqu'elle peut venir s'étayer sur les modalités préalables de reconnaissance du lien ainsi établi.

Nous définissons **la fonction engagement et portage psychique comme la capacité de l'infirmier à soutenir durablement une qualité d'investissement auprès d'une personne soignée.** Il s'agit d'une capacité à tenir et à maintenir une permanence de pensées, susceptible de *main-tenir* sur un plan à valence symbolique ce sentiment d'une permanence pour le patient. Ainsi, on peut énoncer que sans capacité de portage psychique il n'y a pas d'engagement, et que sans engagement, il n'y pas de portage psychique.

Nous reprenons à Jean Furtos une définition de l'engagement dans un article qui a connu une forte notoriété. Il apporte une précision sémantique entre deux modes d'engagement caractérisant le deuxième par sa nature thématique et contractuelle. Du côté de *l'informel*, notre intérêt va pour la

première définition. L'engagement *« C'est d'abord, par le fait de la parole dite et écoutée, une modification des protagonistes de l'intersubjectivité, telle que leurs relations s'en trouvent modifiées d'une façon* ***irréversible, indélébile.*** *Ça n'a pas été " pour de rire" mais" pour de vrai" ; il y a désormais un lien partagé, bien que non thématique, c'est-à-dire sans promesse, ni contrat explicite».* (Les trois formes d'organisation groupale comme paradigmes de la relation thérapeutique, *Actualités psychiatriques*, nº 2, 1983, pp. 19-30, p. 23).

Cette fonction est d'ailleurs perçue comme une compétence pour cet infirmier ISP interviewé : « *Parce qu'on est d'abord soi même, et que l'on a envie. On n'a pas peur parce qu'on sait, et alors, on peut engager quelque chose. Celui qui ne s'engage pas c'est celui qui ne sait pas trop, qui hésite, qui a peur, qui n'a pas encore confiance dans ses capacités professionnelles. Celui qui a peur que l'on pense que ce n'est pas bien fait et qui du coup n'a pas tout à fait les compétences requises. Finalement, l'engagement, c'est des compétences».*

Cette fonction prend tout poids dans les cliniques de la durée, les suivis au long cours comme le souligne ce cadre lors d'un entretien : « *Quelque chose qui est prégnant et que je vis tous les jours et que j'observe tous les jours, et c'est ce que je dis aux étudiants DE, c'est que la psychiatrie c'est une histoire qui se joue à un moment donné entre le soignant et le patient. C'est quelque chose qui se met en place au fil des jours, des semaines, au fil des mois parfois au fil des années, et que tout ce qui se passe, c'est quelque chose qui est l'aboutissement, d'une connaissance mutuelle. Une connaissance de l'un et de l'autre, du registre de la confiance, du registre de l'intérêt que le soignant peut lui porter, de l'image qu'on peut lui renvoyer, de l'acceptation de sa souffrance. »*

3 Présentation récapitulative des fonctions du niveau d'investigation équipe

3.1 Fonction mère de Liaisons

- 3.1.1 Fonction d'Historisation
  - 3.1.1.1 Fonction d'Historisation en lien avec le patient
  - 3.1.1.2 Fonction d'Historisation lien avec l'institution
- 3.1.2 Fonction d'Alimentation de l'empathie
- 3.1.3 Fonction de Jugement de Beauté
- 3.1.4 Fonction de Mise en Lien Groupal
- 3.1.5 Fonction d'Actualisation Clinique
- 3.1.6 Fonction d'Information
  - 3.1.6.1 En lien avec des infos cibles
  - 3.1.6.2 En lien avec des infos générales
- 3.1.7 Fonction de Transmission

3.2 Fonction mère Coopération

- 3.2.1 Fonction de Coopération Déductive
- 3.2.2 Fonction de Coopération en lien avec la réactivité
- 3.2.3 Fonction de Coopération Pluri professionnelle (médecin/infirmier/aide soignant)
- 3.2.4 Fonction de Coopération des tâches
- 3.2.5 Fonction de Coopération en lien avec le prévisionnel d'activité
- 3.2.6 Fonction de Coopération évaluative
- 3.2.7 Fonction de Coopération Déontique
- 3.2.8 Fonction de Coopération « ruse de métier »

3.3 Fonction mère Élaboration

- 3.3.1 Fonction d'Évaluation des ressentis
- 3.3.2 Fonction Réflexivité
  - 3.3.2.1 En lien direct avec le patient.
  - 3.3.2.2 En lien indirect avec le patient.
- 3.3.3 Fonction d'Élaboration Décisionnelle
- 3.3.4 Fonction de Réglage de la distance

3.4 Fonction mère Coordination

- 3.4.1 Fonction de Coordination Ascendante

3.5 Fonction mère Thermométrique

- 3.5.1 Fonction Thermométrique en lien avec le groupe patient
- 3.5.2 Fonction Thermométrique en lien avec le groupe soignant

3.6 Fonction mère Respiration Psychique

3.7 Fonction mère Interstitielle

- 3.7.1 L'Interstice mono catégoriel
- 3.7.2 L'Interstice pluri professionnel

3.8 Fonction mère Organisation

5.3 CARACTERISATIONS DES FONCTIONS EN LIEN AVEC L'EQUIPE

Présentation récapitulative des fonctions du niveau d'investigation équipe

Préambule

Après s'être centré sur le patient et le professionnel, le troisième axe de l'observation porte sur l'équipe. Nous entendons ici par équipe, les professionnels présents sur l'unité au moment de nos séquences d'observation. Ces observations concernent toute ou partie de l'équipe pluri professionnelle présente dans leurs interactions.

L'observation commence à partir d'une interaction entre deux professionnels pour aller jusqu'aux temps de réunions spontanées et de relève. Cette dernière fera l'objet d'un traitement différencié.

Nos observations portent sur notre population cible : les infirmiers avec les échanges qu'ils ont entre eux et les avec les autres professionnels.

3.1. Fonction mère : Liaison

Nous entendons par fonction liaison l'ensemble des actions, informations, attentions (avec ou sans objet de convivialité), échanges, initiés par un ou plusieurs membres de l'équipe et à destination d'une partie ou du tout de celle-ci.

La particularité de cette fonction est qu'elle vise à alimenter le « Faire équipe», à réunir cette dernière autour de la tâche primaire qui lui est assignée (le soin) et à raffermir l'appartenance au groupe. Par ailleurs, cette fonction prend un relief particulier dans l'exercice en psychiatrie par le côtoiement de pathologies, principalement du côté de la psychose, qui confrontent à des mécanismes de déliaison de la pensée, éléments dissociatifs, dissonance cognitive, effets de l'identification projective…

Cette fonction comporte ces deux faces indissociables que sont la face professionnelle et la face interpersonnelle. « *Travailler ce n'est jamais uniquement, produire, c'est aussi vivre ensemble»* (Chilard Colette, Bonnet Clément, Braconnier Alain in Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie», Dejours C., *Le soin en psychiatrie, entre souffrance et plaisir*, Ed Xérès, octobre 200, p. 411).

- La face professionnelle réunit les éléments en liaison directe avec la clinique individuelle, groupale et périphérique avec les aspects institutionnels, professionnels et disciplinaires
- La face interpersonnelle comporte les informations, échanges d'éléments de nature collégiale, amicale, affective mis en circulation dans l'équipe.

Dans la fonction liaison nous verrons que les parties respectives professionnelles et interpersonnelles ne fonctionnent pas comme un couple d'opposés, mais comme des composantes d'un tout où l'apport qualitatif réside dans la mobilité des registres convoqués, en lien avec la fluidité du travail des chaînes associatives.

L'ensemble de ces fonctionnalités comporte des aspects qualitatifs qui alimentent le processus de construction d'équipe et sa cohérence d'ensemble. La notion de processus est importante, la coconstruction est un mouvement dynamique et permanent qui ne finit jamais.

Chaque groupe soignant est une entité psychique propre qui s'appréciera dans la qualité de ce mouvement.

Laurent Morasz et Al. définissent la fonction liaison *« par la potentialisation des capacités de pensée des uns sur celle des autres pour aboutir à une qualité de liaison psychique supérieure à la somme de celle de ses membres»*. (*L'infirmier (e) en psychiatrie*, Ed Masson, Paris, 2004 p. 271).

3.1.1 F. Historisation

Nous entendons par fonction historisation **la mobilisation et la convocation d'éléments de connaissance d'information anciens qui servent à éclairer la situation présente et contribuent à sa compréhension.**

Ce recours aux éléments de l'histoire et de l'expérience des soignants permet une mise en perspective de la situation présente, en recherchant dans celle-ci des similitudes et du déjà connu.

Ce fond de mémoire inscrit les préoccupations du moment dans un axe diachronique qui affirme la singularité de chaque lieu et de chaque institution en l'actualisant dans le croisement de l'axe synchronique du temps présent. L'activation de cette mémoire vive contribue au travail sur les situations du présent dans le sens où celles-ci sont susceptibles de devenir alors des possibles reproductions du passé avec ses variables. Cette fonction permet ainsi d'établir une dimension de continuité du temps. *« Tout en agissant, les praticiens (ici les infirmiers. Ndr) les associent à la situation inédite qu'ils rencontrent comme « des métaphores génératrices » (Shön, 1994) qui donnent sens à la situation présente de manière efficace. »* (Pascal Galvani, « Étudier sa pratique une autoformation existentielle par la pratique, Présence», *Revue d'étude des pratiqués psychosociales,* ibid.).

Et Donald A.Shön précisent dans (*Le praticien réflexif, A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Logique 1994, 418 pages, p. 178) *« C'est notre capacité de voir le présent comme une variable du passé et d'agir en conséquence qui nous permet d'appréhender les problèmes qui ne cadrent pas tout à fait avec les règles établies».*

Sur cette place de l'historicisation, Georges Gaillard pour sa part observe le potentiel de déliaison institutionnelle en lien avec *« ... les captations et les éradications de la temporalité qui infiltrent les jeux institutionnels. Les atteintes qui sont faites à l'histoire et à la temporalité attaquent et mettent en péril les processus identificatoires de l'ensemble des personnes participants de ces institutions (professionnels et usagers), elles libèrent d'intenses charges de violences mortifères».* (« *Les institutions à l'épreuve du lien»,* http://www.ccb-formation.fr/respect2/respect2.org/, 2004, p.12 consulté le 12 octobre 2011).

Son analyse porte sur les transformations de l'arrière-plan socioculturel qui se traduit par une modification du rapport à la temporalité qu'il nomme le *basculement de la vectorisation temporelle. « Tout se passe comme si un organisateur culturel central se renversait : le passé perd sa légitimité au profit du futur et de la valeur qui s'y associe, le chargement. Il s'opère donc une mutation telle que ce ne sont plus la durée, la mémoire et le passé qui font référence et modèle [...] ».*
(L'analyse de la pratique en institution : un soutien à la professionnalité dans un contexte d'emprise gestionnaire, *Nouvelle revue de psychologie,* janvier 2011, nº 11, 240 pages, p. 89).

Ce constat vient souligner les différentes et nécessaires places que revêt l'historisation. Nous remarquons qu'une fois décondensée la crispation synchronique sur l'immédiateté, la vectorisation temporelle refait son lit, comme on le dit d'une rivière. Il s'agit alors de déplier une temporalité adaptée et respectueuse de la temporalité psychique en direction des patients et de l'équipe. Cette dimension temporelle est également soulignée par Pascale Molinier quand elle conclue que *« L'équipe soignante doit pouvoir vieillir ensemble, sinon qui tiendra la mémoire des "différences" et qui pourra la transmettre aux nouveaux arrivants ? Or préserver et transmettre ce savoir pratique suppose d'avoir du temps pour parler ensemble en toute confiance».* (« Un éclairage psychodynamique de la notion de compétence ; à partir d'une analyse de la coopération infirmière», *Éducation permanente,* nº 132, juillet/septembre 1997, pp. 149-159).

Nous identifions d'autres propriétés à cette fonction historisation et nous pensons aux fixations hypermnésiques. Ces dernières parlent quant à elles de l'évènementiel dans la vie de l'unité, du service, voire de l'établissement. Nous entendons par évènement, le marquage du temps à travers le passage d'un avant à un après. La fréquence du recours à ce fond de mémoire dans le déroulement du fil narratif de la vie des unités, où la place nécessaire de la tradition orale reste vive, porte sur des moments à valeur fondatrice et unifiante. Ces moments, ces temps forts peuvent également concerner des évènements avec un potentiel traumatique et leurs effets désorganisateurs, ils constituent comme les précédents des éléments forts de l'identité d'une équipe. Une illustration peut être apportée à travers le propos d'un des médecins interviewés *« Nous avons eu un patient très violent qui nous paralyse, pire, il débranche le cerveau de tout le monde avant d'arriver. Il y a deux, trois noms comme cela que l'on peut retrouver, lâcher dans les couloirs. Le souvenir d'un patient qui s'était grièvement blessé et qui avait blessé une infirmière. C'est du passé, c'était il y a 10 ans et cela continue de flotter dans l'air. C'était il y a 10 ans et chaque patient réputé dangereux qui est annoncé réveille le trauma pour moi…».* L'impact de ce souvenir professionnel et la charge émotionnelle résiduelle sont logiquement retrouvés dans les propos d'une infirmière IDE suffisamment ancienne pour être un témoin direct de l'épisode ; *« Dans l'informel, les murs parlent, il faut alors faire attention aux paroles et aux comportements. Il existe des formes de transmission par contamination. Il apparaît important d'expliquer aux collègues ce qui s'est passé, de revenir sur cet incident grave* [d'une

infirmière blessée, Ndr], *Il nous faut circonscrire et apprécier la dangerosité, sans se focaliser à l'excès sur certains».*

La fréquence du recours à cette mémoire vive scelle alors la profondeur de son ancrage ou à l'inverse, l'éloignement de cette référence marquant sa transformation et son intégration progressive dans l'histoire de l'unité ou du service, et naturellement des acteurs qui la composent. Cette observation ne prend pas en compte les mécanismes défensifs principalement de type dénégatif qui peut accompagner ces situations à potentiel traumatique.

Enfin, cette fonction contribue à renforcer les continuités, affirmer les identités de services et d'établissements et constitue un axe de la transmission des savoirs par ses effets de modélisation, d'illustration et d'éventuelles transférabilités.

Par extension nous intégrons dans cette fonction l'ensemble des informations qui touchent la discipline psychiatrique : en lien avec la réglementation, le cadre législatif', les professions, les enjeux de société du moment que ces éléments historiques permettent une mise en perspective de la situation présente et contribuent à l'éclairer ou alimenter sa compréhension.

Ainsi, tous ces éléments de connaissance peuvent être mobilisés à deux niveaux : la fonction en lien avec le patient et la fonction en lien avec l'unité, le service ou l'institution.

3.1.1.1 *En lien avec le patient*

Il s'agit alors d'appréhender la situation du moment du patient, en s'appuyant d'une part sur la lecture de l'histoire que ce dernier a en commun avec l'équipe, et d'autre part sur la lecture des éléments significatifs qui l'ont jalonnée, mais aussi des éléments de connaissance que chacun peut avoir sur l'histoire de la personne. Les infirmiers les plus anciens sont souvent des réserves de connaissance sur les trajectoires des patients.
Cette recherche et ce rassemblement d'éléments de la vie de la personne s'inscrivent dans une tension holistique, dans le sens où il s'agit de tendre vers une notion de totalité, dépassant la primauté du symptôme et les réductionnismes en général.

L'holisme tend ici à prendre en compte les facettes multiples qui composent une personnalité et l'histoire d'un sujet. Il s'alimente des interactions que la personne entretient avec son environnement dans un mouvement de causalité circulaire où cette démarche clinique de majoration de la connaissance sur une personne est susceptible de réorienter la démarche et le projet de soin. C. Debout *« La causalité linéaire des phénomènes est rejetée, car jugée trop simpliste au profit d'une causalité circulaire qui reconnaît l'impossible exhaustivité de toute recherche d'étiologie».* (In « *Les concepts en sciences infirmières*» ARSI, éditions Mallet conseil, 2009, p. 277.)
La finalité concerne ici ce mouvement circulaire : renouveler, alimenter, injecter des informations, qui permet de garder de la mobilité dans le regard porté, dans une visée qui reste, par nature, asymptotique.

Ce mouvement et cette fonction d'historisation en lien avec la personne prennent toute son importance dans les suivis au long court où, la connaissance d'éléments nouveaux sur les particularités d'une personne est de nature à favoriser un mouvement de déport dans la manière de regarder, renouvelant alors les modes d'accès. Ce constat s'illustre dans les propos de cette infirmière IDE interviewée *« Si je prends l'exemple d'un patient, tiens, il a fait des études dans tel domaine, on n'était pas au courant et on l'apprend, et des fois, cela peut changer notre vision du patient. La possibilité de se dire qu'il en est arrivé là, à ce moment-là, qu'autrefois c'était autrement, et même si on n'arrivera jamais à revenir sur ce qu'il était avant, en tout cas, il a été autre chose et cela est important, important et aussi valorisant pour lui. Et puis cela modifie l'image que l'on a de la personne. Cela remet de l'humain.*
Je me dis, si on apprend que dans sa jeunesse ce patient a par exemple fait beaucoup de natation, voir qu'il a eu des médailles, alors nous allons y réfléchir, nous allons y penser autrement. Nous allons nous dire, tiens cela pourrait être intéressant d'essayer de lui proposer une activité en lien, peut être ne voudra-t-il pas, mais au moins on verra comment il réagit par rapport à ça, à ce qu'était sa vie avant ! »

Ces éléments de connaissance mobilisent autant de facettes de l'histoire d'une personne, ils ont, a ce titre, un potentiel de renouvellement de l'image que les soignants peuvent se faire d'un

patient, là ou quelquefois, les présentations cliniques, marquées par les mécanismes de répétition, réduisent ce répertoire de modalités de retour.

3.1.1.2 *En lien avec l'unité, le service ou l'institution.*

La fonction historisation en lien avec l'unité, le service ou l'institution, concerne la capacité à revenir à la source d'une pratique ou d'un fonctionnement qui a eu un impact organisateur dans les méthodes de travail et ce faisant, permet à celle-ci de garder leur sens en l'actualisant. Cette actualisation du contexte d'apparition, des enjeux, des réflexions, des luttes, parfois, qui ont été au fondement d'une modalité de travail, permet une mise en perspective qui contribue à la compréhension et à la mise en sens de l'action en cours. Au niveau de l'unité ou du service, c'est donc à une mobilisation et à une lecture des schémas de comportements adaptatifs, à des *habitus* que cette fonction d'historisation nous invite. En effet, ce concept d'*habitus* est repris par Bourdieu (p.148) qui lui fait jouer un rôle central dans sa théorisation de pratiques sociales. (Pierre Bourdieu, *Le sens pratiques*, Ed de minuit, 1980). Pour notre part nous reprendrons la définition de l'habitus tel que proposé par Lecordier: *« L'habitus est l'incorporation (physique, intellectuelle, affective) de structures objectives (codes sociaux, valeurs, organisations, institutions…) qui crée la subjectivité (représentations sociales, intuitions, habitudes…) nécessaire à l'action des agents ou des groupes d'agents qui eux même les reproduisent, les entretiennent et les font évoluer.»* (In « *Les concepts en sciences infirmières*»ARSI, éditions Mallet conseil, 2009, 292 pages, p. 186)

Cette question du sens est particulièrement sensible en psychiatrie, où par opposition distinctive, le non-sens fonctionne comme un symptôme.

3.1.2 F. Alimentation de l'empathie

L'empathie est un des éléments de la relation d'aide de Karl Rogers. Jacky Merkling : *« L'empathie est l'acte par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans éprouver pour autant les mêmes émotions que lui. »* (Le *métier d'infirmier en santé mentale*, Savoirs et pratiques, Ed. Seli Arslan, Paris, 2007 p. 243). L'empathie se définit alors comme la capacité à se mettre à la place d'autrui et à se représenter son état psychique.
À ce titre l'empathie constitue un des éléments moteurs qui va permettre, si ce n'est la rencontre, au moins le mouvement d'aller vers l'autre. Il arrive dans le réel des pratiques et l'obstination de la sémiologie psychiatrique que ces capacités individuelles ou groupales soient émoussées voir entamées.

Ceci nous amène à définir l'alimentation de l'empathie comme la méthode ou la capacité à ré ouvrir les fenêtres d'empathie. Cette méthode, portée par un soignant (qui peut être le référent, le cadre ou un membre de l'équipe) passe par la mobilisation, la remise en circulation de vignettes, d'anecdotes cliniques partagées autour d'un patient. Celles-ci ont en commun le côté insolite, hétéroclite, anecdotique, amusant, dans tous les cas prêtant à sourire. Elles peuvent être appuyées par un emprunt de voix, une imitation vocale et posturale utilisée dans un mimétisme cathartique. L'appui sur cette communauté de souvenir, teinté positivement, est alors de nature à remettre en circulation des représentations positives sur le patient contribuant à lever, au moins momentanément, les effets de lassitude, facilitant de ce fait le retour vers celui-ci. Cette fonction est bien repérée par l'un des cadres interviewés dans sa dimension de retour vers le patient. Ici, l'équipe attribue dans son imaginaire collectif une identité au patient : *« déjà le fait de l'imaginer comme ça, en grand patron ou en personne à responsabilité, quand on se retrouve face au patient, le fait de parler du patient même s'il est le même, on le perçoit différemment, on l'aborde différemment, on peut utiliser des mots différemment et on peut lui proposer des choses totalement différentes qu'on avait pas envisagées, et se mettre à créer un vrai projet et dans le partage, dans l'échange et dans le soin. ».*

Cette fonction est incidemment repérée dans le propos d'une infirmière IDE interviewée qui répondait à la question des qualités d'une bonne relève pour elle. Les propriétés de dédramatisation, d'évacuation, de retour à un état émotionnel moins chargé sont évoquées autour d'évocations à l'aspect moqueur *« Etonnament des fois il y a un peu de, je ne sais pas comment dire, pendant la relève, il y a des espèces de phrases, de moqueries, mais en fait je me dis que cela permet de dédramatiser par rapport aux patients ! Et bon, je me dis les étudiants ils doivent se dire : « ho, là, là, franchement c'est pas cool en psychiatrie…». Je ne sais pas, je me dis, je le vois comme ça ! Mais en*

fait je me rends compte que c'est une façon pour le collègue de se libérer de ce qu'il a subi… On a l'impression que ce qu'il a emmagasiné dans la matinée, faut que ça ressorte au moment de la relève»

Cette dimension rejoint les observations de Pascale Molinier (*Les enjeux psychiques du travail*, op. cit. p. 249) quand elle relève : *« La tonalité des échanges peut apparaître insolite, voir choquante pour des personnes extérieures* [comme nos étudiantes de l'extrait précédent, Ndr]. *Les situations décrites sont souvent pathétiques, pourtant, c'est la bonne humeur qui règne. Chacune s'ingénie à dédramatiser les situations vécues en déployant des prouesses d'inventivité et de fantaisie pour trouver de quoi rendre le quotidien amusant et cocasse. Pour le dire autrement, il s'agit d'inventer ensemble les ressources symboliques qui permettent de rendre le monde vivable sans pour autant en évacuer la souffrance»*. Et de remarquer in fine qu'en se « moquant» des patients, les soignant(e) s se moquent aussi d'eux-mêmes.

Cette fonction est mise en mots avec une grande précision clinique lors d'un dialogue en interaction avec l'action au cours d'une observation. Le DIA portait ici sur l'utilisation du mime dans la reproduction d'une manière d'être d'un patient, reproduction par ailleurs convaincante.
L'infirmière ISP interrogée précisera *« cette utilisation du mime répond à plusieurs fonctions, elle permet de faire du lien entre nous et de conforter ce lien, lequel conforte en retour la place de chacun. Elle permet ensuite d'évacuer des éléments contre transférentiels et concourent à leur transformation, c'est du bêta - défoulage* [en référence à la théorie de Bion, Ndr]. *Cela permet d'associer le bon moment* ***et*** *le patient. Enfin, cette dimension empathique renouvelée permet de retourner vers le patient avec une position psychique disponible et malléable»*.

La fonction centrale de l'alimentation de l'empathie réside dans le renouvellement et la diversification des modes d'accès au patient protégeant, ou y contribuant, des situations ou des vécus d'impasses. Nous caractérisons l'impasse thérapeutique comme la répétition du même en terme sémiologique, sans possibilité de transformation sensible, après l'utilisation du répertoire de ressources relationnelles et thérapeutiques d'une équipe. D'ailleurs, nous faisons le lien entre, d'une part l'importance et la qualité de cette fonction d'alimentation de l'empathie lié à la richesse du répertoire collectif d'une équipe, et d'autre part la rareté de l'émergence des problématiques d'impasses thérapeutiques ; et cela particulièrement dans les prises en soins de longues durées.

Enfin, la fonction de l'alimentation de l'empathie peut également concerner l'équipe dans le travail de mise en disposition psychique d'accueil, lorsque les soignants se mettent dans un contexte émotionnel adéquat face à une situation annoncée à l'exemple d'une admission. Cette mise en condition et en tension passe également par la convocation d'anecdotes favorables, partagées autour de situations clés. Cette mise en circulation est alors de nature à maintenir une disposition d'accueil, à partager le même niveau émotionnel dans l'équipe, et à abraser ou évacuer les mécanismes d'anticipation anxieuse.

3.1.3 F. Jugement de Beauté

Cette fonction est un emprunt direct à son auteur, Christophe Dejours. Ce dernier apparie dans ses travaux deux formes de jugement aux critères précis qui contribuent à cette rétribution symbolique attendue, et que constitue la reconnaissance du travail fourni.
Le jugement d'utilité porte davantage sur l'utilité économique, sociale ou technique des contributions fournies en vue de la réalisation du travail, et ce jugement est davantage porté par la hiérarchie. Pascale Molinier précise (*Les enjeux psychiques du travail*, Ed petite bibliothèque Payot, 2006, p.142), *« Le jugement d'utilité n'évalue pas les moyens utilisés, mais authentifie que les objectifs fixés ont été atteints»*. Concernant les infirmiers en général, cette notion d'utilité apparaît socialement reconnue et elle ne paraît pas menacer, à terme, par l'évolution des sciences et techniques ; les techniques et les machines ne rendent pas l'homme « inutile» dans ces métiers de l'humain et du « care ».

Cette question prend ainsi une coloration différente pour les infirmiers en psychiatrie en particulier. Dans cette discipline, les aspects curatifs sont moins prégnants au bénéfice des aspects liés à l'accompagnement. La disparition du diplôme de spécificité, en l'absence d'évolution notable des connaissances et des techniques (particulièrement dans le domaine de l'étiopathogènie et des traitements des maladies mentales), a pu être vécue à bien des égards comme un déni d'utilité sociale. En effet, le fait psychopathologique est là, il revient par effraction dans sa présentation la plus noire

dans l'actualité médiatique lors d'évènements dramatiques. Les besoins et les recours à la discipline se multiplient, les missions augmentent et se diversifient, et la spécificité disciplinaire du métier s'est vue mettre en cadre d'extinction au bénéfice de l'infirmier « polyvalent».

Toutefois, nous nous attacherons au deuxième jugement évoqué par notre auteur, le jugement de beauté dont il nous dit qu'il est lui-même double : *« Le premier volet consiste à reconnaître que le sujet travaille conformément aux règles de l'art [...] c'est par cette reconnaissance que le sujet est intégré à un collectif ou à une communauté d'appartenance. Le second volet consiste à attribuer au sujet des qualités qui la distinguent des autres : originalité, ingéniosité, c'est-à-dire ce par quoi quelqu'un est différent de tout autre».* (C. Dejours, « Intelligence pratique et sagesse pratique ; deux dimensions du travail réel» *Collection permanente* nº 116, Ed ateliers graphiques St Jean-Guy Jobert, p. 65.*)*

Dans un autre ouvrage, l'auteur apporte cet ajout concernant les particularités du travail en psychiatrie : « *Le jugement de beauté qui connote la qualité, la beauté d'un travail, la belle ouvrage [...] est encore plus important à l'égard de la santé mentale [...] car en reconnaissant la qualité de mon travail, l'équipe m'accorde, de facto, l'appartenance à cette équipe ».* (Cité par C. Chilard, C. Bonnet, A. Braconnier in *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, C. Dejours, *Le soin en psychiatrie, entre souffrance et plaisir,* Ed Xérès, octobre 200, p. 412).

Cette forme de validation qui confère l'appartenance à l'équipe, n'est pas sans rappeler les modalités du ***contrat narcissique*** (R.Kaës, 1987, P. Aulagnier, 1979) qui scelle ces intégrations dans un groupe, dans une équipe à moment donné. Pour Paul Fustier, il s'agit « *pour le « nouveau» de comprendre le récit et d'entendre les messages, de le prendre à son compte pour transmettre à son tour les valeurs et les idéaux qui lui sont proposés. En retour, il aura place dans l'institution, il en deviendra membre et sera reconnu comme sujet […]. Les nouveaux qui relatent cette expérience l'associent fréquemment à l'impression qu'ils ont ressentie d'avoir été acceptés par l'équipe, en quelque sorte intronisés ou intégrés à celle-ci à la suite d'un petit évènement significatif».* (Paul Fustier, *Le travail d'équipe en institution,* Ed Dunod, Paris, p. 12). On peut alors faire le parallèle avec la définition de C. Dejours sur le jugement de beauté en psychiatrie, au moins pour les formes positives et non sadiques de ce contrat narcissique. Nous pensons ici Pour L. Morasz, ce contrat *« garantit à chaque soignant un investissement narcissique minimum du groupe à son égard, en échange de son propre investissement du groupe»* (L.Morasz et Al., *L'infirmier (e) en psychiatrie,* Édition Masson, Paris, 2004, p. 276.)

Le jugement de beauté concerne un avis sur le métier dans une approche de définition de ce que serait le « bon travail, le beau travail». Cet avis partagé uniquement entre les acteurs de terrain (ici les infirmiers), devient un jugement de pertinence lorsqu'il réalise un consensus d'abord quant à une manière de faire ou de procéder. Le jugement de beauté existe donc de manière horizontale entre les pairs organisés dans un mode de fonctionnement de type collectif, et généralement en défaut du soutien et de valorisation de la part de la hiérarchie et des prescripteurs. Ce jugement se situe également en dehors des protocoles et des savoirs procéduraux ; quand il est exprimé, il concerne principalement des actions que l'on nommera « *Cœur de métier*», savoirs d'action et savoirs incorporés.

Le jugement de beauté consacrera alors un « art et une manière de faire» et en tissera quelques lettres de noblesse qui généralement resteront au sein du groupe de référence, mais qui contribueront à alimenter les autorités de compétence. Son expression et son utilisation nécessitent, de la part de ceux qui le formulent, une connaissance fine des contraintes liées à la situation et de celles liées à la finesse et l'adaptation des ressources mobilisées. Cette fonction jugement de beauté peut prendre aussi une valeur d'exemplarité, elle alimente alors les fonds de mémoire collectifs, elle nourrit les récits, elle trame les histoires des groupes. À titre d'exemple, nous pouvons citer, désamorcer et faire tomber une présentation exaltée avant la limite de la coercition physique (fonction contenante), trouver le point de rencontre et d'adhésion à un traitement chez un patient réticent (fonction d'alliance thérapeutique), pénétrer l'univers mental d'une personne en situation de grand retrait (fonction de construction du lien), proposer une autre scène et une autre lecture d'un envahissement délirant permettant une mise à distance au moins momentanée (fonction décalage) etc..

Si la fonction jugement de beauté concerne préférentiellement un groupe de manière horizontale, elle peut parfois s'exprimer de manière plus verticale et concerner une équipe pluri professionnelle. Elle en signera alors des aspects qualitatifs et fédérateurs. Nous ne pouvons que souligner l'importance de ces formes d'espaces de soutien et de valorisation, qui quand ils existent,

valident les expériences, renforcent les sentiments d'appartenance, la cohérence avec la tache primaire, et favorisent la mobilisation des ressources. Ces retours ont également pour effet de sécuriser, valider et structurer les cadres internes des soignants, en cela ils possèdent une puissance de légitimité.

3.1.4 F. Mise en Lien Groupal

Nous entendons par la fonction de mise en lien groupal le temps préalable d'acclimatation, de mise en tension de travail, de mise en disposition psychique lors de la prise de contact avec l'équipe présente.
Cette mise en disposition psychique, propre à accueillir la charge mentale et la charge psychique afférente à la séquence de soin, est elle-même dépendante de la capacité de chaque soignant de se libérer significativement de ses propres préoccupations personnelles. Suivant les modes d'adaptation au travail de chacun, les effets régulateurs, distanciateurs, voire structurants, de la relation au travail, pourront agir ou non.

Le temps de mise en lien groupale est donc également le temps d'évaluation de sa capacité à se mettre au travail dans une opération empirique qui évalue d'une part la charge psychique liée à sa situation personnelle (ses soucis) et d'autre part les effets protecteurs ou non de la mise en situation de travail. Le résultat en sera l'évaluation du degré de disponibilité et pour les équipes fonctionnant en collectif, la communication de cette évaluation qui peut se traduire par des arbitrages dans les repartions de tâches.

Ce temps est généralement observé au moment de la prise de poste, il peut devancer l'horaire de travail effectif et fonctionne comme un sas entre d'une part l'extérieur et le personnel et d'autre part entre le réel du travail et le professionnel. Ce temps d'ente deux, ce n'est pas encore du travail, mais la personne étant au travail, ce temps lui permet alors de percevoir le réel des situations de soins à travers la lecture des éléments d'ambiance et l'attitude de l'équipe présente avant la prise de poste.
Cette pratique de devancer l'horaire réglementaire est mise en mots par un des infirmiers IDE interviewés : « *Par exemple l'après-midi c'est deux heures et quart, moi j'arrive au alentour de deux heures. En même temps je comprends les gens qui veulent arriver à deux heures et quart. Moi j'ai besoin pour me rendre compte, le temps d'un café, euh, me rendre compte avant la relève de comment elle est l'ambiance!... J'ai envie d'avoir ces informations. L'après-midi ce quart d'heure n'est pas pris en compte celui-là.»*.

Avec ou sans devancement, ce temps est pour Michel Nadot, un temps où l'infirmier (e) : « *va se changer au vestiaire, se laver les mains et d'une certaine façon, capter une foule d'informations lors du démarrage de l'équipe au travail. Et d'ailleurs là, elle va échanger avec ses collègues, tout en ayant l'impression de ne pas travailler et de seulement papoter. Or elle organise déjà sa journée de travail et celle des autres ». Carnet de Santé, Entretien avec Nadot Michel, février 2009,* htpp://www.infirmiers.com. consulté le23 sept 2010).

L'activation de cette tension de mise en travail et au travail peut se mobiliser dès l'arrivée sur le site comme le remarque cet infirmier IDE lors d'un entretien : *« Dès le départ, j'ai l'impression qu'on se met dans une position où on va faire attention aux gens, attention aux moindres choses. Il s'agit d'arriver à repérer s'il y a quelques choses qui ne va pas, puis du coup en faire découler quelque chose… Alors, je ne dis pas qu'on est tout puissant, des fois on passe à côté ! Mais, ouais, dès, dès qu'on passe l'accueil. Même avant l'accueil ! Je pense que dès qu'on sort de la voiture, là voilà, on a une attention plus, plus accrue.»*

Ce temps, s'il concerne ainsi le groupe soignant sur une unité fonctionnelle, peut également être inter unités, quand il existe une unité de lieu où se retrouvent les soignants sur un temps interstitiel.

NB : Quand il devance l'horaire réglementaire, le temps de mis en lien groupal permet de percevoir le réel des situations de travail à travers la lecture des éléments d'ambiance et l'attitude de l'équipe présente avant la prise de poste.

Certains éléments caractérisent ce temps :

- Glissement progressif des thématiques personnelles au profit des thématiques professionnelles.

- Actualisation des données et des informations du moment à travers l'activation de la chaîne associative. Ce dernier terme concerne le travail d'enchaînement des idées dont le point de départ est un propos polysémique qui ouvre à l'abaissement du coefficient d'induction associative. Ce mécanisme consiste à partir d'un propos à thématique générale, comportant de multiples portes d'entrée, de permettre de manière emboitée le déploiement des chaines associatives.

Ce propos peut s'originer dans des thématiques non professionnelles pour s'orienter et se mettre en phase avec la mise en tension professionnelle. Ces caractéristiques ne sont pas sans évoquer une **forme d'étirement psychique**, à l'image de l'étirement physique qui annonce une mobilisation corporelle particulière.

- Montée en charge, rassemblement des éléments constitutifs (niveau d'attention, de concentration, d'anticipation) de la tension psychique propre à la situation de travail.

- Mise à distance de l'anxiété de prise de poste par l'accès à un niveau de quiétude satisfaisant et propice aux expositions ultérieures.

Ce dernier mécanisme est illustré par le propos d'une des cadres interviewées quand elle fait état de son arrivée impromptue un dimanche matin à 6 h 50, juste après la prise de poste, et précisant qu'à sept heures l'équipe s'est mise en activité : *« C'est comme un moment à eux qui n'est pas à eux, un moment qui est dans le boulot, mais qui n'est finalement qu'à eux même, ils se l'approprient… C'était… c'était merveilleux à voir, c'était les pieds sur les chaises, on sirotait le café, pas de blouse, c'était dans une tranquillité, dans une quiétude… On avait un sentiment, non pas de jouissance, mais de vrai plaisir, vraiment. Enfin, c'était tellement…Comme si c'était un moment où je ne pouvais pas voir quoi que ce soit.»*.

Il ne s'agit pas pour nous de conforter l'image surannée de l'infirmier psychiatrique buveur de café, mais de proposer une lecture plus proche de la réalité de nos observations. La situation se passe un dimanche matin, dans un entre-deux à quelques minutes de la mise en activité et en éveil de l'unité, ce temps partagé de quiétude et d'homéostasie groupale à valence de préparation, de concentration, de mise en disposition. Cet exemple se passe par ailleurs dans une unité où la qualité d'immersion et le déploiement de la fonction contenante traduisait se par un faible niveau d'excitation résiduelle, avec ses signes, pas de cris, pas de coups frappés aux portes.

3.1.5 F. Actualisation Clinique

Nous entendons par la fonction actualisation clinique, l'activité qui consiste pour le ou les soignants, à faire le point sur son action en lien avec un soin direct ou indirect au patient, et sur la présentation et l'évolution clinique de ce dernier à un instant T. Cette fonction peut concerner l'immédiateté de l'action ou se déployer sur des actualisations plus larges. Il s'agit alors de faire le point sur les données, les informations en possession des soignants, voir sur le projet de soins ou ses évolutions. La particularité de ce travail d'actualisation des données réside dans son aspect non programmé, c'est alors un contact visuel ou une trace significative qui initie et permet l'évocation de la situation de la personne entrevue. Cette dimension est relatée par une infirmière IDE interviewée alors qu'elle évoquait le déroulement d'un temps de pause (fonction interstice mono catégorielle) « *On parle bien sûr très souvent des patients, et puis souvent ils viennent nous voir ou ils nous interrompent* [les portes restent ouvertes sur ces temps Ndr] *et puis on se dit « Tiens, comment il va lui ?» Et du coup je trouve qu'après on est plus attentif aux patients…».* Le moment du repas est également propice à l'activation de cette fonction pour cette infirmière IDE : *« On va parler de choses personnelles et d'autres en lien avec le travail, et puis souvent, on va parler de tel patient parce qu'on le voit, parce que la porte est ouverte et on peut les voir. Alors, on échange des commentaires sur ce patient».*

Nous avons été les observateurs de cette fonction à plusieurs reprises. Lors de l'une de ces séquences, l'observation portée par un infirmier après le passage du patient aperçu dans l'écart angulaire de la porte entre-ouverte concernait les trajectoires utilisées par celui-ci. L'observation portait sur l'absence d'aléatoire quant aux trajectoires empruntées et sur leur détermination en lien avec la disposition de carreaux de couleur au sol. Ou encore cette observation de cette infirmière IDE interviewée *« On a toujours dans notre champ celui qui vient de passer, j'ai entendu M qui vient de passer parce qu'on reconnaît les pas, on reconnaît les démarches. S'il passe par là, ce n'est pas pour rien parce qu'il pourrait faire le tour du service pour ne pas être vu, mais il ne le fait pas. Il passe devant nous, il sait où nous sommes».*

Cette actualisation est caractérisée par son aspect spontané, il ne remplace pas les temps plus formels où ces informations peuvent être renseignées, mais il vient plutôt en complément, s'appuyant sur des mécanismes cognitifs différents. La concentration laisse la place à une certaine disponibilité, l'évocation ne répond pas à une contrainte de mobilisation, mais à une forme de plasticité psychique. Ce n'est pas le soignant qui convoque le réel, mais les micros situations du réel qui convoquent le soignant. Cette fonction peut également se situer lors d'exécution d'une tâche programmée qui ne nécessite pas une attention trop soutenue.

3.1.6 F. Information

Nous entendons par fonction information le mouvement qui consiste à aller à la rencontre, à aller se saisir de l'information, celle-ci peut être alors de nature clinique, institutionnelle, d'ordre professionnel, et plus généralement de tout domaine en lien avec l'activité et la nature du travail du soignant. Cette fonction transversale à l'activité soignante peut prendre parfois une telle densité que des opérations de sélection, de priorisation et de hiérarchisation sont alors nécessaires, de façon à optimiser les apports informatifs et limiter les informations perdues. Par ailleurs, ce flux demande un travail de gestion des informations à des fins d'analyse, de diffusion, de stockage, d'orientation. D'autres opérations liées à leur traduction en termes de prévisions d'actions, d'adaptation aux systèmes culturels en présence sont également nécessaires.

Michel Nadot (2008), dans un travail de recherche sur l'observation rigoureuse du réel de l'activité des infirmier(e) s à l'hôpital, en propose une lecture qui comporte 14 groupes de pratiques. Ces derniers permettent de repérer et de lire précisément l'activité réelle effectuée par ces soignants. Il retient en premier lieu pour le groupe le plus représenté et le plus exigeant « *La pratique complexe de gestion de l'information*» dont il nous dit « *Pensons, par exemple, aux sources potentielles de l'information et à ses modes d'expression auxquels nous sommes confrontés quotidiennement cette information peut être :*

- *subie ou recherchée ;*
- *verbale ou non verbale, audible, visuelle, olfactive, gustative, kinesthésique ;*
- *téléphonique, bureautique, documentaire, informatique, sonore, musicale, esthétique ;*
- *en provenance d'un espace-temps précis, d'un groupe (colloque d'équipe, visite médicale), d'un individu, de l'environnement de travail ou externe à lui, d'un positionnement égalitaire ou hiérarchique, politique ou stratégique, etc. »*

(Sous la direction de Clémence Dallaire, Michel Nadot, *Le savoir infirmier, Au cœur de la nuit et de la profession infirmière*, chapitre 14, Édition Gaëtan Morin, 2008, pp. 372-373).

Ces multiples sources se conjuguent avec des niveaux d'informations et de dévoilement différents, du colloque intime que génère la relation soignant/soigné, de l'animation de groupes, aux espaces communs du collectif de travail, jusqu'à la parole en réunion clinique ou institutionnelle. Par ailleurs, l'auteur précise à propos de l'information « *On reste ainsi soumis aux aléas de l'existence humaine et aux contraintes des organisations de santé, puisque les compétences réclamées par l'activité dépendent de l'information perçue, traitée et décodée*». (Nadot, op. cit. p.373).

Enfin, cette caractérisation de la fonction de mise en circulation de l'information peut intégrer alors un aspect formatif dans le sens d'une actualisation des connaissances. Pour notre part, nous retiendrons comme qualité intrinsèque à cette fonction information, la nécessité de sa réception et de son passage, c'est-à-dire que *« La circulation de l'information n'est possible que dans ce double mouvement de mise à disposition et de se saisir. »* (Les soins infirmiers intra hospitaliers, G. Anselme, J-P Lanquetin et P. Quinet, *Soins Psychiatrie*, 1998, N ° 19, pp. 26-31).

Nous repérerons ici deux niveaux dans le passage de d'information : **l'information cible et l'information générale**.

3.1.6.1 L'information cible

Elle concerne les informations pratiques, à court terme, que le professionnel doit savoir pour les intégrer dans sa programmation d'activités et pour rester fonctionnel dans sa séquence de travail. Ces informations concernent donc la **partie exécutive de la fonction** en lien avec l'obligation de faire.

Pour autant ces informations ne répondent pas à la question du comment et rarement à la question du pourquoi.

Cette fonction est très souvent citée comme nécessaire au moment de la prise de poste pour le côté pratique et opératoire de l'information. Le mot opératoire est utilisé ici dans le sens qui consisterait à faire l'économie d'un travail de la pensée. Cette fonction répond alors à la question, *Que faut-il que je sache ? Qu'est-ce qu'il y a faire de programmé ?* Ces questions de bases, limitées aux dernières heures, permettent la programmation et une première projection du travail à venir sur la séquence qui s'annonce. Toutefois, les limites de ces informations ciblées sont tout aussi régulièrement évoquées dans le sens d'une perte, à l'image des propos de ce médecin interviewé sur une « bonne» relève : *« Il arrive que l'on se fasse piéger par des éléments du quotidien, des éléments centrés sur les symptômes, les éléments marquants des douze dernières heures. Par exemple, « un tel a bu hier, il a encore été bruyant, il nous a mal parlé» au dépend d'une mise en perspective alors en défaut qui nous ferait dire, « Oui, cette personne est un alcoolique chronique elle est extrêmement abandonnique et dépressive, elle joue quelque chose avec nous».*

3.1.6.2 L'information générale

Elle concerne l'ensemble des informations du registre clinique, professionnel, institutionnel ou de tout autre registre qui permettent de penser, d'alimenter les connaissances ou la réflexion, de favoriser les compréhensions et les mises en sens. Cette information générale peut intégrer les éléments de contexte et favoriser les prises de recul. Il s'agit d'une information pas forcément utilisable dans l'immédiateté de l'action, mais **indispensable dans la construction professionnelle**.

3.1.7 F. Transmission

Nous entendons par transmission l'ensemble des informations et des apports faits par les membres les plus anciens dans l'équipe, dans le métier ou dans l'institution en direction des plus jeunes dans le métier ou dans le service. Qu'elle soit de nature générationnelle et liée au diplôme initial, ou liée à l'antériorité de présence sur l'unité, la fonction transmission est entendue dans ce sens unilatéral avec le volet formatif que sous-tend ce mode de compagnonnage. C'est le sens du propos de cette infirmière IDE interviewée qui vient illustrer cette fonction : « *Non, je me dis qu'il faut juste de l'expérience, et là pour le coup je crois que les anciens sont importants. Ils sont importants parce que je me dis que ce sont eux qui m'ont fait le plus de remarques par rapport à des choses ou moi j'étais un peu trop carrée. Du coup, je suis contente d'avoir appris à côté d'eux parce qu'ils m'ont transmis quelque chose de l'humain, quelque chose de très humain par rapport aux patients qui ne sont pas forcement coller une étiquette. C'est aussi nous faire comprendre que l'humilité est de mise dans le sens où il n'y a pas de recettes, que l'on peut se planter et que c'est important alors de repérer et d'en parler…».*

Note : La fréquence, le volume, le niveau de croisement et de partage interprofessionnel dans l'activation de cette fonction apparaissent comme un critère qualitatif de l'organisation en se rapprochant alors d'un modèle *« d'organisation apprenante».*

3.2 Fonction mère : Coopération et collectif de travail.

Cette fonction centrale dans le travail des équipes est abordée sur ces deux aspects inséparables et interdépendants. La fonction de coopération et le collectif de travail sont ici les deux jambes sur lesquelles s'appuient les équipes pour marcher dans la réalisation de leur tache primaire, de leurs missions. Les fragilisations de leur construction et de leur déploiement entrainent des appuis insuffisants qui peuvent alors s'apparenter à des formes de claudications pour reprendre notre image.
Nous verrons successivement les éléments de caractérisation et les propriétés des deux versants de cette même fonction : la fonction **coopération** et les **collectifs de travail.**
La fonction coopération sera ensuite déclinée en huit fonctions primaires aux caractéristiques différenciées, toutes intègrent constitutivement les qualités présentées ci-après :

La fonction coopération

Le Wikidictionnaire propose une approche de cette fonction telle que la coopération comme forme d'organisation collective qui encadre parfois des relations économiques. Elle existe

- sous des formes spontanées, souvent individuelles, en particulier avec les systèmes d'échanges locaux ;
- sous des formes organisées par des structures (économie solidaire) ou par des contrats.

Dans un système basé sur la coopération, les différents acteurs travaillent dans un esprit d'intérêt général de tous (les acteurs). Cela suppose un certain degré de confiance et de compréhension. La coopération est antagoniste à la concurrence.

Nous appuyant sur cette approche, nous entendons par coopération l'ensemble des liens et des actions que les soignants mettent en commun en vue de réaliser leur activité (au sens de pratique) commune.

En parallèle, nous retenons ici la proposition de C. Dejours « *Il existe toujours un décalage entre l'organisation du travail prescrite, ce qu'on désigne sous le non de* ***coordination****, et l'organisation du travail effective, ce que l'on désigne sous le nom de* ***coopération****.* ' (C. Dejours « *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*», Ed Ères, Braconnier/ Chilland, 2010, p. 409).
Les logiques de coopération visent la conduite des actions parfois dans le remaniement consensuel de l'organisation prescrite (C'est la question de : comment on le fait), et dans les initiatives
Un exemple de coopération marquée par un crédit de paroles et une forme d'autorité de compétence est apporté par un des cadres interviewés *: « Je me rends compte que ce qui est vraiment important, c'est que tout le monde est vraiment dans le respect de la connaissance de l'autre et qu'il n y a pas d'ambiguïté dans ce qui peut être dit, il n'y a pas de démenti, il n'y a pas d'idées qui sont contre carrées. C'est vraiment écouter le collègue dans la connaissance qu'il a de l'autre. Je crois qu'on est tellement respectueux de ce que le collègue peut dire que même si on n'a pas cette vision-là, à ce jour, on reste plus sur ce que le collègue a dit pour vérifier ce qui s'est dit au fil des jours, comme si c'était… une autorité naturelle. Lui, aujourd'hui il sait, il me partage son savoir».*

Les collectifs de travail

La coopération suppose donc des relations horizontales entre collègues, une construction humaine faite de relation d'interdépendance, de compréhension mutuelle et de confiance. La réunion de l'ensemble de ces qualités suppose la création d'un élément-cadre qui les contient. Cet élément cadre, nous le nommerons également **collectif de travail**, il se constitue dans sa capacité d'accueil et dans sa logique de fécondation des pratiques de coopération. Ces éléments qualitatifs échappent aux logiques à formes prescriptives, tout comme à l'injonction managériale, sauf à produire de l'énoncé paradoxal. En effet, il est paradoxal d'énoncer des injonctions telles que : *Soyez solidaire, Soyez spontané, Soyez généreux, en confiance, créatif...* L'énoncé de ces sommations les vide alors pour une bonne part de leurs contenus. Leurs déploiements ne sont possibles que dans le respect du statut d'indécidabilité de leur place. Ces éléments qualitatifs appartiennent à chaque acteur du collectif. Leurs mobilisations en sont naturellement favorisées quand ils peuvent s'adosser à des cadres propices, dans un mouvement à valeur heuristique que dessinent les contours d'une invitation. Il s'agit alors de susciter ces possibilités de mode de travail en commun. À cet endroit les pratiques managériales ou prescriptives, qui s'appuient et fonctionnent sur ces logiques de coopération, sont

alors facilitantes. Nous reprenons là un constat mis en évidence par Christophe Dejours (Op. cit. p. 415) *« Selon que la hiérarchie (en particulier administrative) interprète l'écart entre la conception d'un service et le service effectif, comme un dysfonctionnement ou au contraire comme un écart consubstantiel au type d'activité (de soin), les salariés se trouvent déstabilisés ou au contraire reconnus et accompagnés.»*

Le partage de ces éléments qualitatifs est alors susceptible de déplacer les lignes de frontière du collectif, qui peut concerner quelques personnes dans une équipe donnée (c'est-à-dire un ou plusieurs sous-groupes), pour concerner le groupe équipe infirmière dans son ensemble, puis le groupe équipe pluri professionnelle de manière élargie. Les qualités de fonctionnement d'un collectif sont proportionnelles à l'étendue de son assise, de son implantation.
Sa co construction part d'une centration sur la tache primaire qui est assignée au groupe, ici le soin psychique, et sur les déterminations partagées quant aux manières les plus adéquates de le réaliser.
La formation du collectif repose un ensemble d'éléments qualitatifs partagés :

- Un partage du socle de valeurs engagées, valeurs qui peuvent s'étayer ou non sur des références communes quant à un modèle théorique.
- Une relative homogénéité des seuils d'investissement engagés dans le travail, et des niveaux de mobilisation suscités.
- L'adéquation aux règles que le groupe se donne pour accomplir sa mission.
- Des relations inter personnelles basées sur la connaissance des fonctionnements de chacun, et cimentées par un climat de confiance.

Ces qualités participent à la construction du sentiment d'appartenance à un collectif de travail et, secondairement, à une unité ou un service, une profession. Ce sentiment d'appartenance à des valeurs partagées, à des conceptions de soins, devient le lieu de la **mise en cohérence entre culture de travail et réalité des pratiques**. La réunion de ces éléments constitue par ailleurs le socle des constructions des identités professionnelles. Une nuance d'importance, génératrice potentiellement de confusion, existe souvent autour de cette notion de cohérence, et ici de cohérence d'équipe. Le mot cohérence vient du latin : co = avec, ensemble et haerere = être fixé à. La cohérence prend le sens d'aller ensemble, et l'incohérence pointe ce qui sépare. Nous voulions insister sur le constat que les vecteurs de cohérence s'originent davantage dans le partage et l'accord des valeurs qui sous-tendent l'action, que dans l'application par tous d'un même modus operandi, quant à l'abord des situations à traiter ; cette dernière approche étant réservée à quelques situations cliniques dûment identifiées.

Pour Pascale Molinier (Op. cit. p. 250), le collectif participe des *«… stratégies de « domestication» du réel qui lui sont contingentes. Elles ne s'élaborent que s'il existe un collectif de règles infirmières. La pérennité du collectif est tributaire du désir de mettre en partage son expérience du travail avec les collègues. Ce qui implique d'être en accord avec ce que l'on fait».*
Pour caractériser les qualités d'un collectif de travail, nous reprendrons cette définition proposée par Marie Alderson, (*« la psycho dynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques»* Erudit, Santé Mentale au Québec, volume 29, numéro 1, printemps 2004, pp. 243-260.)

« Le collectif de travail est un système social nécessitant - pour assurer sa formation, son maintien et son renouvellement, l'engagement, la mobilisation, la collaboration, la solidarité, d'authentiques liens de confiance réciproque et la loyauté de ses membres. La construction et le maintien des collectifs sont conditionnés par les pratiques managériales et l'organisation du travail dans lesquelles ils s'inscrivent. En effet, lorsqu'ils existent, les collectifs peuvent être fragilisés, voire même détruits par des pratiques managériales qui, soit viennent brusquement changer les règles du jeu en transformant la souplesse organisationnelle en rigidité, soit instaurent une concurrence excessive entre les travailleurs dans un contexte de peur générée par l'insécurité d'emploi».

La place et l'importance de l'établissement de relation de confiance comme élément moteur de la relation de soin et des coopérations d'équipes, constituent un des piliers du travail en psychiatrie. Ces enjeux étaient relevés précédemment dans un article *« C'est cette même idée de confiance, de partage qui organisera un collectif constitutif d'une équipe, lieu formateur d'apprentissage croisé et matrice d'une dimension institutionnelle du soin… Dans toutes ces situations, nous retrouvons une idée de circularité de cette notion de confiance qui vient renforcer les actions de chacun dans une sorte de légitimation, de libération des potentiels créatifs et de construction des collectifs de soins»*

(Jean-Paul Lanquetin, Béatrice Delgado, Catherine Burte, « Clinique d'ambiance et travail en équipe», *Soins Psychiatrie*, nº 248, janvier/février 2007, pp. 36-40). Nous établissions dans cet article un lien organique entre l'ambiance de travail et le travail sur la confiance dans les collectifs.

Ce constat rejoint celui établi par Charlaine Durand, *« L'ambiance de travail leur tient donc très à cœur* [aux infirmier(e) s, Ndr] *parce qu'elle participe à construire une cohésion,* ***un collectif de travail*** *fondé sur cette solidarité professionnelle, qui deviendra une ressource importante capable de les étayer dans les situations professionnelles difficiles».* « La communauté de valeurs, le cas de la profession infirmière», *Gestion Hospitalières* nº 492 - janvier 2010, pp. 19-27)

3.2.1 F. Coopération Déductive

Nous entendons par coopération déductive la programmation d'activité individuelle, prescrite ou non, en lien avec la réactivité ou non, mais qui se manifeste dans son articulation au collectif. Ce point de l'articulation Individuel/Collectif peut recouvrir alors certaines propriétés et certaines qualités. Dans cette coopération c'est la connaissance des actions menées par les autres membres de l'équipe qui permet à l'infirmier de déduire les actions qui lui restent à mener, dans l'équilibre de la répartition de la charge globale et l'estimation de la temporalité afférente. La qualité de cette coopération augmente proportionnellement avec les liens de confiance présents dans le collectif de travail fondé sur les connaissances fines et croisées que chacun peut avoir des manières de faire de l'autre. Cette coopération peut donc être tacite, les articulations de travail « vont sans dire» et elles ne se parlent alors que lors de leurs modifications et réorganisations pour leurs côtés inhabituels, ou autour de la présence d'artéfacts contrariant leurs réalisations.

3.2.2 F. Coopération en lien avec la réactivité

Nous entendons par cette fonction l'intégration d'éléments nouveaux dans la programmation d'activité du soignant. Cette intégration prend en compte alors des éléments nouveaux perçus par les soignants au titre de la réactivité (voir fonction Réactivité en 233). Elle nécessite ici une reprogrammation de la charge mentale, et la particularité de cette fonction concerne le lien d'articulation avec les autres soignants de l'équipe. Cette articulation peut être manifeste quand l'équipe, partageant le même niveau de réactivité, est témoin de son activation pour l'un des membres. Elle peut se mettre en parole ou rester non verbale quand l'élément signant le déclenchement de la réactivité redevient silencieux, traduisant aux yeux des collègues, l'intervention d'un des leurs.
Dans le cas de soignant en position isolé (infirmier veillant seul), cette coopération déductive peut concerner une ou plusieurs unités limitrophes.

3.2.3 F. Coopération Pluri professionnelle

La coopération pluri professionnelle concerne les zones de coopérations que les infirmiers entretiennent avec l'ensemble des métiers présents dans l'équipe pluri professionnelle.
Si cette coopération concerne de manière préférentielle les binômes Médecins/ Infirmiers et Infirmiers/ Aides soignants, elle implique les autres corps professionnels telles les professions ; cadres de santé, assistantes sociales, psychologues, ASH, rééducateurs médicaux techniques, secrétaires et tout autres métiers présents à un instant T dans l'équipe.

Cette coopération peut être de plusieurs natures :

- Horizontale, elle concerne la nature intersubjective et spontanée des échanges dans le groupe pluri professionnel.
- Ascendante, elle concerne alors soit la mise en place d'un traitement, la programmation d'activité immédiate, le partage d'informations autour d'un patient, la conduite à tenir vis-à-vis d'un patient.
- Dans la caractéristique d'un post entretien dans le bureau ou sur le lieu du groupe soignant, et quand il est centré sur les niveaux informatifs et d'évacuations des éléments contre

transférentiels. Ce temps du post entretien est alors bien repéré comme un moment fécond pour les échanges et pour la mise en œuvre les logiques des coopérations.

3.2.4 F. Coopération des tâches

Il s'agit pour le collectif d'actualiser et d'articuler leurs actions en cours. Ces opérations d'articulation, de répartitions concernent ici la tache, c'est-à-dire la part peu compressible et programmée du travail qui échoit aux soignants.

Les soins programmés peuvent concerner les entretiens médico infirmiers, les soins à visée somatique, les tâches liées à l'application des cadres de soins individuels, la préparation et la distribution des traitements et plus largement l'activité liée au fonctionnement d'une unité qui se doit d'être finalisée..

Ces actions ne mobilisent qu'un soignant ou qu'une partie du groupe soignant, des opérations de distribution et d'attribution sont donc nécessaires. Il peut s'agir aussi de finaliser le déroulement de ces tâches afin de libérer l'équipe en vue d'un temps commun, programmé ou interstitiel.

Cette fonction coopération des tâches prend alors en compte plusieurs facteurs dans ces opérations d'arbitrage :

- Un facteur en lien avec les préférences et les ressources des collègues. La prise en compte de ces affinités en adéquation avec les envies personnelles et la connaissance des centres d'intérêt de chacun est un élément facilitant l'investissement. La coopération des tâches intègre la réalité de l'investissement libidinal comme élément moteur de soutien de la motivation. De même, cet investissement libidinal gardera ces fonctionnalités dans le domaine de la relation au patient.

- Un facteur en lien avec l'état émotionnel momentané du collègue. Il s'agit de la fonction inversée du facteur précédent quand il convient de prendre en compte une lassitude, une difficulté à se mettre en situation d'aller vers, un coût énergétique de mobilisation trop important d'un ou de plusieurs collègues. Cette contribution transitoire et de nature symétrique prend alors en compte les aléas du quotidien, les bons et les mauvais jours. Cette répartition n'est donc pas appelée à s'inscrire de manière structurelle ou alors pour s'organiser sur le mode du facteur précédent. Nous retrouvons cette idée dans le propos de cette infirmière IDE interviewée : *« Il y a des moments où l'on n'est pas forcement disponible à l'instant T, où l'on n'est pas prêt à recevoir ce que le patient nous amène. Et là, je me dis que nous sommes assez attentifs entre nous à cela. On se le dit ; « Écoute, là, tu peux prendre le relai parce que je ne peux plus, je n'y arrive plus…» En tout cas, avec l'expérience, on fait très attention à cela».*

Cette expression d'entraide collégiale, de finesse dans la prise en compte de la difficulté momentanée de l'autre a certes, pour fonction de préserver le ou la collègue qui l'a exprimé, mais elle vise aussi le maintien des capacités collectives d'empathie et elle vise à leurs préservations.

Enfin, nous retrouvons un dernier facteur qui prend alors en compte le prévisionnel d'activité (voir fonction prévisionnel d'activité) d'un ou plusieurs infirmiers. Il s'agit alors dans cette coopération des tâches d'une opération de répartition qui préserve le prévisionnel d'activité d'un collègue afin qu'il puisse réaliser la ou les actions non programmées (rencontrer un patient, tenir une parole quant à une disponibilité, etc.) qu'il avait prévues. Cette coopération facilitante s'applique ici pour des actions de faibles amplitudes, lorsque les actions prévues nécessitent un temps ou une logistique particulière, elles seront évoquées dans la fonction suivante.

3.2.5F. Coopération en lien avec le prévisionnel d'activité

Il s'agit plus dans une coopération horizontale d'évaluer la faisabilité d'une action de type accompagnement, sortie, entretien non programmé, initiée par les professionnels dans le cadre de leur rôle propre. La caractéristique de cette fonction réside dans l'ouverture d'un possible qui était en attente d'effectifs qui le permettent, ou alors elle se présente de nature plus spontanée, obéissant à une fenêtre d'opportunité. Cette fonction nécessite alors l'aménagement d'une plage horaire étendue et, en conséquence, une réorganisation plus en profondeur du déroulement de la séquence de travail pour intégrer ce prévisionnel dans la programmation.

3.2.6 F. Coopération évaluative

Cette fonction coopération évaluative correspond à une **appréciation partagée d'une situation clinique qui débouche sur une évaluation**. Les critères d'appréciations sont liés à la présentation d'un patient à un moment donné, et aux effets de cette présentation sur les soignants. Le repérage de l'inquiétude chez le soignant constitue fréquemment un indicateur important. Cette évaluation peut déboucher sur une action (conduite à tenir) dans le cadre du rôle propre, et se traduire par une adaptation du cadre de soin suivant la latitude que les équipes s'autorisent.
La fonction coopération évaluative concerne également la confrontation aux autres professionnels du groupe d'une observation, d'un avis, afin de procéder à un réglage quant à la « justesse» de l'observation portée. **Ce travail de mise en circulation et de confrontation des observations d'une clinique infirmière est la marque d'une forme d'intervision dans une équipe donnée.**

Note : plus il y a de coopération moins il existe de coordination, la coopération devient alors un indicateur qualitatif sur le travail d'équipe.

3.2.7 F. Coopération Déontique

La fonction de coopération déontique est décrite par C. Dejours comme « *un espace de délibération qui contribue à l'élaboration, mais aussi à la transmission des règles de métiers (activités déontiques) qui ne sont pas prescrites, mais négociée entre ceux qui travaillent*.», (Gernet I., Demaegdt C., Dejours C *Psychiatrie et psychologie en médecine du travail*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-886-A-10, 2009, p. 5.)

Cet espace de coopération se définit par plusieurs caractéristiques, il s'agit d'un espace spécifique où sont échangés les points de vue relatifs au comment faire devant telle situation, et au comment travailler ensemble. Ces échanges mobilisent donc des arguments relatifs aux valeurs, faisabilité, à l'expérience, aux solidarités, à l'idéologie, aux références théoriques… Un aspect de cette coopération déontique apparaît dans le propos de ce cadre interviewé *« … ces temps-là d'informel permettent aussi quelque chose de l'ordre de la régulation, mais au sens propre c'est-à-dire, il permet de pointer les dysfonctionnements de l'équipe, mais en dehors de la présence du responsable c'est-à-dire, favoriser une autogestion d'équipe. On est tous là pour faire la même chose, on est tous infirmiers, on est tous là avec le même objectif, on est tous là pour s'occuper du patient avec cette notion qu'il faut qu'on soit plusieurs, qu'on soit là dans le même état d'esprit sans pour autant qu'on soit obligé d'avoir la même idée. Apporter le mieux et le meilleur au patient.»*

Dans ce travail de délibération collective en petits ou en grands groupes, C. Dejours repère plusieurs niveaux dans la construction des règles de métier « (…) *si l'accord peut être stabilisé, il prend alors la valeur d'un* ***accord normatif****, c'est-à-dire d'un accord qui fera désormais référence, pour tous. Lorsqu'on réussit à régler plusieurs accords normatifs, on parvient à construire ce que l'on appelle une* ***règle de travail****. Lorsqu'enfin plusieurs règles sont articulées entre elles, elles forment une «* ***règle de métier*** ». (Loc. cit. p.410)

La qualité de cette activité contribuera pour beaucoup à donner une couleur particulière au travail entre collectifs. C'est un lieu de confrontation, voir d'affrontement au sens de « la dispute» de Yves Clot (Notes de conférence, 24ème Rencontres de St Alban, *« La part de l'ombre»*, samedi 20 juin 2009) où les relations de confiance entre les membres seront les éléments contenants de ce jeu accord/discord. La « Con-Fiance» : soit faire quelque chose avec quelqu'un comme contenant de la dispute et élément organisateur d'un collectif de travail.

Yves Clot précisait alors l'importance de l'instauration des disputes professionnelles dans les collectifs de travail *« La dispute permet de décider des critères du travail bien fait, c'est une manière de faire revenir la vie. La dispute protège, et non-limite, la qualité du travail. Dans le collectif, on peut être en désaccord sans craindre d'y laisser sa peau, sinon on est dans « une collection» de type colmatante. Dans les collections, on peut parler de tout, sauf de ce qui fait désaccord, on ne parle plus du travail»* (Loc. cit.). Ce passage de la dispute dans un collectif à une collection peut concerner les perceptions de cette infirmière IDE de la première génération quant à l'évolution de son groupe de

travail : *« En début de carrière, je posais beaucoup de questions, j'exprimais mes ressentis et il y avait des éléments sur lesquels mes collègues ISP me disaient « il y a des choses difficiles à expliquer, elles s'apprennent par l'expérience, tu comprendras avec le temps». Nous pouvions nous exprimer sans arrière-pensée sur des points sur lesquels on n'était pas forcément d'accord, tant s'en faut, mais on pouvait s'exprimer. Nous pouvions même « gueuler», et puis voilà, après, on allait boire un café et c'était fini…aujourd'hui, on ne peut plus échanger, la question du pourquoi, du sens des actions reste ouverte, le recours et la plainte à la hiérarchie est fréquent quand le questionnement se fait insistant et je finis par être perçue comme trop dérangeante».*

Cette nuance toute en profondeur sur la dispute qui préserve le collectif est illustrée dans le propos d'une ISP interviewée : *« Ces temps* [d'informel, Ndr] *nous permettent d'être solidaires et quand il y a un problème, d'être plus au clair et tout le monde ensemble. À cette fin, je ne romps jamais le dialogue quand il y a un souci avec un collègue, je fais en sorte de continuer de dialoguer même si nous ne sommes pas d'accord pour ne pas arriver à des situations sans issue. Quand le dialogue est rompu et que tout le monde reste sur sa position, c'est là que tout s'envenime très vite. Donc, garder le dialogue, rester en lien, et cela, avec tous les membres de l'équipe et de la même manière avec les patients et leurs familles. »*

Pour C. Dejours *« … l'activité déontique fait partie intégrante du travail ordinaire et elle conduit à des différenciations parfois très marquées entre équipes ou entre collectifs, entre styles de travail.».* (0p, cit. p. 410) Observation qui trouve toute sa pertinence en regard des équipes et collectifs de travail en psychiatrie où cette question du rapport à l'équipe, entendu au sens large, est un élément de base de cette réalité de travail sur lequel va s'appuyer, se structurer la nature même du soin.

La notion d'équipe et sa déclinaison qualitative, le collectif constituent un axe majeur du travail en psychiatrie dans ses multiples facettes : capacité à réunir, rassembler et tenir dans un ensemble les informations en lien avec un patient, capacité à se soutenir et s'étayer mutuellement, capacité à développer des compétences collectives, élaboration, contenance. Ce qui souligne l'importance du tiers que représente l'équipe…
Après avoir souligné que le collectif peut aussi générer des *« règles défensives de métier »* pour ne pas penser certaines situations relatives au réel du travail, C.Dejours) attribue les caractéristiques suivantes au collectif de travail : « *Le collectif peut aussi jouer un rôle majeur pour la pensée déployée dans l'activité de travail, en particulier à travers l'établissement d'un espace de délibération au sein duquel se confrontent et s'élaborent les arguments techniques, mais aussi éthiques du travail ».* (Op, cit. p. 7)

Le développement et la réunion de ces capacités nécessitent le respect d'une temporalité qui permette la coconstruction et la maturation d'une équipe. Ces aspects ont été relevés dans un document réponse de la DHOS, (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) où l'on peut lire *« Cependant, avant la nécessaire et souhaitable mobilité* [des agents Ndr], *il est important que les équipes puissent compter sur des équipes stables, car seule cette stabilité permet à chacun et au collectif d'acquérir une expérience (de travailler ensemble, de développer des problématiques de soins spécifiques, etc.) qui favorise le renforcement de la qualité soignante. ».* (Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie», Présenté par Hélène Strohl, Jean - Paul Bastinelli, Gérard Laurand et Christian Planes-Raisenauer membres de l'Inspection générale des affaires sociales, Rapport définitif, Tome I/IV-Rapport nº 2007, annexe Réponse la DHOS -033 P, juillet 2007.)

Ce constat porte donc sur l'importance de l'équipe en psychiatrie et sur une nécessaire stabilité de cette dernière. Ces propriétés, qui lui permettent de construire et de développer ses capacités collectives, sont un fait majeur dans le travail en secteur de psychiatrie. La notion de temporalité dans les équipes s'occupant du soin psychique nécessite alors un faible coefficient d'interchangeabilité de ses acteurs. Cette dernière condition favorise d'une part, les évolutions et les possibilités de fonctionner sur le modèle d'une unité apprenante, et d'autre part les évolutions vers un collectif au sens de C. Dejours et M. Alderson. Les qualités de mobilité attendues sont avant tout de nature psychique chez les acteurs du soin. La mobilité de nature géographique trouve sa pertinence dans le cadre des choix, et en regard des souhaits quant aux trajectoires professionnelles individuelles des soignants.

3.2.8 F. Coopération « ruse de métier »

La *ruse ou ficelle de métier (*cité par C.Dejours) correspondent à des initiatives, les inventions au quotidien que peuvent mobiliser les infirmiers dans le réel des situations de soins, pour optimiser la complience à un traitement ou l'accompagnement à un soin de base, mais aussi pour anticiper, désamorcer une tension latente, favoriser chez un patient un retour interrogatif sur son comportement… Elles peuvent concerner également les stratégies déployées par plusieurs soignants, organisés sous le mode qualitatif de la coopération, pour faire face à des situations pénibles, tout en se préservant des effets retour ce celle-ci. Ces *ruses de métier* ne s'apprennent pas par le savoir académique, elles s'éprouvent et se découvrent dans le réel.

Cette fonction coopération « ruse de métier» peut-être le fait d'un seul soignant, mais dans la situation présente elle est l'expression d'un stratagème partagé à plusieurs. Pour P. Molinier *« Cette dimension de la ruse relève de ce que les Grecs anciens appelaient la métis et appartient de longue date à la tradition inavouée du métier infirmier»* (« L'invisible travail des infirmières», *Santé Mentale* nº 42, novembre 1999, pp. 44-47.) C. Dejours pour sa part *« Le plus important sans doute dans les caractéristiques de cette intelligence, c'est qu'elle permet d'improviser, d'inventer des solutions, de trouver des chemins insolites, dans des situations nouvelles, inconnues, inédites. C'est une intelligence rusée, mais aussi foncièrement inventive, créative, facétieuse, insolente souvent. Les Grecs disent que c'est une intelligence courbe, c'est à dire qui ne suit pas les voies bien tracées du raisonnement logique. Et cette intelligence, ils la caractérisaient sous le nom de mètis »* Cette fonction *« passe par une série de procédures subtiles de familiarisation avec la matière, avec les outils et avec les objets techniques, voir avec le client… ».*

Nous retrouvons à titre d'exemple cette fonction lors d'une séquence d'observation ponctuée d'un dialogue en interaction avec l'action. La situation de soins visait un accompagnement au coucher, soit une action apparemment simple, et concernait alors la mobilisation de deux infirmières, c'est-à-dire la totalité des ressources du service. Cet accompagnement s'adressait à un homme dont la labilité d'humeur en lien avec un processus dégénératif en rendait l'abord incertain, difficile et ingrat. Pendant que la première infirmière intervenait, la seconde restait en attente dans une proximité resserrée. Lors du DIA, cette dernière précisera *« Je suis venue avec ma collègue pour la soutenir, afin de limiter les phénomènes d'agacement qu'une telle confrontation peut générer. Je suis là pour la soutenir, de façon à limiter l'éveil des contre attitudes. Il s'agit de garder ses capacités d'empathie».*

La fonction ruse de métier vise ici à la préservation du maintien d'un niveau de compassion en offrant un relai possible, elle permet de distraire l'attention du patient, en diffractant les stimuli. Cette fonction offre un soutien psychologique à l'infirmière qui fait l'accompagnement, elle limite les conduites d'évitement et enfin, elle concourt au contrôle des mouvements contre transférentiels. Cette infirmière ne fait apparemment rien et pourtant elle réalise un travail d'une importance considérable par cet étayage, elle permet le contrôle des mouvements émotionnels négatifs et de manière spéculaire, ceci en réponse à ces derniers pour le (s) patient (s) dans ces situations. La fonction ruse de métier prévient ici les risques d'agir agressifs.

Ces modalités de travail et ces marges de manœuvres pour s'organiser de façon à affronter à plusieurs des situations à fort potentiel d'éprouvés pénibles (liés à ces mobilisations émotionnelles négatives, au dégout, à la répulsion.) sont relevées par Pascale Molinier: *« Il est apparu que la compassion (décrite par P. Molinier comme un processus psychique déclenché par l'obligation de se confronter aux malades même quand on en a pas envie), ne pouvait être durablement soutenue, compte tenu des contraintes organisationnelles, qu'à la condition d'une réelle* ***coopération.*** *L'analyse psycho dynamique montre que le maintien d'une attitude compassionnelle avec les patients vécus comme répugnants (plaies, odeurs, incontinence), est tributaire de la façon de s'organiser et de la possibilité* ***d'être à plusieurs*** *pour affronter ces situations)* (*Les enjeux psychiques du travail*, Ed petite bibliothèque Payot, Paris, 2006, p. 245) . L'auteur reprend cette idée dans un article *« …c'est la qualité de la coopération entre les soignantes qui est garante de leur* ***humanité.*** *Cette coopération ne s'instaure toutefois que sous certaines conditions. Elle nécessite du temps. Dans le travail effectif, il s'agit par exemple, d'être en mesure d'aller à deux, au lieu d'une, s'occuper d'un patient qui suscite l'irritation ou le dégout ».* (« Ambivalence du travail de soin », *Sciences Humaines*, n°177, décembre 2006, p. 75).

3.3 Fonction mère : Élaboration

Nous entendons par fonction élaboration l'ensemble de l'activité de réflexion qui permet de s'arrêter et de déplier une situation clinique en lien direct ou indirect avec le patient. Le mot clinique est employé ici dans le sens de méthode d'investigation, si bien que nous parlons de clinique en lien avec la patient, mais également de clinique d'équipe, de clinique d'ambiance, de clinique institutionnelle. Nous parlons **de fonction d'élaboration lorsque le ou les professionnels se réfèrent à des repérages théoriques** (de la théorie spontanée aux corpus construits) qui font tiers dans le regard porté sur la situation d'appel.

Pour Jérôme Héroguel, le travail d'élaboration concerne *« un travail groupal d'équipe qui consiste à rassembler les observations cliniques concernant un patient pour essayer de comprendre et de donner sens à ses symptômes»* (Jérôme Héroguel, « Créer de la vie et du sens», *Santé Mentale* nº 36, mars 1999, pp 9-11). Cette fonction élaboration, si elle trouve naturellement ses lieux d'attributions lors des réunions cliniques et théorico cliniques, a également toute sa pertinence dans les différents temps de la vie institutionnelle d'une unité. Il est même important que cette fonction puisse vivre et se déployer en dehors de ces temps d'accueil électifs cités plus haut. La fonction d'élaboration vient alors prolonger ou préparer ces dernières, nourrir les possibilités de compréhension, partager et enrichir les connaissances, tester les hypothèses, actualiser les donnés.

Enfin, ce mouvement s'articule dans un aller-retour avec les situations d'appel, prenant la forme de circularité (boucles rétroactives et prospectives). Le travail d'écriture, lorsqu'il rend compte de ce cheminement élaboratif, est catégorisé dans la fonction élaboration.

3.3.1 F. Evaluation des ressentis

Cette évaluation passe par le travail d'identification, d'expression, de gestion et de partage de ses impressions (sentiments/vécus) dans la relation avec un patient. Cette relation est communément appelée la relation transféro/contre-transférentielle. Elle empreinte à la psychanalyse les notions de transfert et de contretransfert.

Pour J. Laplanche et J.-B. Pontalis, («*Le transfert désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certains type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique»*, le contre transfert quant à lui est défini comme « *L'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci. » Vocabulaire de la psychanalyse*, Ed. Puf, 2ème tirage : juillet 2009) Pour Dominique Friard, il permet « *d'articuler une question : qu'en est-il de la relation établie avec le patient ? Il permet de se détacher de la relation elle-même, de comprendre les réactions du patient [...] Il s'agit pour l'infirmier de repérer quand il incarne une de ces figures du passé et laquelle. Il doit par ailleurs savoir qu'il ne fait que se prêter à ce rôle. Cet écart doit permettre au patient de progresser.»* (Dominique Friard, in Une approche thérapeutique de la psychose : le groupe de lecture, www.serpsy.org , consulté le 10 septembre 2010).

L'analyse de cette relation transféro/contre-transférentielle est un point central de l'exercice soignant et concerne particulièrement l'infirmier en psychiatrie. Elle est appelée également attitude/contre attitude pour ceux qui souhaitent laisser l'utilisation de la terminologie psychanalytique à l'usage exclusif de la cure type.

Pour notre part, nous faisons nôtre cette extension quand la réactivation des conflits vient se rejouer dans la relation soignante/soignée, illustrant en retour les problématiques en jeu.

Cette mise en circulation des ressentis dans une dynamique contre-transférentielle, qu'elle soit divergente ou concordante, concoure à une évaluation de la situation clinique. Elle peut comporter différentes phases : évacuation des affects bruts, reconnaissance de cette dimension, identification des éléments mobilisés, gestion et pour contribuer à les dépasser, une nécessaire phase d'élaboration. La phase d'évacuation des éléments contre-transférentiels est particulièrement fréquente lors des post entretiens, on la retrouve également lors voir des temps d'intervision, de relève et de post activité.

C'est un préalable indispensable pour retrouver une homéostasie émotionnelle propice à la suite du travail de pensée.

Un des objectifs de cette fonction d'évaluation des ressentis réside dans la nécessité pour l'infirmier de faire la part de ce qui est impacté par la relation au patient et ce qui relève de la part personnelle du professionnel.

Cette fonction est par nature qualitative, elle nécessite un cadre de travail sécure, une exigence de la part du soignant dans sa fonction d'infirmier outils du soin, exigence quant à la reconnaissance de ses mouvements internes. La réunion ces dispositions est souvent riche d'enseignements et peut constituer en retour un levier thérapeutique dans l'abord renouvelé du patient.

Ce travail sur l'évaluation des ressentis est un travail avant tout groupal. Le groupe est entendu ici comme la ressource de proximité, et dans le cadre de cette recherche en dehors des temps prévus éventuellement à ces fins. Le groupe peut donc être le ou les collègues présents, voire de manière pluri professionnelle, différents membres représentant différents métiers. Ce groupe sera alors le lieu et le réceptacle momentanés de ce travail de dépôt puis d'analyse des relations transférentielles et contre transférentielles. Une dimension importante de cette fonction d'évaluation des ressentis consistera à prendre en compte la notion de transfert diffracté sur les différents membres de l'équipe. Le travail d'élaboration concomitant, s'organisant autour d'une co construction en vue d'unifier une représentation du patient, ici par les acteurs présents, puis dans un deuxième temps ce mouvement, s'élargit à l'équipe dans sa composition plus large.

Avec son orientation clinique en lien avec la relation soignant-soigné, nous entendons également une deuxième assertion à cette fonction, elle concerne l'expression des ressentis dans l'équipe de travail, en lien avec tout élément qui puisse venir affecter le collectif de travail. Il s'agit donc de la capacité de parler de ses éprouvés concernant les collègues, leurs présentations et l'ambiance de l'équipe.

3.3.2 F. Réflexivité

Nous entendons cette fonction de réflexivité comme la capacité et la nécessité pour les acteurs du soin d'opérer des mouvements de va-et-vient avec leur pratique. Cette démarche de nature praxéologique consiste à construire une dimension d'autonomisation et de conscientisation de ses agir professionnels. Le retour sur ses actions, ses interactions, vise à une explicitation de l'expérience discursive, dont certains aspects peuvent être abordés pour soi, mais qui trouve naturellement en psychiatrie son expression et son appui sur le groupe. Philippe Perrenoud remarque : *« Si l'on considère qu'il est inutile et d'ailleurs impossible qu'un praticien connaisse d'avance les solutions à tous les problèmes qu'il rencontrera, si l'on pense que sa compétence est de les construire* ***en*** *situation, alors on privilégie* ***la posture réflexive.*** *Ce n'est pas une valeur en-soi, mais une réponse à la complexité des tâches et des situations professionnelles»* (« Articulation théorico-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance», Bordeaux, mars 2000, p. 7, http://www.unige.ch). Avec cet ajout concernant la particularité de nos métiers, pour les contextes de travail où les acteurs sont également ceux qui définissent le problème, le posent et le résolvent : *« c'est un modèle assez banal, particulièrement pour les métiers que Freud et certains psychanalystes après lui ont appelés les « métiers impossibles». Des métiers où l'on est confronté à l'autre, à soi, à la relation, à la différence, mais aussi à l'impossibilité de bien faire constamment et souvent à l'échec».*

Guy Le Borteff pour sa part précise le rôle de la conceptualisation dans le processus de pensée et de conceptualisation *« La réflexivité consiste pour un sujet à prendre du recul par rapport à nos pratiques professionnelles, de façon à expliciter la façon dont il s'y est pris pour modéliser et pour faire évoluer ses schèmes opératoires de façon à pouvoir les transférer ou les transposer dans de nouvelles situations».*

Nous distinguerons alors deux niveaux dans la fonction réflexivité : la **réflexivité en lien direct avec le patient, et celle en lien indirect.**

3.3.2.1 *En lien direct avec le patient*

S'agissant de la fonction réflexivité en lien direct avec le patient et les actions qui ont été menées dans sa direction, celle-ci concerne les éléments de recueil et de partage de données, principalement constitués d'observations et d'informations orales ou écrites (dans une écriture non « ciblée») et dont l'évaluation clinique se rapporte à une interaction.

L'actualisation et la réflexion sur ces données à chaud (post-action) ou à distance (boucle de régulation courte ou longue) concourent à une délibération collective sur l'appréciation d'un état clinique et du comment on l'aborde dans le réel. Ainsi caractérisée, cette fonction convoque les réflexions qui ont été menées **dans** l'action et celles qui sont menées **sur** l'action. Cette appréciation peut être horizontale professionnelle (entre infirmiers) ou pluriprofessionnelle (notamment médicaux).
C'est l'actualisation et la mise en récit de ces évaluations cliniques qui alimentent et qui revisitent la démarche clinique.

Cette démarche d'évaluation et d'alimentation de la démarche clinique rendent ouverte et vivante la question du sens.

3.3.2.2. *En lien indirect avec le patient*

Cette fonction cible des éléments de recueil et de partage d'informations qui concernent alors l'environnement de travail et l'équipe, l'institution et ses projets, les organisations de travail, l'architecture.

Cette fonction de réflexivité peut se particulièrement se déployer quand les acteurs sont, à différents titres, partie prenante et associée à ces démarches projet.
Note : l'interstice permet la posture réflexive en ce sens où chacun est plus libre de son expression.

3.3.3F. Élaboration Décisionnelle

Nous entendons par la fonction d'élaboration décisionnelle d'une part l'ensemble du raisonnement clinique, et d'autre part le processus réflexif dans sa dimension théorico clinique, aboutissant à une décision pragmatique. La décision est prise en temps réel en lien et en relation avec des observations, une réactivité du moment et donc non prévue. Elle peut être prise de manière interprofessionnelle pour un cadre de soins par exemple, ou pluri professionnelle pour des décisions associant le médical notamment.
La caractéristique de cette fonction tient à ce que ses acteurs agissent sous le mode de la coopération, laquelle se traduit par **une décision** et une conduite à tenir.

3.4 Fonction mère : F. Coordination

Définition Wiki Dictionnaire :

Là encore, le Wikidictionnaire décrit la fonction coordination de groupe comme un rassemblement de personnes ayant des objectifs communs pour réaliser un projet commun. **Elle constitue une mise en commun en vue d'un résultat commun.**

Ceci consiste en la recherche, pour un ensemble de personnes, d'une coordination pour produire une action précise efficace.
Cette coordination peut nécessiter un coordonnateur dont le rôle est de modifier l'environnement pour qu'il favorise au maximum les interactions entre les membres du groupe.

À l'instar de C. Dejours, nous reprenons sous le nom de coordination les éléments d'organisation du travail prescrit et « *la division des tâches, des attributions et des prérogatives de limitation de rôle et de fonction*» C. Dejours ibid.

L'activité de coordination touche donc aux aspects fonctionnels de l'organisation du travail et moins au travail effectif.

3.4.1 F. Coordination Ascendante

Nous entendons par coordination ascendante les rapports fonctionnels entre professionnels de métiers différents, dans le sens d'une sollicitation en direction d'un métier à statut hiérarchique supérieur. À ce niveau de coordination, **c'est l'interpellation du rôle et du statut qui est prévalente sur les logiques de coopérations.**

3.5 Fonction mère : Thermométrique

Nous définissons la fonction thermométrique pour cet emprunt à la fois météorologique et en lien avec la prise des constantes à une formulation souvent entendue dans les unités. Celle-ci se formule autour d'assertions comme « *aller prendre la température*». Il s'agit bien entendu de prendre la température de l'unité ou du service et de jauger l'ambiance du moment, d'évaluer les tensions ou le niveau de quiétude.

Nous distinguons deux axes de repérage pour cette fonction, l'un en lien direct ou indirect avec le patient ou le groupe patient, et l'autre en lien direct ou indirect avec le groupe de soignants.
Dans ces deux axes, la mise en mots de ces décodages précoces d'indicateurs de contexte n'intervient que lorsque le matériel perceptif passe d'une catégorie repérée comme habituelle à une catégorie marquée comme inhabituelle. Autrement dit, quand ils en viennent à se détacher nettement du fond continu d'où ils apparaissent. Ces catégories ont leurs traits spécifiques, leurs marqueurs, leurs lignes de niveaux d'alerte, propre à chaque lieu et à chaque groupe.

3.5.1 F. Thermométrique en lien avec le groupe patient

Ces opérations passent des relevés où la place du corps et la familiarité entretenue par l'expérience avec l'environnement immédiat prennent toute sa place. Les constantes ainsi relevées par la mise en éveil des identifications perceptives, liées à la mobilité sur l'unité concernent des informations non écrites, de nature sonore, visuelle, tactile et même olfactive en lien avec un patient, le groupe de patients, le groupe de soignants également ou les locaux. Ce qui rejoint les propos d'une infirmière IDE interviewée : *« L'ambiance c'est assez sensitif, c'est visuel, c'est auditif. Donc, je regarde s'il y a des patients qui sont tendus, si je vois un de mes collègues marcher vite. Au niveau auditif, il y a des cris ou des voix un peu plus hautes. C'est vrai qu'on le sent, c'est sensitif ce que l'on perçoit de l'extérieur, ça passe par les sens. On voit si les patients sont apaisés, s'ils marchent dans les couloirs, s'il y en a un ou plusieurs, il peut y avoir un effet boule de neige qui angoisse d'autres patients. ».* La contagion des tensions et les effets de réticulation des angoisses sont des mécanismes actifs dans les unités de soins de psychiatrie, impliquant alors de brusques fluctuations dans les charges de travail.

Ou encore le décodage de cette infirmière ISP de nuit : « *Et bien déjà il y a une atmosphère quand on passe la porte, un peu des odeurs, des sons, si c'est plus bruyant que d'habitude, les patients, les premiers patients que l'on croise, s'ils sont plus ouverts ou moins ouverts que d'habitude. Une foule de petits détails qui te donnent une sensation de l'atmosphère avant d'avoir ouvert le cahier de consignes, d'avoir vu les dossiers, puis des petits trucs : quand tu vois une tablette devant la chambre d'isolement, tu sais qu'elle est occupée, quelques petites choses comme ça ! L'attitude de certains patients, s'ils te disent bonjour, pas bonjour, s'ils te font la tête, si on les entend crier...»*

Sans doute, parmi ces éléments environnementaux qui déterminent les ambiances sensorielles, c'est l'information sonore qui sera le plus caractérisant. Elle s'appliquera de jour comme dans les particularités de la nuit à identifier, repérer, classer les informations qui concerneront alors des déambulations bruyantes, des claquements de porte, des volumes sonores insuffisamment modérés, éventuellement des coups aux portes, plus sûrement des éclats de voix et leurs répliques. Cet aspect a été mis en mots par l'une des médecins interviewés *« Les infirmiers, ils écoutent quoi. Je pense qu'il y a énormément de choses qui passe en psychiatrie par le son… alors vraiment moi si il ya une chose qui m'a vraiment frappée par rapport à d'autres services de médecine où j'ai beaucoup aimé trainer avant de revenir à la psychiatrie, notamment de la chirurgie, c'est le son et la chirurgie c'est l'image et l'odeur et ici c'est vraiment le son.»*.

La qualité d'intégration de ces informations codées est liée à une expérience, une sensibilité et un fort coefficient de stabilité. Ce constat est mis en évidence par Victor Alexandre, « *Éléments de praxéologie* », *Contribution à uns science des actes*, ED. L'Harmattan, 2003, p100. *« Grâce à l'ambiance sonore, l'actant perçoit des informations utiles à son activité et d'autres qui ne le sont pas. Ces dernières sont des bruits et considérées comme gênantes et non désirées »*. À propos de l'analyse et de la localisation des sources sonores *« […… Il faut déterminer son importance et rechercher les causes des bruits particuliers, ce qui suppose que l'on connaisse non seulement le niveau global, mais encore l'analyse des fréquences des différents bruits et que l'on établisse la carte sonore de l'espace et ses variations.»*.

La sensibilité à ce travail d'identification perceptive et à son repérage en termes de catégorie nécessite donc, par delà les éclats bruyants ou des formes saillantes immédiatement perceptibles par tous, un temps prolongé d'acclimatation où seule cette notion de temporalité longue, doublée de la sensibilité du soignant en situation, permettra ces repérages précoces et cette lecture du décodage habituel /inhabituel.

Ces observations portent sur la source en termes de localisation sur les mobilités, les trajectoires, en termes de fluidité ou non sur les regroupements. Ce niveau de lecture a toute sa pertinence dans une unité de soins psychiatriques où nous sommes dans l'axe de la verticalité, dans le vivre debout avec ses traductions en termes de mouvements, mobilité voir déambulation. Elle concerne aussi bien la prise de poste que la séquence de travail, voire juste avant la prise de poste, quand des informations sont renseignées depuis l'extérieur même de l'unité (nombre de fenêtres ouvertes, niveau d'éclairage et volume sonore).

Cette qualité d'observation est remarquablement décrite et forte d'une puissance d'évocation dans les propos d'un ISP de nuit : *« en fait quand je rentre dans le service, à la poussée de la porte, je sais déjà la qualité énergétique du service c'est-à-dire que si ça fait « vvv… ! » ou si fait « ouh… ! » ce n'est pas la même qualité énergétique et donc du coup, j'ai pas le même éveil en moi à la rentrée dans les locaux, à la rentrée dans les bureaux aussi. En fait, il y a des signatures, on voit s'il y a eu de l'énervement, il faut être blasé pour ne pas le voir et puis comment il va falloir nettoyer cela par sa présence. C'est-à-dire on passe dans des couloirs vides et c'est comme si on rangeait… ».*

Enfin pour illustrer cette fonction et dérouler cette métaphore il existe, dans la distribution des fonctions phorique des patients, voire des soignants « thermomètres». Nous reprenons le commentaire d'un des médecins psychiatre interviewés : « *On a des malades starters, on a des malades dont on sait qu'ils décompensent, qu'ils vont moins bien ou qu'ils s'énervent quand il y a trop de tension, ce sont des éponges à angoisses. On a des soignants starters aussi. Ils agissent un peu comme si c'étaient des phares*». (Moraz. p. 278)

3.5.2 F. Thermométrique en lien avec le groupe soignant

La fonction thermométrique avec le groupe soignant intervient principalement au moment de la prise de poste. Elle concerne des informations liées à l'identité des collègues qui sont en présence sur la séquence (équipe en roulement), à la présence ou non des intervenants de l'équipe pluriprofessionnelle et surtout, elle **concerne l'état émotionnel du groupe de travail en lien avec les vécus professionnels, mais également personnels**. Ces éléments sont des indicateurs de la vie psychique du groupe et sont en lien, voire en reflet avec la thermométrie en lien avec le groupe soigné. Comme le note cette infirmière IDE interviewée : *« Forcément ça retentit sur l'équipe infirmière, soignante, ASH compris ; on sent qu'il ya plus d'énervement, d'effervescence. On est plus à l'écoute, plus attentif aux choses qui viennent du groupe patient, on est stressé, et on peut renvoyer notre stress à l'autre».* Une autre infirmière IDE aura ces deux niveaux de lecture : *« Il y a des patients thermomètres et il y a des collègues baromètres »*, ou encore : « *On le voit à la tête des collègues, s'ils sont plus énervés, plus souriant…», « Si c'est le bazar dans le bureau, si c'est un peu désorganisé, alors cela je le sens».*

Pour autant, cette lecture de l'ambiance de l'équipe au travail, de son niveau de préoccupation ou d'inquiétude, n'implique pas forcément son partage comme le remarque cette ISP interviewée : *« Cela ne veut pas dire que la situation de l'après-midi va être identique à celle du matin. À la fois il ne faut pas se laisser trop envahir par cela pour ne pas attaquer le poste sur des modalités d'intervention par trop rigides. Ce qui se passe le matin ne va pas forcément se passer ensuite. Il va y*

avoir d'autres interactions qui vont jouer, d'autres choses qui vont peut-être se dénouer parce qu'on est différents dans l'équipe, mais on l'a en tête de toute façon». Ces propos sont confirmés par une infirmière IDE lors de son interview : *« Si tu arrives à 13 h, qu'il y a des dossiers partout, que tes collègues sont de tout les côtés, qu'elles n'arrivent pas à se poser, qu'elles n'ont même pas eu le temps de manger, alors là, tu sais que c'est chargé, que c'est un peu juste.»* Un peu plus loin, cette même infirmière remarque : *« Maintenant, je me méfie de cela aussi, justement on fonctionne tous différemment. Il y a des équipes qui sont moins ordonnées, c'est parce qu'il y a des dossiers partout qu'ils sont débordés… Donc dans l'ensemble, les indicateurs de désordre c'est vrai, mais ce peut-être pas toujours révélateur.».*

Lors des entretiens, l'enchaînement des réponses à la question sur les lectures de l'ambiance de service s'est majoritairement fait dans un premier temps sur un repérage perceptif sensoriel du groupe patient, son odeur principalement, suivi d'une lecture visuelle des dynamiques de déplacement, puis d'observations plus fines sur les postures, les mimiques, les réponses à l'ouverture. Dans un deuxième temps, ces observations se sont appliquées à l'équipe

3.6 Fonction mère : Respiration Psychique

Nous retrouvons cette conceptualisation de la respiration psychique chez deux auteurs.
D'une part dans les travaux de Suzanne Robert-Ouvray (« Du bébé hypertonique à l'enfant hyperactif, une clinique du trauma» in Fabien Joly, *L'enfant hyperactif : de quoi s'agit –il ?* 2008, pp 259-260) lorsqu'elle pose des remarques à propos de l'observation du bébé. Elle observe alors d'une part la relation entre l'intensité de l'information reçue chez le tout petit et la contraction des muscles et de l'enveloppe tonique, et d'autre part la tolérance à cette excitation psychocorporelle qui est ressentie au travers des gestes, des mots et des postures des parents. Ce ressenti engage alors une baisse tonique. Par ces actions, les parents permettent de *« donner un sens à l'expérience vécue et cela permet l'engagement d'une baisse tonique. Celle-ci exprime l'intégration de l'évènement et, dans ce mouvement, l'enfant s'approprie l'excitation et la détente comme des éléments constitutifs de son moi… Ce processus de détente corporelle permet le retour vers le centre des éléments projetés et l'intégration des bons éléments de la relation, C'est l'introjection. Projection et introjection forment* ***la respiration psychique****».*

La respiration psychique est ici un mouvement d'alternances de phases d'expositions aux stimulations et à l'excitation, et d'un processus de détente par introjection qui se traduit par l'accès à une source hypotonique.

Luc Bruliard (*Handicap mental et intégration scolaire*, Ed l'Harmattan, 2004, p 116.) travaille-lui dans le champ de la pédagogie à destination d'une population en situation de handicap mental. Il remarque à propos des enseignants travaillant en classe d'intégration pour handicapés mentaux (CLIS) leur emploi du temps très chargé où la succession des réunions vient s'ajouter à des heures de classe **sans temps mort.** Ces journées deviennent d'autant fatigantes qu'elles manquent de respiration psychique : *« Cette* ***respiration psychique*** *est nécessaire auprès d'enfants dont les troubles intellectuels et mentaux travaillent le propre psychisme de l'enseignant».* La respiration psychique étant décrite ici comme un moyen de sortir l'enseignant d'une appréciation trop subjective et univoque.

Dans ces deux approches, la respiration correspond à un temps d'alternance permettant la limitation de l'exposition, la baisse de cette tension d'exposition et le recouvrement, au moins partiel, de ces capacités de travail par une forme de temps d'intégration de l'expérience vécue.

Nous entendons par la fonction respiration psychique la succession et l'alternance de deux temps complémentaires pour la vie psychique du professionnel engagé sur les situations : **le temps de l'exposition** et **le temps de la récupération ou du retrait**.

- Le temps d'exposition concerne la mobilisation psychique du soignant sur une inter action, une action à fort coefficient émotionnel. Celles-ci peuvent être liées à la gestion d'un comportement agressif ou violent, à une situation de détresse psychologique dense, à un acting out un passage à l'acte, à une exposition aux effets de l'identification projective, à la charge d'une délivrance de confidentialité soutenue, à une « immersion» prolongée. La liste est ici non exhaustive, il s'agit plus généralement de l'exposition brutale ou prolongée à toute situation dont la charge intrinsèque au niveau émotionnel (stress, montée d'adrénaline…) atteint le seuil de criticité dans la capacité

d'absorption du professionnel. Ce temps est semblable au mouvement d'inspiration, où le professionnel a fait « le plein » de ses capacités d'imprégnation. Et l'exposition dans la rencontre au quotidien avec les patients psychotiques peut contenir ses effets déstabilisants. Jacques Hochmann a repéré et décrit ces sentiments envahissants mobilisés particulièrement dans l'expérience de la rencontre avec ces patients. Il relève alors trois sentiment principaux ; *« le sentiment de vidange, le sentiment d'invasion et le sentiment de réduction à l'absurde ».* (« Propos sur le contre-transfert avec des patients psychotiques », sous la direction de Delion Pierre, *Psychose et vie quotidienne*, éditons Erès, Ramonville Sainte Anne, 1998, pp 83-92). Des effets à l'impact affectif notoire et que l'expérience professionnelle apprend à percevoir, reconnaitre et à partager.

Les expressions retrouvées lors des enquêtes pour qualifier ce retour à une phase d'exposition s'exprimaient à travers des formulations comme « on s'y jette » évoquant une précipitation. Ce propos s'illustre lors de cet interview d'un cadre : *« … Alors peut-être que le nouveau il va se jeter dans la bagarre et qu'il va se dire oh là ça bouge, il faut que j'y aille.».* Bien sûr, la bagarre n'est pas ici le pugilat, mais une métaphore pour une forme d'adversité que caractérise la rencontre avec une altérité parfois radicale de certaines présentations clinique.

- **Le temps de récupération** que l'on nomme temps de recul, de retrait, de repli, de repos (certains dispositifs en dehors de nos enquêtes ont intégré cette fonction qui s'est traduite au niveau géographique dans le cadre architectural) concerne la mise à distance momentanée de la situation d'exposition. Il permet l'abaissement du niveau émotionnel dont il recherche la stabilisation, le recouvrement de capacités professionnelles, de disponibilité et d'empathie qui ont été réduites, hachées lors de la mobilisation. Ce temps est par nature variable selon les professionnels, les personnalités. Il peut se dérouler seul ou avec d'autres membres de l'équipe, autour ou non d'objets de convivialité (café, boisson…), et s'accompagner ou non d'une mise en mots reprenant le récit de la situation à des fins d'évacuation, d'identification, de catharsis ou de compréhension.

Ce temps fonctionne comme un entracte qui permet de quitter l'acte précédent avant d'engager l'acte suivant. La fonction de ce temps est semblable au mouvement d'expiration, il s'agit de retrouver une homéostasie émotionnelle par la régulation des tensions et les remises à niveaux psychiques. Parmi les fonctionnalités potentielles de ces temps de retrait, nous retenons la continuité d'un espace de travail psychique qui s'accompagne ici d'un apaisement de la tension pour le professionnel concerné. Ces conditions permettent souvent un travail (voire un premier travail) de métabolisation psychique au sens de W.R Bion (*Aux sources de l'expérience*, Ed PUF, 1979), c'est-à-dire de transformation dans le sens d'une bonification des contenus psychiques issus de la rencontre, lequel peut trouver sa reprise sur d'autres temps.

L'ensemble de ces fonctionnalités est mis en mots par un des médecins psychiatres interviewés : *« Je pense aux situations où il ya un peu d'urgence, aux situations qui pèsent et là, j'imagine, il faut un temps de débriefing entre eux* [les infirmiers Ndr]. *Il y a un besoin de se réorganiser de regarder ce qui s'est passé, de se poser. Il faut simplement se libérer des temps psychiques, c'est ce qui permet de rester dans une dynamique, pas seulement pour mieux repartir, mais aussi pour rester présent dans son métier et dans son travail.»* Ou pour cet autre médecin qui relève la fonction soupape de ces temps : *« On s'aperçoit bien qu'il y a une fonction soupape dans ce métier qui est stressant, avec l'histoire des pointes d'agressivité. Il y a donc l'espace soupape qui permet de « déconner» pendant un moment et puis de relativiser la violence d'un tel ou un tel».*

Ce que confirme une infirmière ISP interviewée : *« Si tu viens de discuter avec un patient difficile tu seras peut-être un peu moins disponible. Quelques fois, si je vois un patient qui me dit des choses difficiles, j'ai besoin d'un temps pour le transcrire, peut-être même d'un temps pour m'isoler et retranscrire. Oui, il me semble qu'après je serai à nouveau disponible…»*

Ou encore cet infirmier IDE interviewé qui voit dans ces moments un lieu de dépôt avant de repartir *« Je pense comme je le disais tout à l'heure que ces temps permettent, effectivement, de repartir, de se préparer à affronter des moments plus difficiles et de se recentrer après. Ces temps permettent de poser un certain nombre de choses, peut être pas d'être plus efficace, mais en tout cas de souffler un moment et de repartir…»* et de remarquer : « *Réduire ces temps informels le plus possible c'est la caricature de la rentabilité, c'est essayer de considérer la personne comme une machine. On ne peut pas être considéré comme productif tout le temps. C'est fou ça !».*

Un troisième médecin psychiatre interviewé illustrera son propos à partir d'une métaphore corporelle en lien avec la fonction cardiaque, autour de la diastole et de la systole, avant de glisser sur la métaphore respiratoire ; *« Je crois que les temps informels, cela remet en rythme, dans le bon tempo, parce que cela resynchronise la personne par rapport à elle-même et au travail. Ses actions seront meilleures car plus inscrites dans une certaine qualité de l'individu. Et cela resynchronise le groupe...Les gens se rassemblent. C'est une* ***diastole****. Je vois cela comme une* ***respiration****, c'est un moment de diastole qui permet de repartir de manière plus concentrée collectivement. Le résultat en est qu'en bougeant moins vite, on fait mieux et cela homogénéise une pratique d'une équipe. Enfin, cela donne au patient le sentiment qu'ils sont pris en charge dans une institution ».*

Michel Nadot, est responsable de recherche et développement au sein de la filière infirmière de la Haute école de santé de Fribourg (Suisse). Nous faisons référence à la construction de son modèle des soins infirmiers, ici généraliste et non spécifique au champ disciplinaire de la psychiatrie, proposée en 14 groupes de pratiques. Ce modèle a été évoqué précédemment lors de la caractérisation de la fonction information et lors de la fonction 1.2.1 *explicitation.* Le groupe D de son travail concerne *« Les pratiques de régulation»* et ce groupe pourrait recouper plusieurs de nos fonctions en lien avec l'équipe, en particulier les fonctions de respiration psychique, interstitielles, de coopération et d'activité déontique. Notre choix de le citer sur la présente fonction est déterminé par l'importance qu'il accorde à l'équilibre entre les tensions de production de soins et la récupération.

Les pratiques de régulation qui, dans notre approche pourraient concerner le chevauchement des fonctions respiration psychique et interstitielle, concernent alors *« l'ensemble des activités visant à prévenir ou à gérer les conflits humains dans l'organisation et à maintenir l'équilibre dans l'activité de l'infirmière entre l'énergie de production (activité soignante) et l'énergie de récupération. Sans la prise en compte de cette pratique, on peut assister à des dysfonctionnements institutionnels et à un accroissement des risques. Outre la supervision et les processus de réassurance, ou la gestion des conflits, cette pratique comprend différentes pauses et d'éventuels moments de détente (qui n'en sont jamais) pour faire face aux tensions et aux contraintes de l'exercice professionnels »* (Op. cit. Sous la direction de Clémence Dallaire, p 374).

L'importance de cette fonction réside dans l'alternance de ces deux temps : les temps d'exposition (de production de soins directs) et le temps de récupération. Ce dernier agit comme un **sas** où les pressions s'équilibrent. Si l'exposition à des situations de fort potentiel de stress, ou plus généralement à forte charge émotionnelle, est consubstantielle de l'activité, une exposition prolongée sans possibilité de césure viendrait irrémédiablement à saturer les capacités d'absorption du professionnel. La saturation répétée de ce champ entraîne des défenses individuelles et collectives inadaptées, et peut constituer un puissant facteur d'épuisement, ou plus précisément l'érosion puis l'assèchement du capital compassionnel. En continuant de dérouler cette fonction sur la métaphore respiratoire, les deux écueils seraient la suffocation et l'apnée : la suffocation se traduisant par un « j'étouffais» que l'on peut entendre aussi par un « j'ai tout fait».

Ce constat et le recours à cette métaphore respiratoire sont repris par Yves Clot, psychologue du travail, dans la post face de la troisième édition de son ouvrage Il note que l'intensification de travail dans de nombreux secteurs d'activités et la mobilisation de tous les instants qu'elle appelle s'accompagne de manière paradoxale « *d'une immobilisation psychique insidieuse [...].D'un côté, s'avance une sorte d'"externalisation de la respiration, figure moderne de travail" en apnée". Mais de l'autre, cette suractivité ressemble de plus en plus à un engourdissement social et psychologique. Le travail est malade, enflammé et éteint à la fois. Gâté par le manque d'air, il essouffle ceux qui travaillent [...]».* (*Le travail sans l'homme*, Édition La Découverte/poche, Paris, 2008, p. 267).

Yves Clot parle alors de notre fonction respiration psychique, en lien avec l'efficacité et la qualité du travail, en soulignant, et de manière indissociable, l'importance du temps *libre* en son sein. *« Car au fond, "bien" travailler aujourd'hui réclame toujours plus d'avoir le loisir, dans le travail lui-même, de penser et de repenser ce qu'on fait. [...] La qualité du travail trouve paradoxalement de plus en plus ses ressorts dans l'interruption de l'action, là où l'activité s'arrête pour faire reculer ses limites [...]»* (Op.cit, p. 267). Et de remarquer *« Quand l'activité professionnelle manque de respiration, elle finit par empoisonner la vie entière. Elle a le bras long. Ce qui s'y trouve empêché intoxique les autres domaines de l'existence».* (Op.cit, p.268).

La métaphore à partir de l'appareil respiratoire se retrouve dans le vocabulaire courant et est largement importée dans les milieux professionnels. Ce dernier vient par ailleurs illustrer les fonctionnalités de ce temps, il s'agit de souffler, de reprendre son souffle, surtout quand on a le souffle coupé, voire de retrouver un second souffle quand nous avons été essoufflés. Il faut donc que « ça» prenne l'air, que « ça » respire, la respiration illustrant ce mouvement entre l'extérieur et l'intérieur, pour ce mouvement premier et initial de l'existence. Une cadre interviewée illustrera cette idée en parlant des temps de pauses et de reculs : *« … Comme s'il y avait quelque chose de très important sur ces temps là… Comme si ça leur était nécessaire en termes de souffle, de souffle de vie, de souffle de travail… Je pense que c'est un temps qui est très plein, qui est très, très plein. Alors tant mieux si il y a plein de plaisir à se poser, plein de plaisir à discuter avec les autres et puis c'est plein de boulot de toute façon… Techniquement, ils ne font rien, mais n'empêche, ils sont là et que c'est un moment… vous voyez cette espèce de jubilation d'être au boulot sans bosser, et ce moment-là finalement il leur donne du plaisir à être là. Alors, ils ont plein de plaisir à être avec les patients, mais ces petits moments, on a l'impression que c'est un moment à eux qui est un peu intemporel, un peu un espace de réalité différent de toutes les autres réalités.».*

Cette idée de respiration est reprise par un médecin psychiatre interviewé lorsqu'il répond sur l'utilisation que font les infirmiers des temps informels : *« Moi, je vois ça comme un temps de respiration. Même si c'est dans l'idée de, de, penser ensemble, il faut toujours un temps de relâchement. C'est le problème du boulot, c'est qu'on nous met dans une accélération constante et on a quelque chose du rendement. Il ne faut pas déconner ! On sait très bien qu'à partir d'un certain rythme on fait des erreurs, et on a besoin des temps de respiration et d'avoir des regards croisés».* Ce dernier propos trouve son point d'objectivation avec une recherche en lien avec l'étude européenne Pressnext sur la crainte des erreurs parmi les infirmiers. Cette recherche « *Interactions entre qualité et facteurs humains dans les soins »* relève deux points qui nous paraissent être en lien avec cette fonction : *« Le score de pression temporelle est l'un des facteurs principaux et montre un gradian net avec la crainte de faire des erreurs»* (*Op. cit.* p.371) *et « Ce sont les composantes émotionnelles qui ont l'impact le plus important* [sur ce risque Ndr]. *Les infirmiers qui relatent un épuisement émotionnel fréquent et des troubles de la santé mentale déclarent craindre des erreurs deux fois plus que les autres».* (Madeleine Estryn-Behar, Olivier le Nezet et al, Cahier 198, « Facteurs liés à la crainte des erreurs parmi les infirmiers», *Gestion Hospitalière*, mai 2006, p 364.)

Cette fonction, que nous avons choisi de nommer respiration psychique, est précisément caractérisée, sur des critères analogues, dans le travail de recherche sur les propriétés du milieu effectué à la Fondation de Nant (Suisse) : *« Lors de nos observations, nous avons été sensibles à leurs (les infirmiers, Ndr) mouvements d'aller vers les patients, que nous qualifions de temps d'exposition et à leur retour dans le bureau infirmier, qualifié de temps de retrait. Notre attention a été retenue par l'intensité de leur présence à leur retour. Nous avons repéré, en échangeant avec eux, ce qu'ils pensaient, ressentaient et éprouvaient, et que selon les professionnels, leurs attitudes pouvaient différer, mais que le même processus interne les habitait. Certains revenaient au bureau, silencieux et concentrés, manifestement en pleine réflexion et se mettaient à échanger avec l'un ou l'autre de leur collègue s'ils y étaient conviés. D'autres entraient dans le bureau en exprimant ce qu'ils venaient de vivre, en manifestant leur besoin d'échanger avec leurs collègues présents. Dans notre perception d'observateurs, nous avons ressenti que tous les professionnels entrant dans le bureau après avoir été au contact de l'un ou l'autre des patients étaient comme « en charge» et en tension importantes. En assistant à leurs échanges où en le provoquant parfois, nous avons perçu comme un apaisement de leurs postures».* (Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, *« Interventions Infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu»,* Fondation de Nant, 87 pages, p 41).

Enfin, nous remarquons **que l'importance de cette fonction s'accommode mal des temps de présence réglementaires**. Il arrive que cette fonction surdétermine alors le temps de travail au sens du contrat salarial, que ce soit en prolongeant le temps de poste dans les lieux de l'unité, mais aussi parfois jusqu'à l'extérieur de celle-ci, et avant la séparation des protagonistes. Il apparaît alors que le travail de séparation redevient plus facile quand un certain nombre d'éléments constitutifs de la charge psychique a pu être déposé dans le groupe.

En effet, cette mise en dépôt dans le groupe facilite le départ du poste. Le mécanisme que nous avons observé concerne l'abaissement de la tension psychique professionnelle, le retour à un état émotionnel plus stable, une forme de ressourcement au contact des pairs, une quiétude relative

retrouvée, ce qui permet de renouer plus librement avec la tension de ses investissements personnels. Le groupe, ici le collectif de travail, permet alors d'absorber et de réguler la charge psychique résiduelle de fin de poste. Il permet à chacun de s'extraire de la pénibilité inhérente à certaines situations de soins, de se quitter (hors contrainte impérieuse du réel), et de ne pas partir avec des « paquets» ou que ces « paquets» ne soient pas trop lourds.

Il existe un lien qualitatif et proportionnel entre capacité d'absorption et de régulation de la charge psychique et qualité du travail dans un collectif. Ce point a été mis en évidence par M. Estryn Behart et Fouillot quand ils constatent : *« La charge psychique ou effective influe également sur l'ambiance psychologique du travail : la confrontation quotidienne avec la souffrance et la mort, avec l'angoisse des malades et de leur famille représentent une contrainte psycho-effective permanente. Cette charge psychique est d'autant plus forte que le travail d'équipe est insuffisant.»* (Op. cit. p. 131)

Nous remarquons qu'il existe un premier lien quasi mécanique entre d'une part, les dépassements horaires ponctuels et d'autre part la nécessité de se servir du groupe de travail comme contenant de la charge psychique et ici de ses débordements momentanés.

Nous insistons sur le côté ponctuel et conjoncturel dans l'activation de ce mécanisme ; un débordement régulier et structurel prendrait alors une signification tout autre, signant une inadaptation de l'équipe, du cadre de travail à contenir la charge psychique et/ou des expositions trop fortes et systématisées. Cette situation serait préjudiciable, on s'en doute, et favoriserait les phénomènes de « burn-out».

Un deuxième lien apparaît pouvoir être relevé : la qualité d'un collectif de travail organisé autour de la confiance, et les solidarités, permet une exposition sans doute plus importante aux variations de cette charge psychique. Les paroxysmes et les acmés, dans ces mécanismes de régulation, constituent souvent des temps fondateurs et repères dans les franchissements de seuils de la maturation et du développement des capacités groupales d'une équipe constituée sur le mode d'un collectif.

Le volume du présent développement de cette fonction est sans doute à l'image de son importance dans les réalités de travail des équipes en psychiatrie. Cette fonction ne saurait être perçue comme une marque de désinvestissement même si, comme pour la fonction interstitielle, quelques conduites d'évitement lors de l'étirement de ces temps peuvent venir s'y loger. Cette crainte mise en avant dans les logiques d'organisation qui écrasent ces temps, perçus alors comme des temps mous ou non productifs, n'a pas été vérifiée lors de nos observations, et cela, de manière indépendante au regard d'extériorité que générait notre présence.

3.7 Fonction mère : Interstitielle

Cette fonction souvent repérée a été avancée par René Roussillon dans *L'institution et les institutions Études psychanalytiques*, Ouvrage Collectif dirigé par René Kaës, Edition Dunod, Collection inconscient et culture, Bordas, Paris-1998.

Le statut de l'interstice repose sur un paradoxe fondateur « *l'interstice est-il un lieu de travail ou un espace privé ? La valeur de l'interstice institutionnel est suspendue à l'indécidabilité de cette question.*» (R.Roussillon 1998). Nous reprenons volontiers cette assertion, le temps interstitiel ne peut être programmé, il existe dans les pratiques professionnelles et c'est justement **l'indétermination de son statut qui est le gage de son efficacité**. En termes topiques, l'espace interstitiel fonctionne comme un espace transitionnel, « *[…] il tamponne et régule des passages du milieu du dehors et du milieu du dedans […]* » (Loc. cit.).
Nous retiendrons pour notre part cette dominante comme étant le cœur de la fonctionnalité centrale de cet espace interstitiel.

Pour Paul Fustier, l'interstice est défini à la suite de Roussillon comme « *des espaces-temps qui seront appelés interstice institutionnel, toutes les fois qu'ils jouissent d'un statut indécidable et qu'ils sont transitionnels sur le modèle Winnicotien… Ces temps hors productivité, qui sont perdus pour la rentabilité directe de la tâche à accomplir, nous semblent devoir être préservés soigneusement dans les institutions. Ce sont des temps de convivialité où une équipe s'assure d'elle-même, renforce*

son existence, trouve des cohérences, vérifie que les liens qui existent entre ses membres ne sont pas seulement d'obligations professionnelles… et ils fondent alors la reconnaissance mutuelle et l'envie de travailler ensemble. Quand ces interstices disparaissent, alors la crise de l'équipe n'est jamais loin». (*Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Ed Dunod, Paris, 2004, p. 72)

Nous parlons de fonction interstitielle et de sa dynamique dans l'installation de cette précarité transitionnelle qui, en premier lieu, **se caractérise par une mobilité des registres entre personnel et professionnel** activant le travail des chaînes associatives, et en second lieu, nous retenons l'abaissement des seuils de vigilance professionnels par une mise en périphérie momentanée des statuts ou des fonctions.

L'extension de la notion d'interstitiel à tendance à accueillir, sans doute faute de dénomination précise, l'ensemble des temps de passage d'information, d'articulation qui ne rentre pas dans un temps programmé. Si l'interstice ne peut pas, par définition, être programmé, il ne saurait qualifier la totalité des temps non programmés. Ses qualités résident précisément dans les propriétés évoquées plus avant et, seule leur réunion permet de répondre à des fonctionnalités telles qu'essayer un nouveau niveau de parole, proposer une alternative, tester une orientation, associer plus librement, lâcher et évacuer les trop-pleins, nouer des alliances, partager des valeurs, affirmer le lien groupal, exprimer ses envies, coordonner les actions, etc.

De plus, d'autres propriétés peuvent caractériser cette fonction interstitielle telles que, préparation des réunions, délimitations des ordres du jour, recensement des besoins en termes de réunions, mise au point de stratégies d'abord, recherche d'accord normatifs dans le cadre d'une coopération déontique ensuite, reprise d'agir de patient dans l'unité afin d'en requalifier la profondeur et l'impact, etc. Ces propriétés sont bien repérées dans le propos de cet infirmier ISP : « *Donc effectivement quand on se retrouve en pause ou dans le bureau, on continue toujours à parler de ce qui s'est passé, des coups de fil qu'on a reçu, des prises en charge qui sont difficiles, des relations difficiles qu'on a avec les patients, l'entourage… Des fois on prépare des entrevues, des réunions et ben on se dit, là pour ce patient, on y arrivera pas il nous faudra absolument prévoir une synthèse ou une réunion extraordinaire, ou selon ce qui s'est passé, ou selon des fois, la gravité des faits, des passages à l'acte, des fois on est tellement pris dans le tourbillon, dans l'action, qu'on en arrive à minimiser, à banaliser ce qui se passe et puis après, c'est avec le recul, le superviseur ou en analyse de la pratique qu'on réalise que c'est grave, qu'on ne devrait pas laisser passer certaines choses, et tout cela ça prend beaucoup de temps, et c'est pas toujours considéré et pris en compte par l'administration, la hiérarchie, alors que c'est indispensable pour prendre du recul et réfléchir les choses et pas toujours être dans l'action».*

L'importance stratégique de ces temps est repérée par cette infirmière IDE sous l'angle d'un double avantage : *« il s'agit d'informel dans le sens où nous sommes en pause café et il se trouve que lors de cette pose café, nous allons faire de l'information sur le boulot… On se détend, donc on est plus efficace et il faut ajouter que nous échangeons des informations avec les collègues. Du coup, ce n'est pas du temps perdu, il est doublement rentable parce qu'on se détend et qu'en plus, cela nous permet de rassembler et passer des infos».*

De plus, la localisation du lieu qui va accueillir la fonction de l'interstice varie suivant les sites. Nous avons retrouvé deux types de mode de désignations, un premier dont la nomination renseigne la fonctionnalité du lieu « coin détente, tisanerie, salle relève…», un deuxième décrivant le lieu qui abrite cette fonctionnalité « pharmacie, réfectoire, bureau infirmier...».

Nous remarquons qu'il n'existe pas de lien entre la qualité d'un lieu, en termes de confort, et la qualité interstitielle qui s'y déroule. Ainsi, ce constat est illustré dans le propos de ce cadre interviewé à propos de la salle de soins de leur unité : *« C'est un endroit qui est particulièrement hostile, juste un endroit qui est complètement fermé, il n'y a pas de fenêtre, c'est de la lumière artificielle, c'est tout petit, et pourtant ils sont toujours là, en tas, là-bas dedans en train et de tchatcher, tout le monde est debout… Enfin, il ne tchatche pas que de la varicelle du petit dernier, c'est souvent des moments où on parle des patients».*

Nous retrouvons là, la fonctionnalité centrale de l'interstice, telle que nous la retenons : « *Pourquoi ça se fait comme ça ? C'est des moments où les gens sont sans doute plus à l'aise et voilà moi, je suis toujours effaré quand je les vois là-bas dedans, je leur dis vous êtes bien là au moins ? Ce n'est pas possible, ils sont entassés dans cette petite salle, mais ils parlent de choses intéressantes et moi cela m'arrive de faire la même chose. ».*

Nous remarquons également que ces propriétés ont une fonction de régulation au sein du groupe et visent un élargissement et un assouplissement des registres d'actions. Nous le distinguerons donc de ce que nous nommons le faux interstitiel où, l'espace interstitiel est convoqué au titre de sa convivialité, mais est dépourvu de sa fonction transitionnelle. La liberté de paroles se restreint aux fonctions et aux statuts alors fétichisés, sans possibilité de jeu. Cette parole fonctionnelle est de celles que l'on retrouve lors de réunion programmée ou officielle, où chaque intervenant tient son rôle, et souvent sa parole. Il s'agit donc de la perte de la différenciation-personne/fonction au prix d'un effacement de la personne dans le professionnel. À cet endroit nous remarquons que lorsqu'il n'existe pas de différenciation-personnes/ fonction qui vient modérer les représentations idéalisées ou contre idéalisées, c'est-à-dire quand le rapport d'identification à la fonction est massif alors le lien inter personnel en est proportionnellement dégradé.

Nous le distinguons également d'autres séquences dépourvues de leurs fonctions transitionnelles et de leur mobilité dans les registres, quand elles deviennent alors le lieu univoque du privé. Cette désignation d'un lieu par l'appellation « privé» existe dans certains établissements. Avec la notion de privé (de quoi d'ailleurs est-on privé ?), les registres personnels et professionnels sont clivés, étanches, bloqués, imperméables ; on est alors dans *la crypte* dont parle (R. Roussillon Op. cit.).

Ceci nous amène à caractériser deux formes d'interstices : l'interstice mono catégoriel et l'interstice pluri professionnel. Pour ces deux catégories nous ne limitons pas le périmètre interstitiel à l'équipe intra, nous avons observé certaines liaisons intra/extra ou inter unité et intra se dérouler sur ce mode facilitant.

3.7.1 F. L'Interstice mono catégoriel

Il concerne ici le personnel infirmier et aide soignant, il concerne principalement la coopération du groupe au travail, les retours sur l'activité avec l'ensemble des mécanismes régulatifs vus plus haut.

3.7.2 F. L'Interstice pluri professionnel

Il concerne ici le groupe d'infirmiers avec d'autres professionnels (médecin, psychologues voir encadrement et autres professionnels), et permet d'autres niveaux d'ajustement en lien avec le prescriptif, le traitement, les orientations théoriques et de soins, le rapport au service et au pôle. Le récit de cet infirmier ISP en constitue une illustration pertinente et il en pointe les fonctions de complémentarité des regards, *« Donc on revient sur les points qui sont difficiles et ça permet que le médecin ou le cadre nous réponde d'une autre façon : « ben oui je ne l'avais pas vu sous cet aspect-là !» Et de manière plus posée, avec plus de recul, et on va pouvoir dialoguer sympathiquement, sympathiquement ! Voilà ! Ou bien, des fois pendant la réunion le médecin ne veut plus parler d'un cas et autour d'un café, ça va permettre de relancer le débat parce que, ça pose trop de problèmes, donc on va, on va, essayer de mettre le cas sur la table, en reparler et là il va être plus conciliant, plus à l'écoute, mieux disposé, voilà. Si, en général on est tous mieux disposés dans ces moments-là ! Pour parler des choses difficiles.* ***Donc, c'est hyper important, d'arriver à parler des choses difficiles*** *pour essayer d'aller le plus possible dans le même sens. C'est la base de notre travail ! La communication… on dit, c'est vrai que tout cela les gens ils ne le voient pas».*

Cet interstice, ici pluri professionnel, est celui dont R. Roussillon nous dit « *qu'il est particulièrement important dans les institutions de « soins psychiques», dans la mesure où, dans celles-ci les glissements idéalisant de la fonction à l'être sont particulièrement actifs*».

3. 8 Fonction mère : F. Organisation

Cette fonction organisation est entendue ici comme le rassemblement, la planification et la gestion des tâches, ainsi que leur programmation en lien avec le fonctionnement des unités. Elle concerne le prescriptif pour les soins programmés et elle recouvre du côté de l'organisation matérielle, les tâches afférentes aux soins telles que la gestion des lits, les opérations logistiques en lien avec l'hôtellerie et les saisies d'activités.

La fonction d'organisation concerne également la gestion des entrées. La dimension informelle de cette fonction concerne les aménagements locaux que nécessitent ces organisations, à l'image des changements de chambre effectués pour accueillir une entrée en respectant les compatibilités de personnes, de pathologie, etc.…

QUATRIEME PARTIE : RÉSULTATS DE L'INVESTIGATION

6. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

6.1 Présentation des différents sites CH1, CH2, CH3, CH4

Préalable méthodologique

6.1.1 Présentation de CH1

6.1.1.1 Unité U1

6.1.1.2 Unité U2

6.1.2 Présentation de CH2

6.1.2.1 Unité U3

6.1.2.2 Unité U4

6.1.3 Présentation de CH3

6.1.3.1 Unité U5

6.1.3.2 Unité U6

6.1.4 Présentation de CH4

6.1.4.1 Unité U7

6.1.4.2 Unité U8

6.2 Analyse descriptive et interprétative à partir de quatre entrées ou variables des séquences d'observations

Préalable méthodologique

6.2.1 Tableau de synthèse des relevés d'observations par site et par praticien chercheur.

6.2.2 Tableau de répartition des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par site.

6.2.3 Tableau de synthèse des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par lieux.

6.2.4 Tableau de répartition des mises en fonctions sur les trois catégories de lieux.

6.2.5 Tableau de synthèse des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par séquences horaires.

6.2.6 Tableau de synthèse des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par fonctions mères et primaires.

6.3 Analyse descriptive et interprétative des entretiens

Préalable méthodologique

6.3.1 Tableau de synthèse des 1951mises en fonction par personne interviewé et par site.

6.3.2 Tableau de synthèse des mises en fonctions par fonctions mères et primaires et par niveaux d'investigation.

6.3.3 Tableau de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires, par niveaux d'investigation entre population cible et témoin et dans la population cible entre ISP et IDE.

6.4 Analyse croisée des résultats à partir des observations et des entretiens.

6.5 Éléments d'analyse lexicale

6.1 Présentation des différents sites CH1, CH2, CH3, CH4

Préalable quant aux éléments de présentation des unités et des sites.

Cette partie est consacrée à la restitution des résultats de cette enquête multicentrée. Les éléments de présentations qui suivent concernent les sites et les personnels. Il nous est apparu nécessaire que le lecteur puisse se saisir de données et de caractéristiques qui nous ont paru significatives en termes de restitution.

- Concernant les sites.

Le cadre de notre enquête est dimensionné à la région Rhône-Alpes. À l'intérieur de celle-ci, quatre structures de statut différent et représentant la quasi-totalité de l'offre de soins en hospitalisation temps plein sectorisée étaient retenues.

L'ensemble de ces structures est soumis aux mêmes missions et est habilité à recevoir les Hospitalisations Sous Contrainte (HSC) sous les formes des HDT (Hospitalisation à la demande d'un tiers) et HO (Hospitalisation d'Office).

L'ordre de présentation et de codification reprend logiquement l'ordre chronologique des investigations.

Dans le souci de préserver l'anonymisation des données, la présentation des sites et des unités a été décrite avec le souci de gommer les particularités pouvant faciliter l'identification et de masquer toutes les formes d'appellations et de nominations locales. Ce dernier souci s'est également retrouvé dans la nomination et la désignation des attributions et des fonctionnalités attendues des locaux. En effet, certaines appellations sont propres à certaines institutions et le choix de la terminologie reflète alors l'aspect vernaculaire, c'est-à-dire l'histoire et les cultures locales. Nous avons donc pour l'ensemble de cette partie de présentation des résultats choisi de lisser ces éléments par le choix d'une appellation qui nous est propre. Ce choix s'est opéré en retenant les traits caractéristiques et la fonctionnalité dominante du lieu en question. **À titre d'exemple**, nous avons choisi la dénomination « salle de recul» pour traduire les différentes nominations, retrouvées ici pour ce lieu dans l'enquête et hors enquêtes. Ces différentes nominations peuvent être : coin repos, salle détente, tisanerie, privé, office infirmier, chambre 13, salle de relève, coin-repas, etc.

Nous avons retenu dans les éléments descriptifs la disposition générale de l'unité, la répartition des lieux destinés préférentiellement aux patients, aux professionnels et aux usages communs. Les invariants concernent la localisation du bureau infirmier, la présence de chambre d'isolement, l'ouverture des portes, l'accès à un extérieur et les modes de circulations.

Enfin, les éléments de présentation des sites se sont fait avec une partie des relevés sur site et surtout de manière complémentaire et à distance de la période d'investigation, par des échanges de courriels et de courriers. Pour la majorité des unités, cinq sur huit, nous disposions de plans. Ceux-ci ne sont pas joints en annexe à des fins d'anonymisation des données, mais restent disponibles auprès des données des praticiens chercheurs.

- Concernant les personnels

Trois catégories de personnel ont été retenues dans la population investiguée. Une population cible, les infirmiers exerçants en psychiatrie et à l'intérieur de ces derniers, les ISP et les IDE.

Deux populations témoins, c'est-à-dire des groupes de personnes concernées par l'objet de recherche, mais sur lesquels la recherche n'est pas centrée. Ces deux groupes professionnels sont les cadres des unités et les médecins psychiatres.

Un autre point renseigné concerne la dotation pour ces personnels au moment de l'enquête

Ainsi n'apparaissent pas les autres catégories de professionnels présents dans les unités et les soins au moment des enquêtes tels les aides soignants, les personnels de service (ASH), les aides médico psychologiques (AMP), les psychologues, les assistantes sociales, les secrétaires médicales pour les catégories les plus fréquentes.

De même, lors des relevés d'effectifs infirmiers, le chiffre final que nous avons privilégié porte sur le nombre de personnes concernées, ici considéré comme unité de base de notre calcul. Ce dernier relevé ne correspond pas à la dotation en Équivalents Temps Plein (ETP) qui s'avère toujours inférieure du fait principalement des temps partiels.

Enfin, sur l'ensemble des unités investiguées, les équipes travaillent en trois séquences : matin, après-midi et nuit.

6.1.1 Présentation de CH1

Le premier Centre Hospitalier investigué se situe dans une ville moyenne de la Région Rhône-Alpes. Les services d'hospitalisation de psychiatrie sont situés dans deux lieux distincts, aux deux extrémités de l'agglomération. Nous noterons qu'au moment de l'enquête, une épaisse couche de neige recouvrait la ville et les unités.

6.1.1.1 Unité U1.

Disposition

Cette unité appartient à un pôle de psychiatrie qui comprend six unités dont quatre dites de psychiatrie générale. Ces quatre unités sont situées au niveau du rez-de-chaussée et reliées par un couloir d'accès commun. Ce site est bien desservi par les transports en commun et situé à proximité de centres commerciaux.

Cette unité répond en termes de territoire à un secteur rural et semi-rural assez étendu.

L'architecture de l'unité est récente, assez vaste et sa disposition générale en croix. Trois des ailes de cette croix sont principalement affectées aux vingt chambres individuelles des patients, équipées en sanitaires. L'aile d'accès à l'unité concentre les espaces communs et les principaux bureaux, à l'extrémité de cet axe central sont disposés les bureaux médicaux. Au centre de cette croix et au carrefour des circulations se tient le bureau infirmier. Ce dernier est mitoyen de la chambre d'isolement et communique avec celle-ci au moyen d'un fenestron occultable. Les parois vitrées du bureau permettent de voir et d'être vu, il existe également une possibilité d'occultation. Enfin existe un patio attenant à l'unité et accessible par les locaux communs.

La porte de l'unité est ouverte en journée.

Le personnel

L'équipe se compose de quatorze infirmiers de jour et de cinq affectés sur des postes de nuit. Sur ces quatorze infirmiers, an moment de l'enquête, six étaient de formation ISP pour quatre ETP (Equivalent Temps Plein) et dix de formation IDE. Au niveau du genre, l'équipe comptait trois infirmiers pour treize infirmières. Cette équipe présentait une forme d'équilibre en termes générationnel et de démographie infirmière. En effet, elle comportait trois groupes, un groupe « d'anciens» avec les ISP, un groupe médian composé d'IDE expérimentés (autour de dix ans d'ancienneté) et un dernier groupe plus réduit composé de professionnels de moins de trois ans. On retrouve cette mixité dans les infirmiers de nuit.

Aucun infirmier n'avait de bipolarité d'exercice (affectation en intra et en extra hospitalier).Un cadre de santé à temps plein était affecté sur cette unité et quatre psychiatres intervenaient régulièrement sur plusieurs demi-journées.

6.1.1.2 Unité U2.

Disposition

Cette unité appartient à un pôle de psychiatrie qui comprend trois unités d'hospitalisation et un Hôpital de Jour. Ces trois unités sont situées en étage dans un bâtiment accueillant la psychiatrie. Une seule entrée au bâtiment permet l'accès aux différentes unités. Ce bâti remonte à une trentaine d'années. Ce site est proche du centre-ville et bien desservi par les transports en commun. Cette unité dessert un secteur rural et semi-rural assez étendu.

L'architecture de l'unité date de l'époque de la conception du service. L'accès aux étages se fait par un ascenseur et des escaliers. Ceux-ci accèdent au premier étage et ouvrent sur un hall central qui dessert trois ailes. Ces dernières abritent l'unité investiguée, une deuxième unité de psychiatrie générale et une troisième aile étaient en restructuration au moment de notre enquête.

L'architecture générale de l'unité s'organise en **O** autour d'un îlot central qui abrite les locaux à vocation technique ainsi que la salle de soins. La circulation dans cette unité se fait autour de cet îlot

dans un mouvement circulaire. De part et d'autre de cette partie centrale se répartissent deux rangées de chambres d'une capacité de vingt-quatre lits. Les chambres sont équipées en sanitaire et les patients ont la possibilité d'avoir une télévision. La première rangée desservait sept chambres individuelles ainsi que les bureaux infirmiers et cadres. La deuxième rangée donnait accès à huit chambres à deux lits et une à un lit.

Plusieurs particularités caractérisent la présentation de cette unité parmi lesquelles deux sont en lien avec l'architecture. D'une part, cette unité abrite peu d'espaces dédiés à la vie commune (séjour, salle à manger), l'organisation se faisant à partir de la chambre, d'autre part le pôle médical et de consultation est situé à l'étage supérieur. Enfin, cette unité travaille sans chambre d'isolement.

Une particularité est en lien avec les populations accueillies. En effet, dix-huit lits sont affectés à la psychiatrie générale adulte sectorisée et six sont spécialisés dans l'accueil non sectorisé d'une population mineure et de jeune majeur souffrant d'une pathologie spécifique.

Le bureau infirmier se situe à l'angle d'une rangée de chambres près de la porte d'accès à l'unité, au plus près des flux de circulations.

La porte de l'unité reste ouverte en journée.

Le personnel

L'équipe se compose de dix-sept infirmiers de jour et de quatre affectés à des postes de nuit (nous n'avons pas l'effectif réel en ETP). Sur ces dix-sept infirmiers, au moment de l'enquête, deux étaient de formation ISP. En dehors de ces deux ISP, l'équipe comportait une majorité d'IDE expérimentés (plus de cinq ans d'ancienneté dans le métier).

Des activités extra hospitalières et de secteur de type visite à domicile (VAD) et groupe à médiation étaient exercées par un nombre régulier d'infirmiers.

Un cadre de santé à temps plein était affecté sur cette unité et deux psychiatres dont, un pour la plus grande part de son temps plein.

6.1.2. Présentation de CH 2

Le deuxième Centre Hospitalier investigué se situe à proximité d'une agglomération importante de la région Rhône-Alpes. Il est situé à une quinzaine de kilomètres de cette ville. Il dispose d'une vingtaine d'unités d'hospitalisation, principalement adultes, répartie entre la psychiatrie générale sectorisée et des départements spécifiques. Les deux unités investiguées sont sur site. Le bâti initial de cet établissement fut construit dans la seconde moitié du dix-neuvième siècle.

L'établissement est assez bien desservi par les bus et les transports ferroviaires.

6.1.2.1 Unité U 3

Disposition

Cette unité de vingt-huit lits se situe sur le site hospitalier, elle ne fait pas partie du bâti initial. Elle intègre un programme de construction de quatre unités de type pavillonnaire. L'architecture est assez récente. Le bâtiment comporte deux étages. Au niveau du rez-de-chaussée, la disposition générale de l'unité forme un L.

L'entrée du bâtiment se fait à la base du L, cet accès donne d'un côté sur le pôle consultation et secrétariat, le côté opposé ouvre sur l'unité d'hospitalisation.

Le pôle consultation est géographiquement relativement indépendant de l'unité. Il est séparé de cette dernière par une cour intérieure, un patio vitré.

L'unité comporte deux parties :

- la base du **L** avec cinq chambres s'adresse en première intention aux patients présentant une pathologie somatique associée ou une faible autonomie.
- La partie haute du **L** où se trouve l'ensemble des espaces communs, bureau infirmier et cadre ainsi que les chambres d'isolement et médicalisées, distribués autour d'un couloir central. Le bureau infirmier, mitoyen de la chambre d'isolement communique avec cette dernière par un

fenestron occultable. Les parois du bureau sont vitrées avec une possibilité d'occultation, il se situe à proximité de la porte d'entrée.

Les locaux destinés à la vie collective sont nombreux, il existe deux salles de séjour qui ouvrent sur un parc attenant à la surface conséquente, lequel est délimité par une clôture. À l'étage sont rassemblés la majorité des lits de l'unité (douze chambres à un lit et deux chambres à deux lits équipées de sanitaires) distribués autour d'un couloir central.

L'accès à cette partie hébergement connaît des temps de fermeture en matinée et en après-midi. L'unité reste fermée et les patients demandent pour entrer et sortir de l'unité.

Le personnel

L'équipe infirmière se compose de quinze infirmiers de jour, dont six temps partiels. L'effectif de nuit est compté séparément. L'équipe comporte trois générations d'infirmiers, des ISP, des IDE de plus de dix ans d'ancienneté et un groupe plus récent dans le métier. Au niveau du genre, la présence masculine était plus affirmée en nombre dans cette équipe.

Il n'existait pas de bipolarité d'exercice entre intra et extrahospitalier au moment de l'enquête.

Un cadre de santé à temps plein était affecté sur cette unité et trois médecins dont deux psychiatres intervenaient régulièrement. Au moment de l'enquête, l'équipe médicale se restructurait et sur ce temps seul un médecin psychiatre assurait le pôle médical.

6.1.2.2 Unité U4

Disposition

Cette unité de vingt-cinq lits occupe l'aile d'un bâtiment ancien sur le site hospitalier. Elle a connu plusieurs programmes de rénovation dont le dernier est assez récent. Elle occupe les deux étages du bâtiment, la forme générale de l'unité est celle d'un U qui serait dessiné avec une large base.

La disposition générale de l'unité a dû composer avec des contraintes architecturales fortes particulièrement en lien avec l'existence de cloisons non flexibles. Les différentes parties de l'unité se sont déployées au sein de ces murs épais. Des couleurs assez vives viennent alléger le poids de ces contraintes.

L'entrée principale de l'unité se fait au rez-de-chaussée sur le flanc gauche de cette disposition en U. Dans cette aile, un hall donne accès à une montée d'escalier et à un ascenseur. Cette aile comporte deux chambres, une à trois lits et une à un lit, destinées préférentiellement aux patients en situation de faible autonomie. Enfin, elle loge la chambre d'isolement et en regard de laquelle se trouve la pièce de recul des infirmiers.

La seconde aile représentée par la base du U comporte l'essentiel des lieux communs (salle TV, salle à manger, séjour, salle polyvalente et d'activité). La particularité de ces locaux tient à leurs caractères attenants, non distribués par un couloir. La circulation se fait donc par le passage de salle en salle. Au centre, un parc intérieur arboré et clôturé est enchâssé dans cette forme en U et ouvert en journée. La partie droite du U dessert une deuxième montée d'escalier et des bureaux.

Au premier étage et dans le même ordre de présentation se trouve un hall avec sièges à l'arrivée de l'escalier et de l'ascenseur qui fait face à la pharmacie et au bureau infirmier sans surface vitrée. Deux chambres à deux lits et le bureau du cadre sont encore abrités dans cette aile.

La seconde aile comporte une allée centrale qui dessert l'essentiel des chambres de cette unité et trois bureaux. On compte deux chambres à trois lits, trois chambres à deux lits et cinq chambres à un lit. Les sanitaires se trouvent à l'extérieur de celles-ci. La partie droite du U dessert une deuxième montée d'escalier et des bureaux.

La porte de l'unité reste fermée et les patients demandent ou sonnent pour aller et venir.

Le personnel

L'équipe infirmière est composée de treize infirmiers de jour et de cinq infirmiers de nuit. L'équipe de jour compte deux groupes. Un groupe d'un tiers d'infirmiers issus de la formation ISP et un groupe d'IDE dune ancienneté moyenne à une exception. La répartition hommes/femmes est de trois professionnels masculins pour dix professionnelles infirmières.

Cinq infirmiers, tous de formation ISP sont affectés aux séquences de nuit. Il n'existait pas de bipolarité d'exercice entre intra et extrahospitalier au moment de l'enquête. Un cadre de santé à temps plein ainsi qu'au moins un médecin psychiatre étaient affectés sur cette unité.

6.1.3 Présentation de CH 3

Le troisième site investigué concerne une petite agglomération de la région Rhône-Alpes. Le Centre Hospitalier se situe dans la ville, à proximité du centre de l'agglomération. Le bâti est vaste et témoigne d'une longue histoire quant à sa vocation hospitalière. Il dispose d'une quinzaine d'unités d'hospitalisation, enfants et adultes, réparties entre la psychiatrie générale sectorisée et des départements spécifiques. Les deux unités investiguées sont sur site.

L'accès au niveau de la ville est facile, moins au niveau du périmètre du département.

6.1.3.1 Unité U5

Disposition

Cette unité de dix-sept lits à vocation spécifique s'est constituée récemment dans l'offre de soins de cet établissement. Elle occupe le dernier étage d'un bâtiment qui comporte plusieurs unités d'hospitalisation. Elle a connu un plan de rénovation assez récent. La disposition architecturale occupe un espace rectangulaire.

L'accès se fait par un ascenseur ou un large escalier qui débouche sur le couloir central de l'unité. Celui-ci dessert d'un côté trois chambres individuelles, toutes équipées en sanitaire, et les locaux des infirmiers. Ce dernier abrite dans le même espace, une partie bureau infirmier non vitrée et une partie pharmacie avec salle de soins.

De l'autre côté, le couloir central dessert cinq chambres à deux lits.

A l'une des extrémités du couloir se trouve les parties communes, ici un espace salle à manger, séjour et office. À l'autre extrémité du couloir se trouve un pôle de trois chambres dont une à deux lits, et le bureau du cadre de santé. Les bureaux médicaux et le secrétariat se situent à un étage inférieur. L'unité reste ouverte en journée.

Le personnel

L'équipe infirmière, récemment constituée, se compose de neuf infirmiers de jour. La particularité de cette équipe était alors de conserver une majorité de sept infirmiers ISP pour deux infirmiers IDE avec une ancienneté de moins de trois ans.

L'équipe infirmière de nuit était composée d'un pôle infirmier qui assurait la continuité des soins sur deux unités de ce bâtiment.

Il n'existait pas de bipolarité d'exercice entre intra et extrahospitalier au moment de l'enquête. Un cadre de santé à temps plein était affecté sur cette unité. Deux médecins psychiatres étaient déployés sur ces unités, dont l'unité investiguée.

6.1.3.2 Unité U6

Disposition

Cette unité de vingt-quatre lits de psychiatrie générale, dont deux chambres d'isolement, se situe au rez-de-chaussée d'un corps de bâtiment imposant. Sa disposition architecturale générale est linéaire. Un couloir central distribue la circulation à l'ensemble des pièces et affectations. L'ensemble des chambres comporte un regard vitré vertical qui permet de renseigner sur les présences et cela dans les deux sens, des soignants en direction des patients et inversement. Enfin, les chambres sont équipées de téléphones permettant la réception d'appels. D'un côté, l'unité donne sur une rue et de l'autre sur l'établissement.

L'entrée se fait par une des extrémités de l'unité et en partant de ce point le couloir dessert successivement trois parties.

La première partie comporte d'un côté cinq chambres individuelles ainsi que la chambre d'isolement numéro deux et de l'autre côté une chambre individuelle, des parties sanitaires et techniques.

La deuxième partie de l'unité se matérialise par un demi-niveau. Ces quelques marches peuvent être évitées par la présence d'un ascenseur. Cette partie centrale de l'unité contient deux espaces à vocation distincte. Le premier espace comporte le bureau infirmier. Il possède une porte avec un regard vitré, mitoyen de la chambre d'isolement numéro un, avec laquelle il communique par un fenestron muni d'un store. Le bureau infirmier contient dans le même espace, une partie pharmacie-salle de soins et face à ce dernier, le bureau médical. Le deuxième espace contient les locaux communs, séjour, réfectoire, salle de télévision et salle de jeu. Ces derniers donnent accès à une terrasse clôturée qui longe une aile du service. Celle-ci est ouverte en journée et elle donne sur une cour de l'établissement.

Enfin, la troisième partie dessert l'essentiel des chambres avec des affectations préférentielles en fonction du genre. On retrouve quatre chambres du côté affecté aux hommes (une à un lit, deux à deux lits et une à trois lits) et quatre chambres également du côté affecté aux femmes (trois chambres à deux lits et une chambre à un lit) ainsi qu'un bloc sanitaire.

La porte de l'unité reste ouverte à la suite d'un travail de réflexion assez récent au moment de l'enquête.

Personnel

L'équipe infirmière est composée de onze infirmiers de jour. La particularité de cette équipe, comme la précédente, était alors de conserver une majorité de neuf infirmiers ISP pour deux infirmiers IDE avec une ancienneté de moins de quatre ans. La répartition hommes/femmes est de trois professionnels masculins pour huit professionnelles infirmières.

Il n'existait pas de bipolarité d'exercice entre intra et extrahospitalier au moment de l'enquête. Un cadre de santé à temps plein était affecté sur cette unité. Trois médecins psychiatres étaient déployés sur cette dernière et intervenaient régulièrement sur plusieurs demi-journées.

6.1.4 Présentation de CH 4

Le quatrième et dernier site investigué se situe dans une ville moyenne de la région Rhône - Alpes. Le site des bâtiments d'hospitalisation en psychiatrie est situé dans un quartier de la ville et est indépendant géographiquement de l'hôpital de rattachement. Ce site comporte cinq unités de psychiatrie générale adulte sectorisée réparties sur deux bâtiments. Sa construction remonte à environ trois décennies. Il est assez bien desservi par les transports en commun.

6.1.4.1 Unité U7

Disposition

L'unité investiguée se situe au rez-de-chaussée du bâtiment. Une entrée principale ouvre sur un hall qui dessert de part et d'autre deux unités et l'accès à l'étage. Les unités de ces bâtiments sont conçues architecturalement en symétrie et en miroir l'une de l'autre. Ainsi, U7 et U8 connaissent les mêmes caractéristiques architecturales et se situent en regard l'une de l'autre. Un effet de perspective s'ouvre au regard lorsque l'on empreinte les couloirs. Cette conception architecturale matérialise à la fois une proximité et une différenciation.

Nous n'avons pas obtenu d'information complémentaire, tel un exemplaire des plans des unités, quant à ce site. Les éléments de description seront donc plus succincts et proviendront de la mobilisation de nos souvenirs. L'unité présente une capacité d'accueil d'une vingtaine de lits.

Nous retiendrons que l'architecture générale de l'unité s'organise en **O** autour d'un îlot central qui abrite principalement les locaux aveugles à vocation technique, les blocs sanitaires ainsi que la salle de soins. La circulation dans cette unité se fait autour de cet îlot dans un mouvement circulaire.

Depuis l'entrée de l'unité, on retrouve sur la partie extérieure du O, l'office et une vaste salle à manger puis un bureau médical qui communique directement avec le bureau infirmier. Ce dernier est mitoyen de la chambre d'isolement.

Dans la partie retour du **O**, à l'extrémité de l'unité se situent des chambres de patients, nous retrouvons des bureaux à la fin ce cette boucle.

Le site hospitalier est clos et les portes des bâtiments d'hospitalisation restent ouvertes. Il n'y a pas de porte qui délimite le seuil des unités.

Personnel

L'équipe infirmière se compose de dix-neuf infirmiers qui assurent les séquences de jour et de nuit parmi ces dix-neuf soignants, deux sont issus de la formation ISP. Le groupe IDE comprend des infirmiers avec une ancienneté allant de deux à quinze ans. La répartition hommes/femmes est de trois professionnels masculins pour seize professionnelles infirmières.

Il n'existait pas de bipolarité d'exercice entre l'intra et l'extrahospitalier au moment de l'enquête, bien que des activités externes soient souvent initiées.

Une cadre de santé à temps plein était affecté sur **les deux** unités. Plusieurs médecins psychiatres et un interne de spécialité intervenaient sur ces deux unités. On notera l'amplitude de présence au quotidien de ce dernier.

6.1.4.2 Unité U8

Disposition

On retrouve les mêmes caractéristiques architecturales que sur l'unité précédente, la conception se déployant en miroir d'une unité sur l'autre. Elle est donc organisée autour d'un ilot central. Ce dernier permet et fluidifie les circulations et les déambulations. Nous ne relevons pas de caractéristique spécifique.

Personnel

L'équipe infirmière est composée de dix-huit infirmiers qui assurent les séquences de jour et de nuit. La composition de l'équipe en termes de démographie infirmière est similaire à U7. Parmi ces dix-huit soignants, deux sont issus de la formation ISP. Le groupe IDE comprend des infirmiers avec une ancienneté allant de un an à moins de dix ans d'ancienneté. Les professionnels, cadre de santé et médecins, intervenaient sur les deux unités.

6.2 Analyse descriptive des séquences d'observations

Préalable méthodologique

Les séquences d'observations ont eu lieu sur un an, débuté en décembre 2008, elles se sont achevées en novembre 2009. Pour rappel, nous avons effectué trois séquences d'observations par unités (après-midi, nuit et matinée), investigué deux unités par site, et cela, sur quatre établissements. Les données ainsi récoltées représentent vingt-quatre séquences d'observations pour 160 heures.

Nous retrouverons cet ordre chronologique dans cette présentation lorsque nous aurons besoin de faire appel à une restitution par séquences.

Nous avons travaillé à partir de ces vingt-quatre séquences que nous avons soumises à plusieurs entrées ou **variables**.

Les **variables** retenues sont au nombre de quatre. Elles correspondent à des données d'observations (lieu et horaire) et des données de traitement (niveaux d'investigation et mise en fonction) en lien avec *« l'informel»*.

1- Les **lieux** dans ou hors unité de soins.

2- Les **tranches horaires** dont l'addition couvre une amplitude de dix-neuf heures soit, de sept heures du matin à deux heures du matin le lendemain.

3- Les trois **niveaux d'investigations** (patients, professionnel et équipe).

4- Les mises en fonction des observations sur l'informel. Nous parlons alors de **fonctions mères et de fonctions primaires avec quelque fois, leurs attributs.** Ces dernières catégories reprennent alors leurs identifications par numérotation d'attribution.

Cette phase d'analyse **de traitement quantitatif des données qualitatives** a connu **trois étapes** dans sa construction qui visait à exploiter les comparaisons qu'exige une étude multicentrique.

La **première étape** a consisté à travailler séquence par séquence, et cela, pour les vingt-quatre séquences, en retenant une variable d'analyse. Soit un premier traitement qui a été réalisé à partir de vingt-quatre tableaux par variable, multiplié par le nombre de variables.

Le **deuxième niveau** a représenté un travail intermédiaire, la variable étant croisée à un échantillonnage plus large. Nous en avons retenu deux à ce niveau, d'une part l'unité de lieu (Unité) et l'unité de site (CH), d'autre part l'unité temporelle (Séquences d'après-midi, de nuit et de matinée).

Enfin, un **troisième niveau** qui correspond à celui que nous avons majoritairement retraduit, il concerne l'ensemble de l'étude.

Pour mieux en aborder cette lecture, nous avons procédé à des mises en définition de ces niveaux. Il s'agit des **éléments de codifications suivants :**

Nous commençons par présenter des tableaux dont les résultats regroupent l'ensemble des huit unités des quatre sites investigués. Nous parlons alors de **tableau de synthèse.**

Nous présentons ensuite des tableaux qui abordent les résultats sur chaque site ou par variable, nous parlons alors **tableaux de répartition.**

Nous avons dû procéder à des choix en termes de restitution. Ceux-ci ont été organisés autour de deux priorités, d'une part garder la possibilité d'avoir des éléments de comparaison pertinente liés à la nature multicentrique de l'enquête, d'autre part limiter la présentation considérable de ces données et s'éloigner de la tentation d'une description saturée.

A cette fin, nous présentons des tableaux de synthèse et de répartition et nous relevons dans les commentaires d'analyse de contenu les variables qui sont significatives.

Nous retrouvons dans ces parties 6.2 à 6.4 un plan à cinq niveaux **de triangulation** des données. Triangulation dont la combinaison et la superposition nous permettent selon Monique Formarier *« de vérifier la stabilité et la justesse des résultats et de diminuer les biais inhérent à l'utilisation d'un outil. [...] toutes ont pour objectifs de rendre compte le mieux possible de la richesse et de la complexité de la réalité et aussi de permettre au chercheur de prendre de la distance par rapport au terrain »*. (Intérêt de la recherche qualitative dans les pratiques infirmières, *Recherche en soins infirmiers*, n°61, juin 2000, page 28).

- La **triangulation spatiale** liée à la nature multicentrique de la recherche, dans la partie observation.

- La **triangulation par niveaux d'investigations** avec la discrimination patient, professionnel et équipe, présente dans les parties observations et entretiens.

- La **triangulation temporelle** avec les trois temps des séquences d'observations, après-midi, nuit et matinée, présente sur la partie observation.

- La **triangulation des populations investiguée,** infirmiers, cadres et médecins, présente dans la partie entretien.

- La **triangulation des outils,** que nous avons réduite à un croisement en partie 6.4 par intégration des données des DIA dans le traitement des observations.

Ces triangulations viennent en complément de la **triangulation de nos trois axes théoriques** émergents de la recherche et nous notons que faute d'une **triangulation des praticiens chercheurs**, nous avons croisé à plusieurs reprises dans les parties qui suivent les écarts entre les deux praticiens chercheurs.

Au niveau des méthodes d'analyse, nous retrouvons ici deux méthodes :

-**L'analyse descriptive**, elle correspond à la présentation des tableaux.

-**L'analyse interprétative,** elle correspond aux commentaires qui suivent cette présentation. Pour Alex Mucchielli, *« Les techniques d'analyse de contenu consistent à expliciter le ou les sens cachés d'un texte ou d'un phénomène à partir de différentes grilles de lecture données à priori… et ainsi faire apparaître différents registres latents ».* (*Dictionnaire de méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, 303 pages, page128).

Enfin, le propos introductif de chaque développement d'analyse interprétative précisera les particularités de méthode quand il y a lieu.

6.2.1 Tableau (n°2) de synthèse des relevés d'observations par site et par praticien chercheur.

SEQUENCES	SITES D' OBSERVATIONS								TOTAL OBSERVATIONS/ SEQUENCES
	CH1		CH2		CH3		CH4		
	UNITES								
	U1 PC1	U2 PC2	U3 PC1	U4 PC2	U5 PC1	U6 PC2	U7 PC1	U8 PC2	
APRES MIDI	80	47	64	51	60	48	65	51	**466**
NUIT	30	21	26	21	34	42	10	19	**203**
MATIN	73	56	85	62	51	52	67	44	**490**
TOTAL OBSERVATIONS /UNITES	**183**	**124**	**175**	**134**	**145**	**142**	**142**	**114**	
TOTAL OBSERVATION /SITE	**307**		**309**		**287**		**256**		**1159**

➢ Commentaires généraux

Le nombre total d'observations qui ont donné lieu à une mise en fonctions est de **1159** pour 160 heures d'observations. Lors du traitement des observations et du travail de caractérisation des fonctions, nous sommes partis d'une base où **l'unité** de mise en fonction était égale à une observation. **Ainsi, une opération de mise en fonction équivaut à une observation.**

Le rapport moyen d'observation horaire est de 7,2 observations par heure, soit une observation en lien avec l'informel toutes les 8 minutes. Notons qu'un relevé d'observations ne dit rien de sa nature en terme quantitatif de relevé horaire. Une séquence en lien avec l'informel pouvant aller d'une séquence courte de quelques secondes (interaction brève) à un temps plus significatif d'une dizaine de minutes **ou plus** (entretien informel, accompagnement). La fourchette haute se situe sur CH1 U1 AM PC1 avec 10 obs. /heure et la fourchette basse à CH4 U7 Nuit PC1 avec 2 obs. /heure, soit un rapport de 1 à 5.

En excluant les séquences de nuit, ce rapport quant à l'écart maximal tombe de 1 à 1,8 entre CH4 U8 Matin PC2 et CH1 U1 AM PC1.

➢ Répartition des séquences d'observation

- **Par séquences d'observations**

Les séquences d'après-midi représentent 40,2 % des observations, celles du matin 42,3 %, celles qui concernent la nuit 17,5 %.

Les séquences de nuit se sont déroulées sur un temps plus restreint, en moyenne de cinq heures contre huit pour les observations de jour. Mais outre cet écart sur le temps de la séquence d'observation, c'est évidemment la nature de la séquence qui est en cause. Le travail de la nuit **est de veiller** à la limitation et à l'hypostimulation des sollicitations, des mouvements et des interactions. Les séquences liées à l'informel sont présentes dans le travail de nuit, mais comme toute activité, elles voient leurs volumes réduits. Les unités investiguées ne sont pas des services d'urgence, mais de psychiatrie générale et le cœur du travail de nuit est de veiller au repos de chaque personne hospitalisée. Le rapport des séquences liées à l'informel est de 1 à 4,2 suivant les nuitées observées. Ce rapport est plus de deux fois plus important qu'en journée, il s'explique par les brusques variations d'activité qui caractérisent ce travail spécifique où tout signe clinique devient rapidement plus saillant ou bruyant quand il en vient à transpercer l'épaisseur de la nuit

Le rapport des relevés d'observations entre le jour et la nuit est de 82,5 % pour 17,5 %.

Celui du rapport entre après-midi et matinée est sensiblement de même volume avec un rapport de +5,1 % de séquences observées en lien avec l'informel en matinée du samedi. Nous expliquons ce différentiel par des sollicitations croisées entre groupe patient et groupe professionnel, et donc des interactions, plus fréquentes le matin, lesquelles sont en lien avec l'organisation de la journée. Nous notons la tenue de deux repas et de deux distributions de traitements.

- **Par site et par unités.**

Le nombre moyen d'observations par site est de 290. **Les pourcentages suivants sont calculés** à partir de ce chiffre des moyennes par site. Deux sites sont au-dessus de cette moyenne avec + 17 obs. (soit +5,2 %) et + 19 obs. (soit + 6,5 %). Deux sites sont en dessous avec respectivement – 3 obs. (soit -1 %), et - 34 obs. (soit – 11,7 %)

Les écarts entre sites sont donc assez faibles (rapport de 1 à 1,19 en termes de volume d'observations en lien avec l'informel). Ils signent une relative homogénéité qui atteste du caractère constant de l'informel dans les structures investiguées. Le type d'établissement n'apparaît pas déterminant dans cette relative variation, l'offre de soins sectorisée en psychiatrie n'est pas concurrentielle et chaque établissement abrite une activité de même nature. Des éléments d'explications quant aux écarts peuvent être fournis par des contextes locaux.

Le nombre moyen d'observations par unité est de 145. **Les pourcentages suivants sont calculés** à partir de ce chiffre des moyennes par unité. Deux unités sont au-dessus de cette moyenne (+

38 obs. et + 30 obs.), une correspond à cette moyenne, et cinq sont en dessous. (- 21, -11, -3, - 3 et - 31obs.).

Les écarts entre unités sont plus conséquents, +69 soit + 47,6 % entre l'unité U8 et l'unité U1. Toutefois en dehors de la séquence sur U1 et U3 productive en informel, ils tendent à se niveler et la différence est alors de +21,3 %. Cet écart s'explique alors de manière préférentielle par les différences entre praticiens chercheurs.

- **Par praticien chercheur**

Il existe des écarts de relevés entre praticiens chercheurs avec 645 observations pour le premier, soit 55,6 % et 514, soit 44,4 % pour la deuxième. Ces chiffres correspondent aux lettres initiales PC1 (Praticiens Chercheurs) et PC2 sur le tableau ci-dessus. Soit un écart de 11,2 %.

Les observations effectuées par le premier praticien chercheur sont supérieures quelque soit les sites et les unités investigués. Pour celui-ci, la différence sur les unités entre fourchettes haute et basse est de 41 observations, soit +28,2 %. Pour la deuxième enquêtrice, la différence est moindre avec une variation de + 28 observations, soit +19,3 %

- **Pour un même enquêteur**

Ces différences s'expliquent par la nature du terrain. Ainsi, les différences pour le premier enquêteur résident dans la vocation de l'unité investiguée, psychiatrie générale et vocation spécifique pour la fourchette basse. On constate une homogénéité de relevé pour la deuxième enquêtrice sur des terrains à vocation similaire.

- **Entre les enquêteurs**

Nous avons objectivé deux éléments qui permettent d'approcher une explication quant à ces différences de relevés.

Le premier tient à ce que nous relevions au chapitre 4.2.2 sur les limites de la place d'infirmier praticien chercheur en situation. Elle concernait le niveau de socialisation préalablement établi et pointait qu'une socialisation plus marquée rendait plus difficile les opérations mentales concomitantes de déport et de décentrage de la scène observée.

Un deuxième élément sensible quant à ces variations tient à la familiarité et à l'antériorité entretenue pour un praticien chercheur quant à notre objet de recherche. Cette variation signe alors une différence quant à la profondeur de cet ancrage.

On note pour les deux praticiens chercheurs une particularité quant au premier site investigué. Celui-ci a été le plus productif en termes de relevés d'observations pour un enquêteur. A distance des terrains d'enquêtes, et en revisitant nos positionnements, il nous apparaît aujourd'hui que cette première enquête comportait des enjeux spécifiques. En effet, il s'agissait d'une **première fois.** Cette configuration inaugurale en situation de terrain s'est traduite par une anxiété de défaut de maîtrise de nos outils, de crainte d'une récolte de données insuffisantes et de souci quant à notre positionnement de praticiens chercheurs. Notre réponse à cette anxiété s'est manifestée par une vigilance accrue, de tous les instants pourrait-on dire, quant à notre position et à l'objet de notre présence. Nous notons aujourd'hui, une forme d'hypervigilance, d'observation intensive sur cette enquête et partageons entre nous, un de ses effets, traduits ici par un vécu de fatigue, à notre retour d'investigation. Cet effet n'a pas été constaté sur les autres terrains, nous avions alors pu constituer un début d'expérience et nous appuyer sur ce début d'antériorité.

6.2.2. Tableau (nº 3) de répartition des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par site.

Sites	Unités	Niveau Patient		Niveau Professionnel		Niveau Equipe		Total observations par unité et site investigé
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CH 1	U1	95	51,90%	60	33%	28	15,30%	183
	U2	55	44%	42	33,90%	27	21,90%	124
Total observation	**CH1**	**150**	43%	**102**	38,30%	**55**	18,30%	307
CH2	U3	67	38%	58	33,20%	50	28,50%	175
	U4	59	44,00%	43	32,10%	32	23,90%	134
Total observation	**CH2**	**126**	40,80%	**101**	33%	**82**	26,50%	309
CH3	U5	66	45,50%	57	39,30%	22	15,20%	145
	U6	52	36,60%	60	42,30%	30	21%	142
Total observation	**CH3**	**118**	41,10%	**117**	40,80%	**52**	18%	287
CH4	U7	48	33,80%	52	36,60%	42	29,60%	142
	U8	37	32,20%	41	37%	36	31,30%	114
Total observation	**CH4**	**85**	33,20%	**93**	36,30%	**78**	30,50%	256
Total observations par niveau d'investigation		479	41,30%	413	35,60%	267	23,10%	1159
Total Observation sur les 4 sites		**1159**						

- **Commentaires généraux**

Le tableau de répartitions des mises en fonctions lors des séquences d'observation fait apparaître les importances relatives de ces trois niveaux d'investigation.

Le niveau d'investigation patient est le plus important des trois. Le patient est donc le **premier bénéficiaire de l'activité infirmière en lien avec l'informel dans nos observations** avec plus de quatre actions sur dix qui sont réalisées dans sa direction.

Le niveau d'investigation professionnel est le niveau intermédiaire avec 35,6 % d'actions des professionnels en lien avec l'informel. Ces deux niveaux représentent plus des trois quarts (76.9 %) des actions repérées pendant les investigations. Nous rappelons que pour une majorité de situations, les attributions de mise en fonction lors du traitement concernaient des interactions entre le ou les professionnels et le ou les patients. Le traitement d'une séquence d'observation de ces interactions en lien avec *l'informel* produisant potentiellement lors du traitement une mise en fonction qui concerne les deux niveaux d'investigations.

Le niveau d'investigation équipe concerne un petit quart (23.1 %) des observations. Avec une observation en lien avec l'équipe pour trois en lien avec le professionnel ou en direction du patient, ce constat souligne la place du travail en équipe et du travail de l'équipe dans les unités de soins en psychiatrie**. Nous avons vu les différentes caractérisations du niveau d'investigation équipe, ce constat nous donne une illustration du rythme quant à son recours dans un mouvement d'allées et retours régulier.**

- **Commentaires par site et unités**

Le site CH 1 présente une particularité, c'est celui qui connaît le niveau d'investigation patient le plus élevé et le niveau équipe le plus faible. L'unité U1 est à ce titre caractéristique, le niveau d'investigation patient est majoritaire à 51,9 %, le plus fort taux de l'étude, et le niveau d'investigation équipe l'un des plus faibles avec 15,3 %.

Le site CH2 présente une fourchette de pourcentage entre les trois niveaux d'investigation plus resserré. On retrouve un ordre de grandeur décroissant entre les niveaux patients, professionnel et équipe. Ce dernier niveau connaît un repérage d'activité important à 26,50 %.

Le site CH3 présente deux niveaux assez homogènes entre les niveaux d'investigation patient et professionnel. Le niveau équipe est plus restreint, nous l'expliquons par la vocation spécifique d'une unité et la tension d'activité retrouvée sur la deuxième unité. Pour des raisons différentes, mais convergentes, ces éléments ont limité le recours à l'équipe.

Le site Ch4 connaît lui une configuration particulière avec un relatif équilibre entre les trois niveaux. Cette particularité est vérifiée sur les deux unités. Plusieurs éléments peuvent venir expliquer cette homogénéité :

- Le rôle de l'architecture, les deux unités étaient en miroir l'une de l'autre et permettaient entre les deux un contact visuel.
- Il existait une tradition de proximité entre les deux équipes, majorée dans le réel par un projet à moyen terme d'unification. Cette proximité maintenait les deux pôles de fonctionnement des équipes, elle favorisait les coopérations et les logiques de mutualisation, mais sans différenciation des équipes qui gardaient leurs identités et leur appartenance.
- Enfin, des traductions de ces deux données précédentes étaient retrouvées dans les organisations des rythmes de travail.

Ces éléments sont également de nature à expliquer l'importance du niveau d'investigation équipe sur ce site.

➢ Commentaires par niveaux d'investigation

Le niveau d'investigation patient est majoritaire sur le niveau professionnel sur cinq des huit unités investiguées. Ces cinq unités se présentent dans l'ordre chronologique d'investigation. Les écarts entre les deux groupes se réduisent et s'inversent suivant le déroulement des enquêtes.

Deux éléments nous paraissent éclairer ce constat.

- Le premier est d'ordre méthodologique. Le travail quant au résultat de caractérisation des fonctions s'est réalisé progressivement et s'est exercé par un triple mouvement de balayage. Celui-ci a consisté en un premier mouvement montant de codification (de l'observation U1 Am à U8 Matin), puis à une seconde lecture descendante de catégorisation par fonction mère. Enfin, le dernier mouvement montant a consisté à fixer les mises en fonction mère et primaires des séquences d'observation. Cette caractérisation progressive nous a amenés à gagner en fluidité dans l'attribution des fonctions et cela en particulier lors du traitement des situations d'interactions. La double affectation de niveau patient et professionnel est donc plus fréquente en fin de traitement.
- Un deuxième élément concerne la nature des activités des infirmiers. Dans certaines unités il existe une activité de soins indirects, mais en lien avec le patient plus importante et au bénéfice de celui-ci.

Quelques constats par niveau d'investigation

- Concernant le niveau d'investigation patient, l'écart entre les sites est de 16 %. (De 33,2 % à 49 %). Le chiffre de la moyenne statistique se situe à 41,1 %, plus ou moins 8 points suivant les unités. L'écart peut donc varier de 39 %.
- Concernant le niveau d'investigation professionnel. Ce niveau apparaît plus stable entre les différents sites. L'écart constaté entre les sites est de 7,8 % (de 33 % à 40,80 %). Le chiffre de la moyenne statistique se situe à 33,9 % plus ou moins 3,9 points suivant les unités. L'écart peut donc varier de 23,6 %.
- Concernant le niveau d'investigation équipe. Ce niveau connaît les plus grands écarts quant à son observation dans les unités. L'écart constaté entre les sites est de 12,6 % (de 17,9 % à 30,5 %). Le chiffre de la moyenne statistique se situe à 24,2 % plus ou moins 6,3 %. L'écart peut donc varier de 70 %. Le niveau d'investigation équipe apparaît donc comme la variable d'ajustement des deux niveaux précédents. Ce niveau d'investigation est nécessaire, mais se réduit principalement devant l'intensité de l'activité réelle et de la charge en soins (principalement en lien avec des sémiologies cliniques productives et avec les mouvements d'entrées). Il existe naturellement des variations conjoncturelles en lien avec les pics d'activité. La question centrale est celle d'un équilibre qui absorbe ces pics conjoncturels d'activités sans que ces derniers deviennent un mécanisme structurel. En effet, le repérage que nous observons s'arrime dans une mobilité et une triangulation de ces trois

niveaux en lien avec *l'informel*, sans qu'un des trois niveaux écrase les autres. Cette dynamique nous apparaît alors comme un équilibre structurel à repérer.

6.2.3 Tableau (n°4) de synthèse des mises en fonctions par niveau d'investigation et par répartition des lieux

Préalable méthodologique

La position des praticiens chercheurs était de se situer au plus près des scènes et des lieux potentiellement productifs en informel. À cette fin, nous avons suivi les infirmiers dans l'ensemble de leurs déplacements sur l'unité et hors unité.

La lecture de ce tableau nécessite plusieurs précisions quant à notre méthode d'observation.

L'approche par lieux parle autant de la position géographique de l'observateur dans l'unité que de la scène observée.

- Un **premier point** concerne le positionnement de l'observateur. Ce point est développé au chapitre 4.2.2. (Limites de la place de l'infirmier praticien chercheur en situation). Rappelons que l'arbitrage décisionnel quant à la scène observée se fait à partir de l'appréciation et de la hiérarchisation de l'étendue potentielle de l'informel. Cette opération s'intensifiant en fonction du nombre d'infirmiers en service sur la séquence et l'architecture de l'unité.

Enfin, dans le cas fréquent d'une observation en lien avec *l'informel* lors d'une interaction porte ouverte, c'est-à-dire, l'infirmier dans une pièce et le patient à l'extérieur, la saisie du lieu s'est faite du côté du professionnel.

- Un **deuxième point** concerne l'aspect déambulatoire de la séquence d'observation, celle-ci pouvant se dérouler sur plusieurs lieux. La saisie du lieu d'observation s'est effectuée de manière synchronique avec la saisie de la séquence informelle. C'est-à-dire, sur le lieu d'appel quand il était productif de la séquence d'informel ou toute autre localisation, indépendamment du lieu d'appel, quand la séquence se montrait productive.

- Un **troisième point** concerne la nomination des différents locaux qui ne prennent pas les mêmes appellations suivant les sites. Nous avons donc gommé certaines appellations locales et décidé de la nomination en regard de l'attribution fonctionnelle dominante.

- Un **quatrième point** concerne le caractère invariant ou variable des lieux retrouvés. Un code optique (fond en pointillé) vient signifier les lieux présents sur toutes les unités. L'absence de ce fond correspond aux lieux présents sur seulement une ou plusieurs unités

- **Commentaires généraux**

Tous les lieux d'une unité ou hors unité sont potentiellement porteurs de séquences d'*informel*. Ce dernier se produit majoritairement lors des interactions entre les soignants et les patients, en cela, tous les lieux peuvent en être le théâtre et/ou le support.

La distribution des séquences d'*informel* entre les différents lieux parle des niveaux d'occupation différents, des temporalités différentes (lieux ouverts en permanence ou ponctuellement) et des mobilités entre ces registres.

Les chiffres en pourcentage sont donnés sur base de l'ensemble des 1159 observations.

4CH	NIVEAUX D'INVESTIGATION			
LIEUX	PATIENT	PROFESSIONNEL	EQUIPE	TOTAL OBSERVATIONS/ LIEU
BI	74	45	111	**230**
BUREAU INFIRMIER PHARMACIE	30	27	25	**82**
BI/SALLE de SOIN	44	33	14	**91**
PHARMACIE et SALLE DE SOINS	41	32	18	**91**
PHARMACIE	19	14	9	**41**
SALLE DE SOINS	15	21	10	**46**
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	2	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**
HALL	7	5	0	**12**
CAFETARIA	1	1	0	**2**
COULOIR RDC	6	1	1	**7**
COULOIR ETAGE	2	1	1	**4**
ESPACES deCIRCULATION	**72**	**62**	**7**	**141**
TOTAL OBSERVATIONS/ NIVEAU D'INVESTIGATION	**479**	**413**	**267**	**1159**

➢ **Commentaires par lieux**

Trois lieux apparaissent comme électifs en termes de repérage de l'*informel*. Il s'agit du bureau infirmier, de la chambre du patient et des lieux de circulations, les couloirs.

- **Le bureau infirmier**

Avec 230 séquences observées, soit 19,8 %, il représente le premier lieu de repérage de l'*informel*. Dans le souci de respecter les affectations spécifiques des lieux, nous avons compté séparément les lieux avec une double affectation. Ainsi, pour certaines unités, le bureau infirmier était attenant soit à la salle de soins, soit à la pharmacie. Si nous additionnons ces lieux aux attributions mixtes qui représentent 173 observations (soit 14,9 %), nous obtenons un score de 403, soit 34,7 %. Plus du tiers des mises en fonction saisies lors des phases d'observations l'ont été au Bureau Infirmier ou apparenté.

Plusieurs éléments viennent éclairer ce constat. Le bureau infirmier est **le lieu** de la permanence infirmière en unités de soins. Outre qu'il abrite vingt-quatre heures sur vingt-quatre les trois équipes, il est porteur d'une pluralité d'attributions fonctionnelles, variable suivant les unités, en lien avec sa fonction *permanence*, tel que nous l'avons renseigné (cf. fonctions matricielles 2.2 et 2.3 du chapitre 6.3). Cet éventail de fonctionnalités attendues l'est autant du côté de l'équipe qu'en direction des patients.

Du côté des premiers, le bureau infirmier accueille les différents temps de relève, les temps de « flash» pluri - professionnel quotidien ou biquotidien, des réunions cliniques, organisationnelles ou autres, l'accueil des partenaires ou stagiaires. Il est le lieu préférentiel des moments de convivialité (et de ses objets (cf. le café) liés à la vie des équipes et aux mouvements institutionnels. Il accueille les moments de recul, d'élaboration et d'écriture.

Du côté du patient, ce lieu représente la matérialité de la permanence avec ses fonctions. Il est le lieu électif de l'accueil de la demande, individuelle ou groupale, exprimée ou non. Il est un des lieux de l'entretien informel du côté du patient, des familles et de sa formalisation progressive. Il constitue *« ... le lieu de l'invitation prioritaire du dépôt de la demande, de son orientation et de sa réponse ».* (Jean-Paul Lanquetin, Philippe Quinet, *Soins Psychiatrie,* « Soins infirmiers et relation avec la famille du patient », n°226, juillet-août 2003, page 42). Les niveaux de cette évolution et de ce passage vers une formalisation sont recensés : l'invitation à la position assise, l'utilisation ou non du meuble bureau, le jeu avec la fermeture de la porte qui signifie la progression de l'échange et informe les autres acteurs du soin, la limitation des artéfacts jusqu'à la relocalisation.

Il constitue un lieu de dépôt réel et symbolique. Sa place et son rôle sont spécifiques dans les unités temps plein. Les autres bureaux sont généralement identifiés à un statut et une personne nommée sur une séquence horaire définie et non permanente. Le bureau infirmier est permanent et anonyme quant à ses acteurs, il abrite un groupe, le corps infirmier de l'unité ici non différencié et donc potentiellement interchangeable.

A cet endroit et pour illustrer notre propos, la circulation de certains objets, mobilier ou autres, parle une de ces fonctions liées à la représentation de la permanence. (cf. fonction 2.2.1). Nous évoquons le statut de certains objets (objets personnels non identifié, mobilier défectueux, documents, etc.). Tous ces objets ont en commun une absence de destinataire identifié, d'adresse, ils ont un statut incertain, indéterminé, résiduel, en attente de... et trouve en ce lieu une possibilité de dépôt. Ce lieu possède une fonction non différenciée d'accueil des objets matériels, de « grand tout». Celle-ci est de même nature quant à l'accueil d'autres objets bruts, psychiques ceux-là, liés aux expressions et demandes en lien avec les manifestations psychopathologiques. Cette fonction est dévolue parfois à d'autres lieux qui incarnent la permanence, notamment sur les structures de jour. Ici, le secrétariat peut recouvrir partiellement cette fonction, partiellement parce que non anonyme.

Enfin, ce bureau est le lieu au carrefour des pluri professionnalisés que ce soit du côté de l'équipe infirmière avec la présence des aides soignants, personnel ASH ou des autres paramédicaux, que du côté médico-psychologique.

L'ensemble de ses attributions contribue à expliquer la place centrale du bureau infirmier dans le repérage des séquences d'une activité *informelle.*

- **Les espaces de circulation**

Les espaces de circulations constituent le deuxième lieu de repérage de l'*informel* avec 141 séquences observées soit 12.2 %. Ce chiffre peut englober les repérages effectués dans les halls et couloirs des unités en étage. Le score est alors de 164 observations soit 14,2 %.

Notre constat porte sur la fonctionnalité ajoutée à ces lieux de déplacements. Ils ne servent pas simplement à relier, dans leurs projets architecturaux, un lieu à un autre de l'unité. Ils sont autant de lieux potentiels de croisement, de mises en contact, d'observations et, in fine, de rencontres. Cet aspect est nommé alors circularité ou liberté de circulation par Jean Oury *« Aller d'un point à un autre, cela veut dire que si l'on prend deux points A et B, il faut que B ne soit pas comme A, sinon cela ne vaut pas le coup de se déplacer et de se fatiguer. Or si il y a toute une tablature de différenciation, c'est-à-dire une sorte de table de distinctivité, à ce moment-là on peut aller d'un point à un autre, en sachant que chaque point auquel on va arriver ne sera pas le mêle que le premier».* (*Liberté de circulation et espace du dire,* Vie sociale et traitement, janvier 2000, n° 65, page 10). Les circulations dans l'espace de soins sont alors pensées comme un vecteur de possibles échanges et rencontres. Le déplacement et les déambulations peuvent passer à une circularité, à des passages *« Les passages cela compte, c'est*

franchir certains seuils, traverser» (Op.cit, page 11). À l'intérieur de l'unité ou à l'intérieur de l'établissement, cet auteur nous dit *« qu'il faut des points de référentiabilité multiples. Et cela ne nécessite pas seulement un certain espace, cela nécessite une possibilité que les gens puissent, non pas accéder à tel ou tel point, mais circuler, marcher, découvrir, rencontrer des espaces ou des personnes différentes»*. (Op.cit, page 9). Le concept de liberté de circulation peut ainsi proposer le passage d'une déambulation, du sentiment de tourner en rond avec sa composante de décharge motrice, aux prémices d'un parcours jalonné par ces échanges qui viennent alors parler le dispositif et constituer un vecteur de direction, **une téléotique** : *« La téléotique, c'est un vecteur de direction. Cela ne veut pas dire que l'on va atteindre le but, mais c'est par là»*. (Op.cit, page 9). Ce concept n'est pas restreint aux espaces de circulation, il s'entend sur l'ensemble d'un dispositif, mais l'importance des observations relevées dans ces espaces nous fait dire à l'encontre de l'adage populaire : « Circulez, il y a peut être quelque chose à voir».

- **La chambre du patient**

La chambre du patient est ici un terme générique, il s'agit de l'ensemble des chambres. Ce lieu est le troisième lieu retrouvé avec 130 mises en fonction qui représente 11,2 % des observations. Une des particularités des unités d'hospitalisation en psychiatrie concerne, bien sûr, l'affection des patients. Sans négliger les comorbidités, certains tableaux clinophiles et l'état de santé somatique des patients en situation d'hospitalisation, notre propos est de souligner que de manière générale les patients de psychiatrie circulent dans les unités. Nous sommes dans une spécificité que nous nommons l'axe vertical. Dans le repérage de *l'informel*, la chambre ne représente pas le premier de lieu de rencontre ou d'interaction avec le patient.

Ces situations de saisie de *l'informel* correspondent donc à deux situations privilégiées. Une lié au temps de la nuit, la spécificité de l'axe vertical ne joue plus à cet endroit. L'autre correspond majoritairement à une initiative de l'infirmier.

- **Les autres lieux**

Nous retrouvons trois autres lieux abordés par ordre d'importance.

o Le réfectoire avec 95 observations (soit 8,2 %).

A l'exception d'une unité, tous les sites investigués possédaient un réfectoire avec une limitation du service en chambre.

On repère deux utilisations du réfectoire.

La première est liée au temps de repas. Ces temps collectifs se déroulent toujours en présence des infirmiers aux côtés, suivant les unités, des aides soignants et des personnels ASH. Dans sa fonction initiale de salle à manger, les interventions infirmières peuvent être individuelles ou groupales. Le temps du repas correspond à un moment où la majorité, voir l'ensemble des patients sont réunis. Les actions sur le groupe et sa dynamique parlent alors à l'ensemble. Chaque équipe maintenait l'objectif d'en faire un temps à la fois tranquille et organisateur d'un minimum de socialité et de convivialité.

La deuxième utilisation est non liée directement aux repas. L'utilisation peut être centrée sur le groupe soignant lorsque le réfectoire abrite les moments intermédiaires ou de pause. Le réfectoire peut également être contigu du salon, salle de TV et peut servir alors d'extension de ce lieu. Il peut recevoir alors les deux groupes patients et professionnels. À ce titre, on retrouve les trois niveaux d'investigation, dont l'équipe.

o La pharmacie et la salle de soins sont l'objet de 87 observations (soit 7,5 %). Les séquences en lien avec *l'informel* dans ces locaux à attribution fonctionnelle spécifique sont majoritairement en lien avec une interaction soignant/patient qui se déploie par la porte laissée intentionnellement ouverte. Les autres observations concernent l'équipe.

o Les chambres fermées. Elles concernent 67 observations (soit 5,8 %). Si les missions de surveillance des patients en isolement sont programmées à intervalles réguliers, nos observations portent sur le caractère spontané de l'interaction ou par son côté informel enchâssé dans la séquence formelle.

.

➢ Commentaires sur les lieux par niveaux d'investigation

- **Le bureau infirmier.**

Il est le lieu privilégié des observations concernant l'équipe avec 111 mises en fonctions (soit 9,6 %). Celles-ci s'équilibrent avec les mises en fonctions concernant les patients et le professionnel qui sont l'objet de 119 séquences (soit 10,30 %). Les séquences observées sur ce lieu sont donc également centrées sur l'équipe que sur les niveaux patients et professionnels réunis.

- **Le bureau infirmier et salle de soins, ou pharmacie.**

Dans le cas d'un bureau aux attributions mixtes, cette répartition se modifie très nettement. Les observations en lien avec l'équipe sont au nombre de 39 (soit 3,36 %) et celles concernant les patients et le professionnel présentent un score de 134 séquences (soit 11,6 %). La répartition des niveaux d'investigation connaît le même rapport d'environ 1 à 4 que pour les lieux pharmacie et salle de soins non attenantes. Il apparaît que dans le cas de bureaux aux attributions mixtes, c'est la deuxième attribution qui organise la répartition de *l'informel*.

- **Les salles de recul**.

Elles constituent par excellence les lieux où l'équipe peut se retrouver. Mais se retrouver ici ne veut pas dire s'éloigner du patient, en effet nous retrouvons un score équilibré entre niveaux d'investigation équipe avec 28 observations et niveaux patient et professionnel avec 27 observations.

- **Les chambres (ouvertes et fermées)**

Elles sont un lieu privilégié des niveaux d'investigation patient (90) et professionnel (96). Soit un total de 186 relevés pour 16 % de ces deux niveaux. Elle ne représente que 0,9 % pour les observations en lien avec l'équipe. Elle est donc exceptionnellement le lieu de relevé de ce dernier niveau d'investigation.

- **Les espaces de circulation.**

Nous retrouvons le niveau d'investigation patient pour un score de 87 (soit 7,5¨ %) et professionnel pour un score de 69 (soit 6 %). Les séquences en lien avec l'équipe peuvent exister quand cette dernière se déporte de ses espaces durablement (8 observations soit 0,7 %).

Enfin, les autres lieux n'apparaissent pas significatifs en termes de fréquence de relevés.

6.2.4 Tableau (nº 5) de répartition des mises en fonctions sur les trois catégories de lieux.

Préalable méthodologique

Le tableau précédent nous a renseignés sur la distribution des observations quant à *l'informel* en fonction des différents lieux. Un recueil de données préalable a été effectué par unités et par séquence d'observations croisant les niveaux d'investigation et leurs répartitions par lieux.

Une des caractéristiques des données en analyse qualitative réside dans leurs volumes. Nous avons souhaité, dans un souci d'efficacité, *« ... garder une relation dense entre les données et les résultats »*. (Xavier Briffault, *Pour La recherche,* « Méthodes, techniques et épistémologie de l'analyse qualitative», nº 42, septembre 2004, page 8).

À cette fin, nous avons construit un tableau de synthèse qui répartit les lieux en trois pôles dominants :

- Le pôle des lieux des professionnels : nous avons regroupé dans ce pôle l'ensemble des locaux prioritairement dévolus aux professionnels. Nous retrouvons principalement les bureaux infirmiers, les pharmacies et salles de soins, attenantes ou non, les espaces de recul.

- Le pôle des lieux des patients : nous avons retenu la chambre du patient, ouverte ou fermée. Il s'agit du lieu où l'interaction est en dehors du regard des tiers, non publique où le patient peut être abordé préférentiellement sous le mode individuel.

- Le pôle des lieux communs : nous avons retenu tous les espaces qui ne rentrent pas dans les deux définitions précédentes. Ces lieux ont en commun d'être fréquenté par l'ensemble des patients et des professionnels. Les interactions se déroulent ou sont susceptibles de se dérouler sous le regard de tiers. Ils constituent la scène privilégiée des abords sous un mode groupal.

Cette répartition nous a paru pertinente pour identifier les relevés d'observation en lien avec *l'informel* par pôle de lieux. (Colonnes vertes, jaunes et roses).

Elle nous permet également d'effectuer **une deuxième opération.** Celle-ci consiste à discriminer deux lieux électifs, d'une part, les **lieux professionnels**, et d'autre part **les lieux communs et patients** représentant les abords collectifs et individuels. (Colonne gris clair).

Enfin, il nous a paru significatif de présenter le pôle patient lors des séquences de nuit, séquences où les lieux communs se font plus discrets quant à leur occupation. (Colonne gris foncé).

Cette lecture discriminante nous permet de lire la tendance majoritaire des lieux productifs *d'informel* et suivant leurs répartitions d'en déduire le mouvement général du site ou de l'unité. Ce mouvement et son initiative peuvent être davantage centrés sur les lieux des professionnels ou sur les lieux communs et des patients.

Cette lecture peut nous renseigner sur le groupe majoritairement **à l'initiative** de la séquence informelle. En se centrant et en partant et groupe professionnel, nous parlerons alors de tendance **sociopède** si le mouvement se fait majoritairement en direction des locaux des professionnels et de tendance **sociofuge** si le mouvement se fait majoritairement en direction des locaux communs et des patients.

Enfin, dans notre commentaire par unités et par site, nous emploierons indifféremment les mots enquête et étude. Nous préciserons par ailleurs les particularités architecturales, locales ou de fonctionnement général de l'unité qui peuvent contribuer à expliquer localement les écarts de résultats.

➢ ***Répartition des mises en fonctions sur les trois catégories de lieux***

Tableau n° 5

Sites	Unités	Lieu Professionnel		Lieu Patient		Lieu communs		Total lieu patient et communs	Lieu patient la nuit
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	%	%
CH 1	U1	82	44,80%	43	23,50%	58	31,70%	55,20%	50%
	U2	66	53,20%	40	32%	18	14,50%	47%	47,60%
Total observations	**CH1**	**148**	**48,20%**	**83**	**27,00%**	76	24, 8%	51,80%	48,80%
CH2	U3	89	50,90%	23	13%	63	36,00%	49,10%	36,00%
	U4	84	62,30%	15	11,20%	35	26,10%	37,30%	14,30%
Total observations	**CH2**	**173**	**56,00%**	**38**	**12,30%**	**98**	31,70%	44,00%	25,20%
CH3	U5	91	62,80%	10	6,90%	44	30,30%	37%	29%
	U6	82	57,70%	23	16,30%	37	26%	42,30%	21,40%
Total observations	**CH3**	**173**	**60,30%**	**33**	**11,50%**	**81**	28%	39,70%	25,40%
CH4	U7	40	28,20%	24	16,90%	78	55,90%	81,80%	30%
	U8	60	53%	19	16,70%	35	30,70%	44,40%	36,20%
Total observations	**CH4**	**100**	**39,00%**	**43**	**16,80%**	**113**	44,20%	61%	31%
Total observations par niveau d'investigation sur trois lieux		594	51,30%	197	17%	**368**	31,20%	48,70%	32,6

➢ **Commentaires site et unité**

- **Site CH1**

o Concernant **l'unité U1**

La majorité (55 %) des observations en lien avec l'informel ont été réalisées dans les espaces communs et patients. Sur cette unité, 43 observations, soit 23,5 %, ont eu pour cadre de déroulement les espaces de circulation (hors tableau). Ce score quant à ce lieu est près de deux fois supérieures à la moyenne de l'enquête. Cette remarque souligne le mouvement de cette équipe en direction du patient ou du groupe patient et établit une tendance sociofuge. Par ailleurs, des séquences d'informel en lien avec l'équipe ont été relevées dans ces espaces de circulation. Ces séquences sont rares dans nos observations, elles témoignent d'une présence relativement prolongée et de l'utilisation de ce lieu dans les pratiques soignantes observées. Les fonctions en lien avec cette présence favorisent l'initiative des soignants, permettent d'aller au-devant de la demande et influent positivement sur l'ambiance de l'unité.

o Concernant **l'unité U2**

Cette unité présentait des particularités architecturales d'une part avec des lieux communs très réduits et une absence de salle de recul pour les soignants. Le lieu patient apparaît comme le plus élevé de l'étude (32 %) et est presque deux fois supérieur à la moyenne de l'enquête (17 %). Inversement, la faiblesse des lieux communs enregistre un taux (14,5 %) d'observation plus de deux fois inférieure à la moyenne (31,2 %). Les tendances sont toutefois relativement équilibrées avec une inflexion sociopède. Le mouvement de déport du groupe professionnel hors de ses locaux se traduit par une limitation de l'abord groupal. Le cœur de ce mouvement se fait en direction du patient et du lieu principal de son séjour, sa chambre. L'organisation rencontrée dans cette unité favorisait ce mouvement par une diversification des interventions à partir de la chambre du patient. De même, l'absence de bureau alternatif au bureau infirmier en fait un lieu aux attributions fonctionnelles démultipliées qui s'est traduit dans nos observations par un relevé d'observations conséquent avec un taux de 35,8 %.

Au niveau de ce site aux architectures et aux fonctionnements très différents, on retrouve une dominante sociofuge.

- **Site CH2**

o Concernant **l'unité U3**

La répartition entre lieux professionnels (50,9 %) et lieux communs et patients (49,1 %) trouve un point d'équilibre. Le score à 13 % en direction du patient s'explique en grande partie par une limitation à l'accès à chambres situées en étage une partie de la journée. Inversement, les locaux communs variés accueillent un score important d'observations (36 %) et présentent le deuxième score de l'étude.

o Concernant **l'unité U4**

La répartition est nettement en direction des lieux professionnels (62,3 %) traduisant une tendance sociofuge. Pourtant, le sentiment initial post enquête des praticiens chercheurs était que cette unité à l'architecture éclatée s'était révélée « habitée» par les équipes, malgré ses étages et ses recoins. Outre un repérage fin des enveloppes sonores et des signatures acoustiques, sûrement aussi pertinent que le recours à un support scopique, l'habitude de travail des soignants avec la porte ouverte générait un code facilitant la localisation de ces derniers. L'ouverture de la porte désignant alors la présence associée à une disponibilité des professionnels. Si ce constat est partagé sur tous les sites investigués, il prenait sur cette unité une signification renforcée.

Par ailleurs, deux éléments viennent apporter leurs parts d'éclairage. Le premier tient au praticien chercheur. Le choix de la scène d'observation devient plus franc en termes de mobilité dans une unité avec une configuration étagée et cette mobilité s'est révélée freinée pour des raisons motrices. Le second tient au nombre important d'observations réalisées lors d'interactions portes ouvertes.

La tendance au niveau de ce site est légèrement sociofuge.

- **Site CH3**

o Concernant **l'unité U5**

La répartition est nettement en direction des lieux professionnels (60,3 %). Cette tendance sociofuge trouve des éléments de réponse dans la vocation spécifique de cette unité. En effet, les patients accueillis sont autonomes vis-à-vis des soins de base. Cette autonomie dans le cadre de la vie en unité se traduit dans nos observations par le plus faible score de l'étude au niveau des observations sur les lieux patients (6,9 %). Les séquences liées à *l'informel* observées dans les lieux communs sont dans la moyenne de l'étude avec 30,3 %.

o Concernant **l'unité U6**

Cette unité présente un score d'observations dans les lieux professionnels de 57,7 % la situant dans une tendance sociofuge. Les observations sur les lieux patients et les lieux communs sont inférieures à la moyenne de l'étude. Un élément nous apparaît déterminant quant à la compréhension de cette répartition, elle est due au volume de l'activité au moment de l'enquête.

L'équipe observait qu'ils traversaient une période où ils se trouvaient dans une fourchette haute en termes d'activité. Celle-ci se caractérisait par une rotation importante de patients aux expressions symptomatiques nourries et avec un effectif au minimum. La conjonction de ces deux données tend logiquement à limiter les temps de disponibilité et de programmation d'activités dans le cadre du rôle propre infirmier. Lors du traitement de nos données, ils correspondent également à un tassement de *l'informel* relevé dans ces lieux devant la prégnance de la tâche. Ces constats seront abordés sur la partie 7.3.4.

La conjonction de ces particularités explique pour partie la tendance dominante sociofuge de ce site avec un pourcentage de 60,3 %, soit le plus important de notre étude.

- **Site CH4**

o Concernant **l'unité U7**

La majorité (71,8 %) des observations en lien avec l'informel a été réalisée dans les espaces communs et patients. La tendance est nettement sociopède. Nous observons plusieurs éléments caractéristiques sur cette unité. Un premier constat concerne un relevé sur les lieux patients exactement dans la moyenne de l'étude. Les variables sont donc entre les lieux professionnels qui réalisent le plus faible score de l'étude avec 28,2 % et les communs qui réalisent le plus élevé de l'enquête avec 54,9 %. Nous observons trois éléments caractéristiques qui peuvent expliquer cette inversion de la répartition sur cette unité :

Le premier tient à l'utilisation d'un lieu commun comme lieu à vocation professionnelle sur plusieurs moments de la journée et de la nuit.

Un deuxième tient à l'utilisation de ce lieu de manière conjointe par les deux unités investiguées. Ce point éclairera en partie les différences de score entre les deux unités de ce site.

Le troisième tient à la mobilité des équipes favorisée ici par une architecture qui facilite les circulations et par la proximité de contacts et d'échanges qu'entretiennent ces deux unités.

o Concernant **l'unité U8**

La répartition des observations effectuées sur cette unité est celle qui se rapproche le plus de la moyenne de l'étude. La répartition entre lieux professionnels et lieux patients et communs est équilibrée avec un accent sociofuge.

La moyenne de ce **site** l'oriente nettement sur une tendance sociopède.

➢ **Commentaire sur les lieux patients observés la nuit**

Nous avons retenu cette variable par la modification logique de la répartition des lieux d'observations qu'elle entraine. Les observations sur les lieux patients sont plus importantes la nuit et celles sur les lieux communs sont réduites. Cette importance se traduit par quasi-doublement du pourcentage qui passe de 17 % à 32,6 %. L'écart entre unités passe alors de 14,3 % des observations à 50 %. L'explication en est simple, elle reflète l'état de sommeil retrouvé dans l'unité ou l'activité diurne résiduelle.

➢ **Commentaires généraux**

Cette approche par centration sur les lieux où se déroule l'activité *informelle* nous permet de lire les mouvements généraux de déplacements des soignants sur l'unité avec leur pôle dominant. Ce sont ces éléments que nous avons traduits par les termes sociofuge et sociopède. Cette approche par localisation parle aussi la répartition du groupe à l'initiative de la séquence dans le cadre des interactions entre professionnels et patients. Soit, le groupe professionnel est majoritairement au-devant, il s'agit alors d'une action qui va au-devant de la demande et du contact. Soit, le groupe patient, en-tout-cas certain d'entre eux, est à l'initiative et cette initiative, en milieu de soins, passe souvent par la présentation du symptôme. Notre enquête nous montre globalement qu'il existe un équilibre entre ces deux pôles sur les unités investiguées. Nous touchons sans doute là aux limites (cf. chapitre 4.3.1) de notre recherche dans le sens où les unités qui nous ont accueillis l'ont fait sur la base du volontariat.

Nous comprenons cette démarche volontaire d'accepter le regard d'un tiers comme un témoignage d'ouverture. Cette possibilité de garder une ouverture, parmi d'autres signes, traduit des fonctionnements d'équipe qui ne repose pas ou que modérément sur une défensive. Celles-ci ont été mises en évidence par J.M Jamet et V. Depré lorsqu'ils évoquent *« les anathèmes infirmiers» et les « attitudes anathémisantes ». (L'accueil en psychiatrie, Aspects juridiques, théoriques, pratiques,* Éditions hospitalières, collection souffrance et soins, Paris, 1997, 109 pages, pp70-71). Au premier rang de ses attitudes, ou plutôt contre attitudes, se trouve l'évitement du patient par un refuge continu dans les pièces réservées aux professionnels. Nos observations permettent alors, en creux, d'apprécier des attitudes que nous qualifions de « suffisamment positives».

6.2.5 Tableau (nº 6) de synthèse des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par séquences horaires.

Préalable méthodologique

Le tableau qui suit présente de manière synthétique pour l'ensemble des sites investigués la répartition des 1159 observations, toutes séquences confondues, par tranches horaires et niveaux d'investigation. **Trois éléments** sont à prendre en considération quant à la lecture du tableau :

- **Le premier point** concerne la saisie des séquences. Toutes les unités fonctionnaient sur trois séquences déroulantes, après-midi, nuit, matin et trois équipes. Sur ce rythme général viennent se greffer des particularités locales d'établissement quant aux horaires de prise de poste. La variation de cette amplitude correspond à quarante-cinq minutes au maximum suivant les terrains enquêtés. De même, les temps de chevauchement et de relève pouvaient varier de quarante-cinq à quatre-vingt-dix minutes. Nous avons choisi de ne pas faire apparaître ces particularités par un traitement par site. Les temps des relèves, qui connaîtront un développement ultérieur au chapitre 7.3.2, ont été intégrés dans le découpage par tranche horaire. L'approche par unité horaire et niveaux d'investigations sur l'ensemble de l'enquête nous semble pertinente pour rechercher les variations de temps producteurs de séquences d'informel.

- **Le deuxième point** concerne l'amplitude des relevés qui ne couvre pas le cercle circadien. Nous avons choisi de ne pas être présents sur la deuxième partie de nuit (point développé en 4.1.2 sur la conception et la planification de l'investigation), nos relevés portent donc sur vingt unités horaires.

- **Le troisième point** concerne la tranche de 13 heures à 14 heures. Celle-ci est retrouvée deux fois, une première fois lors de l'ouverture de la séquence d'observation d'après-midi et une deuxième fois lors de la clôture de la séquence d'observation de matinée. Sur notre tableau, nous avons donc une tranche à J +1. Le traitement et l'analyse de cette tranche se sont effectués de manière additionnelle sur la base d'une unité horaire. Par ailleurs, la différence de relevés d'observation de cette même tranche horaire tient à sa place dans la semaine, le mercredi donc en semaine pour la première et le samedi, donc en weekend pour la deuxième.

- **Commentaires généraux**

Le relevé des observations par tranche horaire fait apparaître des variations quant à sa fréquence. Au niveau de l'ensemble des relevés, avec la nuit, l'écart peut aller dans un rapport de 1 (tranche de nuit de 1heure à 2 heures) à 6,8 (tranche horaire jour de 15 heures à 16 heures).

Cet écart se réduit de plus de la moitié en journée. Le rapport se resserre et s'établit de 1 (tranche d'après midi de 20 heures à 21 heures) à 3,1 pour la tranche haute de référence (de 15 heures à 16 heures).

Nous retenons que la production de séquences d'informel varie d'un à trois selon les différents moments de la journée.

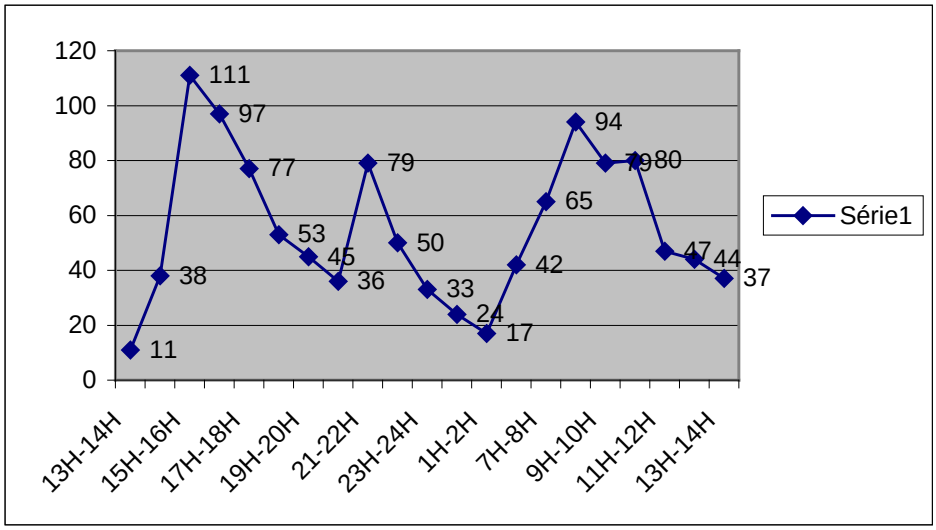
La moyenne horaire d'observations en lien avec *l'informel* est de 58. Nous relevons huit tranches horaires pour la fourchette haute quant à ces observations et douze pour la fourchette basse.

La fourchette haute correspond au début et au cœur de l'après-midi (de 15 heures à 18 heures), au début de nuit (de 21 heures à 22 heures) et à la partie matinale des séquences matin (de 7 heures à 11 heures).

Tableau n° 6

4CH APRES MIDI	NIVEAUX D'INVESTIGATION			
HORAIRES	Patient	Professionnel	Équipe	TOTAL TOTAL OBSERVATIONS/ HEURE
13H-14H	3	3	5	11
14H15H	16	9	13	38
15H-16H	44	41	26	111
16H-17h	47	21	29	97
17H-18H	25	25	27	77
18H-19H	20	21	12	53
19H-20H	17	19	9	45
20H-21H	16	11	9	36
21-22H	39	34	6	79
22H-23H	22	22	6	50
23H-24H	8	17	8	33
24H-1H	8	12	4	24
1H-2H	11	4	2	17
Pas d'observation de 2H à 6H				
6H-7H	14	8	20	42
7H-8H	28	25	12	65
8H-9H	44	39	11	94
9H-10H	35	31	13	79
10H-11H	33	20	27	80
11H-12H	19	19	9	47
12H-13H	19	20	5	44
13H-14H	15	11	11	37
TOTAUX	483	412	264	1159

La figure (n°6) ci-dessous permet une visualisation sous forme de courbes de ces relevés d'observations.



Ce graphique fait parler le rythme d'apparition et de production des séquences en lien avec *l'informel*. Nous observons que chaque séquence, et ici chaque équipe connaît un pic quant à ce type d'activité dans les suites de la prise de poste et après les temps de relèves. Il est manifeste en début d'après-midi, concret en début de nuit et palpable en matinée. Le pic de début d'après-midi est le plus caractéristique et le plus riche en déploiement de l'informel. Nous observons un triplement des ces séquences par rapport à la tranche horaire précédente.

Ces séquences forment un processus cyclique où les relevés dans la fourchette haute parlent un haut niveau d'interactions qui fléchit doucement pendant le reste de la séquence. Il existe pour l'activité *informelle* des temps d'activité importants et des temps intermédiaires par ailleurs assez homogènes.

Ces pics correspondent au temps des contacts avec les patients et le groupe, au temps du tour (voir à ce propos la partie éléments significatifs en 7.3.2 qui lui est consacré), au temps du recensement des besoins et de la planification de la séquence de travail. Ce mouvement d'ensemble nous fait évoquer un mouvement de contraction, décontraction pour une séquence donnée qui dans tous les cas suit le rythme de l'unité. À ce titre, les séquences *d'informel* sont bien enchâssées dans les rythmes de travail.

- **Commentaires par niveaux d'investigation**

Les constats que nous pouvons porter sur la répartition des niveaux d'investigation rejoignent ceux formulés sur le chapitre 6.2. de cette présente partie. Toutefois, nous pouvons ajouter quelques constats. Le niveau d'investigation patient, le plus important dans notre enquête est supérieur ou égal au niveau de l'investigation professionnelle douze tranches horaires sur quinze que comptent les séquences de jour. Seules les tranches horaires d'après-midi de 18 heures à 20 heures et de matinée de 12 heures à 13 heures voient le niveau d'investigation professionnel être légèrement majoritaire.

Nous remarquons par ailleurs une légère réduction de cet écart, entre ces deux niveaux, le matin (+18 %) sur l'après-midi (+26 %). L'écart moyen sur totalité de l'enquête est de 17 %. Seul, le temps de nuit voit ses niveaux d'investigation s'équilibrer. Nous relevons 88 observations du côté patient, pour 89 du côté professionnel. Le patient est proportionnellement moins directement bénéficiaire des séquences d'informels du fait d'interactions également réduites.

Le pic d'activité informelle de début d'après-midi s'approche dans sa traduction en pourcentage (respectivement 40 %, 37 % et 23 %) par niveaux d'investigations aux pourcentages de l'ensemble des observations. Sa densité en fait le temps privilégié du déploiement de l'activité *informelle.*

Le niveau d'investigation équipe nous apporte quelques informations. Rappelons que ce niveau d'investigation représente 22,8 % de nos 1159 observations. Nous observons que près de la moitié (48,9 %) de ses observations se déroulent sur cinq tranches horaires. Il s'agit de l'après-midi de 15 heures à 18 heures qui représente un tiers (31 %) des observations équipe. Deux autres tranches horaires fécondes pour le niveau d'investigation équipe sont retrouvées en matinée de 6 heures à 7 heures et 10 heures à 11 heures. Nous observons qu'il existe une relative importance du niveau investigation équipe dans les moments qui précèdent et qui suivent les temps productifs en soins direct avec les patients. Cette relation apparaît plus marquée sur les séquences post soins directs.

6.2.6 Tableaux (nº 7) de synthèse des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par fonctions mères et primaires.

Préalable méthodologique

La présentation du tableau de synthèse des 1159 mises en fonction des observations de terrain par fonctions mères et primaires est présentée successivement par les trois niveaux d'investigations. Pour chaque niveau d'investigation, nous trouvons deux présentations :

— un tableau récapitulatif avec la répartition par ordre décroissant de fonctions identifiées. Pour chaque fonction mère est ventilée sa répartition en fonctions primaires correspondantes.

La numérotation des fonctions est la même que celle retenue lors de la partie 6 consacrée à leurs caractérisations.

— Une présentation *« en secteur éclatée avec effets 3D »* plus connue sous le nom familier et néanmoins sympathique de « camembert ». Cette présentation permet une visualisation rapide de l'importance quantitative en pourcentage des différentes fonctions.

Pour chaque niveau d'investigation, nous dégagerons les groupes de fonctions mères les plus représentées que nous nommerons **les fonctions socles** et les fonctions moins représentées d'ajustement et de précision, que nous nommons **les fonctions spécifiques.**

Parmi ces fonctions socles, nous commenterons la répartition et la prévalence des fonctions primaires. De même, nous commenterons les fonctions primaires des fonctions spécifiques qui enregistrent un score significatif. Nous entendons par **significatif** un score égal ou proche des scores des fonctions primaires des fonctions socles.

Concernant les fonctions mères, nous observons que leurs prévalences respectives correspondent, peu ou prou, à leur ordre d'identification et donc d'apparition lors du travail de caractérisations. Cette remarque nous paraît en cohérence avec notre méthodologie. Cette cohérence se retrouve d'une part dans l'ordre de traitement des récoltes de données par outil (soit les observations avant les entretiens), d'autre part avec l'application du principe de saturation qui détermine de manière successive les catégories, laissant apparaître précocement les fonctions les plus fréquentes.

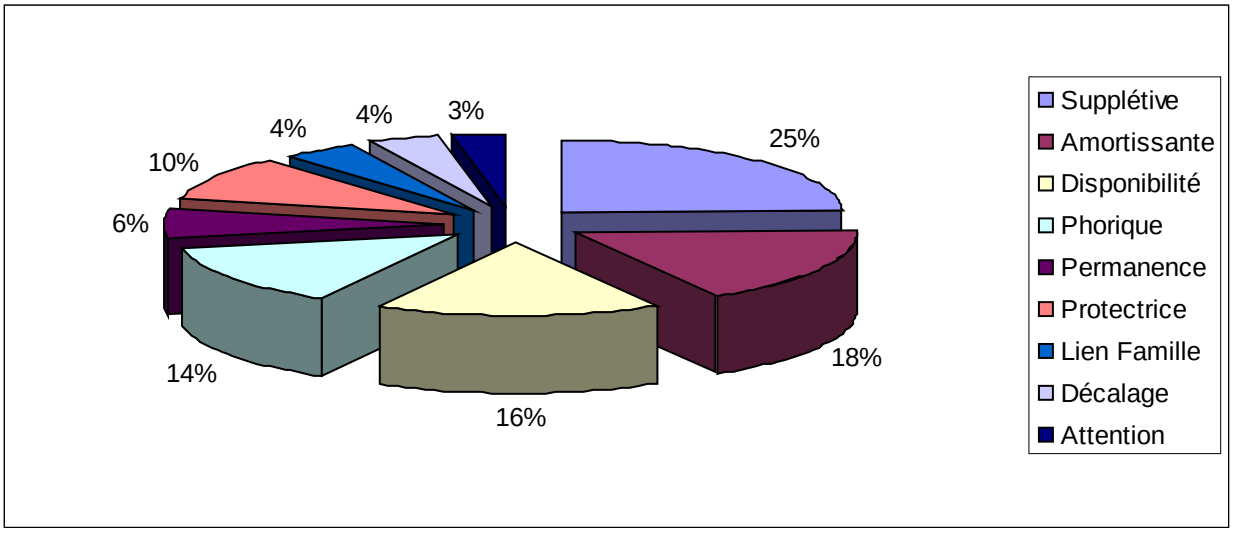
➢ ***Tableau (n°7) et figure (n°7) de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation patient par fonctions mères et primaires.***

Tableau n° 7

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FONCTIONS MERES ET PRIMAIRES DU NIVEAU DE L'INVESTIGATION PATIENT

Mises en fonction observations 4CH	Fonctions Mères								
	Fonctions socles								
	12	13	14	11	15	17	19	18	16
	F. Supplétive	F. Amortissante	F. Disponibilité	F. Phorique	F. Protectrice	F. Permanence	F. Lien Famille	F. Décalage	F. Attention Flottante
Fonctions	121(15) 122(12) 123(25) 124(24) 125(30) 126(12)	131(11) 132(12) 133(14) 134(13) 135(4) 136(14) 137(14)	14(5) 141(12) 142(24) 1421(5) 1422(17) 143(16)	1111(6) 1112(11) 112(4) 1121(4) 113(8) 114(6) 115(4)	151(11) 152(9) 153(28)	171(29) 172(2)	19 191(19)	18(16) 181(4)	16(7) 161(7)
Primaires				116(8) 117(7) 118(10)					
Total Fonctions Primaires	117	82	79	68	48	31	20	20	14
TOTAUX	479								

Figure n°7



➢ **Commentaires sur le niveau d'investigation patient**

Ce niveau d'investigation comprend neuf fonctions mères. Le groupe des fonctions socles est composé de quatre fonctions mères qui représentent près des trois quarts de ce niveau d'investigation avec un score à 72,2 %.

- La fonction mère **Supplétive** représente la fonction la plus représentée avec 117 relevés pour 25 %. Les trois fonctions primaires les plus importantes, *structuration*, *adaptation*, *réglage*, sont des réponses en lien avec le fait pathologique qui correspond aux éléments endogènes déstructurés ou non

structurés. Cette fonction mère supplétive correspond en une réponse aux effets de la maladie dans son expression marquée momentanément ou durablement par des déficits de structuration.

- La fonction mère **Amortissante** représente la deuxième fonction représentée en termes d'importance quantitative avec 82 séquences. À l'intérieur de celles-ci, six de ses sept fonctions primaires sont réparties de manière homogène dans les différentes facettes du travail d'amortissement Cette fonction mère amortissante correspond en une réponse aux effets les plus symptomatiques, extériorisés de l'expression parfois bruyante du fait psychopathologique.

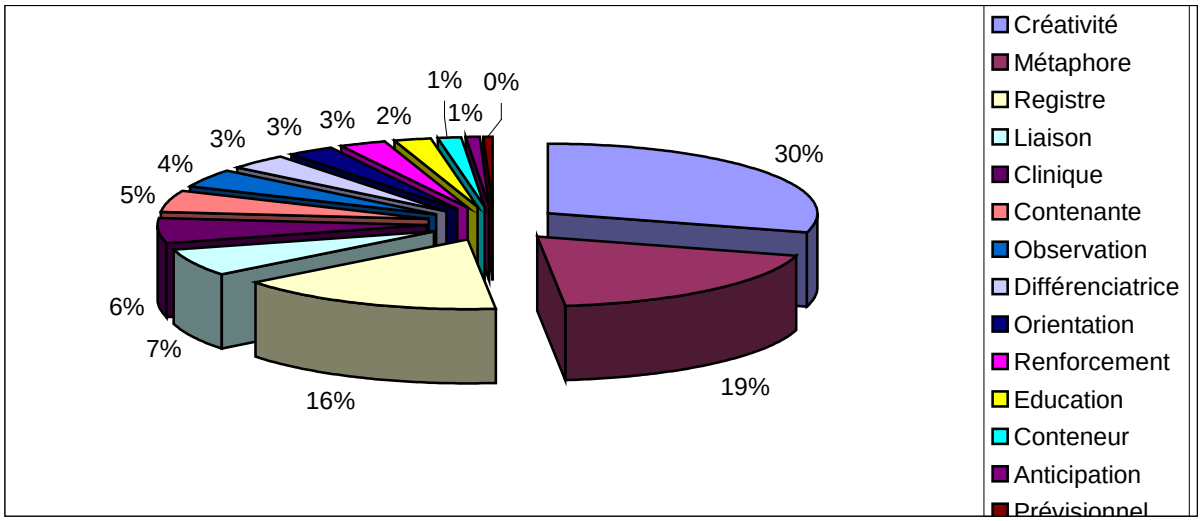
- La fonction mère **Disponibilité** est proche de la précédente en termes de relevés avec ses 79 séquences. Les trois fonctions primaires les plus importantes en nombre sont *l'ouverture à la relation, l'entretien informel et transitionalisante.* Elles constituent des modalités de réponse en termes de construction de la relation et de la mise en lien. Cette fonction mère de disponibilité constitue ainsi un vecteur d'accueil de la demande et de son saisissement à des fins de construction relationnelle.
- La fonction mère **Phorique** est la quatrième fonction mère de ce socle avec 68 séquences observées. L'ensemble des fonctions primaires est bien représenté avec une fréquence plus haute pour les fonctions *accompagnement et stimulation.* Cette fonction mère phorique correspond à ce qui peut être attendu d'un dispositif hospitalier temps plein marqué ici par une expérience souhaitée positive pour le patient.
- Deux fonctions primaires de fonction spécifiques apparaissent significatives par leurs fréquences d'apparition lors des observations de terrain. Elles arrivent respectivement en deuxième et troisième position par ordre de fréquence sur ce niveau d'investigation. Il s'agit des fonctions de *permanence réelle et sécurisante.* Elles touchent à deux aspects attendus des soins infirmiers en intra hospitalier, la continuité des soins et la sécurité pour le patient (interne et externe).

- ***Tableau (nº 8) et figure (nº 8) de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation professionnel par fonctions mères et primaires.***

Tableau n°8

TABLEAUX DE SYNTHÈSE DES FONCTIONS MÈRES ET PRIMAIRES AU NIVEAU L'INVESTIGATION PROFESSIONNEL														
	Fonctions Mères													
	Fonctions socles													
	21	22	23	29	21b	26	21c	21a	25	24	28	27	21f	21d
Mises en fonction observations 4CH	F. Créativité	F. Métaphore Maternelle	F. Registre Maternel	F. Liaison	F. Clinique	F. Contenante	F. Observation	F. Différenciatrice	F. Orientation	F. Renforcement Positif	F. Education	F. Conteneur	F. Anticipation	F. Prévisionnel d'Activité
Primaires	211(3) 212(24) 213(10) 214(22) 215(28) 216(25) 217(6) 218(3) 21	221(7) 222(23) 223(22) 224(3) 225(2) 226(21)	231(11) 233(32) 234(15) 232(8)	291(14) 292 2931(6) 2932 2933(3) 2942(2)	21b(3) 21b1(12) 21b2(7) 21b(2)	261(10) 26(10)	21c1(2) 21c(13) 21c2(3)	21a(6) 21a2(6) 21a1(2)	25(12)	24(10) 241	28(6) 281(3)	27(2) 27(4)	21f(4)	21d(2)
Total Fonctions Primaires	122	78	66	27	24	20	18	14	12	11	9	6	4	2
TOTAL	413													

Figure n°8



➢ Commentaires sur le niveau d'investigation professionnel

Ce niveau d'investigation comprend treize fonctions mères. Le groupe des fonctions socles est composé de trois fonctions mères qui représentent près des deux tiers des relevés de ce niveau d'investigation avec un score à 64,4 %.

- La fonction mère **Créativité** est la plus représentée de ce niveau et de l'étude sur les observations avec 122 relevés pour 29,6 %. Quatre fonctions primaires sur les huit que compte cette ligne sont très sollicitées et représentent à elles seules 81,1 %. Il s'agit des fonctions primaires *paroles en acte, évaluation, initiative, rire et humour*. Elles parlent différents registres d'intervention qui sont respectivement, la construction d'une fiabilité de la parole des soignants, l'évaluation au plus près du « terrain», une liberté d'appréciation et une latitude dans les marges de manœuvre et enfin une tonalité plus légère par l'utilisation de registres qui égayent. Cette fonction mère **créativité** correspond au cœur du rôle propre infirmier en psychiatrie. Elle fait appel et en traduit des aspects parmi les plus dynamiques et créatifs de ce dernier.

- La fonction mère **Métaphore maternelle** est la deuxième fonction représentée en termes d'importance quantitative avec 78 séquences 19 %. Trois fonctions primaires émergent nettement avec des scores de même ordre de grandeur entre elles. Il s'agit des fonctions *être là, repère et immersion.* La fonction *être là* est une formulation que l'on retrouve fréquemment dans les écrits infirmiers. Elle définit une forme de qualité de présence que l'on pourrait résumer par *soutenir sa présence sans vouloir l'imposer*. La fonction *repère* parle la mise en fiabilité des éléments du cadre, et *l'immersion* souligne le mouvement d'aller au-devant pour laisser venir optimisant les possibilités d'adresses ou de rencontres. Cette fonction mère **métaphore maternelle** fait alors parler les particularités du dispositif hospitalier temps plein. Celui-ci vient s'incarner à travers le corps infirmier qui déploie alors les variations de son répertoire de ressources professionnel.

- La fonction mère **Registre maternelle** est proche de la précédente en termes de relevés avec ses 66 séquences pour 16 %. Une fonction primaire, *la réactivité* se détache nettement avec 32 relevés. Cette fonction enregistre le score le plus important des relevés d'observations de notre étude. *La réactivité* est un élément constituant de la pratique infirmière en psychiatrie, elle marque la profondeur de l'interrelation entre le soignant et l'attention aux patients et aux différentes enveloppes de l'unité (matériel sensitivo-perceptif). Deux autres fonctions viennent à distance de la première, la *préoccupation soignante primaire* et la *réassurance.* Elles interviennent en amont d'une situation pour un patient avec son éventuelle traduction par une action et en aval d'une situation repérée comme

anxiogène pour le ou les patients. Cette fonction mère **Registre maternelle** vient incarner et mettre en scène des qualités et attributs de type maternel qui sont attendus dans la fonction du professionnel infirmier en psychiatrie.

Sept fonctions primaires de fonction spécifiques apparaissent significatives par leurs fréquences d'apparition. Par ordre d'importance, nous trouvons les fonctions *observations et observations périphériques* qui ont un nombre égal de relevés avec un score à 13 pour chacune. Nous remarquons que lors ce ces relevés, l'attention prêtée de nature directe ou indirecte sont de même importance et également répartie.

Les deux fonctions qui viennent ensuite ont toutes deux un score à 12. Ces deux fonctions, *orientation et exploratrice,* de filiation matricielle différente ont en commun un raisonnement clinique qui passe par les étapes de l'accueil de données, de raisonnement et au moins pour la première de processus décisionnel.

Enfin, les trois autres fonctions significativement relevées avec un score de 10 chacune sont les fonctions *Contenante et Canalisante* de même filiation et la fonction *renforcement positif.* Les deux premières viennent souligner cet aspect sensible de nos exercices professionnels aux contours peu visibles, la dernière parle le positif des actions entreprises du côté du patient

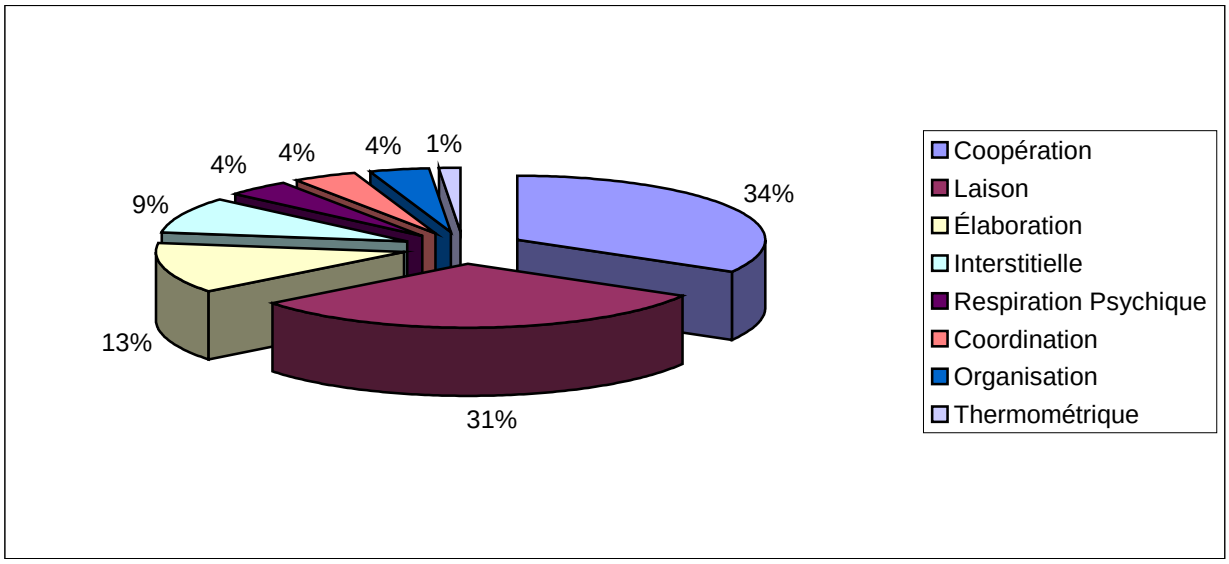
L'ensemble de ces fonctions précise des éléments constitutifs d'une clinique infirmière.

- ***Tableau (n ° 9) et figure (n ° 9) de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation équipe par fonctions mères et primaires***

Tableau n° 9

TABLEAUX DE SYNTHÈSE DES FONCTIONS MÈRES ET PRIMAIRES DU NIVEAU ÉQUIPE								
	Fonctions Mères							
	Fonctions socles							
	32	31	37	33	36	34	38	35
4CH	F. Coopération	F. Laison	F. Élaboration	F. Interstitielle	F. Respiration Psychique	F. Coordination	F. Organisation	F. Thermométrique
Fonctions Primaires	321(3) 322(7) 323(22) 324(24) 325(8) 326(18) 327 328(3) 32(3)	311(3) 3111(9) 3112(8) 312(13) 313(4) 314(9) 315(5) 316(2) 3161(3) 3162(7) 317(5) 318 3111 312(2) 3112(4) 313 3131 314(2) 316(2) 317	333(6) 3321(3) 3322(4) 33(2) 331(5) 3321(11) 334 336 3311	371(19) 372(6)	36(11)	34(10) 341	38(10)	351(3) 352
Total Fonctions Primaires / Fonction Mère	89	83	34	25	11	11	10	4
TOTAUX	267							

Figure n° 9



➢ **Commentaire sur le niveau d'investigation équipe**

Ce niveau d'investigation comprend huit fonctions mères. Le groupe des fonctions socles est composé de deux fonctions mères qui représentent plus de deux tiers des relevés avec un score à 65,5 %.

- La fonction mère **Coopération** est la première des fonctions de ce niveau d'investigation avec 89 relevés pour 34 %.

Trois fonctions primaires émergent nettement avec des scores de même ordre de grandeur. Il s'agit des fonctions *de coopération pluriprofessionnelle, de coopération des tâches et de coopération évaluative.* La particularité et l'importance de ces opérations de coordination résident dans le constat qu'elles s'articulent dans « l'ici et maintenant » des situations cliniques rencontrées. Elles répondent à un besoin d'ajustement et d'opérationnalité. La fonction mère de coopération apparaît comme le point névralgique quant au fonctionnement et au travail d'une équipe.

- La fonction mère **Liaison** est la deuxième de ces fonctions socles de ce niveau et de l'étude sur les observations avec 83 relevés pour 31 %. Elle est proche de la précédente en termes quantitatifs. Ce groupe compte sept fonctions primaires et quatre attributs de fonction. Quatre fonctions primaires se dégagent lors de ses observations avec un score supérieur à dix. Elles représentent à elles quatre 56,7 % des relevés pour cette fonction mère. Il s'agit des fonctions : *Alimentation de l'empathie, Mise en lien groupal, Historisation en lien avec le patient et Historisation avec l'unité, le service ou l'institution.* La première de ces fonctions primaires est en lien indirect avec le patient, sa fréquence nous renseigne sur la capacité des équipes investiguées à être en veille, puis à identifier et gérer de manière groupale la survenue d'éléments de contre attitude. Le recours à cette fonction permet d'éviter leurs installations et l'apparition *d'attitudes anathémisantes* (op. cit). La deuxième fonction que nous présentons (et troisième par ordre d'importance) est la mise en lien groupal. Nous avons vu qu'elle constituait un préalable pour se mettre psychiquement en situation et en disposition de travail.

Puis nous trouvons à part sensiblement égale les fonctions d'historisation en lien avec le patient et la vie de l'unité ou de l'institution. Nous remarquons que l'égalité de leurs importances numériques se complète comme les deux faces d'une même pièce. **En effet, les éléments relatifs à l'histoire de vie ou clinique d'un patient importent autant que les éléments de contexte.**

Trois fonctions primaires et deux mères sont constitutives de fonctions spécifiques et apparaissent significatives par leurs fréquences d'apparition.

Par ordre d'importance, nous trouvons un groupe de trois fonctions primaires : *Interstitiel mono catégoriel* (19), *Réflexivité (3321) en lien avec le patient* **et la fonction mère** *Respiration*

psychique (36) avec 11 relevés chacune. L'interstice agit comme un espace de passage entre les mondes personnels et professionnels où les matériaux de l'un peuvent venir enrichir l'autre sans stratégie préalable. Le mécanisme associatif en est souvent un ressort puissant. La réflexivité en lien avec le patient est la base constatée de l'établissement d'une posture réflexive. La respiration psychique est un moyen de se mettre en disposition et de se rendre « opérationnel» en terme psychique.

La particularité de ses trois fonctions est de se situer momentanément à distance des temps de soins directs et de constituer un temps de soins indirect en lien avec le patient. Pour ces trois fonctions, le travail de la pensée est sollicité.

Le deuxième groupe de fonctions concerne les fonctions **Coordination** (34) et **Organisation** (38) avec dix relevés chacune. Ces activités sont quatre fois moins importantes que les différents modes de *coopération.* Il s'agit de gérer des éléments du réel principalement quant à la vie de l'unité et des équipes.

- **Commentaires par séquences après midi, nuit, et matinée**

Les faibles variations observées dans la distribution des fonctions socles par séquences d'observation ne justifient pas l'intégration des tableaux.

Nous remarquons que les groupes de fonctions socle par niveaux d'investigation restent aux premières places, seul leur l'ordre d'apparition peut connaître un changement.

La situation des séquences de nuit sur le niveau d'investigation patient est la seule qui connaisse une modification significative. La fonction amortissante prend la tête du classement, et une fonction spécifique, la fonction protectrice s'immisce dans ce tiercé. Ces modifications traduisent les aspects singuliers du travail de nuit.

Les variations d'ordre d'apparition des fonctions socles sur les niveaux d'investigation professionnel et équipe restent des ajustements à la marge.

Enfin, les fonctions primaires des fonctions spécifiques significatives restent dans des occurrences proches du tableau de synthèse.

Éléments de conclusion

L'ensemble de ces données nous permet d'apprécier la distribution des séquences d'informel par niveaux d'investigation à partir de leurs émergences de terrain.

L'approche par fonctions socles nous permet de dire que les neuf fonctions mères correspondantes à ce critère représentent 67,6 % des mises en fonctions relevées lors de l'ensemble des observations. Les 23 fonctions mères restantes représentent alors 32,4 % des observations effectuées.

Les termes en volume et en ordre de grandeur peuvent être saisis par une lecture par tiers. On peut remarquer alors que le tiers constitué par les fonctions socles correspond aux deux tiers des relevés et que les deux tiers des fonctions mères restantes recouvrent le tiers des relevés.

Les fonctions socles traduisent la nature et le volume des actions initiées dans l'activité informelle. **Par niveau d'investigation, elles répondent aux besoins des patients en situation d'hospitalisation, aux exigences de professionnalisation des infirmiers pour affirmer l'étendue de leurs actions dans le cadre du rôle propre et aux qualités que doit entretenir une équipe pour fonctionner.**

Nous en concluons que ces répartitions des fonctions socles et spécifiques qui traduisent l'activité *informelle* agissent comme des constantes. Les seules variations notables que nous pouvons observer ne concernent pas les sites, mais les particularités du travail de nuit et sur une unité des fonctions qui répondaient à la vocation spécifique de l'unité investiguée.

6.3 Analyse descriptive des entretiens

6.3.1 Tableau (n°10) de synthèse des 1951 mises en fonction par personne interviewées et par site.

TABLEAU DE SYNTHESE DES 1951 MISE EN FONCTIONS PAR PERSONNE INTERVIEWE ET PAR SITE

	SITES INVESTIGUÉS							
NOMBRE DE FONCTIONS PAR ENTRETIEN	CH1		CH2		CH3		CH4	
	PAR UNITE INVESTIGUÉE							
	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8
ISP1	64	25	29	40 NUIT	42	20 NUIT	62	91
ISP2	12 NUIT	47 NUIT	41	39	47 NUIT	41	52 IDE 3 - NUIT	63 NUIT
IDE1	27	71	48	70	10	60	32	76
IDE2	37	Non réalisé	29 NUIT	46	Non réalisé	51	22	51
C	54	52	73	25	48	58	cf U8	55
M	35	61	Non réalisé	41	26	37	31	cf U7
Totaux par unité	229	256	220	261	173	267	199	336
Totaux par CH	485		481		440		535	

➢ Commentaires généraux

Sur les quarante-huit entretiens initialement prévus, quarante-trois ont pu être réalisés. Ces derniers ont donné lieu à 1951 mises en fonctions lors de leurs traitements. Le nombre moyen de fonctions en lien avec l'informel caractérisé par entretien, toutes populations confondues est de 45.

Toujours en moyenne quantitative et en termes de récolte de données, un entretien d'une heure équivaut à une observation de six heures.

➢ Analyse descriptive des entretiens par populations investiguées

À un premier niveau de lecture, nous avons procédé à un découpage en cinq tranches des entretiens par nombre de mise en fonctions que nous appelons score :

— Score ≤ à 30 mises en fonctions……. : 10.
— Score ≥ à 30 et ≤ à 40 mises en fonctions : 6.
— Score ≥ à 40 et ≤ à 50 mises en fonctions : 10.
--- Score ≥ à 50 et ≤ à 60 mises en fonctions : 7.
— Score ≤ à 60 mises en fonctions……. : 10.

- Concernant **la population cible des infirmiers**

Nous constatons un écart lors du traitement des données d'entretiens et leurs mises fonction de 1 à 9,1. Cet écart conséquent de près de 1 à 10 ne dit rien de la compétence globale des professionnels infirmiers en question. Il permet par contre de mesurer, d'une part la profondeur et l'enfouissement des savoirs incorporés en lien avec l'informel dans sa fourchette basse et d'autre part une qualité de repérage et d'intégration de ces savoirs pour cette catégorie haute ou nous avons rencontré quelques experts.

- **Entre les populations infirmières ISP et IDE**

o Sur les 10 entretiens dont la cotation des mises en fonctions est supérieure à 60, huit sont des infirmiers. Entre les infirmiers ISP et IDE, la distribution de ce groupe est également répartie entre ces infirmiers aux formations initiales différentes avec un score de quatre pour chacun.

o Sur les 10 entretiens dont la cotation des mises en fonctions est inférieure à 30, nous pouvons faire un constat identique quant à la répartition par population investiguée. Huit sont des infirmiers pour un cadre et un médecin. Entre les infirmiers ISP et IDE, la répartition de ce groupe est également répartie avec un score de quatre pour chaque catégorie professionnelle.

Un peu à notre surprise, nous ne constatons pas de différence significative entre ces deux groupes. Nos premiers relevés a partir de données partielles nous avaient laissés entrevoir que nous allions retrouver trois groupes, un groupe ISP expert, un groupe IDE médian et un groupe ISP aux savoirs fortement incorporés.

Le traitement approfondi des entretiens nous permet de constater un même rapport à l'informel sur ces deux groupes. En effet, cet échantillonnage basé sur le volontariat comporte le même nombre d'infirmiers qui ont une métaconnaissance importante de la place de l'informel dans leurs pratiques et d'infirmiers pour qui ces savoirs restent fortement incorporés et insu dans leurs repérages. **Notre commentaire et nos constats portent donc sur les mécanismes en jeu entre incorporation et métaconnaissance.** Ils mesurent et commentent les écarts dans les niveaux de mise en mots de ces savoirs être. Nous nous appuyons ici sur Guy Le Borteff pour étayer notre approche.

Du côté du groupe aux savoirs fortement incorporés, l'auteur reprend à P. Bourdieu (1980, 1987) le terme d'*Habitus* défini comme des schémas de comportement adaptatifs. *« L'habitus est à l'image de ce que Freud disait de l'inconscient : c'est " un savoir qui ne se sait pas" [...] L'habitus est composé d'éléments divers, il comprend des schémas de perception, de représentation, de classification, d'actions. Il constitue une prodigieuse ressource adaptative. C'est un capital incorporé à la personnalité»*.

L'auteur ajoute ce commentaire au plus près de notre champ disciplinaire, *« La compétence professionnelle est aussi faite de "feeling". C'est particulièrement vrai dans les emplois à forte composante relationnelle»* (*De la compétence ; essai sur un attracteur étrange*, Les Éditions d'organisation, 1995, page 104). Cette notion de *feeling* est souvent entendue dans les unités comme une tentative, malheureusement réductrice et imprécise, de définir ces savoirs être relationnels, par ailleurs difficiles à formaliser. Ce constat sur ces difficultés fait parti des éléments constitutifs de notre situation d'appel et de notre souhait à travers ce projet de recherche d'arriver à approcher quelque peu ces notions.

Nous avons évoqué les savoirs par métaconnaissance du côté du groupe qui présente un score important dans son repérage de l'informel en psychiatrie. Guy Le Borteff les définit comme *« des connaissances que le sujet a de ses propres savoirs et capacités, des démarches qu'il met en œuvre, de "sa façon de s'y prendre pour". C'est la connaissance qu'il a de ce qu'il sait faire. [...] le sujet prend des distances par rapport aux actions qu'il met en œuvre, **il les décrit**»* (*Ibid*, p. 116).

Le score moyen du groupe infirmier avec ses 44,8 mises en fonction par entretien approche fortement la moyenne toute population confondue de l'étude. (Soit - 0,2 sur la moyenne des entretiens laquelle se situe à 45). À l'intérieur de celle-ci, le groupe des ISP est à 42,9 (soit -2,1 et en pourcentage - 4,6 %) et le groupe des IDE à 46,9 (soit +1,9 et en pourcentage +4,2 %).

Les ISP interviewés dans cette étude possèdent en moyenne des savoirs incorporés légèrement moins mis en mot que leurs collègues IDE. Toutefois, c'est à l'intérieur de ce groupe que nous retrouvons le score le plus élevé l'étude.

- **Les populations infirmières de jour et infirmiers de nuit.**

Huit entretiens avec des infirmiers de nuit ont été réalisés. Sur les trois premiers sites, les affectations sur les équipes de nuit étaient distinctes de celles de jour. Les équipes de nuit étaient donc permanentes. Sur les derniers sites, l'ensemble des infirmiers de jour assurait également les séquences de nuit, il n'y avait pas d'affectation spécifique.

Nous retiendrons dans notre commentaire les équipes permanentes des trois premiers sites retenus. Sur ces six entretiens, cinq concernaient des ISP et un, un infirmier IDE. Le score moyen de ce groupe est de 32,5 (soit – 27,7 %). Les savoirs incorporés en lien avec l'informel des professionnels de nuit sont moins mis en mot en moyenne que leur collègue de jour. Il n'y a pas lieu de faire un comparatif entre populations infirmier en regard de la faiblesse de la représentation des IDE. La surreprésentation des ISP dans ce groupe, qui correspond par ailleurs à une donnée assez générale dans nos hôpitaux, vient pondérer les commentaires d'analyse portés au pavé précédent.

- **Concernant les populations témoins.**

o **Les cadres**

Les sept cadres d'unités ont pu être interviewés. Le nombre de cadres de santé est inférieur au nombre d'unités du fait de l'affectation de la cadre du dernier site investiguée sur deux unités. Le score moyen de ce groupe est de 52,1. Il constitue le score le plus élevé de cette étude avec un pourcentage de repérage de l'informel supérieur de 15,8 %. L'écart entre les scores de ce groupe est de 1 à 2.9. Il est moindre sur ce groupe que sur celui des infirmiers. Hormis ces deux scores correspondants à la fourchette basse et haute, sur lequel est établi l'écart, les cinq entretiens médians sont homogènes en termes de score.

La population-cadre de santé, que nous avions voulue de diplôme initial de spécialité (ISP) dans nos critères d'inclusion, apparaît donc comme le groupe qui a une connaissance en profondeur de la réalité de travail des infirmiers quant à ses aspects informels. Tous avaient intégré ce réel de l'activité dans leurs réponses et cela sur les trois niveaux d'investigation. **Il existe sur cet échantillonnage une culture et une connaissance partagée avec le métier d'origine.**

o **Les médecins**

Six entretiens médicaux ont été réalisés (un non réalisé et un médecin sur CH4 affecté sur les deux unités). Le score moyen de ce groupe est de 38,5. Il constitue le score le plus faible de cette étude avec un pourcentage de repérage de l'informel inférieur de 14,4 %. L'écart entre les réponses sur ce groupe est de 1 à 2,5.

Les médecins perçoivent la place et l'intérêt de l'informel dans les soins infirmiers en psychiatrie. Toutefois, leur connaissance de cette activité est moins étendue que pour notre premier groupe témoin et notre groupe cible. Les socles métiers sont ici différents et l'activité réelle des infirmiers est moins perçue dans la polyphonie de ses différentes facettes. Nonobstant ce regard plus distancié, il existe une large base partagée de connaissance du métier d'infirmier en psychiatrie. Cette base est sans doute affirmée avec notre critère d'inclusion quant à la qualification de psychiatre des médecins interviewés.

- **Par site et par unités**

Le relevé moyen par unité de mises en fonctions en lien avec l'informel est de 243 (arrondi au chiffre supérieur). Quatre unités sont en dessous avec respectivement -14, -23, - 70 et -44. Les quatre autres unités sont au-dessus de ce score avec respectivement +13, +18, +24 et +79.
L'écart maximal entre unités est de 41 %.

Cette différence entre unités est fortement nivelée avec les relevés par site. Ainsi, avec une moyenne de 485 relevés d'entretiens par site, les variations sont respectivement de 0, de-4, de -45 et de +50 relevés. Soit un écart maximal réduit à 19,6 %.

Ces écarts tiennent à plusieurs facteurs, l'un numérique teint aux nombres d'entretiens réalisés (+/- 1), un deuxième plus déterminants est lié aux réponses des personnes interviewées et un dernier dans une moindre mesure est de nature méthodologique. Le côté moindre s'explique, à la différence du traitement des observations, par la finalisation de notre modèle de caractérisation des fonctions au moment du traitement des entretiens. Mais, il existe tout de même un effet que nous avons pu constater. Il réside dans l'aisance progressive puis l'agilité relative que nous avons acquises au fur et à mesure de l'avancée des opérations dans le travail de caractérisations des fonctions. Le maillage était alors potentiellement plus fin

- **Par praticien chercheur**

Les résultats sont ici contraires aux relevés d'observations (tableau 6.2.1). Avec l'utilisation de l'outil d'observation, l'écart de relevés entre praticiens chercheurs était systématiquement en faveur du premier (PC1), sur tous les sites. Ce constat est inversé avec l'utilisation de l'outil de l'entretien.

Il existe des écarts de relevés entre praticiens chercheurs avec 821 mises en fonction à partir des entretiens pour le premier, soit 42,3 % et 1120 mises en fonction, soit 57,7 % pour le deuxième. Soit un écart de 15,3 %.

- **Pour un même enquêteur**

Pour un même enquêteur, l'écart est de 58 pour PC1 et de 80 pour PC2. Ces données ramenées en pourcentage par enquêteur sont respectivement de 29,14 % pour PC1 et 30,25 % pour PC2. Elles sont donc de même ordre de grandeur et cette différence n'est pas significative.

- **Entre les enquêteurs**

Nous avons objectivé deux éléments qui permettent d'approcher une explication quant à ces différences quant aux volumes de relevés.

Le premier tient au nombre d'entretiens réalisés par enquêteur. La différence est de un. Plus que cet écart, nous retenons le mode de saisie de l'entretien. Deux entretiens ont été saisis par prise de note et deux partiellement. Un refus d'enregistrement et des problèmes techniques sont à l'origine de ce mode de saisie. La prise de notes à la différence de l'enregistrement constitue une perte de données, la retranscription de l'entretien ne saurait alors être exhaustive.

Un deuxième est lié au caractère volontaire quant à la participation aux entretiens. Ce volontariat peut être accepté bien volontiers ou demandé par la ou les personnes interviewées avec conviction, voir avec enthousiasme. Dans ce dernier cas, nous avons remarqué que ce souhait appuyé de participer aux entretiens se doublait d'une volonté de témoignage qui se traduisait par un récit plus nourris quant aux réponses. Il en résulte une mise en fonction supérieure, ou très supérieure à la moyenne. La situation du praticien chercheur PC2 a été plus favorable quant à cette caractéristique. À titre d'exemples, sur la dernière unité (U8) investiguée, trois infirmiers étaient dans cette situation. Cette unité enregistre également le meilleur score. Enfin, les différences quant aux durées d'entretiens n'ont pas pu être renseignées de manière exhaustive. En l'état, c'est-à-dire sur des relevés partiels, elles n'apparaissent pas significatives entre les enquêteurs.

6.3.2 Tableau de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires et par niveaux d'investigation.

Préalable méthodologique

La présentation du tableau de synthèse des 1951 mises en fonction des entretiens par fonctions mères et primaires est présentée dans les mêmes formes et lignes que celui des observations présentées au 7.2.5.

Il est donc présenté par niveaux d'investigations, et chaque niveau comporte un tableau, suivi d'un éclaté et une partie commentaire. Nous reprenons la même terminologie les fonctions socles et spécifiques identifiés par les professionnels lors des entretiens. Les mots, mises en fonctions, relevés et attributions sont employés comme synonymes de façon à alléger le style et atténuer le côté répétitif des commentaires de présentation

Enfin, un constat issu de ces 43 entretiens porte sur trois remarques.

- Le nombre de mises en fonction effectué à partir d'un entretien n'est pas le reflet mécanique et proportionnel de la richesse d'un entretien. Il n'en constitue qu'un élément. Certains entretiens longs ont donné lieu à une cotation faible.
- Même si les entretiens ne portaient pas sur ces questions, nous n'avons recueilli aucun élément en lien avec une préoccupation ou une demande de type sécuritaire. De manière directe ou indirecte, elles n'ont pas infiltré dans ce temps de recueil de paroles de professionnel. Ce fait est pour nous significatif de cadres de travail suffisamment sécurisant.
- Enfin, nous n'avons pas recueilli de matériel contre transférentiel direct qui aurait évoqué le patient par un avis d'inadéquation quant à sa place en hospitalisation.

Ces remarques sont significatives, elles méritaient d'être soulignées.

- **Commentaires généraux**

Les tableaux suivants font apparaître les importances relatives de ces trois niveaux d'investigations à l'issue des entretiens.

Le niveau d'investigation professionnel est le premier niveau en termes de score avec 826 mises en fonction (soit 42,3 %). Le niveau d'investigation équipe est le niveau intermédiaire avec 719 mises en fonction (soit 36,9 %). Le niveau patient avec un cinquième ses 406 mises en fonction représente un cinquième des attributions (soit ici 20,8 %). Les écarts entre les résultats des deux outils de recueil de données seront abordés un plus loin dans leurs analyses croisées. Nous précisons que notre guide d'entretien comprenait quatre pavés de question qui se centraient successivement sur le thème de notre objet de recherche, le patient, l'équipe et le professionnel.

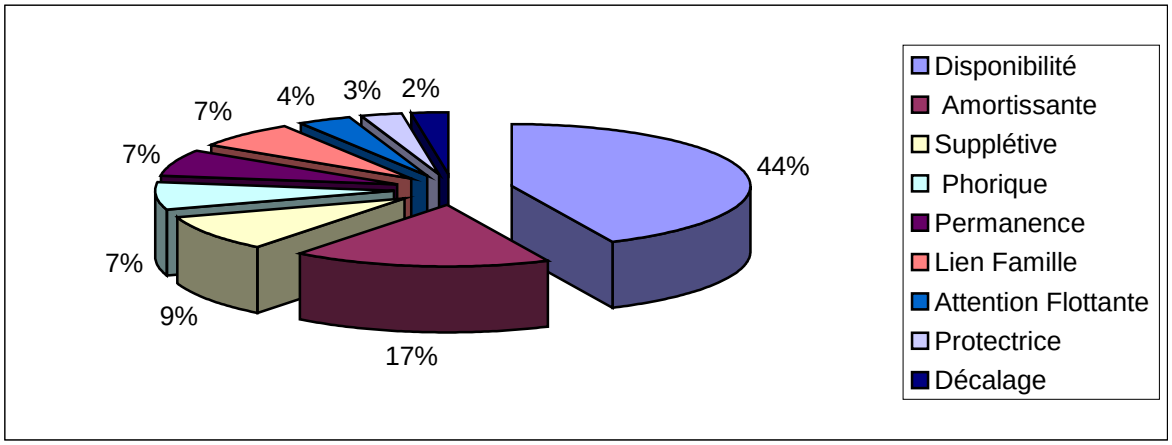
- ***Tableau (nº 11) et figure (nº 11) de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires du niveau d'investigation patient***

NIVEAU D'INVESTIGATION PATIENT

Tableau n° 11

Mises en fonctions des entretiens	Fonctions Mères								
	Fonctions socles								
	14	13	12	11	17	19	16	15	18
	F. Disponibilité	F. Amortissante	F. Supplétive	F. Phorique	F. Permanence	F. Lien Famille	F. Attention Flottante	F. Protectrice	F. Décalage
Fonctions	14(30) 141(13) 142(68) 1422(48) 143(16)	13(2) 131(13) 132(4) 133(13) 134(10) 135(4) 136(16)	121(12) 122(6) 123(17) 124(2) 125	111(3) 1111(5) 1112(11) 112(3) 1121 113(4) 116	17 171(23) 172(4)	19(8) 191(20)	16(15)	15 153(10)	18(6) 181(4)
Primaires		137(9)		117 118					
Totaux	175	71	38	30	28	28	15	11	10
	406								

Figure n° 11



- **Commentaire sur le niveau d'investigation patient.**

Nous retenons deux fonctions **socles** sur ce niveau qui concerne les fonctions mères disponibilité et amortissante. Elles représentent à elles deux 60,6 % des mises en fonction et sont inégales entre elles

- Une première fonction socle, la fonction mère la plus souvent citée est **la disponibilité** dans ses différentes formes et cette qualité professionnelle attendue particulièrement chez les professionnels de psychiatrie est citée dans l'ensemble des entretiens. Nous trouvons la traduction de cette préoccupation dans le score qu'enregistre cette fonction, 175 mises en fonctions, soit 43.1 % de ce niveau.

A l'intérieur de cet ensemble, deux fonctions primaires réalisent des scores très élevés :
L'Ouverture à la relation (avec 68 attributions de fonctions soit 16,7 %) et *l'Entretien informel* (avec 48 attributions, soit 11,8 %).

Ces deux fonctions primaires agissent comme l'élément saillant, le fer de lance de ce que livrent les soignants interrogés de leurs actions en direction du patient. Il s'agit d'ouvrir à la relation, de poser de jalons, de faciliter le contact, de trouver des modes d'accès à l'autre. Cette fonction mère et à l'intérieur de celle-ci, la répartition de l'importance quantitative des fonctions primaires décrit un processus de construction d'un lien. D'abord être, ou se rendre disponible, saisir, initier ou proposer des ouvertures relationnelles et passer à un échange qui passe de la conversation au dialogue pour aboutir à un entretien, ici informel bien sûr.

- Une deuxième fonction socle la fonction **Amortissante**, se détache en termes d'importance primaire sont particulièrement évoquées, il s'agit de la *régulation, de l'hypostimulation et de l'apaisement.* Ces fonctions parlent les actions sur les manifestations d'angoisses ou de tensions, et leurs ajustements au niveau du groupe et de l'unité.

En dehors de ses fonctions socles, quatre fonctions primaires sont évoquées avec un niveau de fréquence significatif pour ce niveau. Une concerne les relations et *l'Information en direction des familles.* Deux sont en lien avec quantitative avec 71 attributions (soit 17,5 %). Trois fonctions des éléments structurels du dispositif hospitalier sont alors mises en mot ou en acte, *la Permanence réelle* et la fonction *Structuration.* La dernière concerne une attention diffuse et vigilante que nous avons nommée la fonction *d'Attention Flottante*.

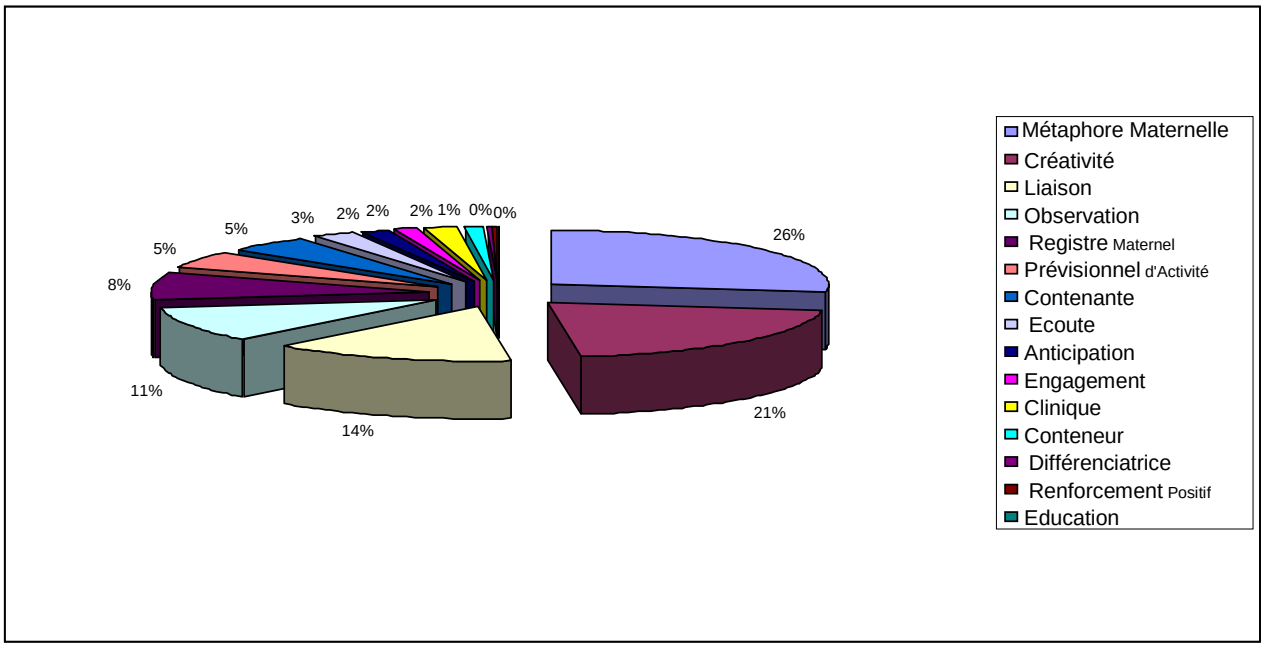
- ***Tableau (n° 12) et figure (n° 12) de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires du niveau d'investigation professionnel***

NIVEAU D'INVESTIGATION PROFESSIONNEL

Tableau n° 12

	Fonctions Mères														
	Fonctions socles														
Mises en fonctions des entretiens	22	21	29	21c	23	21d	26	21e	21f	21g	21b	27	21a	24	28
	F. Métaphore Maternelle	F. Créativité	F. Liaison	F. Observation	F. Registre Maternel	F. Prévisionnel d'Activité	F. Contenante	F. Ecoute	F. Anticipation	F. Engagement	F. Clinique	F. Conteneur	F. Différenciatrice	F. Renforcement Positif	F. Education
Fonctions Primaires	22 221(26) 222(77) 223(9) 224 225(51) 226(48) 227(11)	21(8) 211(19) 212(30) 213(7) 214(20) 215(48) 216(33) 217(3) 218(5)	291(68) 292(2) 2931(15) 2933(7) 2941(11) 2942(14) 2943	21c(31) 21c1(45) 21c2(11)	23 231(11) 232(4) 233(26) 234(24)	21d(43)	26(20) 261(19)	21e(21)	21f(13)	21g(13)	21b(3) 21b1(3) 21b2(10)	27(4) 271(4)	21a 21a1	24(2)	281
Totaux	224	173	118	87	66	43	39	21	13	13	16	8	2	2	1
Total	826														

Figure n° 12



- **Commentaire sur le niveau d'investigation professionnel.**

Il s'agit du niveau d'investigation le plus important établi à partir des entretiens. Les résultats des attributions font apparaître des écarts parfois considérables entre les fonctions identifiées. Nous retenons quatre groupes de fonctions socles qui représentent ensemble 85 % des attributions de ce niveau d'investigations.

- La première par ordre d'importance quantitative est la fonction socle :

- **Métaphore maternelle** avec 224 attributions, soit 27,1 %. À l'intérieur de cette fonction matricielle, trois fonctions primaires sont fortement repérées et parfois nommées par les professionnels interviewés lors des entretiens.

Nous retrouvons les fonctions primaires, *Être là, Imprévu et Immersion :*

o *Être là*, la première de ces fonctions primaires est identifiée 77 fois et en fait un point central et incontournable du travail infirmier. En termes d'occurrence, **cette fonction réalise le plus haut score de l'étude sur les entretiens,** elle est citée une fois sur dix sur ce niveau d'investigation et représente un tiers des relevés de cette fonction socle.

Les deux autres fonctions nettement émergentes font un score très proche. Nous retrouvons :

o *l'Imprévu* avec 51 relevés et l'immersion avec 48 relevés. Concernant l'imprévu, nous la définissons par ce qui échappe à la programmation de taches et nous remarquons qu'un biais méthodologique vient nous renseigner sur son score conséquent. En effet, dans la construction du guide d'entretien par quatorze questions ouvertes, le choix des formulations a pour objectif de favoriser les associations de pensées. Pour trois questions (questions 2.2, 2.3 et 3.1), l'objet que nous souhaitons approcher était contenu de manière explicite dans l'énoncé. Toutefois pour deux d'entre elles, cet énoncé ouvert permettait de qualifier des contenus par des liens métaphorisant. Sur la question qui nous occupe, ce lien nous apparaît maintenant de nature plus proche de la métonymie. En bref, cette question s'est révélée avoir un coefficient inducteur trop élevé.

o La fonction *immersion* correspond au mouvement d'aller au contact du groupe, sans intention prédéterminée si ce n'est de découvrir ce que ce contact va générer.

Enfin, la fonction en lien avec la *permanence* est relevée de manière intermédiaire, elle constitue une toile de fond quant au déploiement des fonctions précédemment évoquées.

Nous retenons que pour les professionnels interviewés, il s'agit d'habiter sa présence et de l'incarner **dans** le dispositif et **comme** élément du dispositif hospitalisation temps plein. Ces éléments sont chevillés à leurs représentations de leurs exercices soignants.

- La seconde fonction socle est :

- **La créativité.** Elle représente 20,9 % des attributions avec 173 relevés.

o Un premier groupe de trois fonctions primaires font des scores égaux ou supérieurs à 30 attributions. Nous trouvons par ordre d'importance les fonctions *initiative, rire et humour et parole en acte.* Ces fonctions parlent alors du rôle propre infirmier en psychiatrie, d'un des registres d'actions privilégiées autour de l'humour et de l'importance d'une parole pleine à laquelle on peut se fier.

o Deux autres fonctions sont citées avec une fréquence médiane, une en lien avec le travail clinique, la fonction *évaluation* et la seconde en lien avec la recherche de nouveaux modes d'accès au patient et la créativité de registres novateurs, la fonction *prise de risques.*

- La troisième fonction socle qui se dégage des interviews concerne :

- la fonction de **Liens.** Elle représente 14,3 % des relevés avec ses 118 attributions. An centre de cette fonction socle, une fonction primaire se dégage de manière saillante, il s'agit de la fonction :

o *Construction du lien.* Elle représente avec ses 68 relevés, 57,6 % de cette fonction socle. Son score est le **second en termes d'importance** quantitative. Il nous renseigne alors sur la définition que font les professionnels d'un des objectifs plantés au cœur de leur travail. Nous le traduisons par : construire un lien, renouveler ses modes d'abord, ouvrir du côté du lien avant d'en percevoir des effets thérapeutiques.

Nous retenons la place des attributs de fonctions *historisation en lien avec le récit de vie du patient et sur les moments et expériences antérieures.* Ces fonctions alimentent une démarche clinique qui vient actualiser la démarche de soins et parfois en modifier le projet quand l'éclairage ainsi porté rend lisibles des zones jusqu'alors ombragées. Enfin, nous remarquons *la mise en lien au niveau de l'unité* (15 relevés) qui a vocation à démutiser les lieux et les codes et ne pas laisser dans l'anonymat les acteurs locaux.

o La fonction primaire *Observation clinique* de la fonction spécifique **Observation** est relevée à 45 reprises, elle représente une action de base et une constante du travail infirmier en psychiatrie. Rapportés à la fonction mère, les différents types d'observations varient uniquement par leur objet, le score de la fonction **Observation** est de 87 relevés, soit 10,5 %. L'observation et ses différents niveaux, le niveau clinique qui oblige à discriminer les éléments sémiologiques et les niveaux qui permettent de dépasser cette grille de lecture en s'attachant aux détails, aux variations, aux indices. La fonction **Observation** apparaît comme un des fondamentaux du travail infirmier et l'exigence de soutenir à la fois les aspects sensibles et cliniques qui enrichissent le regard infirmier.

Nous notons également le score de la fonction **Prévision d'Activité** qui est une fonction mère sans fonction primaire. Elle rassemble 43 relevés. Ce score nous dit qu'il existe parallèlement à la programmation de tâches qui correspond à ce qui doit être fait, un prévisionnel d'activité qui correspond à ce que l'infirmier pense également devoir faire, et qu'une séquence de travail se compose de ces deux faces d'une même activité

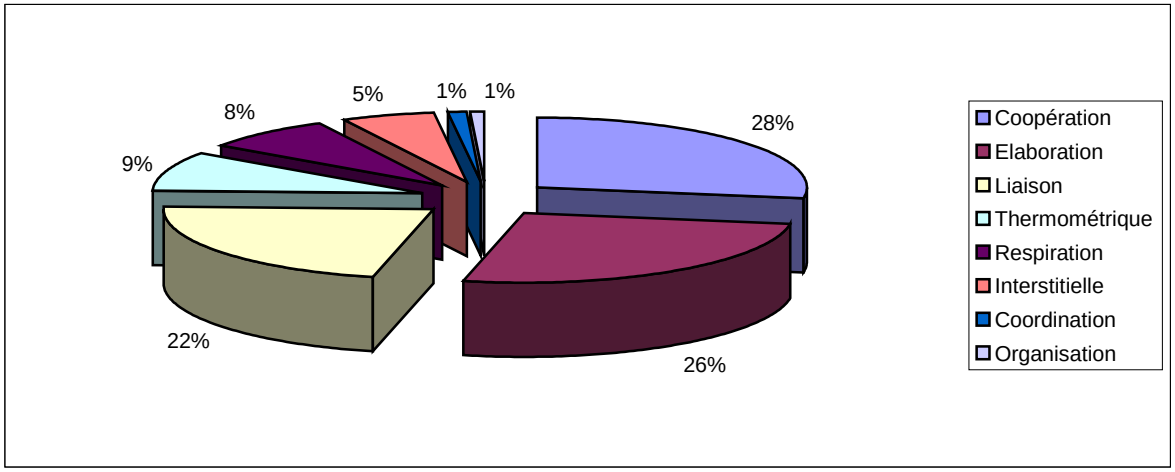
Tableau (nº 13) et figure (nº 13) de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires du niveau d'investigation équipe

NIVEAU D'INVESTIGATION ÉQUIPE

Tableau n° 13

Mises en fonctions des entretiens	Fonctiond Mères							
	Fonctions socles							
	32	33	31	35	36	37	34	38
	F. Coopération	F. Elaboration	F. Liaison	F. Thermométrique	F. Respiration Psychique	F. Interstitielle	F. Coordination	F. Organisation
Fonctions	32(43) 321(6) 322(3) 323(50) 324(18) 325 326(15) 327(58)	33(28) 331(39) 332(49) 3321(49) 3322(9) 333 334(13)	3111(25) 3112(25) 312(11) 313(10) 314(22) 315(5) 3161(38) 3162(5)	35(6) 351(35) 352(24)	36(57)	371(34) J372(4)	34(8)	38(6)
Primaires	328(3)		317(17)					
Totaux	197	188	159	65	57	39	8	6
TOTAL	719							

Figure n° 13



- **Commentaire sur le niveau d'investigation équipe**

Il s'agit du deuxième niveau d'investigation, par ordre d'importance, établi à partir des entretiens. La répartition des scores entre les différentes fonctions primaires laisse apparaître des écarts qui se montrent moins creusés que pour le niveau d'investigation professionnel. Nous retenons trois fonctions socles qui représentent les trois quarts des relevés (soit 75,7 %). Leurs scores respectifs sont assez proches et constituent de fait un trépied.

- La première de ces fonctions socle concerne la fonction **Coopération** avec 197 relevés, soit 27,4 %. Les deux fonctions primaires les plus attribuées correspondent aux fonctions de *Coopération Déontique* (score à 58) et *de Coopération pluriprofessionnelle* (score à 50). L'aspect générique de la fonction mère **Coopération** vient en troisième position avec ses 43 relevés. Nous entendons par aspect générique la mise en fonction de données d'entretien suffisamment caractérisé pour connaître une attribution, mais sans le trait de caractérisation spécifique d'une fonction primaire.

Nous retenons que pour les personnes interviewées, les éléments constitutifs d'une équipe qui s'est construite sous le mode d'un collectif intègrent ses trois fonctions à l'image d'une ossature. La coopération déontique représente le mode de partage et de définition locale des règles de métier, la

coopération pluriprofessionnelle souligne la dimension institutionnelle de base du travail en psychiatrie et la coopération évoque les aspects transversaux en se situant comme un moyen.

- La deuxième des fonctions socles concerne la fonction **Élaboration** avec 188 relevés, soit 26,1 %. Là encore, deux fonctions sont fortement relevées. Nous retrouvons une fonction primaire, la *réflexivité*, et un attribut de cette fonction, la *réflexivité en lien direct avec le patient*. Leurs scores sont identiques avec 49 relevés chacune et à elles deux, elles représentent 52,1 % de cette fonction mère.

Le repérage de la nécessité d'une réflexion en général et tourné vers le patient en particulier se pose comme un des axes fondamentaux de l'exercice soignant en psychiatrie.

La fonction primaire *évaluation des ressentis* avec sa troisième place et son score à 39, vient rappeler que les soignants sont les principaux outils du soin. A ce titre, la réflexion porte sur ce qui se passe en eux dans la rencontre et l'interaction avec le patient.

- La troisième fonction socle concerne la fonction **Liaisons** avec ses 159 relevés, soit 22,1 %. La répartition de ces relevés sur les fonctions primaires apparaît plus homogène.

Parmi les quatre fonctions primaires et attributs aux scores les plus conséquents, nous trouvons par ordre d'importance quantitative la fonction *information cible*. Elle concerne les aspects pratiques liés principalement à la prise de poste. Elle recense les éléments incontournables liés aux patients et à la vie de l'unité.

- Nous trouvons ensuite, et à jeu égal avec 25 relevés chacune, les attributs de fonction *historisation en lien avec le patient et l'unité, le service ou l'institution.* Ces attributs de fonction ont pour objectif l'activation de la vectorisation temporelle et de son corollaire, la reprise du fil narratif. Nous observons que le jeu égal entre ces deux attributs prend une signification particulière. Elle souligne le poids équivalent des éléments de fléchages historiques concernant le patient et des éléments de contexte et de culture locale concernant l'unité.

Enfin, nous relevons la place et la particularité de la fonction *Mise en lien groupal*. **D**e manière chronologique, elle est régulièrement une des premières fonctions à être activée, elle est donc un préalable aux déploiements et aux ajustements des autres fonctions.

Deux fonctions spécifiques viennent compléter cette présentation et ces commentaires.

La première, qui est une fonction mère générique concerne la fonction **Respiration psychique**. Elle enregistre avec ses 57 relevés le deuxième score, à 1près, de ce niveau d'investigation.

Elle traduit la place et le repérage que peuvent tenir pour les personnes interviewées ces moments d'alternance entre les expositions et les possibilités de récupération.

Enfin, il nous faut clore cette partie avec la fonction **Thermométrique** et ses attributs orientés vers le patient ou les professionnels. L'attention tournée vers l'ambiance en lien avec le groupe patient est plus importante (35 relevés) que celle qui concerne l'équipe (24 relevés). Dans tous les cas, ces relevés indiquent l'activation d'un décodage précoce qui va permettre de construire ou préciser une représentation de l'activité potentielle sur la séquence de travail.

6.3.3 Tableau (nº 14) de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires, par niveaux d'investigation, par population cible et témoin et dans la population cible entre ISP et IDE.

Préalable méthodologique

Les tableaux qui suivent sont présentés successivement par niveaux d'investigations. La présentation de ces tableaux permet de visualiser le nombre de mises en fonction par fonction mère et primaire, puis par population enquêtée. Nous retrouvons dans des colonnes aux coloris distincts, à gauche, le groupe ISP et IDE ainsi que le total pour la population cible, puis à droite, le groupe témoin avec les cadres et les médecins ainsi que le total de cette population.

Les chiffres de la colonne des ordonnées correspondent à la numérotation des fonctions, leurs dénominations apparaissent dans les analyses avec leurs numéros pour permettre leurs identifications

Chaque tableau est suivi de trois parties :

- Un commentaire général sur le niveau d'investigation.
- L'analyse descriptive par fonction mère, socle et primaire quand elles sont suffisamment renseignées suivit de nos éléments d'analyse interprétative. Ces éléments comparent alors 2 à 3 populations. En premier lieu, les populations cible et témoin, en deuxième lieu dans la population cible les ISP et IDE et enfin, en troisième lieu, dans la population témoin, les cadres et médecins quand les rapports sont significatifs. Ces opérations répondent à l'objectif **de triangulation des populations enquêtées.**
- Un pavé qui synthétise en termes de tendances les enseignements de chaque niveau d'investigation. Il s'agit dans ce pavé de dégager des lignes de repérage.

Pour comparer de manière homogène les populations entre elles et retenir une valeur absolue égale à 1, nous avons appliqué un coefficient multiplicateur qui tenait compte du nombre d'interviewés par population enquêté.

Ce coefficient est de 0,433 pour le rapport entre population cible et témoin, de 0,875 entre la population ISP et IDE et de 0,857 entre la population-cadre et témoin.

Nous avons procédé à d'autres opérations de nettoyage des données. Le nombre de relevés ne correspond pas au nombre de personnes, mais au nombre de fois où une mise en fonction est repérée. Pour rappel, nous avons construit notre guide d'entretien un peu en forme de sablier. Les premiers pavés de question abordent de manière générique notre thème, les pavés deux et trois sont resserrés en direction du patient et de l'équipe, le dernier pavé réouvre sur le professionnel en situation de travail. La construction de ce guide balaye alors l'ensemble de notre objet de recherche et limite les points de fixation.

La même mise en fonction, quand elle en vient à être isolé à plusieurs reprises par un interviewé, traduit alors son importance et son niveau de repérage pour la personne enquêté. **L'opération de mise en fonction est l'unité et cette unité correspond à la base des calculs.**

Les fonctions dont le nombre est inférieur à 5 sur l'ensemble des populations n'ont pas donné lieu à commentaires. Les commentaires pour des fonctions dont le score est entre 5 et 7 précisent la nature faible de l'échantillonnage. Quelques scores compris entre 3 et 5 et renseignés uniquement par une population ont pu donner lieu à commentaires en lien avec la majoration de la valeur de ce coefficient sur une population totale réduite. Il s'agit de considérer comme trait significatif le constat qu'une mise en fonction ne soit renseignée que par une seule population.

Enfin, l'ensemble des pourcentages est arrondi au dixième.

➢ ***Tableau des résultats (nº 14) par fonction mère du niveau d'investigation patient entre population cible et témoin, et dans la population cible entre ISP et IDE.***

Tableau n° 14

Mises en Fonctions Mères et Primaires	Répartition sur les ISP	Répartition sur les IDE	Répartition sur la population cible : ISP et IDE	Répartition sur la population cadres	Répartition sur la population médecins	Répartition sur la population témoin : Cadre et Médecins	Répartition sur les 4CH
	ΣISP4CH	ΣIDE4CH	ΣISP+IDEACH	ΣC4CHC	ΣM4CH	ΣC + M4CHC	Σ des 4CH
111	0	2	2	1	0	1	3
1111	2	3	5	0	0	0	5
1112	5	4	9	2	0	2	11
112	0	2	2	1	0	1	3
1121	0	1	1	0	0	0	1
113	1	0	1	3	0	3	4
116	0	0	0	1	0	1	1
117	0	0	0	0	1	1	1
118	0	0	0	1	0	1	1
Total fonction 11	8	12	20	9	1	10	30
121	2	6	8	2	2	4	12
122	2	2	4	2	0	2	6
123	4	7	11	5	1	6	17
124	0	1	1	1	0	1	2
125	0	0	0	1	0	1	1
Total fonction 12	8	16	24	11	3	14	38
13	1	0	1	1	0	1	2
131	8	3	11	2	0	2	13
132	1	2	3	0	1	1	4
133	7	5	12	1	0	1	13
134	5	4	9	1	0	1	10
135	1	1	2	2	0	2	4
136	7	6	13	2	1	3	16
137	2	4	6	3	0	3	9
Total fonction 13	32	25	57	12	2	14	71
14	8	13	21	7	2	9	30
141	4	7	11	2	0	2	13
142	27	22	49	11	8	19	68
1422	18	20	38	5	5	10	48
143	7	5	12	3	1	4	16
Total fonction 14	64	67	131	28	16	44	175
15	0	1	1	0	0	0	1
153	8	2	10	0	0	0	10
Total fonction15	8	3	11	0	0	0	11
16	7	4	11	1	3	4	15
Total fonction 16	7	4	11	1	3	4	15
17	1	0	1	0	0	0	1
171	2	12	14	7	2	9	23
172	3	1	4	0	0	0	4
Total fonction 17	6	13	19	7	2	9	28
18	2	2	4	1	1	2	6
181	2	1	3	0	1	1	4
Total fonction 18	4	3	7	1	2	3	10
19	4	4	8	0	0	0	8
191	4	8	12	0	8	8	20
Total fonction 19	8	12	20	0	8	8	28
TOTAUX	145	155	300	69	37	106	406

➢ ***Commentaire général sur ce niveau d'investigation***

Les mises en fonction du niveau d'investigation patient se répartissent à 55,1 % sur la population cible et pour 44,9 % sur la population témoin. À l'intérieur de la population cible, les ISP ont renseigné à hauteur de 51,7 % et les IDE pour 48,3 %. La population témoin se répartit quant à elle à 61,5 % pour les cadres et à 38,5 % pour les médecins.

➢ ***Résultats par fonction mère du niveau d'investigation professionnel entre populations cibles et témoin, et dans la population cible entre ISP et IDE.***

- La fonction mère **Phorique** est globalement mieux repérée par la population témoin à 53,6 % devant la population cible à 46,4 %. La répartition de cette fonction dans la population cible et à 56,7 % pour les IDE et 43,3% pour les ISP. Toutefois, la faiblesse ou l'absence de relevés sur cette fonction limite fortement les interprétations. Ainsi, la répartition à 88,2 % en faveur du groupe-cadre de la population témoin doit inciter à la prudence.

La fonction primaire *Accompagnement* (11) et ses attributs *Accompagnement sur une démarche de la vie quotidienn*e (1111) et *Accompagnement en se servant d'élément du réel comme élément*

support (1112) est la plus renseignée et constitue la part la plus importante de la fonction mère Phorique. Nous traitons cette fonction et ses attributs ensemble.

Nous la retrouvons à 69,8 % dans la population cible et à 30,2 % sur la population témoin et uniquement chez les cadres. Ces aspects des pratiques infirmières restent principalement entre les infirmiers.

Nous notons l'absence ou de très faibles scores sur les fonctions primaires *Soutien* (113), *Effets de renforcement positif* (114), *Alimentation narcissique* (115), *Valorisation et Revalorisation* (116 et 117) et *stimulation* (118). L'ensemble de ces fonctions n'est pas perçu dans le discours des populations cibles et témoin. Elles apparaissent lors des séquences d'observation avec leurs constantes en termes d'étayage, mais sont muettes lors des entretiens. Ce constat place la fonction **Phorique** en bonne partie dans les savoirs incorporés qui seront démutisés par les observations de terrains et permettront une intégration énoncée dans le rôle propre de l'infirmier exerçant en psychiatrie.

- La fonction mère **Supplétive** (12) est davantage repérée à et à 57,4 % par la population témoin devant la population cible à 42,6 %. À l'intérieur de celle-ci, cette fonction est retrouvée à 63,6 % chez les IDE et à 36,4 % chez les ISP. Le faible nombre de mises en fonction nous limite à avancer une l'hypothèse. Celle d'un effet de culture différente entre les professionnels infirmiers rendant les IDE plus sensible aux aspects de suppléance des déficits et ou des handicaps psychiques.

Cette donnée se manifeste sur quatre fonctions primaires, soit les fonctions *Explicitation* (121), *Répétiteur* et *auxiliaire mnésique* (122), *Structuration* (123), et *Adaptation* (124).

La fonction primaire *Structuration* (123) est la plus renseignée de cette fonction mère. Elle est relevée à 60,5 % pour les IDE (39,5 % pour les ISP) et pour 57,7 % pour la population témoin, ici composé de cadres à 81,1%.

Nous noterons que la fonction *Réglage* (125) n'est pas repérée par la population cible et que la fonction *Maintien des acquis* (126) n'est pas présente dans aucun des deux groupes de population pour ces données issues des entretiens.

- La Fonction mère et socle **Amortissante** (13) est renseigné à hauteur d'à 63,8 % chez la population cible la et pour 36,2 % dans la population témoin. Le groupe infirmier laisse apparaître une répartition de 59,4 % pour les ISP et de 40,6 % pour les IDE. Ce rapport dans le groupe témoin est de 83,7 % du côté de l'encadrement et 12,3 % pour les médecins.

Quatre fonctions primaires apparaissent plus renseignées et nous les traitons globalement. Il s'agit des fonctions *Apaisante* (131), *Hypostimulation* 133), *Régulation* (136) et *Par excitation* (134). Elles présentent des rapports voisins en termes de répartition. Leur point commun concerne l'abord des aspects contenants du travail infirmier en psychiatrie. Elles nous permettent d'observer un rapport en faveur d'un niveau de repérage plus fréquent chez les ISP qui se décline sur ces quatre fonctions parmi les sept fonctions primaires que compte cette fonction matricielle. Nous en déduisons un meilleur repérage des pratiques à finalité contenantes pour ce groupe professionnel. Nous observons un retrait en termes de relevés de la position médical sur ces aspects du soin.

- La fonction mère et socle **Disponibilité** (14) se répartit à 56,7% dans la population cible avec 52,2 % pour les ISP et 47,8 % pour les IDE. Elle est relevée à 43,3 % dans la population témoin avec un pourcentage de 60 % pour les cadres et de 40 % pour les médecins.

Cette fonction Disponibilité connaît une répartition assez partagée entre les populations qui témoigne d'une attente et d'une connaissance transversale de cette compétence attendue dans les soins infirmiers en psychiatrie. Elle est également la fonction mère la plus renseignée de ce niveau d'investigation.

Concernant les fonctions primaires les plus renseignées, nous trouvons la fonction primaire *Ouverture à la relation.* (141) Cette fonction est par ailleurs la plus renseignée de ce niveau d'investigation patient avec ses 68 relevés. Ses résultats se répartissent à 56,7 % pour la population cible et à 43,3 % pour la population témoin. À l'intérieur du groupe infirmier, les ISP renseignent cette fonction à hauteur de 58,4 % et les IDE pour 41,6 %. Le rapport pour le groupe témoin est de 54 % pour les cadres et de 46 % pour les médecins. Dans ces résultats, la population des ISP renseigne plus fréquemment cette fonction dont la finalité est d'ouvrir à l'échange en s'appuyant sur des éléments du

quotidien ou en provoquant des opportunités. Aller à la rencontre, se saisir des situations que le quotidien génère sans le support des objets liés au métier (qui viennent alors flécher l'interaction), ces éléments apparaissent alors comme un trait significatif de la culture du groupe ISP.

L'attribut de cette fonction, *l'Entretien informel* (1422) découle logiquement de la fonction précédente. Celle-ci est repérée à 62,2% dans la population cible avec une répartition très voisine entre les deux populations. Les données sont de 50,7 % pour les ISP et de 49,3 % en direction des IDE. Dans la population témoin, cette fonction est repérée à 37,8 % de manière assez proche entre les deux groupes. Cette fonction attributive, sans doute un peu plus établi que la précédente, apparaît alors relevée au même niveau entre les deux groupes infirmiers.

La fonction primaire *Accueil* (141) est davantage relevée par les infirmiers IDE et la fonction *Transitionalisante* (143) pat les ISP et cadres.

- La fonction mère **Protectrice** (15) apparaît peu renseignée et non renseigné pour les fonctions primaires *Évaluation partagée* (151) et *Protection* (152). Seule la fonction primaire *sécurisante* (153) est renseignée par le groupe cible et ici à 82,2 % par la population ISP. Les observations nous apportent un autre éclairage en faveur de savoirs incorporés.

- La fonction mère **Attention flottante** (16) est renseignée à 56,5 % par le groupe cible et à 43,5 % par le groupe témoin. À l'intérieur des populations, les ISP sont à 82,1 % et les médecins à 77,8 %. Des scores bien tranché, mais basé sur un nombre faible de relevés qui toutefois souligne la sensibilité des ISP à cette forme d'attention indirecte.

- La fonction mère **Permanence** (17) est renseignée principalement sur sa fonction primaire *Permanence réelle.* (171) Soit 40,2 % pour le groupe cible et 59,8 % pour le groupe témoin. Les infirmiers IDE sont à 84 % là où les ISP sont à 16 %, les cadres à 75 % et les médecins à 25 %. Notons que ce score s'inverse sur la *permanence symbolique* (172) pour les infirmiers avec les ISP à 77,5 % et les IDES à 22,5 %. Les faibles niveaux de relevés sur cette dernière fonction ne nous permettent pas de soutenir que les ISP soient plus du côté de la permanence symbolique. Inversement, le score mieux renseigné de la fonction précédente nous permet de remarquer la prévalence du groupe IDE sur la permanence réelle.

- La fonction mère **Décalage** (18) mobilise un faible niveau de relevé pour être significative.

Enfin, la fonction mère **Lien avec la famille** (19) est traitée avec la fonction primaire *Information* (191). La population cible la renseigne à hauteur de 37,3 % avec une majorité pour les IDE. La population témoin la renseigne à 62,7 % et elle est alors composée à 100 % des médecins que nous retrouvons sur la question de l'information aux familles. Ce score témoignant d'une sensibilité certaine à cette dimension d'un rapprochement avec les familles.

Éléments de conclusion

Ce niveau d'investigation est le plus faible en termes de relevés effectués lors du recueil de données par entretien. Certaines fonctions sont peu renseignées et une dizaine d'autres n'apparaissent pas faute de relevés. Ce constat sera abordé sur le dernier chapitre de la présentation des résultats lors du croisement des résultats par outil d'enquête. Les fonctions en creux ici et en plein avec les observations attesteront des savoirs dédiés à des formes expérientielles, tacites et incorporées.

Les éléments de repérage qui suivent ont pour objet de **dessiner des lignes de tendance**, de marquer des points au potentiel différenciateur. La réalité des chiffres est plus nuancée et cette mise en pôle de compétence s'estompe avec le quotidien d'un exercice partagé.

Sur ce niveau d'investigation, nous remarquons que les fonctions socles *Disponibilité et Amortissante* sont renseignées de manière majoritaire par la population cible et à l'intérieur de celle-ci par les ISP. Tel que nous les avons définis, ces fonctions appartiennent à des zones d'exercice plus centré sur *l'Être avec*, la proximité, le groupe, la familiarité. Cette dernière est entendue dans son sens en lien avec du connu. Ce périmètre d'exercice de la fonction infirmière en psychiatrie en hospitalisation temps plein concerne les aspects du « *Vivre avec*". Paul Fustier le définit comme "*un système de relation suivie entre soignants et soignés prenant la forme d'un partage de vie, d'un accompagnement dans le quotidien. »* (Revue de psychothérapie analytique « *Institution soignante et double prise en charge"* N° 13, Édition Ères, 1989, p.59).Cet auteur décrit ces relations de présence proche, dévolues aux infirmiers. Nous remarquons que ces fonctions sont au plus près des versants sémiologiques (Fonction Amortissante) et/ou symptomatiques (Fonction Disponibilité) des expressions des pathologies psychiatriques. Ces remarques s'appliquent également aux fonctions mères *Protectrice* et *Attention flottante.* Les fonctions mères *Supplétive* et *Phorique* sont renseignées de manière majoritaire par le groupe témoin et dans le groupe cible par les IDE. Ces fonctions apparaissent plus centrées sur des aspects à valence curative axés sur les aspects individuels. Elles mobilisent de manière sans doute plus élective les aspects additionnels de la fonction infirmière, entendus ici dans le sens d'apporter au patient un élément qui lui fait défaut ou carence du fait de sa pathologie ou de son handicap.

Ces remarques peuvent alors témoigner des différences de culture liées, entre autres, aux formations initiales respectives des ISP et IDE.

- ***Tableau des résultats (nº 15) par fonction mère du niveau d'investigation professionnel entre population cible et témoin, et dans la population cible entre ISP et IDE.***

Tableau n° 15

Mises en Fonctions Mères et Primaires	Répartition sur les ISP	Répartition sur les IDE	Répartition sur la population cible : ISP et IDE	Répartition sur la population cadres	Répartition sur la population médecins	Répartition sur la population témoin : Cadre et Médecins	Répartition sur les 4CH
	ΣISP 4CH	ΣIDE 4CH	Σ(ISP+IDE) 4CH	ΣC4 CHC	ΣM 4CH	Σ(C + M) 4CHC	Σ des 4CH
21	3	0	3	5	0	5	8
211	10	4	14	2	3	5	19
212	9	13	22	4	4	8	30
213	5	1	6	1	0	1	7
214	5	12	17	3	0	3	20
215	15	22	37	7	4	11	48
216	17	9	26	4	3	7	33
217	3	0	3	0	0	0	3
218	1	3	4	1	0	1	5
Total Fonction 21	68	64	132	27	14	41	173
22	0	0	0	1	0	1	1
221	15	6	21	5	0	5	26
222	32	25	57	15	5	20	77
223	5	3	8	1	0	1	9
224	1	0	1	0	0	0	1
225	17	15	32	10	9	19	51
226	15	23	38	4	6	10	48
227	3	4	7	4	0	4	11
Total Fonction 22	88	76	164	40	20	60	224
23	0	0	0	0	1	1	1
231	6	2	8	2	1	3	11
232	2	1	3	0	1	1	4
233	4	11	15	2	9	11	26
234	4	16	20	2	2	4	24
Total Fonction 23	16	30	46	6	14	20	66
242	0	1	1	1	0	1	2
Total Fonction 24	0	1	1	1	0	1	2
26	6	10	16	1	3	4	20
261	6	8	14	4	1	5	19
Total Fonction 26	12	18	30	5	4	9	39
27	1	1	2	1	1	2	4
271	4	0	4	0	0	0	4
Total Fonction 27	5	1	6	1	1	2	8
281	1	0	1	0	0	0	1
Total Fonction 28	1	0	1	0	0	0	1
291	27	26	53	10	5	15	68
292	2	0	2	0	0	0	2
2931	1	10	11	4	0	4	15
2933	4	1	5	2	0	2	7
2941	3	6	9	1	1	2	11
2942	5	6	11	2	1	3	14
2943	0	1	1	0	0	0	1
Total Fonction 29	42	50	92	19	7	26	118
21a	1	0	1	0	0	0	1
21a1	0	1	1	0	0	0	1
Total Fonction 21a	1	1	2	0	0	0	2
21b	2	0	2	0	1	1	3
21b1	0	3	3	0	0	0	3
21b2	7	1	8	1	1	2	10
Total Fonction 21b	9	4	13	1	2	3	16
21c	9	16	25	5	1	6	31
21c1	17	21	38	5	2	7	45
21c2	1	3	4	2	5	7	11
Total Fonction 21c	27	40	67	12	8	20	87
Total fonction 21d	11	18	29	7	7	14	43
Total Fonction 21e	8	9	17	1	3	4	21
Total Fonction21f	5	7	12	0	1	1	13
Total Fonction21g	8	1	9	2	2	4	13
TOTAUX	301	320	621	122	83	205	826

- ***Commentaire général sur ce niveau d'investigation***

Le repérage de ce niveau d'investigation apparaît mieux renseigné par le groupe cible des infirmiers avec une majorité à 56,7 %. À l'intérieur de ce groupe, les ISP ont un pourcentage de relevés à 51,8 % et leurs collègues IDE à 48,2 %. L'antériorité dans le métier des ISP et sa traduction en expérience peuvent expliquer cet écart mesuré quant aux niveaux d'expertises respectives.

Le groupe témoin renseigne ce niveau à hauteur de 43,3 % et à l'intérieur de ce groupe le niveau de réponse des cadres est 55,7 % et celui de médecins interviewés se situe à 45,3 %. L'antériorité des cadres dans le métier d'origine est un élément d'explication de cet écart en leur faveur.

- La fonction mère et socle **Créativité** (21) est mieux repérée par le groupe cible des infirmiers avec un pourcentage à 58,2 % contre 41,8 % pour le groupe témoin. À l'intérieur de ce premier groupe, la fonction créativité est relevée à hauteur de 55 % chez les ISP et 45 % du côté des IDE. Concernant le groupe témoin, la répartition entre cadres et médecins est à 62 % contre 38 %. La fonction **Créativité** est donc relevée de manière plus forte chez les ISP, là aussi en lien avec leur antériorité d'expériences et de manière plus ténu chez les médecins qui ont une connaissance moins étendue de ces zones d'action non soumises au rôle prescrit.

La première des fonctions primaires est celle que nous avions nommée *Prise de risque et Transgression novatrice* (211) Le groupe infirmier la renseigne à 54,6 % pour 45,4 % pour le groupe témoin.

Concernant le groupe cible, cette fonction est relevée chez 74,1 % des ISP et chez 25,9 % des IDE. Les répertoires de ressources professionnels novateurs qui bousculent les pressions de conformité ambiante apparaissent donc plus du côté des ISP. S'approprier une attitude d'action, garder des marges d'appréciation des éléments moteurs de la créativité et participent d'une culture et d'un exercice à promouvoir. Ces éléments sont également repérés chez le groupe témoin.

La seconde fonction primaire *Paroles en acte* (212) est repérée à 54,4 % dans la population cible et à 45,6 % dans la population témoin. Il n'existe pas d'écart significatif entre les populations de deux groupes.

Les fonctions S*ingularisation* (213) et *Évaluation* (214) sont elles aussi nettement repérées du côté du groupe cible.

La fonction *Initiative* (215) est repérée du côté des infirmiers à 59,3 % et de la population témoin à 40,7 % avec un avantage pour les cadres. Parmi la population cible, ce sont les infirmiers IDE qui la relèvent majoritairement à 56,2 % contre 43,8 % pour les ISP

Ce rapport s'inverse nettement avec la fonction *Rire et humour* (216). Les pourcentages se situent pour le groupe cible à 61,7 % et le groupe témoin à 38,3 %. À l'intérieur du groupe cible, la répartition est relevée à 68,3 % chez les ISP et 31,7 % pour les IDE. La fonction Humour est nettement, mais pas exclusivement, portée par le groupe ISP et ses résultats appellent des remarques voisines à celles formulées sur la répartition des résultats de la fonction *Prise de risque et Transgression novatrice.* Il en est de même avec les registres d'actions de la fonction *Psychodramatisation* (217) exclusive aux ISP sur un faible relevé.

- La fonction mère et socle **Métaphore Maternelle** est de manière générale mieux repéré dans la population cible avec 54,2 % que dans la population témoin avec ses 45,8 %. À l'intérieur de la population cible, les ISP sont 57 % à évoquer cette fonction pour 43 % des IDE. Ce rapport s'exprime dans la population témoin à 63,2 % chez les cadres et à 36,8 % pour les médecins.

La fonction primaire *Permanence* (221) est relevée à 64,5 % dans le groupe cible et à 35,5 % dans le groupe témoin. À l'intérieur du groupe cible, les ISP la renseignent pour 74,1 % contre 25,9 % pour leurs homologues IDE. Cet aspect institutionnel des soins infirmiers et sa nature structurelle sont plus sensibles chez les ISP. Dans la population témoin, seul les cadres la relève, elle n'apparaît pas dans la population médicale.

La fonction primaire *Être là* (222) est **la plus relevée** de notre étude. Sa répartition entre populations est de 55,3 % pour les infirmiers et de 44,7 % pour le groupe témoin. Dans le groupe cible, les ISP sont 59,4 % à la renseigner et les infirmiers IDE 40,6 %. Ce rapport dans la population témoin est de 72% chez les cadres et de 28% pour les médecins. Cette fonction souvent nommée chez les professionnels et dans les écrits infirmiers rassemble en elle une double dimension, celle d'une qualité de présence et celle d'un possible rencontre. Ces dimensions apparaissent majoritairement

portées par les ISP et proches de leur culture, mais bien partagées par leurs collègues et l'encadrement. Seuls, les médecins ont moins renseigné les aspects du soin infirmier en intra hospitalier.

La fonction primaire *Repère* (223) est nettement marquée du côté du groupe cible.

La fonction primaire *Imprévu* (225) est renseignée majoritairement du côté du groupe témoin à 57,8 % et 42,2 % pour le groupe cible. De même, les ISP la relève plus fréquemment. Toutefois, nous n'avancerons pas d'éléments d'analyse du fait de la réserve méthodologique évoquée en 6.3.2 du niveau d'investigation professionnel. Cette réserve tenait à un biais méthodologique lié au caractère trop fortement inducteur de la question.

La fonction primaire *Immersion (*226) importante en volume de repérage, st renseigné à 62,2 % du côté du groupe cible et à 37,8 % pour le groupe témoin. À l'intérieur du groupe cible, ce sont les IDE qui la repèrent à 57,3 % et les ISP à 42,7 %. De même, dans le groupe témoin, les médecins sont à 73,4 % et les cadres à 26,6 %. Il existe vis-à-vis de cette fonction une inversion de la répartition des résultats par population. Nous n'avons pas d'éléments d'explication, mais une hypothèse quant à une forme naturaliste, liée à des pratiques plus enfouies chez les ISP et une forme plus programmatique chez les IDE. Nous porterons la même hypothèse entre cadres et médecins. Le dernier point concerne la fonction *Rêverie* (227) renseignée par les infirmiers et cadres, mais absente chez les médecins.

o La fonction mère **Registre maternelle** est renseignée en terme de pourcentage de manière égale entre les deux groupes avec 50 % chacun. Dans la population cible, les IDE la renseignent à 62,1 % contre 37,9 % pour les ISP et dans la population témoin, ce sont les médecins qui la relèvent à 73,1 % devant les cadres à 26,9 %. La fonction primaire *Réactivité* est relevée par 70,6 % des IDE contre
29, 4 % aux ISP. De même, cet écart se retrouve avec la fonction primaire *Réassurance* ou les relevés chez les IDE sont à 77,7 % chez les IDE contre 22,3 % pour les ISP. Des écarts importants que nous comprenons par un mode de connaissance et d'abord du métier plus marqué par une démarche pragmatique.

Seule la fonction primaire *Préoccupation Soignante Primaire* voit ce rapport s'inverser en faveur des ISP (77,4 %) pour le groupe cible et les cadres pour le groupe Témoin. Cette fonction traduit un état de préoccupation interne plus repéré chez les ISP sur ce faible échantillonnage.

o Les fonctions mère **Renforcement positif** (24) au résultat faible, **Éducation** (28) au résultat faible **et Orientation** (25) au résultat nul, ne donnent pas lieu à commentaires.

o La fonction mère **Contenante** sera traitée avec sa fonction primaire *Canalisante* (261) afin d'augmenter le niveau de renseignements sur cette fonction sensible dans nos exercices professionnels. Cette fonction mère est répartie pour 59,1 % chez la population cible et à 40,9 % pour la population témoin. A l'intérieur de la population cible, le groupe IDE la renseigne à 64 % contre 36 % pour les ISP. Les rapports dans le groupe témoin sont proches, 53,4 % pour les cadres et 46,6 % pour les médecins.

o Nous rapprochons la fonction **Conteneur** (27) et sa fonction primaire *Désamorçage* (271) de la précédente avant de formuler un commentaire. Cette fonction, moins renseigné en nombre se répartit à 56,5 % pour le groupe cible et à 43,5 % pour le groupe témoin. À l'intérieur du groupe cible, cette fonction est relevée à 85,1 % par les ISP et 14,9 % par les IDE. Nous observons que les infirmiers IDE sont plus sensibles lors des entretiens sur les aspects contenant de la fonction (entendus ici comme un rôle de mise en dépôt) et la population ISP sur les aspects conteneur (entendus ici en deux temps comme dépôt et transformation). Cette remarque étant établie sur un score faible.

- La fonction mère et socle **Liens** est renseignée à 60,5 % par la population cible et à 39,5 % par la population témoin. Pour le groupe infirmier, les répartitions sont proches, les ISP la renseignent à

49 % et les IDE à 51 %. La répartition chez le groupe témoin est à 70 % pour le groupe-cadre et de 30%pour le groupe médecin.

La fonction primaire *Construction du lien* (291) est la deuxième fonction primaire en terme quantitatif de ce niveau d'investigation. Elle se répartit à 78,9 % pour la population cible et à 21,1 % pour la population témoin. Dans la population cible, les ISP la renseignent à hauteur de 54,3 % et les IDE 45,7 %. Des écarts apparaissent nettement dans la population témoin avec 78,8 % de relevés chez les cadres et 21,2 % chez la population médecin.

Cette fonction sur ce niveau d'investigation professionnel est le pendant de celle *d'ouverture à la relation* (141) abordé sur le niveau d'investigation patient. Toutefois, lors des entretiens, les caractérisations et les mises en fonction ont été conduites de manière non simultanée, et ont tenu compte lors des arbitrages du matériel fourni lors entretien. L'arbitrage s'est effectué sur le niveau d'intentionnalité énoncé. L'opportunité du moment, la spontanéité, la disposition à...nous ont fait discriminer sur le niveau patient et l'intention, le prévu sur le niveau professionnel. Le commentaire est de même nature, les ISP sont légèrement en avance en termes de relevés sur cette dimension de la rencontre. Les médecins sont plus en retrait lors des relevés.

La fonction primaire *Alliance thérapeutique* (292) est insuffisamment renseignée. Les fonctions *Mise en lien* (293) et ses attributs au *niveau de l'unité* (2931) et *en externe* (2932) sont traités ensemble. La population cible la repère à 52 % et la population témoin à 48 %. Cette dernière est composée à 100 % de la population cadre. Cette fonction mise en lien est renseignée dans la population cible à 65 % par les IDE et à 35 % par les ISP. Le score devient parlant en regardant les répartitions par attributs de fonction. L'attribut *Mise en Lien au niveau de l'unité* est renseigné en pourcentage par 89,7% des IDE et 10,3 % des ISP. L'attribut *Mise en Lien en externe* est renseigné par 82 % des ISP. (Sur un échantillonnage faible) Le constat peut aussi rejoindre l'analyse de la fonction précédente. Les IDE repèrent plus volontiers comme action et objectif, les interventions qui se déroulent en appui sur un élément du réel. Inversement, ce repérage est moins fréquent chez les ISP hormis un acte plus établi comme une mise en lien en externe.

La fonction primaire **Historisation** sera également traitée avec ses attributs *Récit de vie* (2941), *Appui sur les expériences antérieures* (2942) et *Confrontation des expériences subjectives* (2943). Pour cet ensemble, le niveau de repérage s se situe à 64,5 % pour la population cible et 35,5 % dans la population témoin. Le groupe IDE est 58,7 % de relevés et leurs collègues ISP à 41,3 %. Les cadres sont à 56 % et les médecins à 43 %. Les infirmiers IDE relèvent plus les éléments de récit de vie du patient. Les ISP et IDE se retrouvent sur l'appui sur les expériences antérieures.

- La fonction mère **Différenciatrice** (21a) ne sera pas traitée (Relevés insuffisants). Nous passons à la fonction mère **Clinique** (21b) qui est traitée dans son ensemble avec les fonctions primaires *Exploratrice* (21b1) et *Évaluation décisionnelle* (21b2). La répartition entre les groupes est de 64,3 % pour la population cible et de 35,7 % pour le groupe témoin. Les ISP sont à 72,4 % et les IDE à 27,6 % pour ce groupe. Les ISP sont plus présents sur l'évaluation décisionnelle avec 88,8 % et les IDE sur la phase en amont de l'exploration avec 100 %.

- La fonction mère **Observation** (21 c) sera également traitée dans son ensemble avec les fonctions primaires *Observation clinique* (21c1) et *Observation périphérique* (21c2). Pour cet ensemble, la répartition des résultats va à 59,2 % du côté de la population cible et de 40,8 % pour les témoins cadres et médecins. Ce dernier groupe connaît une répartition à 56,2 % pour les cadres et 43,8 % pour les médecins. Pour le groupe cible, les relevés sont majoritaires chez les IDE à 56,4 % et sont à 43,6 % pour les ISP. La fonction observation en terme générique est mieux renseignée du côté IDE à 56,5 %, s'équilibre dans l'observation clinique à 51,9 % et est très dominante sur un échantillon faible avec l'observation périphérique à 72,4 %. On constate une acuité dans le repérage en entretien du travail d'observation pour cette population IDE qui est un fondamental du travail infirmier en psychiatrie.

o La fonction mère **Prévisionnel d'activité** (21 d) est répartie à 58,6 % sur la population cible et à 41,4 % pour la population témoin. Les ISP la repèrent à 41,1 % et les IDE à 58,9 %. Ce repérage est proche dans le groupe témoin, les cadres sont à 46,1 % et les médecins à 53,9 %. Le repérage du prévisionnel d'activité comme lieu et temps d'expression du déploiement du rôle propre est connu de tous les acteurs. La population IDE apparaît avoir plus systématisé ce repérage.

o La fonction mère **Ecoute** (21e) offre une répartition entre populations cible à 64,8 % contre 35,2 % à la population témoin. Les scores sont voisins dans la position cible, 50,4 % pour les ISP contre 49,6 % aux IDE. Le repérage de cette fonction est partagé sur le groupe infirmier et mieux renseigné par les médecins à 77,2%. La fonction mère **Anticipation** (21f) est repérée par 83,8 % de la population cible et 16,2 % des la population témoin. Anticiper apparaît une activité repérée essentiellement par les infirmiers (IDE à 55 % et ISP à 45 %), elle permet le décodage des phases d'intensification (pulsionnelle ou autre) et contribue à ce titre à la prévention des acmés anxieuses et de leurs expressions symptomatiques.

o La fonction mère **Engagement et portage psychique** (21 g). Elle est repérée dans des proportions voisines de 50,6 % par la population cible et par 49,4 % dans la population témoin. L'indication vient de la population cible où elle est relevée dans un rapport de 1 à 10 par 91 % des ISP et 9 % des IDE. Cette question d'une clinique de la durée et d'une durée de la clinique qui nécessite une stabilité des protagonistes comme élément de l'engagement apparaît plus familière aux ISP. Cette durée s'appuie également sur un phénomène générationnel, les ISP sont par nature les anciens.

Éléments de conclusion

Ce niveau d'investigation est le plus important en termes de relevés effectués lors du recueil de données par entretien. Ce volume dans les attributions de fonctions limitent les fonctions peu ou pas renseignées qui restent au nombre de huit (mère et primaire).

La population cible est celle qui renseigne majoritairement ce niveau d'investigation

Sur ce niveau d'investigation, nous remarquons que les fonctions socles *Créativité et Métaphore maternelle* sont renseignées de manière majoritaire par les ISP. La troisième fonction mère et socle *Liens* est elle renseignée par la population IDE à la majorité de 51 %.

Les éléments recueillis sur ce niveau d'investigation nous permettent d'affiner les constats ébauchés sur les éléments d'analyse interprétative du niveau d'investigation patient en ce qui concerne les répartitions dans la population cible.

À des fins d'isoler des traits spécifiques, nous choisissons de recueillir pour chaque groupe les dix fonctions mères et spécifique où chaque groupe est majoritaire, de façon nette ou moins marquée. Nous nous proposons de comparer ces groupes, d'initier un classement et une lecture transversale de ces distinctions. L'ordre de présentation des fonctions fait l'objet de cette intention de classement.

Concernant les ISP, nous regroupons ces dix fonctions en trois groupes ;

— Le premier groupe réunit les fonctions, *Prise de risque, Rire et Humour, Psycho dramatisation et Engagement et portage psychique.* Ces fonctions utilisent une palette large dans les modes d'accès au patient et dans l'investissement mobilisé. Elles correspondent alors à un répertoire de ressources professionnelles diversifié qui s'enrichit des innovations issues de la transgression novatrice.

— Le deuxième groupe réunit les fonctions *Permanence, être là, construction du lien et préoccupation soignante primaire.* Ces fonctions ont en commun de se référer implicitement à l'effet structure liée à la nature de l'hospitalisation temps plein. Elles peuvent à ce titre s'appuyer sur ce point nodal pour s'incarner, se déployer, se traduire et se décliner dans les actions de ces infirmiers en psychiatrie.

— Le troisième groupe réunit les fonctions *Clinique et conteneur*. Ces fonctions sont transversales aux groupes précédents et traduisent des aspects du travail clinique et psychique des infirmiers.

Concernant les IDE, nous regroupons également ces dix fonctions en trois groupes.

— Le premier groupe réunit les fonctions *Observations et historisation* qui correspondent à des éléments de recueil de données dans l'approche de la compréhension du patient.

— Le second groupe réunit les fonctions *Initiative, mise en lien, contenante, réactivité et réassurance.* Ces fonctions ont en commun plusieurs caractéristiques ; elles supposent une interaction, elles se situent dans un ici et maintenant défini par les aspects synchroniques de l'action avec le patient. Elles relèvent alors du soin direct.

— Le troisième groupe réunit les fonctions *Anticipation, immersion et prévisionnel d'activité.* Nous les avons regroupés autour du constat que ces fonctions ont en commun un caractère programmatique quant à leur mise en place. Elles répondent à une forme d'abord de son travail plus en lien avec une logique organisationnelle personnelle.

Ces données sont issues du traitement par mise en fonction recueillie lors des entretiens. Elles correspondent au matériel repéré et énoncé par ces différents professionnels quant à leurs exercices professionnels. Ce travail à gros traits de distinction nous ouvre à une représentation de l'exercice infirmier en psychiatrie que nous barderons en prenant l'image d'un axe.

Une des extrémités de cet axe représente les fonctions emboîtées dans l'effet structure lié à l'hospitalisation temps plein. À l'autre extrémité de cet axe se trouvent les fonctions qui permettent de dilater les registres d'actions et d'enrichir les répertoires de ressources professionnelles. Dans notre étude, les ISP avec deux groupes de fonctions sont préférentiellement sur ces deux extrémités. Le troisième groupe clinique se présente alors de manière transversale.

Le groupe IDE occupe les positions médianes sur cet axe. Cette position est évolutive et les points de jonction de ces groupes de fonctions telles que nous les proposons sont des lieux de transmission privilégiés.

Du côté du groupe témoin, les cadres sont majoritaires sur les trois fonctions socles et sur une majorité des fonctions spécifiques, mère et primaire. Ce repérage dominant des cadres souligne dans cette enquête la permanence de leur acculturation à la discipline et l'ancrage de l'antériorité de métier.

Les médecins ont un repérage majoritaire en termes de relevés sur les fonctions mères *Registre maternel, prévisionnel d'activité* et sur la fonction primaire *immersion.* Nous comprenons le repérage de ces fonctions comme des domaines d'activités attendues des infirmiers et qui concernent alors la valence maternelle de la fonction (registre maternel), le déploiement du rôle propre (prévisionnel d'activité) et enfin l'action sur le groupe (immersion).

➢ ***Tableau des résultats (n°16) par fonction mères du niveau d'investigation équipe entre populations cible et témoin, et dans la population cible entre ISP et IDE.***

Mises en Fonctions Mères et Primaires	Répartition sur les ISP	Répartition sur les IDE	Répartition sur la population cible : ISP et IDE	Répartition sur la population cadres	Répartition sur la population médecins	Répartition sur la population témoin : Cadre et Médecins	Répartition sur les 4CH
	ΣISP 4CH	ΣIDE 4CH	Σ(ISP+IDE) 4CH	ΣC4 CHC	ΣM 4CH	Σ(C + M) 4CHC	Σ des 4CH
31	0	1	1	0	0	0	1
3111	4	11	15	5	5	10	25
3112	4	9	13	3	9	12	25
312	2	7	9	2	0	2	11
313	2	3	5	2	3	5	10
314	5	6	11	7	4	11	22
315	2	1	3	2	0	2	5
3161	11	15	26	7	5	12	38
3162	1	1	2	1	2	3	5
317	6	8	14	1	2	3	17
Total fonction 31	37	62	99	30	30	60	159
32	11	14	25	14	4	18	43
321	4	1	5	1	0	1	6
322	0	2	2	0	1	1	3
323	15	14	29	8	13	21	50
324	2	6	8	4	6	10	18
325	0	0	0	1	0	1	1
326	4	5	9	4	2	6	15
327	14	13	27	13	18	31	58
328	3	0	3	0	0	0	3
Total fonction 32	53	55	108	45	44	89	197
33	4	4	8	12	8	20	28
331	12	18	30	5	4	9	39
332	10	14	24	12	13	25	49
3321	11	18	29	13	7	20	49
3322	2	3	5	2	2	4	9
333	1	0	1	0	0	0	1
Total fonction 33	40	57	97	44	34	78	175
334	3	4	7	0	6	6	13
34	3	0	3	1	4	5	8
Total fonction 34	6	4	10	1	10	11	21
35	1	2	3	1	2	3	6
351	8	18	26	6	3	9	35
352	7	11	18	4	2	6	24
Total fonction 35	16	31	47	11	7	18	65
Total fonction 36	8	18	26	16	15	31	57
I37	1	0	1	0	0	0	1
371	10	13	23	7	4	11	34
372	1	1	2	1	1	2	4
Total fonction 37	12	14	26	8	5	13	39
Total fonction 38	0	1	1	3	2	5	6
Totaux	172	242	414	158	147	305	719

➢ ***Commentaire général sur ce niveau d'investigation***

Le repérage de ce niveau d'investigation entre les deux populations cible et témoin apparaît significativement mieux renseigné sur le groupe témoin. Le groupe infirmier correspond proportionnellement à 37 % et la majorité va au groupe témoin avec 63 %. La question de l'équipe revêt à ce niveau une importance différente entre ces deux groupes et ces deux groupes forment une part différente de l'équipe.

Entre populations cible, les niveaux de mises en fonction sont de 45 % pour les ISP et de 55 % pour les IDE.

Entre populations témoin, le niveau de réponse est de 47,8 % pour les cadres et de 52,2 % chez les médecins. Nous observons un souci et des représentations bien partagées sur l'équipe et le travail d'équipe sur ces deux populations. Nous comprenons ces écarts entre les populations cibles et témoins par des périmètres de délimitation différents, lesquels sont véhiculés par cette notion d'équipe. Les infirmiers appartiennent à l'équipe infirmière avant d'englober l'équipe pluriprofessionnelle. Les cadres et médecins ont une réflexion plus à distance, en position méta. Ne présente t'on pas souvent cette notion ainsi, « *le docteur X et son équipe* »?

- ***Résultats par fonction mère du niveau d'investigation équipe entre populations cible et témoin, et dans la population cible entre ISP et IDE.***

- La fonction mère et socle **liaisons** (31) sont de manière générale mieux repérée par le groupe témoin pour 58,5 % que par le groupe cible des infirmiers où cette fonction est renseignée à hauteur de 41,5%.

Les aspects *Historisation* (31, 3111 et 3112) sont repérés à 34,3 % par les infirmiers et à 65,7 % par les populations témoins. Cette dernière population apparaît plus sensible dans souci de la prise en compte de l'histoire. Nous attribuons cette sensibilité à une position plus décentrée qui peut favoriser un regard plus large sur les situations rencontrées par les populations infirmières.

Le côté pratique de la fonction (3161) *Information cible* est réparti équitablement entre les populations. Le groupe cible apparaît majoritaire sur deux fonctions. Il s'agit de *l'Alimentation de l'empathie* qui se trouve deux fois mieux repéré chez les infirmiers. Elle correspond alors à une nécessité pour les soignants de maintenir une surface possible d'accueil en lien avec la gestion des éprouvés difficiles issues de la proximité avec les patients. Il s'agit de maintenir ou retrouver un abord et une fenêtre compassionnelle.

La seconde concerne la fonction *transmission* également deux fois mieux repérée par le groupe cible, il est vrai qu'elle constitue pour ces derniers un enjeu et une réalité qui reste investie dans cette profession.

Deux fonctions sont à l'inverse repérées 2,3 fois plus par le groupe témoin. Il s'agit des fonctions :

_ *Jugement de beauté* (313) et ce résultat, malgré la réserve d'un faible score, nous paraissent significatifs quant aux équipes qui nous ont accueillis et à leurs niveaux d'ouvertures (cf. Limites de l'étude en 4.3). Nous voulons dire que ces métiers du soin psychique, particulièrement en intra hospitalier, connaissent un faible niveau de gratitude (lié à la nature même du fait psychopathologique) et de reconnaissance sociale et symbolique. Ce jugement de beauté porté par des membres de l'équipe en position statutaire hiérarchique, quand il s'énonce, est profondément de nature à encourager et légitimer les équipes et, ce faisant, à solidifier les pratiques.

_ *Mise en lien groupal (*314) qui souligne une connaissance des mécanismes d'équipe et donc une proximité avec ces mécanismes.

- La fonction mère et socle (32) **Coopération** connaît une répartition favorable au groupe témoin avec un pourcentage de 65,5 % et le groupe cible représente 34,5 % des relevés. Nous comprenons cette différence par les aspects plus tacites de ces modalités dans le groupe cible et explicites pour le groupe témoin.

Concernant les fonctions primaires les plus significatives et les plus renseignées, nous trouvons les fonctions *: Coopération pluri professionnelle.* (323). Celle-ci est relevée à 37,4 % dans le groupe cible et à 62,6 % dans le groupe témoin. Nous expliquons cette différence par la nécessité, au moins dans la cadre de cette étude, faite aux professionnels du groupe témoin d'être en situation de coopération avec le groupe cible. Cette nécessité est liée au caractère en partie mécanique et à la nature et l'exercice des métiers du fait d'exercices plus solitaires. Cette fonction est par ailleurs légèrement mieux renseignée par le groupe ISP (+20 %) dans notre population cible et par les médecins dans le groupe témoin.

La fonction *Coopération des taches* (324) apparaît trois fois plus fréquente dans le repérage du groupe témoin et dans le même rapport de proportion à l'intérieur du groupe cible en faveur des IDE. L'importance de cette fonction socle lors des observations nous permet d'expliquer ces écarts par l'incorporation de ces savoirs.

Nous nous arrêterons sur la fonction *Coopération déontique* (327). Nous arrêterons sur cette fonction de qui est la plus renseignée avec ses 58 mises en fonctions. Les relevés du groupe cible se situent à 27,4 % et celui du groupe témoin à 72,6 %. À l'intérieure du groupe cible, cette fonction est par légèrement mieux renseigné par le groupe ISP (+20 %). À l'intérieur du groupe témoin, cette fonction est relevée dans un rapport de 2 pour les cadres à 3 pour les médecins. Cette répartition par population sur cette fonction primaire située au cœur des équipes, la plus importante de ce niveau d'investigation, apparaît concentrer sur elle-même un ensemble d'éléments d'analyse déjà porté sur ce niveau.

Nous notons que la fonction *Ruse de métier* (328) est uniquement relevée chez le groupe ISP.

- La fonction mère et socle (33) **Élaboration** connaît une répartition de même rapport que la fonction mère précédente. Le groupe cible représente 34,9 % des relevés et le groupe témoin 65,1 %. La répartition dans la population témoin est sensiblement égale avec 48,5 % pour les cadres et 51,5 % chez les médecins. Cette fonction mère est par ailleurs légèrement mieux renseignée par le groupe IDE (+20 %).

Concernant les fonctions primaires les plus renseignées et par ordre d'apparition, nous trouvons les fonctions : *Évaluation des ressentis.* Les résultats de cette fonction sont inversés en comparaison de ceux de cette fonction mère. L'évaluation des ressentis est renseignée pour 59 % par la population cible, et à l'intérieur de celle-ci par 20 % de plus dans le groupe IDE. Le groupe témoin est à 41 %. La question centrale dans les soins infirmiers en psychiatrie **de la reconnaissance, l'identification, la gestion, voir l'élaboration du matériel émotionnel** avec leurs aspects contre transférentiel ou de contre attitudes est bien repéré chez les infirmiers interviewés lors de cette enquête. Le groupe témoin confirmant ces données. Ces aspects, qui dépassent largement une simple gestion, viennent rappeler que les infirmiers soignent avec leur personne, avec la relation en direction de publics pour qui cette dernière est justement difficile ou perturbée. La personne de l'infirmier devient alors "un outil du soin" et le passage de ces aspects personnels aux éléments de professionnalisation passe par les opérations contenues en partie dans cette fonction.

L'ensemble de la fonction *Réflexivité* (332, 3321 et 3322) est renseigné à 30 % par la population cible et à 70 % par le groupe témoin. Dans la population cible, les rapports en pourcentage sont de 57,7 % pour les IDE et de 42,3 % chez les ISP. Les scores sont voisins chez les populations témoins (51,7 % pour les cadres et 48,3 % pour les médecins). La population témoin apparaît comme le garant du recours et du fonctionnement de cette fonction.

- Nous traiterons ensemble la fonction mère **Thermométrique** avec ses fonctions primaires (35, 351 et 352). Pour cette fonction, la répartition est inversée à celle de ce niveau d'investigation. La répartition entre populations de cette fonction donne une attribution à 53 % pour le groupé cible et à l'intérieur de celui-ci à 62,9 % pour les IDE et 37,1 % pour les ISP. Le groupe témoin est à 47 % avec une ventilation à 57 % pour les cadres et à 43 % pour les médecins. Les opérations de décodage des signes indicateurs de l'ambiance de l'unité sont plus présentes chez les infirmiers, puis chez le groupe-cadre et enfin chez les médecins. Ils sont en lien avec la proximité des terrains.

- La fonction **Respiration psychique,** deuxième en termes de relevés dans ce niveau d'investigation, donne les répartitions suivantes. Le groupe cible est à 26,6 % (ISP à 33,6 % et IDE à 66,4 %) et le groupe témoin à 73,4 %.(avec une répartition à 47,7 % pour les cadres et 52,3 % chez les médecins). Cette fonction et sa nécessité sont donc particulièrement bien repérées et respectées, voire protégées, par les cadres et les médecins que nous avons interviewés lors de nos enquêtes. Les exigences que nous avions formulées dans nos critères d'inclusion d'un ancrage dans la discipline et le côté ouvert des équipes qui se sont portées volontaires expliquent à notre sens ce résultat. Elles supposent une connaissance plus fine du milieu et des besoins d'une équipe au travail en unité de psychiatrie.

- Enfin, la fonction **Interstitielle** que nous traiterons avec ses fonctions primaires (37, 371 et 372). Nous trouvons un groupe cible à 46,4 % (49,5 % ISP et 50,5 % IDE) et un groupe témoin à 53,6 %. Ces chiffres établissent un niveau de repérage assez voisin, mais là encore avec le souci d'intégration par les populations témoins de ces temps dans les organisations.

- Les fonctions **coordination** (34) et **organisation** (38) n'apparaissent pas significatives dans leurs faibles résultats ce ces entretiens centrés sur *l'informel.*

Éléments de conclusion

Un des enseignements de cette répartition « des fonctions mères et primaires entre population cible et témoin pour ce niveau d'investigation équipe » porte sur la profonde intégration de ces mécanismes et de ces fonctions dans le quotidien des équipes.

À ce titre et lors de nos enquêtes, nous observons que la population témoin, **Cadres** et **Médecins,** se portent comme **des garants de l'utilité** de ces fonctionnalités liées à l'informel dans le travail d'équipe. **Cette garantie exercée par ses deux populations se traduit par un respect, une intégration et une protection de ces temps, ainsi que par une participation.**

Cette intégration correspond à une évaluation collégiale, collective et interdisciplinaire quant à l'évaluation du travail infirmier en unité temps plein. C'est-à-dire à une évaluation qualitative qui prend en compte les trois dimensions du travail tel que les définit Christophe Dejours. Cet auteur parle de la « *composition organique du travail» :* à savoir, le temps de travail direct, les temps de coopération/délibération et les temps d'investissement immatériels à travers la formation des compétences collectives. (« Le soin psychiatrie, entre souffrance et plaisir» dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie* Colette Chiland, Clément Bonnet, Alain Braconnier et Collectif, (Broché ,18 février 2010), pp 416-417).

Enfin à l'issue de ces analyses interprétatives sur ces trois niveaux, nous pouvons conclure ce chapitre en observant que les niveaux en lien avec le patient et le professionnel sont majoritairement renseignés par la population cible des infirmiers. Le niveau équipe, plus à distance de la relation soignant /soignée est quant à lui renseigné de manière très majoritaire par la population témoin en regard justement de cette position et en lien avec une évaluation sensible de ce travail des infirmiers.

6.4 Analyse croisée des résultats à partir des observations et des entretiens.

Préalable méthodologique

L'analyse croisée des résultats tirés du traitement des observations et des entretiens s'appuiera d'un comparatif entre les tableaux présentés en 6.2.5 et en 6.3.3. Il s'agit des tableaux de synthèse des mises en fonction par fonctions mères et primaires, par niveaux d'investigation avec les observations et par population investiguée avec les entretiens.

Les éléments d'analyse seront apportés de manière comparative par niveaux d'investigation. (Patient, professionnel et équipe). L'outil d'entretiens permet de recueillir des données sur les propos des professionnels quant **à ce qu'ils font**. L'outil d'observations nous permet de saisir des données sur ce **nous voyons qu'ils font**. Les éléments d'analyse porteront, quand il y a lieu, sur ces écarts qui constituent le lieu fécond des savoirs expérientiels.

L'observation a porté sur la population des infirmiers. L'analyse croisée porte sur des populations comparables. À cette fin, nous excluons la population témoin et nous ne retenons que les résultats de la population des infirmiers ISP et IDE recueillis lors des entretiens.

Afin de limiter une dispersion des données et en vue de comparer sur une base homogène les recueils de données issus de deux outils différents, nous avons ramené les chiffres à une valeur absolue égale à 1**. L'outil observation est la référence et la base 1 et l'outil entretien constitue la variable d'ajustement de ce socle comparatif.**

À cette fin, nous avons appliqué aux données issues des entretiens un coefficient multiplicateur de 1,596 pour le niveau d'investigation patient, de 0,65 pour le niveau professionnel et de 0,665 pour le troisième niveau équipe.

Ces opérations ont pour objectif de faciliter les comparaisons sur deux outils peu comparables. Le traitement quantitatif des données issues de l'utilisation des méthodes qualitatives n'est pas propice à l'exactitude de la mesure. Le propos n'est pas de mesurer de façon mathématique avec un coefficient multiplicateur les écarts existants entre le dire et le faire.

Il s'agit de cerner des tendances, de remarquer des lignes directrices et d'apprécier des traits caractéristiques**. L'émergence de ces derniers nous renseigne par contre sur les répartitions et les localisations entre les savoirs tacites et les savoirs explicites.**

Afin de rendre saillants les constats sur ces émergences, nous retenons l'application d'un rapport de 1 à 2 sur les résultats obtenus. Nous retenons donc comme **convergents les écarts obtenus dans une fourchette de 1 à 2.** Et nous retenons comme **divergents les écarts supérieurs au rapport de 1 à 2 de façon à dégager les aspects** significatifs de ces résultats par outil d'enquête.

Enfin, les fonctions peu renseignées avec un score inférieur à 5 ne donnent pas lieu à commentaires.

La méthode de présentation sera identique pour chaque niveau d'investigation. Elle sera précédée d'un commentaire introductif puis elle comprendra trois étapes :

- En premier lieu, nous relèverons les résultats qui sont **communs** en termes d'occurrence entre les deux outils.
- En deuxième lieu, nous relèverons les **différences** de résultats en prenant compte ce qui est présent dans les observations et peu ou pas présent dans les entretiens.
- En dernier lieu, nous relèverons les **différences** de résultats en prenant compte ce qui présent dans les entretiens et absent ou peu présent dans les observations.

Enfin, elle se conclura sur un pavé qui reprendra de manière synthétique les enseignements de cette analyse croisée.

Nos commentaires reprendront l'ordre d'apparition des fonctions sur les tableaux correspondant ainsi que leurs identifications par nom et par numéro.

➢ ***Commentaires généraux sur cette partie relative à l'analyse croisée.***

- ***Tableaux récapitulatifs (nº 17 et 18)***

Le tableau récapitulatif qui suit permet d'observer la totalité des 3110 mises en fonction que nous avons caractérisées à partir de nos enquêtes de terrain. Il permet de croiser les niveaux d'investigation et les outils d'enquête.

Concernant les outils, les observations dans lesquelles est inclus le traitement des DIA ont donné lieu à 1159 relevés, soit 37,3 %. Les entretiens quant à eux sont à l'origine de 1951 relevés, soit 62,3 %.

Concernant les niveaux d'investigation, les écarts constatés sont en lien avec la nature différente des outils. Ces écarts varient de 0,85 à 1 pour le niveau d'investigation patient, de 1à 2 exactement pour le niveau d'investigation professionnel et de 1 à 2,7 pour le dernier niveau qui s'adresse à l'équipe.

Tableau n° 17

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES OBSERVATIONS RÉALISÉES PAR NIVEAU D'INVESTIGATION ET PAR LES OUTILS OBSERVATION ET ENTRETIEN

	Patient	Professionnel	Equipe	Total
Entretiens	406	826	719	**1951**
%	20,80%	42,30%	36,90%	
Observations	479	413	267	**1159**
%	41,30%	35,80%	23,10%	
Total	**885**	**1239**	**886**	**3110**
%	**28,50%**	**39,80%**	**31,70%**	

Le deuxième tableau récapitulatif présente les mises en fonctions qui ont pu être établies par site et par outil.

Plusieurs paramètres étaient soumis à des variations d'un site à l'autre. En premiers lieux, les unités investigués, des enquêteurs différents sur chaque site et unité et des rapports de proportion de collecte de données entre outils significativement différents sur chaque site.

Pour autant, nous avons eu la surprise de découvrir une forte homogénéité relative aux données exploitées lors de leurs mises en fonction. En effet, trois sites sont à égalité et un site seulement est à – 10 %. **Nous voyons dans cette homogénéité quant à la cueillette et au traitement des données un des effets du principe de triangulation.** Ce principe affirmant que la multiplication des triangulations limite de fait les biais méthodologiques inhérents à chacun d'entre eux.

Le caractère multicentrique de l'étude de détermine pas de différences significatives entre les sites. L'offre hospitalière temps plein sectorisée public ou privé à but non lucrative concourant au service public est une offre territorialisée, complémentaire et dégagée des logiques concurrentielles. Les différences les plus significatives ont été enregistres sur site CHU ou les unités de psychiatrie générale sont soumise aux logiques organisationnelles et architecturales locales. (Espaces communs limités et centrage de l'activité sur la chambre du patient).

Tableau n° 18

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES OBSERVATIONS RÉALISÉES PAR SITE ET PAR LES OUTILS OBSERVATIONS ET ENTRETIENS

	CH1	CH2	CH3	CH4	Total
Observations	307	309	287	256	**1159**
Entretiens	485	481	440	535	**1951**
Total	**792**	**790**	**727**	**791**	

➢ ***Analyse croisée du niveau d'investigation patient***

- ***Commentaire général***

Le niveau d'investigation patient est le seul des trois niveaux à connaître un nombre de relevés d'observations supérieur à celui des entretiens. À ce titre, c'est également celui qui enregistre les écarts les plus conséquents par outil.

Les quatre fonctions mères et socles restent au quatre premières places, mais connaissent un ordre de présentation différent emmené largement par la fonction **Disponibilité** et des volumes aux écarts plus creusés.

- ***Données convergentes relevées avec les deux outils :***

Les données convergentes ne sont pas productives en commentaires. Nous nous contentons de les recenser et de définir leurs inflexions vis-à-vis de l'outil dominant. Par ordre d'apparition sur les tableaux, ces données convergentes concernent en premier l'ensemble de la fonction *Accompagnement* (111) et ses attributs *en lien avec la vie quotidienne* (1111), *en appui sur un élément du réel* (1112). Cette fonction est la seule de sa matrice à donner lieu à une mise en parole.

Nous trouvons ensuite trois fonctions primaires, *Explicitation* (121), *Répétiteur* (122) et *structuration* (123) de la fonction mère et socle **Supplétive**. Elles connaissent une inflexion du côté du renseignement par l'outil d'observation.

Les fonctions primaires *Apaisante* (131), *Hypostimulante* (132), *Pare excitation* (134), *Régulation* (136) et *Accompagnement au cadre* (137) de la fonction mère **Amortissante (**soit 5 sur les 6 significatives**),** sont convergentes avec une inflexion pour l'entretien. Cette remarque vaut pour les fonctions primaires *Accueil* (141) et *Transitionalisante* (142) de la fonction **Disponibilité.**

Les fonctions primaires *Sécurisante* (153), et mères *Attention flottante* (16 et 161) et *Lien avec la famille* (19 et 191) ont des résultats convergents avec une inflexion du côté de l'outil d'observation.

Enfin, les fonctions mères *Permanence* (17, 171 et 172) et *Décalage* (18 et 181) ferment ce pavé sur une inflexion pour l'entretien.

- ***Données présentes préférentiellement dans les observations***

Cette partie apparaît la plus significative de cette analyse croisée par l'importance des écarts qu'elle permet de constater. Trois fonctions mères sont concernées. La première, la fonction **Phorique** est renseignée par les observations sur tout ou partie de sept de ces huit fonctions primaires. Les écarts sont notables sur les fonctions *Information* (112 et 1121) et *Soutien* (113). Les cinq fonctions suivantes sont présentes **uniquement** lors des séquences d'observation. Il s'agit des fonctions *Effets de renforcement positif* (114), *Alimentation narcissique* (115), *Valorisation et revalorisation* (116 et 117) et enfin *Stimulation* (118).

L'aspect consécutif et manifeste d'un écart entre des situations d'observations (52 relevés) et le manque de renseignements relevé lors des entretiens (4) en fait un exemple propice de localisation de savoirs tacites. L'ensemble de ces actions de soutien, de portage paraît alors être attendu des qualités d'un dispositif de soins hospitalier à temps plein et parallèlement profondément intégré par ses acteurs infirmiers.

La fonction mère **Supplétive** (12) appelle un commentaire similaire pour ses fonctions primaires peu renseignées lors de l'entretien pour la fonction primaire *Adaptation* (124) et non renseigné pour les fonctions *réglage* (125) et *Maintien des liens et des acquis* (126). Le rapport en nombre de relevés est ici de 65 pour l'observation sur ces trois fonctions et de 1 mise en fonction à partir des entretiens.

Les fonctions primaires *Évaluation partagée* (151) et *Protection* (152) connaissent le même destin entraînant la fonction mère **Protectrice** (15) dans cette catégorie.

Enfin, nous notons la fonction primaire *Canalisation* et *Dérivation* (132) sur cette valence de repérage par l'observation.

.

- ***Données présentes préférentiellement dans l'entretien***

Les données relevées majoritairement dans les entretiens sont très peu nombreuses sur ce niveau d'investigation. En revanche, elles sont de manières très nettes avec l'outil entretien.

La fonction mère **Disponibilité** (14) et à l'intérieur de celles-ci trois fonctions primaires. Nous retrouvons la fonction générique *disponibilité* dans un rapport supérieur à cinq. Un appui explicatif concerne son évocation fréquente en entretien sans qu'elle puisse être qualifiée ou référer à une forme plus spécifique de disponibilité susceptible à donner lieu à un relevé lors des observations. Les fonctions primaires *Ouverture à la relation* (142) et attributives *Entretien informel* (1422) sont concernées. Dans le premier cas, nous expliquons cet écart par le côté intentionnel, énoncé et recueilli lors de l'entretien alors que dans nos observations, nous avons tenu compte plus de l'effet de la manifestation de cette intention. Dans le deuxième cas, l'explication quant à l'écart plus conséquent (supérieur à quatre) sur l'attribut entretien informel tient à la position du praticien chercheur en situation d'enquête avec observation. En effet, nous avons précisé que nous souhaitions limiter les perturbations sur la scène observée liée à la présence de l'observateur. Cette position s'activait dans certaines situations dont le respect d'une sphère qui si elle n'est pas intime est non publique. C'est alors le cas de l'entretien informel.

Enseignements du niveau d'investigation patient

Ce niveau d'investigation a la particularité d'être mieux renseigné par les observations que par les entretiens. Cela se vérifie sur plusieurs fonctions mères et prend un caractère saillant sur nombre de fonctions primaires qui ne sont pas évoquées en entretien et que les séquences d'observations permettent de démutiser. Les fonctions les plus concernées par cette incorporation concernent l'aspect phorique, supplétif et protecteur des soins infirmiers.

Nous observons que ces qualités attendues du métier d'infirmier en psychiatrie sont parmi les plus ancrées et les plus insu. À titre d'exemple, seul l'accompagnement dans la fonction **Phorique** donne lieu à repérage en entretien. Nous le comprenons en regard se son niveau d'intentionnalité qui favorise une représentation de l'action par anticipation. L'ensemble des autres fonctions se révélant de manière plus élective dans l'immédiateté de l'interaction.

Ariel Doulière parle des *savoirs tacites* comme des savoirs qui « *consistent à résoudre par des aptitudes, des savoir-faire, des intuitions, des problèmes pratiques qui n'ont pas été prévus ni formalisés par l'organisation. Ce savoir est difficilement transférable, il permet d'assumer une part essentielle le dans le fonctionnement des entreprises*». (Mémoire sur les savoirs tacites, page 1, http://www.evolution-relation-sociales.fr/savoirs-tacites, consulté le 13 août 2010). Nous importons cette définition pour l'appliquer au rôle propre infirmier agi ici dans le cadre des unités de soins. Il existe pour ces fonctions sans doute de manière plus affirmée une évidence de situations qui éloigne le passage par l'explicitation. Dans notre exemple, ces fonctions, et les savoirs qu'elles associent peuvent se confondre avec le rôle attendu de l'infirmier dans les représentations du plus grand nombre.

Le constat relatif aux savoirs tacites ou incorporés et leurs déploiements sur des fonctions à forte charge représentative nous font soutenir l'analogie avec *la théorie du noyau central* dans les représentations. Serge Moscovici (1961) avançait le concept de *noyau figuratif* approfondi ensuite par J-C Abric et C Flament avec ce concept de centralité. Ils le définissent comme la part la plus stable de la représentation sociale *"C'est par lui que se réalise et se définit l'homogénéité d'un groupe...relativement indépendant du contexte social et matériel immédiat dans lequel la représentation est mise en évidence"* (Méthodologie *de recueil des représentations sociales,* l'organisation interne des représentations sociales, système central et système périphérique, PUF, 1994, pp 73-84).

Il existe un noyau dur et normatif dans ces représentations issues de déterminismes historiques, symboliques et sociaux qui structurent les pensées relatives à la profession d'infirmier. Soutenir, étayer, porter, protéger, réconforter, sécuriser, suppléer deviennent autant d'actions qui établissent une toile de fonds commune du métier. Ces fonctions apparaissent comme attendues et parallèlement enfouies aux yeux des opérateurs. Ce noyau dur est à entendre du côté d'une **naturalisation des compétences,** autrement dit, à des compétences implicites qui seraient « naturellement» liés au genre et ici au genre féminin et à la dimension maternelle. **Savoirs tacites, noyau dur** des représentations sociales et **naturalisation des compétences** se rejoignent alors sur ces fonctions pour les maintenir dans une nuit silencieuse. Celles-ci sont attendues, *par nature,* du genre féminin avant d'être perçues comme des compétences de professionnelles d'**infirmières femmes** et **d'infirmières hommes**. C'est à dessein que nous employons ce dernier terme et sa figure d'oxymore afin d'appuyer ce constat sur la place du genre dans un métier « de femmes ».

René Kaës (1984) décrit quatre types d'étayages, le corps, la mère, le groupe et le moi. Nous sommes amenés à constater que si les étayages sur le corps (soins d'hygiène, soins de base) et les étayages sur le moi (possibilité de s'exprimer, de dialoguer, de verbaliser et d'échanger) sont partiellement repérés, l'étayage sur la mère est lui le plus incorporé et le plus naturalisé. Cet étayage sur la mère s'entend pour nous dans une dimension de *mère institutionnelle*, c'est-à-dire dans le pourvoi d'objet de confort, d'hôtellerie, de soutien et de permanence.

D'un autre côté, ce fond constitue une ressource identitaire, laquelle flèche le sens des actions, identifie les missions et incarne le rôle social attendu. Constat que partage Christine Vollaire quand elle nous dit qu'il serait pertinent de *« délier la profession des fantasmes dont elle est le lieu* ***pour l'ancrer dans le réel de son exercice****, mais ce fantasme est précisément celui sur lequel elle s'est constituée et qui nourrit l'imaginaire social».* (« Une fonction soumise au genre, le réel invalidé par les représentations», *Revue Pratiques, les cahiers de la médecine utopique,* n° 14/15, 2002, p. 42).

Pour revenir à notre auteur, Ariel Doulière, cite R. J Sternberg et R.Wagner à propos de ces savoirs qui permettent la contribution ou la résolution de problèmes qui surgissent au quotidien. Ces derniers apportent leurs définitions. Ces savoirs *« S'acquièrent dans l'exécution des tâches quotidiennes, mais habituellement sans que l'individu ne soit conscient de ce qu'il apprend. Et bien que les actions puissent refléter la connaissance de l'individu, celui-ci pourra éprouver de la difficulté à articuler à ce qu'il sait. Au travail, plusieurs expressions courantes, par exemple 'apprendre sur le tas, apprendre par osmose' renvoient à la notion voulant que la connaissance s'acquière sans la conscience immédiate de ce qui est appris. Des termes comme 'intuition professionnelle ou instinct professionnel' suggèrent également que la connaissance associée à la réussite possède une qualité tacite".* (« Enquête Internationale sur l'Alphabétisation et les Compétences des adultes " EIACA, 2000, chapitre 8 : partie 3, comprendre l'intelligence pratique : le rôle de la connaissance tacite, http://www.nald.ca/ftext/measlift/306.htm , consulté le 20 août 2010).

Cela ne va pas sans évoquer une terminologie plus locale retrouvée dans les équipes faites de *feeling, d'avoir du nez* ou de *sixième sens* pour nommer ces mêmes savoirs d'action. Nous porterons la même remarque sur la recommandation ou l'injonction récurrente en formation initiale de *"créer un climat de confiance"*.

L'intention est certes louable, mais le travail commence ici pour sa partie encore *informelle* avec la question apparemment simple du **comment ?** Cette question du comment permet alors la localisation de ces savoirs tacites, incorporés.

Donald A.Shön propose une caractérisation de ces savoirs à partir de trois propriétés ;

« Il y a des gestes, des identifications et des jugements que nous savons faire très spontanément ; nous n'avons pas à y réfléchir avant ou pendant l'exécution. On ignore souvent si on a appris à agir ainsi ; on réalise seulement qu'on agit de telle façon. Dans certains cas, on a été conscient à un moment donné de ce que l'on comprenait, mais cela s'est trouvé par la suite incorporé à notre perception des gestes ou opinions. Dans les deux cas, cependant, on est habituellement incapable de décrire le savoir que révèle l'action ». (« *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel »*, Québec, ED. Logique, col "Formation des maîtres", 1994, 418 pages, p. 81).

Inversement, on constate sur ce niveau d'investigation, et pour des raisons que l'on a abordé, un fort repérage de l'importance de la disponibilité. Cette qualité est souvent mise en avant, à l'image du *« créer un climat de confiance"*. Son repérage conséquent tient, en partie à cette injonction, mais recouvre également un point de nouage entre deux tensions. La tension de programmation, ce que l'infirmier doit faire, et une tension de prévisionnel d'activité, ce que l'infirmier aimerait pouvoir faire. La disponibilité devenant alors la condition de la réalisation de cette dernière tension et la condition des tentatives de maintenir à distance *l'activité empêchée*. (Yves Clot, 1999).

➢ *Analyse croisée du niveau d'investigation professionnel*

- ***Commentaires généraux***

Le niveau d'investigation professionnel connaît un différentiel entre les recueils de données par outil d'un rapport initial de deux pour les observations à trois pour les entretiens. Les trois fonctions mères restent à leurs places de fonctions socles, mais dans un ordre modifié, la *Créativité* passe derrière la fonction *Métaphore Maternelle* suivie de manière inchangée par la fonction du *Registre maternel.*

Nous notons 10 fonctions ne donnant pas lieu à commentaire (relevés insuffisants), 13 fonctions à résultats convergents, 9 en faveur des observations et les 12 restantes mieux renseigné par les entretiens.

- ***Données convergentes relevées avec les deux outils***

La fonction mère et socle **Créativité** ouvre ce chapitre avec ses principales composantes *Paroles en acte* (212), *Évaluation* (214), *Initiative* (215) et *Rire et humour* (216). Elles connaissent toutes une inflexion du côté de l'entretien.

Les fonctions importantes en termes de relevés quantitatifs *Être là* (222) et *Immersion* (226) connaissent une inflexion du côté de l'entretien.

Les fonctions **Contenante** (26) et *Canalisante* (261) se trouvent dans une configuration équilibrée. Elles ont été aussi fréquemment saisies en situation d'observations que constatées lors des entretiens. Nous relevons dans cette rubrique, la fonction **Conteneur** (27 et 271) dans son ensemble et les attributs de fonction *Mise en lien au niveau de l'équipe et des personnes soignées* (2931 et 2933) avec pour ces deux dernières, une inflexion du côté de l'observation.

Enfin, la fonction **Observation** prise de manière générique et fortement renseignée avec l'Observation *périphérique* ferment cette catégorie.

- ***Données présentes préférentiellement dans les observations***

Nous trouvons dans cette rubrique aux écarts marqués (de 2,5 à 10) huit fonctions primaires et une fonction mère.

Il s'agit en premier lieu de la fonction *Singularisation* (213) pour cette manière positive de faire exister le patient à travers un trait ou un registre d'adresse caractéristique de la singularité se sa personne.

Viennent ensuite la fonction *Repère* (223) qui se révèle en partie incorporée et trois des quatre fonctions primaires de la fonction socle **Registre Maternel.** La *Préoccupation soignante primaire* (231) est ainsi faiblement conscientisée, dans une moindre mesure la dimension de la fonction *Maternante* (232) et surtout la fonction *Réactivité* (233). Cette fonction est alors trois fois plus repérée dans les observations et nous avons souligné la pertinence de son sens clinique.

La fonction **Renforcement positif** (24) est dix fois plus agit que décidée intentionnellement et la fonction qui touche aux aspects éducatifs spontanés **Éducation** (28) neuf fois plus. L'importance de ces fourchettes, même sur des relevés réduits, se passerait de commentaires entre la réalité de l'action et le faible niveau de repérage en entretien par ses acteurs. La fonction **Différenciatrice** (21a et 21a1) appelle la même remarque sur un écart de 1 à 7.

L'ensemble de la fonction **Clinique** (21 b, 21b1 et 21b2) ferme cette rubrique sur un rapport de 1 à 2,5 pour l'outil d'observation.

- ***Données présentes préférentiellement dans les entretiens***

Les écarts peuvent devenir importants dans ce sens également (de 2 à 12) mais pour des raisons différentes.

La fonction *Prise de risque et transgression novatrice* (211) ouvre ce chapitre avec un écart de 1 à 3. Nous pensons à cet endroit que le statut d'observateur ne nous permet pas de cerner précisément le codage des équipes quant aux conduites aux potentiels d'innovation transgressives, hormis dans ses aspects manifestes. Peut-être avons-nous eu à cet endroit un regard bienveillant et accueillant à ces pratiques créatives qui peut faire tomber le côté transgressif à nos yeux.

La fonction *Permanence* (221) est présente deux fois plus en entretien et la fonction *Imprévu* (225) plus de dix fois plus. Pour cette dernière, la réserve méthodologique retenue au chapitre 6.3.2, niveau d'investigation professionnel, garde toute son acuité par son côté inductif lors de l'entretien.

La fonction *Construction du lien* (291) est 2,3 fois plus fréquemment relevée en entretien. Celui-ci nous montre que l'idée est bien présente, l'outil d'observation nous montre que les fenêtres d'opportunité sont moins fréquentes .Les aspects liés à l'historisation tels qu'évoqués dans les attributs *en lien avec le récit de vie, les expériences partagées antérieures* (2941 et 1942) ont été peu observées.

L'ensemble des cinq fonctions mères restantes a été rassemblé et peut bénéficier d'un commentaire commun quant aux écarts constatés entre les deux outils. Il s'agit des fonctions *Observation clinique* (21c1), et des fonctions mères **Prévisionnel d'activité** (21d), **Écoute** (21e), **Anticipation** (21f) et **Engagement et portage psychique** (21g).

Leur point commun réside dans un double constat, soit elles relèvent d'opérations internes non mise en mot ou démutisées autour d'un trait significatif ou inhabituel, soit leurs déploiements ne peuvent se réaliser qu'en dehors du regard des observateurs.

Le premier point concerne la fonction *Observation clinique* fortement repérée en entretien avec un écart de 1 à 12. Passé un premier mouvement d'étonnement, nous avons réalisé que ces observations concernaient les repérages propres à chaque soignant. Nous avons retenu le côté inhabituel quant au passage de leurs mises en mot. Le destin de cette clinique née de l'observation passe aussi par l'écriture et les différentes réunions, lesquelles se situent en dehors du cadre de notre recherche. Le **Prévisionnel d'activité** (écart de 1 à 10) et l'**Anticipation** (écart de 1 à 2) connaissent ce même processus. Leurs dévoilements ne devenant visibles à l'observateur lors du passage à la parole, lequel s'effectue si l'activation de ces fonctions en vient à impacter l'organisation du groupe.

Enfin, les fonctions **Engagement** et **Écoute** ne donnent lieu à aucun relevé d'observation. Ces fonctions pour s'exercer relèvent d'une relation interindividuelle et d'un cadre suffisamment protégé pour tenir les observateurs ou les tiers à distance. Cette position a été celle que nous avons retenue lors de la définition de notre déontologie et appliquée lors de nos enquêtes de terrain.

Enseignements du niveau professionnel

Ce niveau d'investigation présente les quatre configurations possibles dans l'analyse croisée, données convergentes, en faveur de l'observation, de l'entretien ou insuffisamment renseignées.

L'enseignement de ce pavé tient au constat de la **pertinence du croisement des outils dans un souci de triangulation.** (Nous rappelons que les DIA ont été intégrées dans le traitement avec les observations).

Nous pensions utiliser *l'observation participative périphérique avec action dialoguée* pour éclairer des savoirs incorporés, cette opération se vérifie et est prévalente sur le niveau d'investigation patient.

Par contre, **nous découvrons que l'entretien vient lui-même éclairer des zones d'actions et de compétences qui échappent à l'outil d'observation, principalement par le côté perceptif et interne de ces opérations chez les professionnels concernés.**

Ce constat sur les avantages et limites des outils d'investigations nous permet de vérifier non seulement la complémentarité des outils d'investigations dans une logique de triangulation**, mais également d'en cerner les pertinences dans l'abord et la saisie de phénomènes complexes tel notre objet de recherche avec ses contours apparemment imprécis**

➢ *Analyse croisée du niveau d'investigation équipe*

- ***Commentaire général***

Le niveau d'investigation équipe connaît un différentiel très proche du niveau professionnel entre les recueils de données par outil.

Sur ce niveau, l'observation nous a fait retenir deux fonctions mères de manière caractérisée (Coefficient multiplicateur égal ou supérieur à 2 vis-à-vis des autres fonctions) et l'entretien nous a fait en retenir trois sur cette même base.

- ***Données convergentes relevées avec les deux outils***

Les fonctions socles restent les fonctions socles, mais dans un ordre différent et des volumes parfois très différents. Les deux outils placent la fonction mère et socle **Coopération** (32) comme la plus importante en termes de relevés. La fonction primaire *Coopération pluri professionnelle (*323) très renseignée sur les deux outils vérifie sa place dans le discours et la pratique.

Concernant la fonction mère et socle **Liaisons (**31) nous objectivons une cohérence entre les outils sur les fonctions *Historisation* et ses attributs (31, 3111 et3112), *Jugement de beauté* (313), *Mise en lien groupal* (314). Même si dans l'écart retenu de 1 à 2, le rapport est supérieur à 1 pour l'observation. La fonction *Transmission* (317) est également dans ce rapport de 1 à 2 mais du côté de l'entretien.

Concernant la fonction **Élaboration** (33**)** qui est une fonction mère en deuxième par ordre de relevés en entretien, seule la fonction R*éflexivité avec* ses attributs (3321 et 3322) connaît cette convergence. La fonction **Interstitielle** (37) rentre dans ce pavé avec un avantage pour l'observation ainsi que la fonction mère **Respiration psychique** (36) où cet avantage pour l'observation est encore plus sensible.

- ***Données présentes préférentiellement dans les observations***

Trois fonctions primaires de la fonction **Liaisons** sont nettement plus présentes lors des observations. Il s'agit de la fonction *Alimentation de l'empathie* (312) et dans une moindre mesure *L'actualisation clinique* (315) et l'attribut *Informations non cibles et générale* (3162).

L'écart de 1 à 2,4 pour l'alimentation de l'empathie nous fait souligner l'usage de cette fonction dans le quotidien des équipes qui permet la préservation des mouvements à ouverture compassionnel. Ces mouvements favorisant le retour vers le patient et limitant les modalités défensives de métier *anathémisantes.* (Op.cit).

Les écarts entre outils sont encore plus marqués avec la fonction **Coopération.** Quatre fonctions primaires sont concernées. Deux connaissent des écarts très significatifs, de 1 à 5 et plus. La première, la fonction *Coopération avec la réactivité* (322), désigne que la réactivité et la reprogrammation de tâches d'un infirmier soit prise en compte par le groupe dans sa programmation d'ensemble. La seconde se base sur des volumes de relevés plus importants. Il s'agit de la fonction *Coopération des taches* (324). Nous remarquons que d'une manière générale, il faut du temps pour construire une équipe et la fonction coopération des taches nous paraît être un exemple de cette intégration en profondeur des connaissances réciproque et des complémentarités entre membres d'un collectif. Elles prennent en compte les ressources et limites des collègues, les forces et faiblesses, permanentes ou passagères qui ont alors tendance à être moins énoncé et a se codifier de manière le plus souvent tacite. Elles n'en demeurent pas moins actives dans les coopérations.

La fonction *Coopération en lien avec le prévisionnel d'activité* (325) n'est pas repérée dans les entretiens. Elle n'est pas non plus repérée avec l'outil d'observation sur le niveau professionnel. Son repérage dans l'observation a été rendu visible par son énoncé entre collègues dans des situations fonction venait alors impacter significativement la programmation commune.

La fonction *Coopération évaluative* est la dernière fonction de cette fonction mère à être convoquée. Elle traduit un partage clinique et une adaptation du groupe en temps réel.

Une fonction primaire de la fonction mère **Élaboration** appartient à cette catégorie. Il s'agit de la fonction *Élaboration décisionnelle.* Enfin, les fonctions mères **Coordination** et **Organisation** ont été observées dans un rapport huit fois supérieur aux repérages effectués lors des entretiens. Nous constatons qu'elles font profondément parties des constituants des logiques de travail.

- ***Données présentes préférentiellement dans les entretiens***

En reprenant notre ordre de présentation, une fonction primaire de la fonction mère **Liaisons** est concernée. Il s'agit de l'attribut de fonctions *Informations en lien avec des infos cibles* (3161), relevé dans des proportions six fois inférieures lors des observations. Il apparaît que ce type d'informations trouve sa place au moment de la prise de poste et de la relève mais connaît une mobilisation très faible lors des séquences de travail qui suivent. Ce type d'informations sur les éléments à connaître est saisi plutôt une fois, plutôt lors des temps initiaux de la séquence pour laisser le champ libre par la suite aux autres formes d'informations.

Deux fonctions sont concernées sur la fonction mère **Coopération.** Il s'agit de la fonction générique **Coopération** (32) évoquée cinq fois plus lors des entretiens. Cet écart peur s'expliquer par la nature de l'outil. En effet, cette fonction a fréquemment connu une intégration dans les propos d'interviewés sans que soit nécessairement renseignée la nature de cette référence. L'observation s'est alors montrée plus précise et moins générique ne donnant alors pas lieu à mise en fonction.

La deuxième fonction qui connaît un écart important, supérieur à 10, est la fonction *Coopération déontique* (327). Nous pouvons avancer un élément qui peut contribuer à comprendre cet écart quant à cette fonction bien repérée lors des entretiens. Elle est d'ordre méthodologique, cette fonction est arrivée plus tardivement lors de l'application du principe de saturation. Dans ce cas, le traitement des entretiens a donc bénéficié de cette saturation de données liées à l'étape de caractérisation des fonctions sans rétroaction sur les données d'observations.

Nous appliquons cette remarque sur les fonctions primaires moins renseignées de la fonction mère **Élaboration.** Il s'agit de la fonction générique (33), des fonctions *Évaluation des ressentis* (331) et *Réglage de la distance* (334). La fonction primaire *Réflexivité* (332) trouve sa matérialité dans les

relevés concernant ses attributs : le *lien direct/ indirect au patient* (3321 et 3322). Elle est absente des séquences d'observations en tant que fonction primaire. La réserve portée plus haut sur la fonction coopération générique lui est applicable. La nature de l'outil est différente, l'observation est plus précise et caractérisante, ces qualités éliminent les aspects génériques des fonctions mères retrouvées dans les entretiens.

La fonction **Thermométrique** (35, 351 et 352) dans son ensemble clôt ce niveau d'investigation. Celle-ci est renseignée sept fois plus lors des entretiens. Nous comprenons à distance cet écart. L'observation nous a renseignés sur les indices partagés sur l'ambiance de l'unité quand ils étaient mis en mots principalement aux moments des relèves ou des prises de poste. Or, l'essentiel de cette évaluation perceptive reste personnel et interne. Elle ne se manifeste pas à l'observateur qui ne peut donc pas la déceler avec cet outil.

Enseignements du niveau équipe

Il existe sur ce niveau une répartition relativement homogène des relevés par outils qui se répartissent en trois tiers. Le premier tiers (12 fonctions) souligne les convergences entre les deux outils, le deuxième tiers (9 fonctions) est davantage renseigné par les observations et le dernier (10 fonctions) par les entretiens. Nous ne dégageons pas d'observations générales sur ce pavé d'investigation qui dépasse les remarques singulières commentées précédemment.

6.5 Éléments d'analyse lexicale

Préalable méthodologique

Ces éléments d'analyse lexicale concluent la partie de présentation des résultats. Nous souhaitons dégager avec le recours à l'utilisation de l'analyse lexicale les correspondances entre les propos des professionnels, recueillis lors des entretiens, et les fonctions telles que nous les avons nommées à partir des résultats que nous avons établis.

Cette opération de recoupement nous permet de dégager les termes les plus partagés et les plus utilisés par les différents professionnels pour décrire les traits dominants de l'activité infirmière en unités d'hospitalisation. Ces occurrences correspondent aux éléments les plus saillants qui viennent alors, approcher des définitions de l'exercice infirmier en psychiatrie

La détermination des mots retenus s'est effectuée à partir des tableaux de synthèse des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par fonction mère et primaire. Plusieurs étapes ont conduit notre mode de sélection.

La première étape procède de la même logique de raisonnement que celle utilisée lors de la partie 6.2.6. Nous sommes partis des résultats présentés sur ce chapitre et nous nous sommes intéressés aux scores ou fréquences d'apparition des mises en fonction. Notre intérêt s'est donc porté sur les fonctions primaires des fonctions socles les plus renseignées et sur les fonctions spécifiques au score élevé.

Cette opération a été menée de manière identique pour les résultats issus des observations et ceux en provenance des entretiens.

Nous avons gardé les mots qui correspondent aux aspects usuels d'une formulation courante et nous n'avons pas retenu des appellations plus spécifiques telles que nous les apportons par exemple dans *thermométrie, respiration psychique.* De même, lorsque la fonction comportait plusieurs mots dans sa définition, nous avons retenu le premier.

Ces opérations nous ont fait retenir un total de **19 mots.** Ceux ci se répartissent en 10 mots provenant de 10 fonctions retenues avec l'outil d'entretien et de 9 mots provenant des 16 fonctions retenues avec l'outil d'observation.

Lors de l'analyse lexicale, certains mots ont été doublés soit en fonction de l'accord de genre (masculin/féminin), soit par une mise au pluriel, soit encore par un deuxième mot au sens très proche. Ces deuxièmes mots apparaissent sur le deuxième tableau dans une colonne *synonyme.* Leur utilisation a été souhaitée afin d'élargir le champ des recoupements lors de l'analyse lexicale. Cette dernière a été réalisée au moyen du logiciel Sphinx Lexica® (logiciel d'études qualitatives et de traitement des données textuelles).

Enfin, des problèmes techniques ont limité l'étude à 36 entretiens sur les 43 réalisés. Les 7 entretiens qui n'ont pas pu être traités concernent un entretien médical, un entretien-cadre et cinq entretiens infirmiers ISP. Nous ne procéderons pas sur cette partie à une étude basée sur un ratio par population investiguée et nous resterons dans des constats plus distanciés.

Deux tableaux viennent illustrer cette répartition des résultats de l'analyse lexicale.

Les fonds de couleur du premier tableau correspondent aux 4 pavés de questions qui structuraient le guide d'entretien.

Enfin, le terme mot clé désigne ici les mots qui nous ont servi d'entrées pour la réalisation de cette analyse lexicale.

➢ **Tableau nº 19 de répartition des 19 mots clés recueillis par question lors des entretiens.**

MOTS CLES PAR QUESTIONS

FONCTIONS	font	quoi	exploite	apporte	ambiance	imprevu	dispo	accueil	releve	liberte	tpsfonct	sens	creatif	bonnejr	Total
Disponibilité	10	2	1	4	2	3	137	35	0	1	1	2	0	5	203
Entretien informel	5	84	46	28	5	10	7	4	1	17	21	10	5	4	247
Amortissant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Etre - là	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Créativité	3	2	1	9	0	3	0	2	0	0	1	2	78	3	104
Parole	2	4	1	0	2	3	2	4	9	29	16	13	1	0	86
Transgression	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Observation	5	5	3	0	2	3	2	0	0	0	10	10	6	2	48
Lien	0	3	1	10	3	1	1	1	4	0	4	4	5	3	40
Elaboration	1	2	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	0	7
Relève	10	7	15	5	29	3	4	2	130	39	5	13	3	4	269
Relation	13	18	11	11	4	1	4	6	1	7	7	11	25	11	130
Initiative	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Rôle propre	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Sécurisant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Réactivité	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Interstice	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Coopération	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5
Collectif	0	0	3	2	1	0	0	0	0	1	2	6	0	0	15

➢ ***Commentaire général***

La ligne d'abscisse reprend le mot central des 14 questions qui constituent notre guide d'entretien. Nous relevons d'emblée un biais méthodologique qui concerne les trois mots clés suivant : disponibilité, relève et créativité. En effet, le mot *Disponibilité* est contenu dans la question nº 7, le mot *Relève* dans la question nº 9 et le mot *Créativité* dans la question nº 13. L'aspect inducteur des questions nous oblige à pondérer leurs résultats au croisement de la question correspondante. Nous apprécierons donc leur valeur relative sur les 13 autres questions et cette moyenne sera retenue pour pondérer la question biaisée comme quatorzième question. Ainsi, le score total de *relève* sera de 150. Les opérations seront les suivantes : pour le mot *relève* : (269 - 130 = 139 + 1/13 = 150), le score pour *disponibilité* sera de (203 – 137 = 66 + 1/13 = 71) et celui pour *créativité* sera de (104 – 78 = 26 + 1/13 = 28).

La première lecture du tableau nous renseigne sur les écarts considérables que nous constatons quant à la fréquence d'emploi de ces termes. Ces écarts nous laissent penser que *l'informel* se décline pour nos interviewés sur un registre plus restreint de mots. Nous pouvons repérer **alors trois groupes :**

- un premier groupe de trois mots très fréquemment employés (fréquence > à 100) : entretien informel, relève, relation.
- un groupe intermédiaire de quatre mots à l'emploi usuel (fréquence > 40 et < à 100) : parole, disponibilité, observation et liens.
- un dernier groupe de douze mots faiblement ou pas employés (fréquence < à 40).

- **Les mots du premier groupe**

- L'expression à laquelle il est fait référence, le plus souvent, pendant les entretiens avec 247 évocations est *entretien informel*. Ce résultat nous a surpris dans un premier temps. Nous remarquons que ce terme est fortement utilisé sur le premier pavé (sur fond orange), soit 163 fois pour 66 % avec une référence marquée sur la question 2 introduisant l'informel dans les soins (84 évocations du terme

pour 34 %). L'entretien informel apparaît au niveau de l'analyse lexicale comme le premier lieu de l'expression de *l'informel* dans les soins.

Il fait alors référence à un temps individuel de soins directs à la fois structurée, la notion d'*entretien* fait appel à un cadre minimal, à des objectifs et des techniques et celle d'*informel* fait appel à un soin non programmé. L'entretien informel se glisse dans les plis de la vie institutionnelle, se niche dans les recoins des unités dans des temps d'entre-deux.

L'entretien informel se situe entre deux temps d'activités programmés, entre deux lieux, entre deux plans, informel ne veut pas dire pour autant sans forme. L'importance accordée à cette reconnaissance de l'entretien informel tient elle également du constat posé par Dominique Friard en session de formation à l'entretien infirmier ? Quand il constate *« le formateur demande aux infirmiers "s'ils pratiquent", les stagiaires répondent invariablement : "je fais des entretiens informels" ».* (« L'entretien informel », *Santé Mentale,* nº 136, mars 2009, pp. 22-27, p.24). La fréquence d'apparition de la référence à l'entretien informel lors de l'analyse lexicale le place comme un acte relationnel, initié par l'infirmier qui dépasse le simple échange de civilité. Il apparaît comme l'élément qui caractérise le plus les pratiques infirmières informelles. Il teint ensemble les parties d'une apparente contradiction, il n'a pas les apparences d'un entretien, ce n'est pas un entretien formel (cadre horaire, bureau) et pourtant, c'est un entretien. (Voir fonction nº 1422).

- Le deuxième terme par ordre de fréquence de situation concerne *la relève*. Même pondérée de l'induction de la question, la relève est citée 150 fois. Ce volume apparaît correspondre à la place centrale que tiennent les relèves pour les équipes en unité d'hospitalisation temps plein. Le lien avec *l'informel* est pourtant apparemment ténu.

La répartition des réponses par question (liberté de parole, mise en sens, éléments d'ambiance) nous donne les principaux éléments d'éclairages. La relève est un temps formel. Son évocation dans le cadre de questions en lien avec l'informel fait apparaître son utilisation comme un lieu de remontées, de mobilisation des observations, d'informations recueillies dans le mouvement des vies pavillonnaires, piochées dans les zones de moindre résistance que le quotidien peut offrir à des infirmiers attentifs. La relève constitue un temps privilégié de transmission des éléments cliniques et des informations issues des temps informels.

- Le mot *relation* est le troisième mot à apparaître par sa fréquence d'évocation (citée 130 fois). Il constitue un élément-cadre de la définition du travail infirmier en psychiatrie. Nous le retrouvons principalement dans les pavés un (51) et quatre (47). C'est-à-dire que sa convocation répond à des questions qui présentent un caractère plus générique quant à l'approche de l'informel. Son évocation ne nous dit pas les conditions précises de sa mise en situation, si ce n'est que l'*informel* paraît correspondre à un domaine privilégié quant à l'accueil de son potentiel de déploiement.

- **Les mots du deuxième groupe**

- Le mot *Parole* est le premier terme cité par ordre de fréquence avec 86 évocations. La parole est surtout citée sur le pavé nº 3, c'est-à-dire que cette parole est destinée à circuler dans l'équipe. Elle est citée en référence à la liberté de son cadre d'expression, comme utilisation des temps de l'informel et comme outil support du travail de mise en sens.

- Le mot *Disponibilité*, dans son calcul pondéré, arrive juste après avec 70 évocations. La disponibilité est une capacité, fréquemment présentée de manière initiale dans les attendus, relative à une définition du métier d'infirmier en psychiatrie. Nous apportions précédemment, un constat sur la surreprésentation de cette qualité retrouvée en entretien vis-à-vis de l'observation. Ce constat garde son actualité sur ce commentaire.

- Nous grouperons le commentaire sur les mots *Observation* et *Liens* qui sont cités respectivement 48 et 40 fois. Leurs points communs résultent de leur score homogène dans leur ventilation par pavé de question et dans leur répartition assez régulière sur la trame d'entretiens. Ces aspects les invitent à dessiner une toile de fond pays sur laquelle se déploierait l'*informel.*

- **Les mots du troisième groupe**

Ce troisième groupe rassemble le plus grand nombre de mots. Les scores vont de zéro à 28. Nous pouvons dessiner trois sous-groupes :

- Le premier rassemble des mots faiblement repérés, c'est le cas de la *créativité* avec son score corrigé. Elle se place en tête de ce troisième groupe avec 28 évocations suivies du *collectif* avec 15 évocations. Leur existence dans le discours des professionnels n'apparaît pas spontanément consolider.

- Le deuxième sous-groupe, le plus nombreux en mots clés, recense sept termes à l'usage exceptionnel avec un score qui va de deux à sept évocations. La *réactivité, le rôle propre et l'être là* sont évoqués deux fois chacun. La quasi-absence de référence spontanée en entretien à la *réactivité* laisse penser à un destin d'incorporation de cette modalité du travail. Nous imaginons pour le *rôle propre* que le lien entre *l'informel* dans le travail infirmier en psychiatrie et en association avec un cadre défini réglementairement ne se fait pas spontanément. L'informel manquerait alors d'une légitimité quant à son statut.

La question de *l'être là* se pose différemment. Cette fonction est la plus fréquente dans notre étude. Elle rassemble sur elle plus de 70 mises en fonction dans nos enquêtes. Nous pensons qu'elle est en partie masquée par *la disponibilité*. En effet, nous avons vu que *l'être là* participait d'une volonté de conceptualiser les pratiques infirmières en psychiatrie. Ce terme se retrouve dans la littérature comme un dénominateur commun et il correspond alors à une logique de conceptualisation qui n'est pas forcément celle d'un entretien de recueil de données.

L'*interstice* est juste émergent, il constitue un concept voisin de *l'informel*. La *coopération* fait un score à cinq, *l'initiative* est à trois et *l'élaboration* à sept. Nous en déduisons que la notion d'informel telle que nous l'employons n'était pas aussi extensive chez nos personnes interviewées.

- Nous pouvons établir le même constat avec les termes *amortissant, transgression et sécurisant* qui ne trouvent pas à être cité.

➢ **Tableau n°20 de répartition des mots clés par population investiguée**

Disponibilité	disponible	43	91	134	54	15	69	203
Entretien informel	informel(s)llement	24	99	123	104	20	124	247
Amortissant		0	0	0	0	0	0	0
Etre - là	je suis là	2	0	2	0	0	0	2
Créativité	créer créé	21	46	67	32	5	37	104
Parole		21	37	58	16	12	28	86
Transgression		0	0	0	0	0	0	0
Observation	observ(é)r	3	40	43	4	1	5	48
Lien	liens	3	28	31	3	6	9	40
Elaboration	élaboré(s)r	3	0	3	0	4	4	7
Relève		32	137	169	76	24	100	269
Relation (+s)	relationnel	28	72	100	26	4	30	130
Initiative		0	2	2	1	0	1	3
Rôle propre		0	0	0	2	0	2	2
Sécurisant		0	0	0	0	0	0	0
Réactivité	réactif(ve)	1	1	2	0	0	0	2
Interstice	intersticiel	0	0	0	4	0	4	4
Coopération	coopérer	0	0	0	5	0	5	5
Collectif	collective	0	3	3	6	6	12	15

➢ ***Commentaire général***

Le défaut de traitement des données de l'ensemble des entretiens a touché particulièrement les ISP. Cette sous-représentation des ISP dans cette analyse nous amène à ne pas comparer les deux populations cibles. Nous limiterons nos constats aux confrontations des populations cible et témoin. Nous reprenons ces mots clés dans l'ordre de présentation par trois groupes.

Quelques éléments quant à la répartition des populations lors de cette analyse lexicale :

- Le groupe témoin cadre et médecins représente 29,7 % de la population globale et est à l'origine de 36,2 % des évocations. Soit une moyenne de 38 par personne interviewée.
- Le groupe cible représente 70,3 % de la population globale et est l'origine de 63,8 % des évocations. Soit une moyenne de 29,4 par personne interviewée.

- **Les mots du premier groupe**

Le terme *d'entretien informel* est cité de manière égale en nombre sur les deux groupes, ce qui correspond à une fréquence 2,3 fois supérieure chez le groupe témoin. L'enseignement de cette répartition tient toutefois à son fort niveau d'évocation dans la population-cadre où il est évoqué 104 fois. Soit une fréquence 3,3 fois supérieure au groupe cible. Les cadres rencontrés lors du déroulement de cette enquête ont fortement repéré que le quotidien constituait un potentiel de situations supports à des entretiens informels.

Le temps fort de *la relève* connaît lui aussi ce constat de manière atténué. Là encore, la population-cadre évoque ce temps dans une proportion qui est sensiblement deux fois supérieur à celles de la population cible.

L'évocation du terme *relation* revient là majoritairement au groupe des infirmiers. Le rapport est de 60 % pour ce groupe contre 40 % au groupe témoin. Les médecins citent le mot relation 5 fois moins que les infirmiers pour lesquels ce terme laisse penser à une approche de définition du cœur de métier.

- **Les mots du deuxième groupe**

Le mot *Parole* est réparti sans différence significative entre les trois groupes. Le terme *Disponibilité* connaît une répartition plus contrastée. Ce contraste se situe entre les populations médecins et cadre, ces derniers utilisant ce terme trois fois plus fréquemment que les médecins. La différence entre les groupes est lissée avec une utilisation en moyenne de 5,4 pour le groupe cible et de 6,2 pour le groupe témoin.

Le mot *Observation* appartient nettement à la clinique des infirmiers, ces derniers le citent 4,2 fois plus fréquemment que la population témoin. Le mot *Lien* connaît aussi cette affectation, mais dans un rapport moins tranché, sa fréquence d'évocation est de 1,5 fois celle du groupe témoin.

- **Les mots du troisième groupe**

Les données comparatives de ce troisième groupe n'apparaissent pas suffisamment significatives du fait de leur faible score d'évocations pour donner lieu à un commentaire. Nous noterons simplement que les références à *l'interstice, au rôle propre et à la coopération,* émanent du groupe témoin et *l'être là* du groupe cible.

Conclusion

Les éléments d'enseignements tirés de l'analyse lexicale restent modestes. Nous avons cherché à établir quelques correspondances entre les enseignements de la présentation des résultats et leur repérage présents dans les données d'entretiens. Le recours à l'analyse lexicale permet d'établir ces liens. Dans le cas présent, son application à des entretiens construits pas questions ouvertes sur une thématique aux entrées multiples et peu caractérisée limite la pertinence de l'outil. La dispersion des mots et des références limite les possibilités de dégagements d'occurrences.

Toutefois, quelques traits significatifs ont pu être extraits de ce matériel dont celui relatif à la place que tient l'entretien informel dans les paroles des professionnels.

7. SYNTHESE ET ÉLÉMENTS SIGNIFICATIFS

Préambule

La synthèse des éléments significatifs repose sur des données recueillies sur les sites d'investigations avec les outils d'observations et d'entretiens. Les particularités de ces éléments tiennent à la fréquence de leurs recoupements. Cette fréquence devient ici un élément caractéristique lorsque la présence de l'élément observé est retrouvée de manière régulière et répétée **sur tous** les sites. Cette fréquence se comporte alors comme une systématisation. Le respect de cette condition fait de ces éléments des **invariants structuraux et/ou opératoires.**

L'ensemble des thématiques traitées dans cette partie correspond ou s'apparente à cette caractéristique. Le dégagement de ces invariants nous permet alors d'isoler des pratiques, des modes d'actions **dont le continuum entre tous les lieux visités participe d'une spécificité d'exercice**. L'exercice professionnel est entendu ici à la fois dans le double sens du registre des modes d'actions déployées que sur les opérations mentales internes des infirmiers en situation de travail.

Chaque thématique sera présentée à partir de nos observations de terrain et notre analyse utilisera le matériel d'entretien quand celui-ci a pu trouver une expression dans ce cadre.

7.1 Éléments significatifs à partir des observations

7.1.1 Les portes ouvertes

Notre propos sur la thématique des portes ouvertes est dissocié ici de celle sur l'ouverture ou la fermeture des unités et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2004) sur la *liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité.* Notre propos se situe dans l'enceinte des unités et l'ouverture des portes dont nous parlons concerne préférentiellement les lieux habités par les professionnels et les lieux communs. L'espace privé de la chambre du ou des patients n'est pas concerné directement par nos observations.

De même, nous resituons notre contexte d'observation et son lien avec l'informel. Les moments programmés (entretien conduit par les différents professionnels, groupes thérapeutiques, etc.) connaissent un cadre dont l'unité de lieu est un élément, la clôture des portes vient alors signifier l'entité de ce temps et de ce lieu. Enfin, une dernière réserve quant à l'appréciation de notre propos, le lien que nous établissons ne concerne pas la signification architecturale des lieux. Les lieux qui doivent être maintenus fermés le sont (pharmacie, bureaux, local d'entretien, etc.). Notre définition s'intéresse à l'usage et à la signification que les professionnels infirmiers font de la porte quand ils sont à l'intérieur d'un local.

Ce point qui nous était familier quant à nos pratiques respectives, point ordinaire si l'en est, s'est éclairé d'un jour nouveau dans le contexte de nos investigations. Nous avons été surpris de cette continuité, d'une équipe à l'autre, d'un moment à l'autre, d'un local à l'autre, d'une unité et d'un site à l'autre. Ce point nous a permis de développer les significations et les fonctionnalités de cette pratique au final riche de sens.

La signification de la porte coulissante, battante, à projection est simple. Ce n'est pas comme le souligne avec humour Jean Furtos *« [...] un simple artéfact architectural oublié par un architecte naïf »*. (« Les trois formes d'organisation groupale comme paradigmes de la relation thérapeutique », *Actualités Psychiatriques*, nº 2, 1983, pp. 19-30, p.19). Elle signifie un dedans et un dehors et le mode de passage entre les deux. Des significations connexes sont associées en fonction également de l'écart angulaire qu'elle peut former avant la fermeture (semi-ouverte, entre ouverte).

Ce seuil, ce passage entre des lieux et des temps, était naturellement marqué lors de nos enquêtes. Les temps de fermeture de la porte d'un local ou du bureau sur ces occupants étaient bien délimités. Outre les temps programmés de réunions, relèves, entretiens, etc. Nous avons retrouvé un niveau de fermeture quand il s'agissait d'abriter un échange entre professionnels, ou entre

professionnel et un patient lorsque ces derniers ouvraient sur un niveau de dévoilement profond. La porte qui se referme vient alors protéger et respecter l'intimité, la pudeur, la confidence ou encore traduire pour l'extérieur le respect de cette confidentialité. Des phases intermédiaires peuvent exister comme la relève Jean-Paul Lanquetin et Philippe Quinet quant à une graduation dans la mise en relation du patient et/ou de sa famille *« Le jeu sur la fermeture de la porte étant un degré supplémentaire dans la progression de l'échange qui, lié à la disposition des protagonistes, invite les autres acteurs du soin à mettre en œuvre leur capacité de discernement »*. (« Soins infirmiers et relations avec la famille du patient, 1/2", *Soins psychiatrie*, nº 226, mai/juin 2003, pp. 41-44, p.42).

Ces particularités se différencient et évitent les deux écueils constitués par l'absence de porte et le verrouillage. Le premier écueil peut être aisément représenté par les espaces dits *Open door*, pour nommer cette organisation qui empêche tout un chacun de se soustraire au regard de l'autre. L'impossibilité de jouer sur le registre de l'ouverture/fermeture générant une situation de contrôle permanent rationalisé au nom de la transparence. Le deuxième écueil concerne le verrouillage, c'est-à-dire la systématisation de la fermeture des différents espaces. Ce mode de fonctionnement systématisé correspond à un mécanisme de clivage et à une forme d'évitement envers les patients. Le fantasme de la contamination ou de l'envahissement n'est jamais loin, il s'avère alors agissant au-delà des situations d'envahissement qui peuvent se produire dans le réel.

Le jeu sur l'ouverture/fermeture permet d'autres figurations. Il favorise alors par un effet différenciateur les constructions symboliques, en premier lieu desquelles le fantasme originaire et organisateur de la *scène primitive* aura sa place. Mais là n'est pas l'essentiel de notre observation. Nous avons noté que les infirmiers, soit dans leurs actions et tâches individuelles, soit dans leurs moments de regroupement maintenaient cette disposition. Un infirmier ISP de nuit l'expliquait de la manière suivante lors d'un DIA *« Ainsi, les patients savent où nous sommes et à qui s'adresser. Les portes ouvertes nous permettent d'avoir une oreille et un œil sur l'unité, de surveiller la circulation des patients et à un moment de savoir qui est où»*. Les portes ouvertes permettent de renseigner sur les localisations réciproques pour cette dimension qui prend une finalité particulière la nuit. Une infirmière d'après-midi nous expliquera dans un DIA une signification complémentaire *« Les portes ouvertes nous permettent de maintenir un signe d'ouverture, celle-ci atteste d'une forme de disponibilité, d'une possibilité d'accéder à l'autre»*. La porte ouverte matérialise ce que l'expression courante véhicule *« Ma porte vous est ouverte »*. L'accès à l'autre est possible, les préalables sont réduits, il peut exister des positions intermédiaires entre le dedans et le dehors, être en présence de l'autre, être au seuil de la relation sans pouvoir franchir ce cap. Être à côté sans avoir à formuler une demande. Ces positions prennent tout leur sens en psychiatrie ou ces questions de l'accès à l'autre et à la relation sont fréquemment perturbées. Nous remarquons que la porte ouverte évite le « *frappez avant d'entrer !»* dont la formulation peut receler une ambigüité quant à son potentiel d'appel au symptôme. Le « frappez » pouvant évoquer l'appel au pulsionnel ou les trois coups du début de la mise en scène au théâtre. **Les portes ouvertes suggèrent alors une présence manifeste qui limite les besoins d'avoir à manifester sa présence.**

Ces dimensions sont présentes comme une condition de son exercice pour cette infirmière du matin interrogée lors d'un DIA *« Les portes ouvertes sont un choix que je maintiens toujours, cela permet une localisation réciproque et cela témoigne d'une ouverture, et surtout d'une disponibilité»*. Disponibilité, permanence, contact perceptif, les portes ouvertes traduisent une disposition interne du soignant qui est une disposition professionnelle. En dehors des moments différenciés, l'unité forme un tout qui relie de manière perceptive le soignant à celle-ci et aux signaux de la vie qu'elle abrite. Cette mobilisation des canaux perceptifs et les identifications perceptives associées existent à cet endroit. Elles créent un lien organique entre le soignant et son lieu d'exercice en unité. Ce double travail, être occupé à sa tâche et disponible à l'autre se double d'un ajustement de la vigilance aux signaux en provenance de l'unité. Ce double registre sera développé plus loin (partie 7.2.1) dans le cadre de la double tension.

En filant une métaphore architecturale, nous pouvons dire que les portes ouvertes sont une fenêtre sur l'unité qui s'ouvre en plusieurs volets. Elles témoignent d'une disposition interne et renseignent comme nous le dit de manière complète cet infirmier lors d'un DIA *« Les portes ouvertes permettent de signifier une disponibilité, de rassurer également par notre présence visible. Elles nous permettent d'être en contact et à l'écoute et ainsi de s'assurer d'une continuité en regard de l'unité»*. Une fenêtre sensorielle et une fenêtre d'observation des éléments cliniques nous dit cette infirmière du

matin alors qu'elle préparait les traitements au moment du lever *« J'ai en préoccupation permanente les allées et venues. Tous mes sens sont alors en éveil pour être attentive aux patients qui se lèvent et surtout pour me faire une idée de ce qu'ils peuvent ressentir à ce moment de la journée».*

Aucun des infirmiers convoqués à dialoguer leur action n'a fait état de la nécessité parfois de s'isoler pour se concentrer sur sa tâche et nous ne l'avons pas observé sur ces séquences. L'offre *suffisante* au sens de Winicott (1956), de disponibilité limiterait-elle alors le recours à la clôture comme moyen de limiter la demande ? Suffisante, ici, ne signifie pas d'activer une figure de bonne mère qui répondrait à toutes les sollicitations et, là-dessus, les précisions répétées des infirmiers confirment un socle de repérage constant. L'aspect lacunaire de l'institution permet ici une limitation de la tentation d'omnipotence réciproque du patient et du soignant et de ses risques d'enlisement. Le sens d'une offre suffisante signifie que les sollicitations sont possibles.

Nos observations confèreraient-elles alors aux portes ouvertes un statut *d'actant* au sens de la sociologie de Bruno Latour (2006) ? Le statut d'actant concerne un être ou une chose et se définit par sa capacité à avoir un poids, une intensité dans le déroulement de l'action. En tout cas, cette constante liée aux portes ouvertes parle une qualité du dispositif et le pose comme un acte.

Ce constat, nous l'avons fait lors de ces enquêtes, les relèves et les temps infirmiers *interstitiels* et *de respiration psychique* étaient faiblement perturbés par des demandes itératives. Nous avons remarqué que ces temps se déroulaient essentiellement portes ouvertes, sous le regard potentiel des patients, dont aucuns ne se privaient pas. Mais ils restaient au seuil, et pour la plupart, quand ils souhaitaient interférer sur ce temps, ils le manifestaient, outre l'interpellation, en tapant sur la porte alors ouverte, ou bien ils manifestaient leurs intentions en frappant sur une porte imaginaire ponctuée de *toc, toc, toc*. Les portes symboliques existent aussi et ce constat peut prendre une signification riche de sens en unité de psychiatrie.

Les portes ouvertes dans les unités d'hospitalisation temps plein adultes sont alors l'expression d'un fonctionnement d'unités et celle d'un niveau de disponibilité et d'accès à l'autre. Un détail du quotidien qui recouvre une richesse d'indications sur les pratiques de soins déployées et constitue un **invariant opératoire** relevé dans le cadre de cette recherche. Les portes ouvertes parlent le cadre de soins des unités et ont un effet-cadre dont les aspects structurants se situent à notre sens dans leurs potentiels symboligène.

7.1.2 Les déplacements

Notre position d'observateur privilégié, dans le sens où nous pouvions nous centrer pleinement sur cette activité, nous a amenés à établir un deuxième constat. Il présente les mêmes caractéristiques que les portes ouvertes, c'est-à-dire que nous l'avons retrouvé sur toutes les unités, sur toutes les équipes de matin, d'après-midi et de manière affirmée de nuit.

Ces caractéristiques d'invariant opératoires concernent ici les déplacements et les modes de communication et d'interpellation des soignants entre eux dans les couloirs. Les lignes qui suivent ne seront pas nourries et illustrées de remontées d'action dialoguée (DIA). En effet, ce constat nous était encore implicite ou plutôt en voie d'explicitation au moment des enquêtes. Nous l'avions régulièrement relevé sur nos notes d'observations. Son côté explicite ne nous est apparu qu'a posteriori, au moment du traitement des données.

Notre attention se porte ici sur les professionnels infirmiers et aides-soignants préférentiellement qui constituaient les populations présentes lors de nos séquences d'observations. Notre analyse ne porte pas sur les autres catégories professionnelles, même si nous savons par ailleurs que des différences peuvent se manifester quand elles en viennent à vouloir affirmer un statut.

Nos observations recoupent plusieurs constantes quant à cette homogénéité :

- Les déplacements, quel que soit leur objet, se font sur le même mode. Le pas est assuré et le rythme est le même. On ne court pas, on ne se précipite pas, on « vaque» à ses occupations. Le mot peut être ici évocateur, il existe une parenté étymologique avec la vacance. Vacant veut alors dire, ne

pas être rempli, ne pas être occupé et vaquer peut avoir les deux sens. La traduction dans nos situations serait alors, je vaque à mes occupations, mais je ne suis pas complètement prise par elles.

L'absence de précipitations dans les mouvements, les fluidités de déplacements accompagnent cette signification. On ne court pas, on se déplace, et ces trajets se font souplement, sans bruits excessifs, lesquels viendraient imposer la personnalisation d'une trajectoire et signer une présence. Concrètement, chez ces soignants, pas de chaussures bruyantes, pas de talons qui martèlent le carrelage offrant à son auteur l'assurance à valence narcissique d'une signature acoustique attestant du poids de sa présence et de sa localisation. Il se dégage de ces circulations un sentiment tranquille, un fond paisible engendré par cette expression alors hypostimulante.

L'image de *« l'infirmière qui court dans les couloirs»* est alors renversée. Non pas qu'ici et là, la pression d'activité ne soit pas importante, mais elle apparait contenue. En tout cas, elle ne se répercute pas directement sur le groupe patient qui apparaît préservé. Bien sûr, une situation imminente ou d'urgence peut venir déroger à ce constat. Une situation de réponse à un appel à l'aide s'est faite sur des déplacements vigoureux, mais nous sommes alors dans l'urgence. Et le message qui semble se dégager des constats est que le quotidien n'est pas l'urgence.

- Les échanges verbaux suivent la même logique, on ne s'interpelle pas, on ne crie pas, ce qui n'empêche pas les expressions des moments de vie du quotidien qui sont d'un autre ordre. Nous avons remarqué que les soignants se déplaçaient dans l'unité jusqu'à leurs interlocuteurs, collègues ou patients, pour ouvrir l'échange. Les moments dérogatoires à ce code implicite ou les échanges étaient ostensiblement déclamée à voies hautes concernaient des expressions légères, en général joyeuses et vivantes.

L'ensemble de ces constats est naturellement majoré la nuit, hormis pour cette dernière remarque, où la marque hypostimulante est la règle.

Il existe donc un registre codifié, aux codes majoritairement muets, quant à cette manière d'être au quotidien pour les professionnels. L'expression de ces constats porte sur la détermination d'enveloppes qui concourent aux éléments d'ambiance. On peut être pressées, se hâter, mais on se hâte tranquillement. Le message est du côté de la signification associée, on se presse, on court quand la situation est grave, quand il y a urgence et *péril* en la demeure. Les mouvements brusques, les déplacements rapides sont alors sources d'insécurité, *que se passe-t-il ? Dois-je m'inquiéter ?* Et à l'Hôpital cette signification touche des symboliques qui ont trait à la vie et à la mort, au danger et à son imminence pour certains de nos patients pris dans des scénarios de crainte de fin du monde. Le déplacement pressé, l'interpellation bruyante et leurs caractères inhabituels peuvent alors être une source d'une inquiétude diffuse et faire écho aux angoisses.

Cet aspect sensible a également été perçu par les auteurs de la Recherche de Nant. Ils évoquent ce souci incorporé en des termes de *self-control* et de contrôle sur un environnement psychotique et ils s'interrogent : *« La question qui se pose est de savoir comment les professionnels en psychiatrie parviennent à développer* ***une fluidité de leurs mouvements*** *et déplacements internes indispensables au " travail du milieu" ? »*. (Françoise Cinter, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, *« Interventions Infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu»*, Fondation de Nant, 87 pages, p.54). Nous pouvons apporter quelques éléments de réponse.

Le travail infirmier se tourne vers la quiétude, sa permanence et sa continuité permettent de dégager un effet-cadre. Les invariants d'unité de lieu, de temps et d'animateur pour un groupe à médiateur par exemple constituent les paramètres à partir desquels un processus thérapeutique peut se construire. L'invariant de tonalité d'ambiance avec ici ses déclinaisons sur les portes ouvertes et les déplacements constitue un élément-cadre de même nature appliqué ici à la dimension de l'hospitalisation temps plein.

Ces constats nous ramènent vers *l'habitus* de Pierre Bourdieu (1980) et de sa *grammaire génératrice* des pratiques d'un acteur, lequel désigne l'ensemble des schèmes dont il peut disposer à un moment précis. Le concept de schème et ici de schèmes d'action appartient à Jean Piaget qui le définit ainsi *« Nous appelons schèmes d'action ce qui, dans une action, est transposable, généralisable ou différentiable d'une situation à la suivante, autrement dit ce qu'il y a de commun aux diverses répétitions et applications de la même action»*. (*« Biologie et connaissances»*, Éditions Gallimard, Collection Idées nº 288, Paris, 1973, 510 pages, pp. 23-24). Les éléments de transposition d'un lieu à un autre dans le cadre d'une enquête multicentrique et de généralisation sont des critères qui forment les invariants.

Pierre Bourdieu développe dans « *le sens pratique»* quatre concepts fondamentaux qui constituent le sens pratique. Si *l'habitus* est le premier des quatre, *l'héxis corporelle* en est le second et ce dernier nous permet de lire ces pratiques corporelles. Éric Paris les résume ainsi, *« L'héxis Corporelle est lié à l'habitus, il correspond à un ensemble de dispositions pratiques corporelles, manière de se tenir, de parler, de marcher. [...] autrement dit, ces dispositions corporelles ne sont pas naturelles, mais socialement construites, font sens et tiennent leur logique du contexte social et du système de représentation qui les construisent»*. (« *Le sens pratique»,* fiche de lecture, ENS-LSH – Section de sociologie, www.socio.ens-lyon.fr,). Le développement de ce sens définitionnel nous permet d'approcher le construit de ces pratiques et de nous donner une lecture de leur codification.

Cette retenue dans les volumes sonores ne correspond pas à l'intériorisation de l'injonction *Hôpital, silence !* Son message est alors différent, les expressions à valence anxiogènes sont contenues et les expressions qui témoignent des facettes les plus vivantes sont au contraire promues. Elles témoignent alors des couleurs de la vie.

7.1.3 L'immersion ou l'initiative au soignant

Nous souhaitions aborder ce troisième élément comme complémentaire des deux précédents. La réunion des trois paramètres constituant à nos yeux **un trépied** quant à des modes d'exercice infirmiers en psychiatrie en unité d'hospitalisation temps plein tel qu'ils ont pu être approchés dans ces investigations.

Nous avons caractérisé cette fonction de l'*Immersion* (Fonction 226), elle entretient des liens de proximité avec l'*être là.* Nous avons vu lors de la présentation des résultats en 6.2.4 la répartition des lieux où des registres de *l'informel* ont pu être identifiés. Nous avons souligné à la fois le sens de cette répartition et la variable de son déploiement en lien avec des charges fixes de travail à effectuer sous contrainte de temps. Notre propos se limitera à reprendre les deux aspects complémentaires et interdépendants entre initiative des patients et initiative des soignants afin d'en établir des correspondances.

L'initiative au patient, *au laisser venir,* permet d'observer et d'apprécier différentes modalités, c'est-à-dire observer qui vient vers les infirmiers, sous quels modes, à quels moments, avec quelle demande ainsi que la nature et l'expression de celle-ci. Les éléments cliniques ainsi renseignés sont significatifs, mais ils se trouvent confrontés à deux limites :

- La première tient à la forme volontaire de l'initiative du contact et si beaucoup de patients le font, tous ne le font pas ou ne sont pas en mesure de l'agir à certains moments de leurs histoires pathologiques (majoration dépressive, périodes à valence régressives, évitement phobique ou lié à des vécus d'intrusion, perturbations de la relation à l'autre etc.). La « non-venue» du patient nous renseigne en creux, mais elle renseigne de même inversement le patient dans le sens où l'attention des soignants se porte alors préférentiellement sur un symptôme plus bruyant.
- La deuxième limite tient à ce dernier constat. L'attention portée de manière trop univoque au symptôme appelle en retour le symptôme. Cet appel réduit l'angle d'adresse aux soignants en s'inscrivant au final dans un comportement et un langage attendu, le langage du symptôme que convoque implicitement la culture hospitalière et soignante. Nous retrouvons cette dernière à l'éclairage de nos expériences professionnelles où des patient(e)s symptomatiques se libéraient dans l'expression de ces derniers dans un lieu prévu pour les recevoir. Une version proche d'un propos dont nous traduisons l'idée ainsi *« Je suis à l'hôpital psychiatrique donc je peux être "fou" ou "folle", avec les symptômes associés»*.

Ce constat est logique et a souvent un effet organisateur. Le symptôme fait signe et appel, la pression qu'il dégage nécessite alors une réponse, laquelle peut venir organiser l'ordre du jour lors des moments de réunions, relèves ou *briefing* du matin. Nous souhaitons juste constater qu'une réunion consacrée à un patient non symptomatique dans le sens d'une amélioration est cliniquement riche et toujours intéressante par la dynamique qu'elle génère alors dans le sens d'un dégagement de cette pression de l'appel au symptôme.

Jacky Merkling (2007) pose le constat d'un empirisme et d'un flou du rôle infirmier en psychiatrie. Il en appelle alors à une dimension professionnalisante. Dans un chapitre de son ouvrage *« Le métier d'infirmier en santé mentale»,* cet auteur aborde cet aspect de l'exercice infirmier. Il note alors dans un pavé lui-même intitulé *« L'initiative laissée au patient et en particulier à l'expression du symptôme»* cette limite dans un énoncé plus tranché : *« Puisqu'il n'existe pas de manière de faire définie, orientée, structurée, c'est le patient qui, par l'expression plus ou moins bruyante de son symptôme, va organiser le service. L'essentiel des efforts de l'équipe va se porter sur le plus agressif, le plus revendiquant, le plus démonstratif».* (« *Le métier d'infirmier en Santé Mentale* », Collection savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, 318 pages, p.177).

Notre constat, issu de nos observations lors de nos enquêtes de terrain, tient à une forme de répartition équilibrée entre ces deux faces tenues dans un même ensemble clinique. L'alternance de l'initiative aux patients et de l'initiative aux soignants participe d'une clinique infirmière entendue dans le cadre du rôle propre.

Nous avons constaté que les temps déport de l'activité infirmière en dehors de ses locaux, et sans objectifs autres que d'être présents, d'aller à la rencontre (Fonctions 2.2.2, 2.2.6, 2.9.1, 2.1.d) permettent l'abaissement du niveau moyen de la demande. En effet, cette position au plus près de la demande ou en aval d'une demande, son offre de disponibilité potentielle, son mode d'accès facilité sont des éléments qui en favorisant une expression précoce limitent une expression aux traits itératifs.

Ce constat a redoublé de significations sur un des sites investigué lorsque cette pratique d'immersion, de positionnement primaire (entendu ici en référence à une adaptation du modèle de prévention primaire) concernait une pratique médicale. Cet exemple rare à notre connaissance est venu renforcer la signification de ces temps. Le temps médical est souvent précieux et donc hiérarchisé par la planification que vient déranger l'appel du symptôme porté le plus souvent par la permanence du service infirmier. Ici, rien de tel, ce médecin, outre ces temps plus formel de consultations, était accessible aux soignants lors de temps d'entre deux réalisés portes ouvertes et aux patients lors de moments prolongés dans le service ou le parc. Cette présence renouvelée et étendue sur les lieux de vie des patients n'était pas sans effets. Nous avons pu remarquer que cette mise à disposition de sa fonction entrainait un net abaissement du seuil d'interpellation médical de la part des patients. Ainsi, ajustement de traitements, demandes médicamenteuses, adaptation des cadres thérapeutiques, gestion des demandes diverses (permissions, préoccupations somatiques, informations sur le traitement et les pathologies) trouvaient rapidement et de manière réactive leurs expressions et leur interlocuteur. Certaines sollicitations connaissaient une traduction dans le réel. Le résultat se traduisait par un apaisement et une sédation de la demande en provenance du groupe patient, et par des ajustements et des accordages au plus près de leur source concernant les interrogations du groupe infirmier. Un travail de maillage institutionnel, de l'entre deux dont la trame étoffait le tissage relationnel et institutionnel. Une pratique qui a alimenté nos réflexions et dont nous imaginons localement la force des effets de pertinence si elle en venait à s'étayer sur l'affirmation d'un cadre théorique plus général et référencé.

Ces pratiques sont liées à des contraintes de charges de travail qui n'écrasent pas, sauf pics d'activités conjoncturels, ces espaces d'activités soignantes en amont du soin prescrit. Les conceptions de soins et de travail des équipes investiguées participaient de ces pratiques dans le sens où pour beaucoup de soignants, rencontrer dans sa séquence de travail tous les patients de son unité constituait un objectif implicite. Ce point sera abordé au chapitre 7.2.3 sur les éléments de satisfaction au travail.

Cet équilibre dans la répartition de ces initiatives ainsi que l'offre d'accès aux soignants organisés précocement trouve alors ses traductions sur la scène de la vie institutionnelle de l'unité.

- D'une part, nous avons noté que les temps d'entre-deux des soignants n'étaient pas ou peu « attaqués» et nous avons compris ce respect, certes en partie de l'application de consignes qui peuvent être données aux patients, mais certainement aussi en lien avec une offre de disponibilité ou d'accueil suffisante. Nous savons que la répétition des « attaques», des demandes en tous genres peut favoriser en retour une tentation de la clôture afin de se soustraire au moins momentanément aux sollicitations. À ce titre, la symbolique et la réalité des *portes ouvertes* viennent signifier ce point d'équilibre.

- D'autre part, pour les quelques personnes en chambre d'isolement ou en chambre fermée, nous n'avons pas relevé particulièrement de manifestation de leur présence et de leur demande. Celles-ci se traduisent souvent alors, pour ces manifestations résiduelles de l'enfermement, par des coups portés aux portes. Il existe par ailleurs une forme de codifications de ces registres des coups portés sur

les portes. L'intensité, le rythme, la fréquence viennent tour à tour signifier, l'attente, la vérification d'une présence soignante, une ponctuation horaire rythmant les temps du cadre de soins, une demande, un besoin pressent, itératif, une exigence, la colère, l'agitation, la fureur. Mais notre propos se situera sur un niveau faible qui appellera alors nos mêmes commentaires. Ce constat est doublement attesté par le propos de cette cadre vis-à-vis de son équipe. Elle remarque cette régulation : *« Répondre aux demandes des patients, c'est-à-dire aussi les évaluer permet de savoir où en est la personne. Plus les infirmiers répondent alors aux demandes et moins ils auront de demandes»*. L'effet n'est pas simplement mécanique, il renvoie à un effet structure qu'elle souligne alors : *« Ils ne perçoivent pas toute cette subtilité de ce qu'ils apportent en profondeur au patient, en profondeur. Quand on voit une unité calme comme celle-là où il n'y a pas de personne qui frappe ou qui crie»*.

La réunion de ces trois pratiques objectivées dans le cadre de nos séquences d'observations constitue un trépied. Ce dernier définit des paramètres dont la réunion produit potentiellement un effet-cadre. Ils contribuent à traduire ce que Jean Oury nomme *des entours*, lesquels participent également d'une ambiance.

7.2 Éléments significatifs à partir des entretiens

7.2.1 La double tension

Cette approche de la *double tension* 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 avancions 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 vu, en partie introductive, des références en termes de quantification du temps de travail infirmier en psychiatrie en hospitalisation temps plein. Aucune donnée ne rejoint 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 répond 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 [...]»*.

Un médecin interviewé proposera cette répartition : *« Dans le service, je dirais qu'il y a au moins autant de temps, je dirais que c'est 50/50, consacré à l'élaboration de l'action qu'à l'action elle-même»*. 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* (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 %»*.

Un des médecins interviewés apprécie ce rapport quantitatif en regard de sa pratique : « *J'ai d'ailleurs une règle que j'essaie d'avoir sur ces questions-là, le temps pris par le formel ne doit pas dépasser 70 % du temps. Le reste c'est l'informel, ce qui n'est pas prévu»*. Ce médecin établit le lien entre les temps d'informel et les thérapies institutionnelles, qu'il illustre ainsi : *« Je reviens sur mon concept de 70 %, le fait par exemple d'avoir quelqu'un de très angoissé, il faut avoir la possibilité de s'occuper d'eux, sinon la crise devient une urgence [...)»*.

Il nous a fallu comprendre cet écart entre les propos correspondant aux perceptions et au ressenti des professionnels interviewés et les données que nous avions référencés. Nous pouvions certes pondérer à la marge ces propos pris dans une affirmation généreuse dont les traits revendicateurs pointaient en retour la place et l'importance de l'informel. 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, elles décrivaient avant tout des positions et des repérages internes. Ces soignants parlaient alors du centrage de leur intérêt, de leurs attentions et 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. Autrement dit, l'unité de mesure de l'informel dont ils nous parlent 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, ces soignants ne retiennent pas la tâche à laquelle ils travaillent, ils priorisent leur travail d'observation périphérique et de contacts avec l'unité, les patients par la porte, maintenue ouverte.

Nous caractérisons ce constat partagé sur tous les lieux d'enquêtes comme un invariant que nous nommons *la double tension.* Cette double tension 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 tensions donne lieu à un repérage des actes, la deuxième quant à elle relève de l'informel et ses déclinaisons peuvent être traduites en termes de fonctions.

Nous parlons de double tension en termes de repérages des deux registres organisateurs, les tensions pouvant être plurielles à l'intérieur de ceux-ci, particulièrement dans le deuxième volet.

Cette double tension 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.** Cette double tension échappe alors à une forme de stabilité programmatique, ou plutôt, le noyau programmatique de l'activité soignante se définit par sa recomposition incessante en lien d'une part, avec les éléments et les informations délivrées par l'environnement et d'autres parts, avec les conceptions de travail de l'opérateur et sa sensibilité à ces signaux, c'est-à-dire avec son prévisionnel d'activité. Ce dernier 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 constitue alors un aspect central de cette autonomie. Notons qu'à ce propos, un des volets de l'étude Presst-Next (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 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 »*, et elle soulignait que cette situation était favorable aux soignants français. (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).

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 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. Cette mesure est référencée par ce médecin psychiatre, il parle alors du travail infirmier : *« C'est un boulot des fois [...], il faut hiérarchiser les tâches constamment, sans arrêt recaler 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 maîtrise en terme cognitif, mais elle en abaisse parallèlement le niveau d'interpellation par la finesse des paramètres retenus.

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 [...]».* Cet infirmier portera son propos ensuite sur l'adaptation des moyens afin de préserver ou de permettre le maintien des 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.*

Cet infirmier ISP de nuit fait état précisément de sa gestion de sa double tension dans ce contexte particulier de la nuit où l'attention portée aux messages des enveloppes, notamment sonores, est majorée : « *Quand je rentre dans la chambre d'un patient j'essaie de faire abstraction (de cette tension d'attention, Ndr), c'est pas tout à fait ça, je suis là pour les patients qui sont dans cette chambre, même si j'ai quand même une oreille pour les autres, j'essaie d'être là. Par exemple, au moment où je suis dans un échange avec un patient, il va y avoir d'autres éléments, il va se produire autre chose, qui va, qui va faire que je ne vais plus être tout à l'écoute avec la personne avec qui je suis.…».* Cet infirmier de nuit doit tenir compte des informations en provenance de l'unité et relatives à la gestion de sa nuit. Le décodage et la hiérarchisation cliniques de ses informations viennent impacter l'attention qu'il aurait souhaité porter à ce patient de manière soit momentanée, soit nécessitant une interruption de cette interaction. Il pourra alors communiquer sur cette interruption et proposer une reprise ultérieure qu'in intégrera dans son prévisionnel d'activité. 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 cet exercice. Nous insistons à l'instar de ce médecin interviewé 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 que nous mentionnons ci-dessus. Elle mentionne que *« Les interruptions ainsi que les demandes multiples et simultanée sont explicitement décrites par 70,7 % des soignants français »* (Ibid., p.740). Un score significatif alors que ce chiffre inclut les réponses des infirmiers exerçant sur l'ensemble des sites dit intra et extra hospitalier. Cette tension d'évaluation et de reprogrammation de l'activité est mise en mot par cette infirmière IDE, elle exprime ce conflit et au final sa manière de le trancher de la sorte ; *« Tu es en communication avec un patient ou sa famille, tu ressent que la personne a besoin de parler et tu te dit que tu es là pour l'écouter, parce que cela fait aussi partie de ton métier et en même temps tu te dit que si tu reste 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 manière, si tu ne prends pas ce temps là pour connaitre le patient [...] tu ne n'appréhenderas pas de la même façon et tu rateras des choses ».*

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. 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 Heesbeen (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 en constitueraient la variable d'ajustement. Nous avons également pu repérer que cette tension d'attention s'activait dès le contact avec l'unité et nécessitait un temps dédié à son actualisation. Celui-ci se situe alors en amont des temps de relèves lorsque celles-ci deviennent trop formelles, ou se trouvent enchâssées dans celles-ci ou à leur périphérie quand une souplesse le permet. (Fonction mise en lien groupal : 3.1.4).

7.2.2 Mode d'accès à l'autre et répertoire de ressources professionnelles alternatives

Ce chapitre n'a pas pour objectif de relever ou de reprendre les éléments qui composent les répertoires de ressources professionnels. Les fonctions telles que nous les avons caractérisées participent au titre de l'*informel*, à l'enrichissement de ces répertoires. La richesse de ces derniers favorise les registres de mode d'accès au patient. Ils permettent d'adapter la couleur, de trouver la tonalité, la nuance pour singulariser le registre relationnel et contribuer à déchiffrer des modes d'accès au patient. Lesquels s'avèrent parfois étroits et retranchés derrière l'expression sémiologique.

La diversité et la richesse des répertoires de ressources ne constituent pas un *sésame* qui ouvrirait à des solutions en toutes circonstances. Il constitue plus modestement une majoration des possibles, une diversification qui ouvre à un spectre de registres d'actions dont l'étendue démultiplie les possibilités de modes d'accès. Nous n'oublions pas non plus que ces répertoires de ressources sont majorés par des potentiels individuels ou les expériences de vie acquises sont précieuses. Un médecin interviewé commentera cet aspect en ces termes *« Il y a des personnes qui ont des expériences de vie particulières, des gens qui vont être passionnés par telle ou telle chose, musique, cinéma, peinture, expos, etc., qui sont multicartes. Donc, fatalement il y a une capacité de rencontre avec ces gens-là, mais de façon non cadrée avec le patient, à l'aise dans l'informel ».*

Cette diversité est effectivement là pour répondre au constat suivant : comment rentrer en relation avec des personnes dont nous pouvons dire qu'elles peuvent être, pour partie, *malades de la relation* dans le sens où celle-ci, cette relation sur laquelle nous comptons pour soigner peut apparaître comme une menace potentielle. Comment rentrer en relation avec des personnes dont la pathologie est aussi, sur différents points, une pathologie de la relation ?

La psychiatrie a des spécificités. Nous retiendrons ici sans définir d'ordre d'importance, la confrontation à des mécanismes de déni prévalents dans certaines pathologies, l'absence ou la faiblesse des marqueurs biologiques ; la faible prédictivité du diagnostic (dans le sens où le diagnostic ne renseigne alors pas sur l'autonomie, peu sur le pronostic, par exemple ; le diagnostic de schizophrénie peut aussi bien désigner un jeune patient en accès délirant qu'un patient plus âgé, stabilisé et en voie de rétablissement etc.) ; la place de l'interaction avec la loi ; l'axe vertical en hospitalisation temps plein et l'extrême variété des pathologies et de l'expression symptomatologique d'un patient à l'autre.

Pour répondre à ces particularités, la question de la spécificité s'est souvent posée. Il en va de même pour approcher une définition du métier d'infirmier en psychiatrie. En 1993, au moment de la mise en place de la réforme 1992 des études et du diplôme conduisant au titre d'infirmier, Jean Louis Gérard terminait la conclusion de son ouvrage, dans un livre important pour notre profession, par ces propos ; *« Pour les infirmiers de secteurs psychiatriques, autrefois assimilés aux "Jardiniers de la folie", (En référence au livre d'Edouard Zarifian, NDA) il est temps maintenant de cultiver la plante de la spécificité professionnelle infirmière pour mieux récolter les fruits de spécialisations à venir ».*
(« *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération – une formation en question* », Editions Lamarre, Paris, 1993, 238 pages, p.187)

Mais cette question récurrente chez les infirmiers ne se laisse pas facilement saisir et circonscrire. La spécificité suppose l'établissement de distinctivités. Celles-ci ont souvent porté sur les aspects liés à la nature de la relation dans le contexte de la pathologie mentale. Même si la sémiologie en psychiatrie a ses particularités irréductibles, bien d'autres domaines des soins infirmiers se confrontent à des situations humaines extrêmes où s'expriment des points d'incandescence de l'humain et donc de la relation. Jacky Merkling pose ainsi la question de ce débat *; « Un débat de longue date oppose les tenants des soins relationnels spécifiques à la psychiatrie et ceux qui récusent cette spécificité, affirmant que, par définition, tout soin est relationnel. L'expression "soin relationnel" serait alors un pléonasme ».* (*Le métier d'infirmier en Santé Mentale,* Collection Savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, 318 pages, p.220). Effectivement, dans le sens ou l'homme est un être de relation, on ne peut pas ne pas être en relation. Même une relation brève, distanciée, non verbale est une relation et la relation blanche (vidée des effets de la présence de l'autre) en est une aussi. Cet auteur propose alors un marquage de distinctivité sur deux points ; *« Il existe aussi des soins relationnels qui présentent une double différence de **degré** et de **nature** par rapport à la relation*

soignante [...] Une différence de degré. La relation, dans les soins psychiatriques, est le principal moyen thérapeutique, le principal actif des soins ». Elle est donc une composante constitutive de ces soins et il existe *« Une différence de nature. La relation, dans les soins psychiatriques, est centrée à la fois sur la partie saine du moi, qu'il s'agit de comprendre, de soutenir et de mobiliser, et sur la partie perturbée »*. (*Ibid,* p.222). Cet auteur en conclue que le travail de soutien de la partie saine nécessite des savoirs faire particuliers et le travail sur la partie perturbée, des connaissances approfondies. En cela, il *« existe donc bien des soins relationnels spécifiques au domaine de la santé mentale [...] et fondamentaux »*. (*Ibid,* p.223).

En regard des résultats de notre recherche, que pouvons-nous dire quant à l'existence d'une éventuelle spécificité dans les savoirs en lien avec l'*informel* ? Ces éléments de contribution dégagés à partir des repérages significatifs sont abordés dans l'encadré de conclusion.

Éléments de conclusion des parties 7.2.1 et 7.2.2

Nous pensons aujourd'hui, en regard des résultats de cette recherche, que les éléments de spécificité du métier en lien avec *l'informel* quand ils existent sont plus marqués **par une différence de degrés que de nature**. **Ces éléments spécifiques sont alors liés directement et proportionnellement au niveau de professionnalisme des infirmiers concernés.**

Ainsi, nous avons objectivé lors des entretiens des écarts de score dans la référence à des registres liés à l'informel de 1 à 9. Ce score venait conforter nos observations empiriques. Un score élevé, s'il ne définit pas à lui seul les compétences, signe une métaconnaissance de ses actions et un potentiel plus important quant au repérage des répertoires de ressources professionnelles.

Toutefois, la double tension entre tension de programmation de tâches et tension de réactivité clinique, la relation au patient soigné ne sont pas des éléments spécifiques en soi de l'exercice infirmier en psychiatrie.

Nos observations nous permettent de tirer deux conclusions qui entretiennent entre elles un rapport de proportion. Le niveau de professionnalisme rencontré active proportionnellement alors les mécanismes liés aux finesses de repérages, à la connaissance de cette sémiologie particulière et de cette clinique infirmière du quotidien. La culture professionnelle et l'expérience de l'observation affutent ces dispositions et alimentent l'amplitude des répertoires de ressources de ces soignants.

Elles signent alors un niveau de professionnalisme accru. En ce sens et dans ces conditions :

- La permanence d'une double tension liée à l'effet-cadre de l'unité nous apparaît comme un élément spécifique. **Sa spécificité tient à son importance**, en lien avec les lignes de pensées présentes dans la dynamique d'unité et à la place qui leur est conférée. Cette spécificité se soutient **elle-même d'un rapport inversé à la tâche**, l'accessoire devient l'essentiel.
- De même, la spécificité infirmière en psychiatrie réside non pas dans la relation elle-même. Nos observations nous font dire qu'elle réside alors à la fois dans **la richesse d'un répertoire de ressources professionnelles permettant une grande diversité des modes d'abord à l'autre** et dans **la mobilité** de celui-ci. **Ces variabilités des registres, cette plasticité émotionnelle** sont alors à l'image de la singularité des personnes et de la grande hétérogénéité des populations qui nous sont confiées. Ils touchent la relation d'aide (centré sur le soutien), la relation d'aide thérapeutique (centré sur la pathologie ou la partie perturbée). À l'instar de la caractérisation de nos fonctions, la fréquence, la diversité et la mobilité adaptative dans leurs recours sélectifs en situation constituent en ce sens une spécificité.
- Enfin, ces deux précédents niveaux en appellent un troisième qui les conditionne et les spécifie également. L'infirmier en psychiatrie est alors garant, au-delà de son propre travail, de différents niveaux d'engagement vis-à-vis de l'équipe et de l'institution. Chaque niveau d'engagement et de professionnalisme ne peut se réaliser sans l'exigence d'un regard sur la nature même de cet engagement**. Le professionnalisme devient spécifique quand il implique cet équilibre d'une lecture professionnelle de son engagement dans les soins**.

7.2.3 Éléments de satisfaction au travail

Préambule méthodologique

La quatorzième et dernière question de notre guide d'entretien concluait l'interview sur cette interrogation *: « Pour vous, quels sont les éléments à réunir pour dire que vous avez passé une bonne journée au travail ? »* La question en direction des cadres et des infirmiers se formulait avec un centrage sur les infirmiers.

Lors de l'élaboration du questionnaire, nous avions pensé initialement aborder cette thématique de la satisfaction au travail sous l'angle d'une question visant à en réunir les éléments constitutifs. Cette démarche prospective faisait alors appel à une réflexion sur les éléments attendus, les manques, les correctifs à apporter au réel de l'activité des professionnels. Toutefois, un questionnement de ce type nous éloignait de notre objectif. Notre propos n'était pas d'établir ce qui est par nature perfectible, mais de s'appuyer sur l'expérience perceptive de ce qui a fonctionné pour nos interviewés. Nous avons donc procédé à un retournement de ce questionnement initial et choisi une formulation qui s'appuie sur cet existant dans l'expérience de ces professionnels. Une opération par rétroaction qui s'appuie sur des éprouvés.

Les éléments de satisfaction au travail nous sont apparus comme un indicateur puissant mobilisant les questions d'organisation, de finalités, de sens, d'utilité sociale et de plaisir. Ils traduisent le réel, déterminent à partir de l'expérience les conditions de leurs avènements et fixent les priorités des professionnels. L'appréciation n'est pas quantitative, nous ne connaissons pas la fréquence à laquelle les professionnels interviewés seraient en mesure de porter ce regard de satisfaction. Nous connaissons maintenant par contre les principaux éléments à réunir pour que ce regard puisse s'établir.

Les réponses ont été apportées par les 43 personnes interviewées et nous n'avons pas procédé à un croisement entre populations cibles et témoins sur cette question. Trois interviewés ont commencé par décrire des journées où un sentiment antagoniste prévalait. Outre le glissement progressif du négatif au positif contenu dans leurs propos, nous avons entendu et traité ces formulations comme des litotes. Nous avons retenu pour chaque interviewé jusqu'à trois, parfois quatre idées centrales et inversement, chaque idée représente la parole d'un interviewé dans notre traitement par thèmes. Les propos des personnes interviewées illustrant notre traitement apparaissent alors en italique.

Ces 43 réponses ont fait l'objet d'une analyse thématique. Nous avons dégagé entre une et trois idées-forces par question selon la teneur des propos. Les opérations suivantes ont consisté à thématiser les idées et 12 thèmes ont été retenus. Nous avons ensuite mis en relation ces thèmes pour déterminer trois catégories principales.

Nous avons ainsi dégagé déterminé 106 idées centrales représentant une moyenne de 2,5 idées par personne interviewée qui se répartissent ainsi :

- Une première catégorie qui associe l'éprouvé de satisfaction au travail à un thème lié aux conditions et aux manières dont se déroule la réalisation de l'activité pour le professionnel. Cette première catégorie est **centrée sur le professionnel**.
- Une deuxième catégorie rassemble les thèmes liés **aux contenus du travail** et à ses retours en regard de la tâche primaire.
- Enfin, une troisième catégorie s'intéresse à la mesure des **effets d'un travail bien mené**.

En dernier lieu, nous remarquons qu'une seule idée est orpheline de catégorie, elle liait cette appréciation d'une bonne journée à la question des moyens en effectif.

- **Éléments de satisfaction au travail en lien avec les conditions et les manières dont se déroule l'activité.**

Cette première catégorie est la plus importante, elle rassemble 55 idées centrales pour 52 % des réponses.

Nous l'avons organisée en six thèmes que nous présentons par ordre de traitement et d'importance numérique :

1) Une réalisation du travail équilibrée entre tâches et prévisionnel d'activité,
2) le sens et l'envie au travail,
3) la bonne entente, le rire et l'humour,
4) la sécurité interne,
5) la gratitude et la reconnaissance,
6) le jugement de beauté.

1) <u>Une réalisation du travail équilibrée entre tâches et prévisionnel d'activité.</u>

Cette thématique des composants de la satisfaction au travail est la plus souvent citée dans les réponses. **Vingt-neuf** professionnels ont affirmé cette condition, soit 68 % des personnes interrogées évoquent spontanément l'importance de cet équilibre. Plusieurs idées reviennent et convergent pour définir ce critère, parmi lesquelles nous retrouvons :

- L'importance de **garder une marge d'amortissement devant la pression temporelle des tâches à réaliser**. Celle-ci est évoquée à travers des formulations comme *« ne pas courir, voir au fur et à mesure, faire trop vite empêche d'avoir un temps de retour, prendre le temps de faire »*. La crainte de faire des erreurs est alors présente, les formulations qui la traduisent expriment la peur de l'oubli, *« n'avoir rein oublié, n'avoir pas fait d'erreur, avoir pu finir mon travail »* entendu ici avec sa marge d'appropriation.

La crainte d'être débordée se traduit par **la mise en cause de la *disponibilité***, de la qualité de réponse, *« pouvoir répondre sans débordement »* et par une perte de chance *« d'avoir raté une occasion »*. Une forte sollicitation peut satisfaire le cadre : *« Moi par contre j'étais content parce que la foule de problématiques qui m'était présentée ce matin avait trouvé une réponse »*, mais ne pas être partagée par l'infirmière. Ce même cadre constate *« Mais ce n'était pas suffisamment satisfaisant, il n'y avait eu pas assez de temps mort. L'enchainement avait été trop fort, ce qui lui nuisait était le manque de temps informels »*.

- Les éléments qualitatifs sont formulés de différentes manières : pour un interviewé infirmier *« avoir bien bossé est différent d'avoir beaucoup travaillé »*. Pour d'autres, il résulte **de l'atteinte des objectifs que le professionnel** s'était assigné, ainsi *« ce qui devait être fait a été fait »* où le devoir n'est pas lié ici à la seule réalisation du prescriptif. Avoir pu *« effectuer mon rôle propre », « atteindre mes objectifs, vis-à-vis de moi, des patients et des collègues »* constitue des objectifs professionnels individualisés.

Un objectif apparait bien partagé et sa réalisation est formulée fréquemment sous l'exigence *« d'avoir vu **tous** les patients un moment », « d'avoir pu voir **tout** le mond*e *», « d'avoir pu parler à **tout** le monde »* ou encore *« d'avoir eu un mot pour **chacun** », « d'avoir vu **tous** les patients »*. Cette dimension d'une **exigence de contacts interindividuels avec tous les patients** s'inscrit dans une dynamique d'unité. Elle constitue l'argument premier d'une jauge à 20 ou 25 lits, nombre au-dessus duquel, l'expérience asilaire nous l'a enseigné, cet objectif ne se soutient plus. Ce que témoigne cet infirmier IDE ; *« Une bonne journée, cela va être quand ma collègue à la relève va me poser des questions sur les patients et où j'aurais alors un mot à dire sur **chacun** parce que j'ai l'impression d'avoir été là pour tous »*.

- Le prévisionnel d'activité du professionnel peut être **affirmé de manière plus explicite** : *« Avoir pu réaliser mon idée », « m'être donné les bonnes priorités », « réaliser les tâches et avoir du temps informel »*. Ou encore avec ces propos : *« Avoir pu faire mes tâches et avoir pu rester disponible », « Avoir maintenu une bipolarité d'investissement », « Combiner les tâches et l'informel », « limiter la programmation pour garder mon prévisionnel »* ou encore en quittant son

service sur un écart *« Ne pas avoir à penser à des choses que je n'ai pas faites et que j'aurais voulu faire »*. La satisfaction vis-à-vis de son travail survient quand cette infirmière *« a pu faire un peu autre chose que ce qui est programmé »*. Pour cette infirmière ISP, il s'agit *« d'achever ce que j'ai commencé, c'est très important, parce que l'on ne peut pas continuer sinon »*.

2) Le sens et l'envie au travail.

Huit professionnels mettent en avant ces éléments de satisfaction. Plusieurs réponses retiennent le critère lié à **l'envie de revenir le lendemain** comme un indicateur précieux du sens de leur travail. Celui-ci s'accompagne d'un éprouvé de satisfaction professionnelle que nous mettons en lien avec un sentiment d'avoir réalisé un *bon boulot.* La question du sens en termes de réflexions, ***« de donner du sens »*** est également évoquée.

3) La bonne entente et le rire.

Les éléments de satisfaction en lien avec une **ambiance de travail agréable** sont évoqués par **sept** professionnels. Ils retiennent tour à tour une séquence de travail qui a été aussi vécue *« avec des bons moments »*, *« des moments de convivialité partagée »* à l'occasion d'évènements de vie concernant l'un des membres de l'équipe. Le rire et l'humour sont retenus comme un indicateur qualitatif d'une bonne journée *« Une bonne journée, c'est une journée où l'on a bien bossé et un peu ri »*, nous dit ce médecin. Le rire peut-être destiné au patient *« Il est important de faire rire ou sourire »* commentera un infirmier ISP.

D'autres aspects concernent une *« conflictualité non dangereuse »* qui accueille les désaccords sans les vitrifier. Il s'agit de pouvoir quitter son service avec cet élément qualitatif, celui de pouvoir *« Dire au revoir à tout le monde avec le sourire »* ou pour ce cadre *« quand on sort et que l'on a le sourire, c'est que l'on a passé une bonne journée »*. L'idée d'une transmission *« d'un passage de flambeau »* est également avancée. Il y a donc une flamme à préserver et à passer.

4) La sécurité interne

Cinq soignants évoquent ce repérage comme un élément caractéristique de la satisfaction au travail. Une sécurité interne qui est définie comme une forme de quiétude nécessaire à la réalisation d'un travail effectué dans des conditions satisfaisantes. Cette sécurité concerne deux niveaux d'acceptation : un éloignement des formes de précarisation induit par le travail de l'équipe (désorganisation du travail, instabilité et conflit) ainsi qu'en direction des patients (éloignement des vécus menaçants).

5) La gratitude et la reconnaissance

Trois personnes évoquent cet appui dans la constitution des éléments de satisfaction. Nous différencierons la reconnaissance dont nous attribuerons l'émanation aux autres membres de l'équipe pluriprofessionnelle, en particulier en provenance du corps médical, voire de l'institution, de la gratitude qui est l'émanation directe des patients et de leur famille.

Nous connaissons cette forme de retour qui vient pointer l'utilité sociale et le service rendu aux patients et aux familles. Celle *« d'un retour positif »*, *« d'un retour favorable des patients »*. Cette gratification est d'autant plus appréciée que son existence est moindre dans cet exercice infirmier en psychiatrie. Deux raisons à cela, les pathologies accueillies en unités d'hospitalisation temps plein peuvent être des problématiques psychiques dites « archaïques », et nous entendons en cela le primat des processus primaires qui n'ouvrent pas à des modalités d'échanges marquées par la reconnaissance de l'autre, et donc de son action. La deuxième raison tient au caractère de certaines pathologies mentales. Nous pensons aux mécanismes de défense marqués par le déni et aux effets de répétitions qui éloignent de la représentation d'un modèle curatif associant la gratitude à l'amélioration ou à la guérison.

Enfin, nous savons qu'il existe une pudeur à évoquer ces marques quand elles sont portées individuellement, elles restent alors sans doute plus facilement intériorisées.

6) Le jugement de beauté

Trois professionnels font état de ce jugement que nous avons caractérisé sous forme d'une fonction (cf. 313). Ce jugement est la marque portée d'un *« travail bien fait »* dans lequel le professionnel peut alimenter sa légitimité et sa fierté de soignant. Ce jugement est celui d'un œil expert porté par les pairs et par le professionnel quant à la réussite d'une réalisation d'action, de tâche. Il est la marque d'un « beau geste ».

Commentaires

Nous retenons de cette première catégorie l'importance quantitative et qualitative de la première thématique consacrée au nécessaire équilibre entre réalisation de la tâche et réalisation du prévisionnel.

Pour les professionnels concernés, **une bonne journée au travail passe par la réunion et le solde de cette double tension d'activité. Faire ce qui doit être fait et faire ce que le professionnel pense devoir réaliser pendant sa séquence.**

Cette thématique a été recueillie majoritairement sur tous les sites investigués lors de cette étude multicentrique et pointée par les différentes populations. En formulant sous un autre angle ce constat, nous pouvons dire que **l'équilibre entre rôle prescrit et rôle propre,** ou encore entre ce qu'il faut faire et ce que le professionnel à envie de faire, constitue un **invariant opératoire quant à la formation d'un vécu de satisfaction au travail.** Nous relevons que l'attribut de cet invariant se traduit par l'exigence d'équité de porter au quotidien une attention à **chaque patient hospitalisé.** Ce que résume par la négative le propos de cet infirmier IDE ; *« Le plus fort de l'insatisfaction, c'est quand on a passé une journée et pas vu un patient »*. Cet infirmier précisant que voir dépasse le simple échange de civilités et nécessite une marge de temps.

Ce constat rejoint celui de deux autres recherches. Le premier, concerne un des volets de l'étude Presst-Next. Madeline Estryn-Behar observe alors dans la discussion de ses résultats que : *« L'insatisfaction de la qualité de son travail est particulièrement difficile à supporter pour les soignants comme l'ont montrée les résultats statistiques. Mais, recommander de travailler autrement et former à l'accompagnement, ne font* ***qu'aggraver la souffrance*** *de ceux qui terminent chaque journée avec des inquiétudes et des regrets sur ce qu'ils n'ont pas pu faire pour soutenir "leurs" malades »*. (« Protocolisation et/ou collectif de travail ? Outil informatique et/ou personnalisation des soins ? », 2009, www.presst-next.fr, consulté le 11 octobre 2011).

L'écart ainsi répété entre la réalisation de la tâche et le travail souhaité par le professionnel est porteur de souffrance dans les conclusions de cette étude. À l'inverse, s'approprier sa manière de travailler, s'autoriser son déploiement dans le cadre du rôle propre, partager ses valeurs professionnelles constituent à la fois un vecteur de sens puissant et un vecteur de protection.

Par contre, lorsque ces principes sont barrés durablement, cela atteint insidieusement la santé mentale des infirmières. Ce constat est porté par Marie Alderson dans une étude Infirmière canadienne. Cette dernière s'intéresse au travail infirmier en Unités de longue durée. Elle procède d'un rapprochement entre les sciences infirmières (établies depuis 20 ans dans ce pays, Ndr) et la psychodynamique du travail. La situation d'appel rapportée est motivée par l'augmentation constante des problèmes de santé mentale de ces professionnels.

Cette recherche satisfait aux critères de rigueur de *« crédibilité et de transférabilité des conclusions de l'étude »*. (« Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée, entre plaisir et souffrance », *Recherche en Soins Infirmiers*, n° 80, mars 2005, pp. 76-86, p.80). Elle note alors en s'appuyant sur le propos d'une infirmière *« Les infirmières dénoncent une charge de travail augmentée qui les prive du sentiment bénéfique qu'offre un travail bien fait : "Nos tâches infirmières, on les accomplit en éprouvant une insatisfaction parce qu'on ne les accomplit pas comme on aimerait les accomplir, elles finissent par être bâclées" »*. (*Ibid.*, p.82).

Nos infirmiers et les professionnels interviewés ne disent pas autre chose. **Cet équilibre entre ces deux tensions de travail constitue en ce sens une donnée structurelle**. Et ne prendre en compte que la première au détriment de la deuxième amène à un constat également porté par cette dernière chercheuse : *« L'ensemble de ces éléments restreint le plaisir, génère un manque de sens dans le travail, porte atteint à l'identité professionnelle des infirmières et fragilise leur santé mentale ».* (*Ibid.,* p.82).

- **Éléments de satisfaction en lien avec les contenus du travail et les retours de ce dernier en regard de la tâche primaire.**

Cette deuxième catégorie est la seconde par ordre d'importance numérique. Elle rassemble 33 idées centrales pour 31 % des réponses.

Nous l'avons organisée en trois thèmes que nous présentons par ordre d'importance :

1) Le sentiment d'utilité et d'efficacité soignante,
2) une compréhension et une élaboration porteuse de sens,
3) la part de la créativité.

1) <u>Le sentiment d'utilité et d'efficacité soignante</u>

Cette thématique liée au sentiment d'utilité est la plus souvent citée dans les réponses de cette partie. **Vingt-deux** professionnels ont affirmé l'importance de ce constat et de cet éprouvé, soit 52 % des personnes interrogées. Cette catégorie est la deuxième de ce chapitre sur les éléments de satisfaction au travail.

Plusieurs idées reviennent et convergent pour illustrer ce critère. Le sentiment d'utilité se construit en regard de la tâche primaire que constitue le soin. Aider, soulager, avancer en seront ses principales déclinaisons et les professionnels savent qu'il n'y a rien de spectaculaire dans leurs actions. Il existe un apprentissage de l'humilité comme l'exprime cette infirmière *« Avant, je n'aurais pas cru pouvoir être humble, en fait c'est en le voyant au fur et à mesure que je me dis que j'ai été prétentieuse ».* **Le sentiment d'utilité est un élément de l'identité soignante.** Il se détermine en retour de la raison sociale de l'activité ou du service rendu et il s'inscrit dans une cohérence avec la tâche primaire. Dans les soins en psychiatrie, ce médecin observe *« que nous sommes dans un environnement professionnel où vous n'avez pas de gratification financière selon que l'on travaille bien ou mal. Le salaire est le même. La satisfaction, c'est le sentiment d'avoir été utile [...] la constatation d'une réussite là où nous vivons environnés de nos échecs ».*

Le sentiment d'être utile s'adapte à la tâche primaire et aux contingences des particularités des soins en psychiatrie. Ce sentiment s'organise sur des avancées apparemment modestes, mais réelles. Il s'agit alors pour cet infirmier ISP *« Voilà, quand j'ai apporté des réponses aux patients, là je suis satisfait »* ou pour ce médecin *« quand on a l'impression d'avoir fait quelque chose de bien pour les patients [...] où l'on a pu constater l'utilité de notre action ».*

Pour cette infirmière, la satisfaction s'éprouve *« Quand on voit une amélioration chez les patients, c'est vachement bien. Ou quand eux le disent et que nous remarquons une stabilisation »* ou pour cette autre professionnelle *« Quand j'ai pu répondre aux attentes des uns et des autres ».*

Cette satisfaction liée au sentiment d'utilité ou d'efficacité peut prendre encore d'autres formes, ainsi pour cet infirmier, elle passe *« par le sentiment d'avoir aidé des personnes, d'avoir suffi, d'avoir contribué à ce que les choses se dénouent un peu ».* Pour ce médecin, elle passe par *« des indices montrant que le travail qu'ils font (les infirmiers, Ndr) apporte des bénéfices au patient, que ça bouge un tout petit peu ».* Ou encore pour ces infirmières *« Quand je suis arrivée à rassurer les gens, quand j'ai pu apporter un peu de réconfort », « quand les patients vont bien ».*

Plusieurs soignants évoquent une satisfaction et un sentiment d'utilité quand ils arrivent à *« Construire du lien », « Créer du lien », « Apporter du lien »* et cela particulièrement quand ils ont pu

détecter le bon moment comme le décrit cette infirmière ISP : *« Là où je suis satisfaite, c'est quand j'ai eu le sentiment d'avoir été là au bon moment [...] d'avoir pu accueillir l'autre correctement, d'avoir pu l'aider, d'avoir pu dégager du sens ».* Dans ces moments, ces soignants vont pouvoir *« Accrocher le patient, avancer », « Trouver une accroche ».*

Ces derniers propos en disent long sur ces particularités du métier où la dimension de l'ouverture relationnelle constitue un travail renouvelé. Trouver le bon moment, le bon mot, le bon support, la bonne distance pour qu'une rencontre se produise, ce que ces infirmiers nomment *une accroche*

« Pas un chapeau de vendu ».

Cette expression tenue par un cadre lors des entretiens restitue bien les caractéristiques de cette dimension du sentiment d'utilité. Nous le laissons s'exprimer : *« On fait un boulot passionnant, mais parfois usant parce qu'on a l'impression que cela n'avance pas. Se dire que les choses ont avancé, c'est important. Un collègue avec qui je covoiture me dit "Encore une journée de travail et pas un chapeau de vendu". Cette expression, " pas un chapeau de vendu", pour dire que rien n'a avancé que l'on part en se disant que ça n'a servi à rien. Et je crois que c'est important d'avoir l'impression que des choses ont progressé ; quelqu'un qui va mieux, une rencontre avec une famille, une situation que l'on a comprise. Ou voilà que l'on a accroché une relation, quelque chose s'est noué. Le sentiment d'avoir avancé avec un patient, pouvoir se dire " J'y suis arrivé " quand on n'arrivait pas à le faire les jours précédents, lorsque nous n'arrivions pas à approcher et puis tout à coup... on y est arrivé. Le bien bosser, ce n'est pas, j'ai fait des choses, c'est je suis arrivé à accrocher une relation avec un patient, je suis arrivé à dépasser une peur. Cela ne se voit pas, cela se vit ».*

Cet extrait un peu long résume bien les facettes de la satisfaction au travail en lien avec le sentiment d'utilité. Ce dernier se situe dans les méandres du quotidien, dans les recoins de l'activité. Rien de spectaculaire, un travail en profondeur sur l'ordinaire dont les effets prennent leurs mesures sur des critères sensibles et une maturation lente. Walter Hesbeen parle des actions relevant du rôle propre infirmier en des termes similaires *« Ce sont des petits gestes, des petits détails, au caractère anodin, peu mesurable, non spectaculaire, nécessitant une analyse et une adaptation constante ».* (« Réflexions sur le soin infirmier », *Gestion hospitalière,* nº 323, février 1993, pp. 123-127, p.124).

Le sentiment d'utilité se construit sur cette **humilité** d'accepter de modestes avancées. L'avancée compte au final moins que le mouvement qu'elle détermine. Le mouvement symbolise la vie et définit l'effet de l'activité soignante. La mise en mouvement permet d'une part la différenciation entre une activité de gardiennage où rien ne bouge et ce frayage, ce détour par l'histoire de cette profession. D'autre part, elle maintient à distance les vécus d'impuissance. L'utilité et l'efficacité se situent dans les détails, dans cet accessoire dont nous avons vu le côté essentiel, dans ce *« miracle de l'ordinaire »* qu'évoque Blandine Ponet (2006). *« Seuls l'invisible, l'inouï permettent de tenir compte de ces "petits riens",* nous dit-elle. (Op.cit, p.86). Il ne s'agit pas de surdéterminer de modestes évolutions, encore que l'on puisse conclure à cet endroit qu'il n'y a pas d'évolutions modestes dans les soins en psychiatrie, il n'y a que des évolutions. Il s'agit alors de prendre la mesure du sens que prend cette évolution ainsi que de l'investissement et du travail qu'elle a représentés.

2) <u>Une compréhension et une élaboration porteuse de sens.</u>

Les éléments de satisfaction en lien avec une compréhension et une élaboration porteuse de sens sont évoqués par **sept** professionnels. Ces derniers retiennent différentes facettes quant aux sources de cette satisfaction. Ils évoquent l'enrichissement du regard en lien avec une *« historicisation de la trajectoire du patient»,* des éléments nouveaux de compréhension qui permettent *« un décalage du regard».* Le travail d'élaboration, le sentiment d'approcher une lecture et une compréhension d'une problématique de vie apportent cette satisfaction. Elle s'exprime dans un travail de *« mise en pensées qui permet de dénouer»,* dans une réflexion qui permet *« de mieux comprendre quelque chose et de nouer ces éléments dans ma pensée».* Pour ce médecin, il s'agit d'un travail d'élaboration et *« c'est justement ce qui leur plait (aux infirmiers, Ndr), quand on arrive ensemble à se faire une idée un peu plus précise du fonctionnement et de la pathologie du patient, à éclaircir ce qu'on va pouvoir lui proposer [...]).*

3) La part de la créativité.

Quatre soignants évoquent ce repérage comme un élément caractéristique de la satisfaction au travail. Cette part de la créativité peut concerner différents registres. Élargir son répertoire de ressources professionnelles, dans le sens de s'autoriser des registres relationnels inhabituels est perçu comme une satisfaction par un professionnel. Pour un autre infirmier ISP, sa satisfaction tiendra à la réalisation de son idée : *« Je suis content quand j'arrive dans mon pavillon avec une idée, quand je sais ce que je dois faire et que je peux le réaliser».* Cette créativité peut être clinique pour ce soignant *« Moi, je pense que quand on a une idée, cela peut être une bonne journée, on est dans le brouillard le plus complet et quelque chose se décante, on a une idée et on se dit que cela peut tenir avec le patient».*

La part de créativité concerne aussi le renouveau d'un imaginaire ou la réalisation d'une activité investie pour cette infirmière IDE *« J'ai passé une bonne journée quand j'ai fait ma petite activité théâtre [...] et franchement j'adore passer des bons moments avec les patients ».*

- **Éléments de satisfaction en lien avec les effets de la réalisation du travail.**

Cette deuxième catégorie est la troisième par ordre d'importance numérique, elle rassemble 17 idées centrales pour 16 % des réponses.

1) Un service calme et une régulation bien menée
2) L'absence de « paquet » après le travail.
3) L'absence de recours à la contrainte

1) Un service calme et une régulation bien menée.

Cette thématique liée à la satisfaction de trouver et de laisser un service calme et d'une régulation satisfaisante est la plus souvent citée dans les réponses de cette troisième partie.

Dix professionnels en font état et la grande majorité de ces dix s'accordent sur l'importance d'un service calme. À l'intérieur de ceux-ci, les infirmiers de nuit sont très représentés. Le calme de la nuit est logiquement associé à un critère qualitatif qui rejoint ici la tâche primaire. Cet infirmier ISP résume ainsi son appréciation liée à la satisfaction d'une bonne séquence de travail *« Quand tout s'est bien passé, quand tout a été très calme, alors c'est aussi une bonne nuit de travail».* Ce point est partagé par ces infirmiers ISP de nuit, un premier nous dira qu'une bonne nuit se définit quand *« tout s'est bien passé, quand les patients ont passé une bonne nuit avec un sommeil réparateur»* un deuxième sera affirmatif *« Le sentiment de satisfaction, c'est le sommeil, ça, c'est clair !»* et un troisième confirmera *« si ils arrivent à dormir, a avoir un bon sommeil, on est quand même là pour que le sommeil se passe le mieux possible».* Du côté des infirmiers de jour, ce souci est partagé. Le sentiment de satisfaction s'exprime alors par un *« Si je laisse un service relativement calme à mes collègues».*

Enfin, un petit nombre de professionnels fait état du sentiment d'avoir passé une bonne journée en l'associant à la qualité d'ambiance générée dans l'unité entre les groupes soignant et soigné. Le sentiment de satisfaction s'exprime alors *« des fois, cela ne tient à pas grand-chose, des fois juste l'ambiance du service».* Le sentiment de satisfaction est éprouvé également lorsqu'« *on passe des bons moments avec les patients»* ou que le climat de l'unité est propice à ce qu'il règne *« une bonne entente».*

2) L'absence de « paquet» après le travail.

Les éléments de satisfaction en lien avec le constat d'une absence de charge mentale résiduelle apparaissent comme un indicateur pertinent pour **quatre** professionnels. Un premier soignant cadre exprime ainsi sa perception *« Je pense que je sais très vite si j'ai passé une bonne journée ou pas. Quand je sors du service et que je n'y pense plus, alors c'est que j'ai passé une bonne journée. [...] si je me mets à broger, alors ce n'était pas le cas».* Un indicateur personnel qu'il n'étend pas aux infirmiers. Toutefois, ce propos est repris par cette infirmière IDE qui l'évalue comme un bon critère

quand elle constate *« qu'elle ne part pas avec un paquet trop difficile à porter»*. Malgré le trajet *« si l'on part avec des choses difficiles à vivre et qu'on les garde jusqu'à arriver chez soi, alors on n'a pas passé une très bonne journée»*.

Le corollaire de l'absence de paquet se traduit par *« l'envie de retourner travailler, de continuer»*. Ce sentiment est partagé cette infirmière IDE quand elle constate *« Si je ne suis pas là à ressasser, dans l'ensemble c'est grâce à cela que je sais si cela s'est bien passé. Et le lendemain, si j'ai envie de revenir»*. Enfin pour une cadre interviewée, le sentiment d'avoir bien fait son travail se traduit par *« l'envie de revenir»*

3) <u>L'absence de recours à la contrainte</u>

Trois soignants évoquent ce repérage que nous avons nommé par l'absence de recours à la contrainte. Ces trois professionnels correspondent à ceux qui nous avaient présenté leurs réponses en des termes décrivant une bien mauvaise journée que nous évoquions dans le préambule de cette partie. Les éléments évoqués ont trait alors à l'échec des contentions psychiques, aux situations de violence ou de « clash», à la mise en place de mesures coercitives voire d'entraves physiques. Nous entendons donc qu'une bonne journée se passe, elle, en douceur. Un ISP exprime ce sentiment *« Quand nous sommes dans une impasse, dans une situation de dialogue devenu impossible, dans une situation de violence sans évitable et que nous en arrivons à attacher, à piquer»*. Pour cette autre infirmière, une bonne journée *« commence déjà en premier avec une absence de violence, une sécurité éprouvée»*.
Une journée, nous dira cet infirmier IDE où *« Il n'y a pas eu de "clash", ou de situations trop lourdes à gérer émotionnellement»*. Ou encore pour cette infirmière IDE ; *« Je passe une mauvaise journée en général quand un patient a "clashé", qu'il faut le contenir»*.

Éléments de conclusion de la partie 7.2.3

Nous avons retenu douze thématiques en lien avec les éléments de satisfaction au travail réparti sur trois catégories. Parmi ces douze thématiques, deux sont citées et repérées par une majorité de professionnels comme des éléments centraux et constitutifs de cette éprouvé de satisfaction.

Il s'agit donc de la réalisation du travail équilibré entre tâches et prévisionnel d'activité cités par plus des deux tiers des personnes interviewées et le sentiment d'utilité et d'efficacité cité par plus de la moitié de ceux ci.

L'émergence de ces deux thématiques constitue l'enseignement de cette partie. Leurs scores élevés signifient que nous les retrouvons sur tous les sites, auprès de toutes les catégories professionnelles et chez la plupart des professionnels. Ces caractéristiques en font des **axes dominants qui se rapprochent de la qualité d'un invariant opératoire.**

Chacune de ces deux thématiques porte en elle un enseignement spécifique. Le travail ne peut jamais être ramené à la tâche pour la première. Il existe en psychiatrie, dans ce travail infirmier une solide part d'appropriation et une part déterminante du rôle propre.

Le sentiment d'utilité et d'efficacité **résonne et raisonne** de son lien organique avec la tâche primaire. Il constitue un puissant vecteur de l'identité soignante.

7.3 Éléments significatifs à partir des entretiens et des observations.

7.3.1 Le temps de la relève

Préambule

Nos séquences d'observation nous ont fait assister à quarante relèves sur l'ensemble des quatre sites investigués. Notre présence sur les séquences d'observations incluait aussi notre présence aux relèves. Le centrage sur l'activité informelle s'avérait limité et notre position, statique et favorable quant à une prise de notes, nous a permis d'observer et de relever des constantes. C'est donc ce matériel, non directement lié à notre objet de recherche que nous souhaitions communiquer et valoriser.

L'exploitation des données recueillies sur ce temps repéré et repérable dans l'organisation d'une séquence s'est construite en appui sur les données des outils d'observations et d'entretiens.

Concernant les observations, la relève constituant un temps formalisé, nos observations en lien avec l'*informel* se sont alors portées sur les éléments informels de ces temps. Ceux-ci comportent deux sources. La première est liée à la dynamique de la relève avec les éléments informels enchâssés dans celles-ci (objet de convivialité, mobilité des registres professionnels/personnels, etc.). La deuxième concernait les éléments périphériques à la relève, artéfacts, niveau d'interpellations de la part des patients, sollicitations externes, visites, niveaux des facteurs connexes, passage d'autres professionnels, téléphone, etc. Seules ces dernières observations ont pu trouver une traduction en termes de mise en fonction.

Concernant les entretiens, une question de notre guide portait spécifiquement sur ce temps. (Question 3.1 du guide d'entretien : « Lors de votre prise de poste, qu'est-ce qui caractérise une bonne relève pour vous ?»).

Les réponses apportées à cette question par les 43 personnes interviewées ont fait l'objet d'une analyse thématique. Nous avons retenu les deux ou trois idées fortes qui déterminaient chaque réponse et nous avons recensé leurs fréquences. L'ensemble de ces données a été regroupé par famille thématique et le dégagement de ces occurrences nous a permis de modéliser une réponse à cette question du recensement des éléments constitutifs d'une *« bonne relève»*.

Les données d'entretiens ont ensuite été alimentées avec les notes d'observations

Sur chacune des unités, nous avons assisté à cinq relèves soit :
- deux relèves entre l'équipe du matin et l'équipe d'après-midi, dont une sur le temps du weekend
- deux relèves entre l'équipe d'après-midi et l'équipe de nuit
- une relève entre l'équipe de nuit et celle du matin sur le temps du weekend.

Les éléments d'analyse suivants n'ont pas été mis en chiffre et en pourcentage.

- **Commentaires généraux**

Les temps de relèves ou de chevauchement recouvrent une nécessité de travail qui organise un des aspects de la continuité des soins en unité d'hospitalisation temps plein. Ils recouvrent les temps partagés et privilégiés de passage d'informations entre les équipes « montantes et descendantes» pour reprendre cette logique chronologique. Ils font partie d'une longue tradition de travail dans notre secteur. La mise en place des 35 heures a vu par endroits leurs amplitudes rognées, mais elle a permis également à quelques sites qui fonctionnaient en trois-huit (lire en trois fois huit heures, donc sans chevauchement) de se doter de ces espaces-temps sur un temps minimum.

L'enquête Presst/Next s'était intéressée à cet aspect de la réalité du travail hospitalier. Elle concluait à ce propos *« La satisfaction du temps de chevauchement prévu entre deux équipes pour*

assurer les transmissions orales est bien meilleure en France et en Allemagne que dans les autres disciplines. [...] Il semble que des réorganisations, visant à réduire les temps qualifiés de " non productifs" par les gestionnaires, ont été implantées en France et en Allemagne. Mais les soignants de psychiatrie de ces deux pays ont plus résisté à ce mouvement, faisant valoir les traditions de la psychiatrie institutionnelle et plus largement les nécessités d'une cohésion d'équipe pour une prise en charge des patients en souffrance psychique, dans un domaine où les zones d'incertitudes sont très fortes». (M. Estryn-Behar, N. Duville and Co, *« Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois pays européens*», Annales médico psychologiques, 2006, Elsevier Masson SAS, pages 732-748, p.747).

Quelques remarques générales

Un temps de pré-relève peut précéder la relève. Quand ce dernier existe, il permet un temps de mise en lien groupale entre les deux équipes soignantes, une lecture des dossiers de soins infirmiers par l'équipe en prise de poste, une permanence soignante pendant que l'équipe en poste est susceptible de prendre un temps de repas ou termine ses actions entreprises précédemment dont en particulier les transmissions écrites. Ce temps de pré relève se déroule porte ouverte au bureau infirmier ou en salle de recul et fréquemment autour d'objets de convivialité (café, thé…).

Concernant le lieu de la relève, notre constat a porté sur le repérage de deux espaces en fonction du moment de la journée ou du temps hebdomadaire (entre semaine et weekend). Un premier lieu institutionnel, le bureau infirmier se dégage pour les relèves entre équipes de jour et de semaine. Un deuxième lieu, le local destiné au temps de prise de recul est investi surtout pour les relèves de weekend. Bien que le cadre topographique de la relève soit alors différent, le contenu quant à lui reste de même nature

Les temps communs entre les équipes de jour se déroulent sur une amplitude horaire d'une demi-heure à une heure et demie suivant les sites. La ligne médiane est à quarante-cinq minutes pour les relèves entre le matin et l'après-midi et un temps de moitié inférieur pour les relèves de matin et de nuit. Sur ces temps communs, au moins une demi-heure est consacrée à la relève pour la tranche en journée.

La relève du soir avec l'équipe de nuit comprend également ses spécificités. Lors de nos observations, nous avons relevé que cette relève s'organisait sur une dynamique différente. En effet, il s'agit de la seule relève ou les infirmiers qui prennent leurs services sont à l'initiative, ou les infirmiers de nuit demandent ce qu'ils voudraient savoir. Ce que cet infirmier ISP formule ainsi *« Nous, (les infirmiers de nuit, NDR), on va aller chercher les éléments de la nuit, alors que la nuit n'est pas commencée et on sait, on ne met pas beaucoup de temps à savoir cela. [...] On va aller chercher ce qui va faire la nuit dans la journée qui vient de se passer ».*

En semaine, les cadres de santé participent régulièrement à ce moment d'échanges ainsi que le personnel ASH et AS présents sur la séquence écoulée et celle à venir. Ce dernier constat n'est en aucun cas anecdotique, il traduit une forme d'organisation qui se réfère à une psychiatrie institutionnelle évoquée plus haut. Nous pouvons apprécier cette organisation en regard de conceptions théoriques liées au concept de *hiérarchie subjectale* développé en partie 3.1 et 4.4.2. Les médecins, psychologues et assistantes sociales sont parfois associés ponctuellement ou à un rythme régulier. Leurs présences sont à mettre en lien le plus souvent avec une question qui les concerne directement. Ils sont alors conviés à ce temps d'inter équipe.

La présence régulière de professionnels non paramédicaux impulse des espaces de paroles de nature différente et les dynamiques peuvent s'en ressentir. Ainsi, dans une unité investiguée, la présence fréquente et tournante des médecins de l'unité avait donné un nom à la modification constatée de la dynamique et de l'orientation de la relève. Cette nomination consiste en une contraction de lexèmes à valeur de néologisme, la relève était nommée alors une *réulève*, sans doute pour signifier la valence clinique liée à la présence médicale. Ce type d'interpénétration des espaces renseigne positivement par ailleurs sur les proximités de travail dans une équipe pluriprofessionnelle de ce type.

- **Les éléments significatifs liés à l'organisation de la relève**

La mise en travail de l'équipe

Nous avons noté que le moment de la prise de poste avec ou sans pré relève représente d'abord la rencontre de deux équipes. Cette rencontre implique alors un temps de mise en lien groupale. Ce temps se déploie très régulièrement autour d'objets de convivialités, apportés par les collègues de la séquence montante ou descendante, ou autour du café.

Un aparté empirique, mais au constat renouvelé dans le cadre de cette recherche, pour remarquer ici que les modes de gestion collective du café dans une équipe donnée reflètent alors son mode de fonctionnement et certainement l'état de ses liens internes. Ainsi, **hors enquête,** nous avons constaté que cette gestion s'organisait autour d'un axe avec ses deux polarités.

D'un côté, nous trouvons des équipes où il y a toujours du café au chaud, et la question de ravitaillement est implicite, il y a toujours du café, et de qualité. On peut en déduire que la responsabilité est alors partagée entre tous ses membres. Les qualités d'un collectif de travail sont alors réunies

De l'autre, on peut trouver des équipes où cette question du café est largement privatisée dans les placards personnels. Les calculs sont savants, prennent en considération les statuts, les consommations individuelles, le nombre de jours de présences, les temps partiels, sans compter les buveurs de thé ! Les achats se font par désignation et la qualité inégale du produit varie suivant le diamètre des cercles de partage.

Nul doute que le collectif de travail en gestation peut connaître de larges marges de progression. Entre les deux, toutes les combinaisons sont possibles et nous laisserons aux lecteurs le soin de se positionner sur cet axe et d'en apprécier le lien avec le fonctionnement de son équipe d'appartenance.

Après cet aparté aux accents sociologiques, nous revenons à ce temps de mise en lien groupale dont nous avons vu qu'il constitue une fonction (314) avec ses caractéristiques propres. C'est le temps de l'arrivée de chacun des professionnels qui dépose un peu de ses préoccupations du moment (condition de circulation, humeur de la personne, météo, enfant malade, information médiatique). Ce temps transitionnel constitue le temps du passage du *privé* au *professionnel.* C'est le temps d'un passage qui constitue un socle commun d'échanges et qui en constitue une modalité facilitatrice. Ce temps peut durer de quelques minutes à un temps plus long. Lors des entretiens une infirmière ISP nous dira : « *… Il y a le café, avant la relève, ça permet d'évacuer… bien que l'on rigole, c'est un type de défense, de défouloir».*

L'animation de la relève

Sur l'ensemble des relèves, une constante se dégage quant à l'initiative de la prise de parole concernant les transmissions. Les infirmiers restent majoritairement les initiateurs de la relève. Sur les séquences de relèves nuit/matin et matin/après-midi, l'initiative revient à l'infirmier qui va quitter son poste et qui transmet à ceux qui arrivent.

Sur la séquence de relèves après-midi/nuit, c'est l'infirmier qui prend son poste qui va chercher auprès de ses collègues les informations.

Les relèves de semaine entre le matin et l'après-midi se font en présence du cadre de l'unité. Celui-ci peut prendre ou déléguer ce rôle d'animateur. Sa présence en fait un animateur potentiel et il est en possession de la continuité des éléments d'information de la semaine. Ce repérage prend tout son sens dans les réponses suivantes données par ces infirmières IDE : *« Une bonne relève, c'est déjà que les gens s'écoutent les uns les autres, que ça ne parte pas dans tous les sens, que pour le coup ce soit formel»,* ou pour cette autre *« On peut penser ce qu'on veut d'un collègue, ne pas avoir d'affinité, mais lui laisser la possibilité de dire ce qu'il a à dire. Certains ont du mal à écouter la parole des autres.».* Cette infirmière constatera que l'organisation de la parole dans un groupe n'est pas facile : *« Il faut un bon animateur qui coordonne, parce que de nous-mêmes on ne sait pas s'autogérer»*

- **Les éléments significatifs quant aux contenus de la relève**

La confrontation de nos observations et des réponses données à la question 3.1 : « *Lors de votre prise de poste, qu'est-ce qui caractérise une bonne relève pour vous ?»* nous a permis de dégager un **trépied constitutif** d'une « bonne relève».

Ce trépied se compose de trois éléments

- **Le premier élément du trépied en lien avec les informations cibles**

Ces informations cibles concernent des tâches précises tels la prise de rendez-vous, le mouvement des patients, les soins somatiques programmés, les modifications significatives de traitements, etc. Ces informations concernent les actes à accomplir en lien avec le prescriptif, elles peuvent également concerner des informations en lien avec des aspects institutionnels.

Ces informations peuvent être illustrées par les propos de ces infirmiers quand ils nous disent : *« Une bonne relève c'est cibler les points importants de prise en charge générale»,* et pour cet autre, *« C'est savoir ce qui s'est passé le matin ou l'après-midi ou la nuit et ce que j'aurai à faire moi, les soins programmés donc».* Des informations qu'il faut connaître lors de la gestion de son poste comme le remarque ce médecin *: « c'est ne pas oublier les éléments basiques comme transmettre qu'une ordonnance est à remettre au patient lors de sa sortie».*

Les informations cibles concernent les soins et l'activité programmés. Elles recouvrent les matérialités des actions, les éléments indépassables qui seront à connaître et à effectuer sur la séquence à venir. Les aspects pratiques sont au premier plan et généralement ils trouvent leur expression également lors de transmissions écrites. Inscrites dans le dossier de soins du patient, ces informations concernent donc pour le professionnel ce qu'il doit faire pendant sa séquence de travail.

- **Le second élément du trépied en lien avec les informations cliniques**

Les informations cliniques représentent la partie conséquente des transmissions orales et elles se manifestent selon trois modes prévalents :

Premier mode : La présentation individuelle.

Ce mode de présentation concerne chaque patient et s'intéresse à ce dernier tel qu'il est perçu dans sa présentation au moment où les infirmiers vont quitter leur poste. Cette présentation peut être suivie de consignes en lien avec la problématique symptomatologique du moment. Une reprise récapitulative de la prise en soins du patient peut avoir lieu si un ou plusieurs membres du personnel soignant étaient en repos ou congés les jours précédents comme le précise ce cadre santé. Il souligne l'importance pour l'infirmier qui arrive et qui interpelle l'équipe de bénéficier de ces informations *: «… Moi, je ne suis pas là depuis trois jours, explique-moi pourquoi il est là (NDLR : le patient), je veux savoir ce qui se passe, je veux me mettre dans l'ambiance pour savoir ce que j'ai à faire…».*

L'importance de la prise en compte de chaque patient, avec son incidence sur leurs prises en soins est illustrée par plusieurs réponses. Pour cette infirmière IDE ; *« Pour moi, une bonne relève c'est quand on a fait le tour de tous les patients [...] qu'on m'ait dit comment cela se passe pour lui depuis ce matin et la veille. Que j'ai l'impression quand je vais leur ouvrir la porte après la relève je vais pouvoir avoir une continuité puisque j'ai su ce qui s'était passé avant.».* Ce souci de prendre un temps pour chacun est affirmé par cette infirmière ISP, il s'agit d'*« Avoir le temps de parler de tous les patients, parler des problèmes du jour […] pour maintenir vis-à-vis du patient une cohérence d'équipe»* et reprit par cette infirmière IDE : *« Une bonne relève c'est parler de tous les patients, du problème du jour, même si c'est administratif… parce que c'est peut-être anodin pour nous, mais important pour eux. ».* Une infirmière ISP reprend l'importance pour elle de cette présentation individuelle de tous les patients présents ; *« Les patients le savent bien : Que ce soit du matin ou d'après-midi, c'est le même discours, cela les calme».*

Un cadre de santé imagine et délimite ce que doit être une relève pour l'infirmier qui prend son poste : *« Je suis infirmier, j'arrive dans le service, je m'assois, j'écoute la relève. Une fois la*

relève terminée, je suis capable d'identifier tous les patients présents sur la séquence précédente pour chaque patient avec les faits, le projet…». La recherche de ces informations sur chacun et sur l'ensemble des patients permet de maintenir une continuité dans leurs prises en charge. Cette continuité apparaît d'autant plus nécessaire qu'elle garantit pour le patient le maintien de ses repères sur le temps de son hospitalisation.

Cette présentation individuelle nous l'avons retrouvée préférentiellement sur les relèves entre équipes de jour. Les besoins d'informations liés au poste de nuit sont alors plus spécifiques : *« Pour certains patients, j'ai besoin de savoir s'ils ont dormi la journée, de savoir ceux qui vont bien et ceux qui demandent une surveillance particulière».*

Deuxième mode : Des éléments de mise en sens

Ces éléments concernent l'histoire du patient avec son contexte social, familial, psychologique et médical. Très régulièrement nous avons observé le besoin des soignants de reprendre le récit de vie d'un patient précis et de se référer à l'antériorité de connaissances qu'ils ont de ce dernier pour éclairer la situation présente. Cette donnée est de même nature que celles que nous avons caractérisées avec la fonction historicisation (294) et ses attributs.

La reprise d'une mise en sens de la symptomatologie du patient apparaît, elle aussi, nécessaire pour permettre aux personnels infirmiers d'ajuster leur travail sur la séquence à venir avec le patient. Elle leur permet également de partager des ressentis et des éprouvés. Plusieurs interviewés expriment ce besoin de « mini-synthèse » telle cette infirmière IDE *: « J'ai besoin d'analyse ou de synthèse du patient… J'aime quand on a deux ou trois phrases par rapport à un patient, où on va échanger notre vécu, notre ressenti».* Il s'agit de se mettre en disposition d'accueil pour cette infirmière IDE : *«Une bonne relève c'est une présentation du malade, on a besoin de connaître sa situation avant, comment il est dans le service actuellement […] pour qu'après on puisse les accueillir».*

L'acte ne se suffit pas en soi, ce sont les conditions de l'action qui renseignent au niveau clinique pour cet infirmier ISP ; *« J'apprécie qu'on y aille de certaines hypothèses. Au lieu de dire "j'ai accompagné Monsieur X pour 10 heures et on est rentré à 11 heures", je préfère savoir comment s'est passé l'accompagnement, si il s'est mal passé, essayer avec l'accompagnant de comprendre pourquoi, faire des liens…».* L'exemple de l'accompagnement et du partage d'information est repris par cette infirmière IDE : *« J'aime bien savoir comment s'est passé un accompagnement parce que je peux avoir à le retravailler par la suite, je mets des liens. ».*

Troisième mode : Des éléments en lien indirect avec le patient,

Nous avons noté les anecdotes qui rappelaient des situations souvent humoristiques concernant l'évocation de patients aux moments difficiles. Cette fonction que nous avons nommée alimentation de l'empathie (312) permet de parler d'un patient à la présentation difficile sur un mode moins dramatique. Ces éléments sont présents dans le propos de cette infirmière IDE : *« Des fois pendant la relève il existe des phrases, des sortes de moqueries, mais en fait je me dis que cela permet de dédramatiser des situations en lien avec la prise en charge de patients difficiles».*

D'autres besoins apparaissent, ainsi les retours de subjectivité sont présents. Leurs expressions et leurs mises en circulation auprès des collègues permettent au soignant de se situer dans ses éprouvés vis-à-vis du groupe. Ainsi, pour cet infirmier IDE : *« J'ai besoin d'échanger avec mes collègues sur leur ressenti par rapport à tel ou tel patient parce que je n'ai pas le même ressenti qu'eux».* Partager ses impressions avec ses collègues afin d'en repérer la nature et d'en avoir une lecture distanciée, nuancée par ce passage aux autres membres de son équipe. Même quand ces perceptions ne peuvent pas s'étayer sur une matérialité qui permettrait un passage à l'écrit. Les vécus sont intégrés comme autant d'émanations possédant leurs renseignements en termes cliniques. C'est ce que nous livre cet infirmier ISP : *« Parler des choses que l'on ressent comme :" celui-là, je le sens pas bien, méfie-toi" et que l'on ne peut pas mettre par écrit dans les dossiers, par écrit parce qu'il n'y a pas de fait précis sur lequel s'appuyer… »*

- **Le troisième élément du trépied en lien avec des éléments d'ambiance**

Ces éléments concernent à la fois l'ambiance de l'unité, du groupe patient ainsi que l'ambiance au sein de l'équipe dont l'état peut être une source significative d'informations. Ces éléments d'ambiance ont fait l'objet d'une mise en caractérisation de fonction nommée sous le terme thermométrique (35).

-L'ambiance du groupe patient

Outre les informations cibles et la charge de travail programmée, outre les besoins d'informations cliniques individualisées, la question de l'ambiance, du groupe vient compléter la représentation du travail qui a eu lieu et qu'il va falloir fournir. Il peut exister à la fois un faible niveau d'information cible, de soins programmés, et, une importante activité infirmière en lien avec la gestion des tensions individuelles et groupales. *« C'est électrique», « cela grimpe»* qualifient ces montées pulsionnelles et anticipent leurs expressions.

- L'ambiance de l'unité

Le personnel qui prend la relève exprime son besoin de connaître comment s'est déroulée la séquence précédente, avec une connaissance des éléments d'ensemble sur le groupe patients. L'ambiance constitue un élément manifeste dans la définition des priorités à gérer et dans l'objectif d'organiser son travail en fonction de ces dernières. Un cadre de santé en fera part : *« Avoir une vue d'ensemble du service permet aux infirmiers de percevoir la où les priorités qu'ils auront à gérer»* ainsi que cette infirmière IDE : *« Pour travailler, j'ai besoin de savoir comment s'est passée la séquence précédente, les points importants de l'ambiance générale.»*

Les éléments d'informations concernant l'ambiance de l'unité contribuent à l'assise de la séquence à venir et fournissent des indications sur le prévisionnel d'activité.

- L'ambiance de l'équipe

Les éléments relatifs à l'ambiance d'équipe apparaissent surtout lors de l'exploitation des réponses du pavé 3 de notre guide d'entretien. L'ambiance interne à l'équipe peut être en reflet de l'activité clinique du jour ou ne pas connaître cet arrimage. Les facteurs d'importance dont témoignent les professionnels interviewés reposent sur la qualité d'écoute de chacun des participants, sur le respect des uns vis-à-vis des autres ainsi que l'illustrent les propos qui suivent. Ainsi, cet infirmier ISP fera part de ses préalables pour se mettre en situation de travail : *« J'ai besoin que l'on me dise bonjour, alors on se sent bien et tout est plus facile»,* et cet autre infirmier ISP confirmera : *« Pour moi, l'ambiance au travail c'est très important. S'il y a eu des problèmes relationnels, prendre le temps d'en parler, ne pas faire monter la mayonnaise, mais tempérer, faire en sorte de ne pas rompre le dialogue»*. Une homéostasie groupale qui permet le maintien des capacités d'attention pour ce médecin : *« Pas de conflit aigus, que ceux qui partent ne soient pas trop épuisés, car sinon ils vont être dans la digression»*.

Enfin, nous associons à ce troisième élément du trépied caractéristique toutes les informations dépassant la vie de l'unité et concernant alors la vie institutionnelle, la vie de l'établissement, ses instances dont les informations syndicales, et toute information générale que les soignants pensent utile de partager.

Éléments de conclusions

Les temps de relève en unité de soins en psychiatrie apparaissent incompressibles. Ils ne peuvent se réduire à la transmission d'informations cibles qui ne rendent compte alors que de la prise en charge du patient en lien avec les soins directs. Cette information en l'état reste insuffisante pour présager et se construire une représentation de l'activité de la séquence qui commence.

La transmission orale reste une composante incontournable pour parler de tous *« ces petits riens»* du soin, et de la prise en compte des éléments de subjectivité que chacun a retenus de son contact au patient lors de sa séquence de travail. Ces derniers apparaissent aux professionnels comme autant de matériel clinique qu'il est important de partager et de transmettre pour alimenter la connaissance de la chacun et des manifestations de la pathologie.

Le déploiement du fil narratif lié à des éléments de l'histoire du sujet et le besoin de revenir sur la clinique correspondent à une actualisation et une intégration des informations nouvelles. Elles redessinent une mise en perspective qui vient donner un peu de sens à la référence holistique si souvent évoquée dans les principes généraux du soin dans les formations initiales notamment.

Nous avons pu observer lors de l'ensemble des relèves auxquelles nous avons assisté, la permanence des trois axes d'échanges que nous avons isolés. Si leurs volumes respectifs varient en fonction du moment de la relève, des contenus du jour, des besoins en attente, nous les avons à chaque fois retrouvées de manière répétée.

Ce constat nous amène à proposer une lecture de la relève construite autour de ce trépied, de ces trois temps comme les trois tiers de cette unité de temps. Le principe d'un trépied se définit par sa stabilité, même sur des terrains accidentés. **Ce trépied prend ici la valeur d'un invariant opératoire.**

La réunion de ce trépied comme élément constitutif de la relève avait été pointée par un des cadres interviewés qui avait systématisé sa pensée sur bien des points, nous le laissons conclure : *« La 1ére chose, c'est que les infirmiers ont besoin d'informations précises et fiables sur le faire et sur les décisions, pour ne pas avoir à rechercher des réponses à ces éléments et ainsi perdre leur temps. La 2ème chose, c'est qu'ils ont besoin d'avoir une connaissance clinique du patient et de son état du moment. La 3ème chose, c'est la connaissance de l'ambiance du service, c'est-à-dire des interrelations entre tous ces patients fragiles psychologiquement et en difficulté psychique et dont on sait que leurs difficultés de communication vont générer des tensions»*. Nous ne saurions mieux dire.

7.3.2 Le temps du tour

Le tour est une pratique fréquente en unité de psychiatrie. Notre attention s'est porté sur son caractère généralisé dans les unités investiguées sans que nous arrivions toujours à savoir son degré de parenté avec les organisations existantes. Il nous pas toujours été possible de distinguer, tant l'ancrage de cette pratique apparaît profond ce qui pouvait relever de l'habitude, (ou habitus de travail), de l'initiative, avec leurs composantes informelles, et d'une organisation. Nous distinguons ce tour de « la relève au chevet du patient » comme cela peut se pratiquer parfois.

Nous avons remarqué que cette pratique était générale et pouvait se décliner suivant plusieurs caractéristiques. Nous aborderons ensuite la nature des opérations que cette activité produit.

- **Les caractéristiques concernent :**

- Les différentes séquences de travail.

Toutes les séquences de travail connaissent cette modalité de présence infirmière qu'est le tour. Celle-ci est naturellement le cœur de l'activité lors des séquences de nuit, les passages sont réguliers et réitérés et ils appartiennent alors à la programmation d'activité.

Le moment du réveil et des accompagnements aux soins de base constitue un temps privilégié lors des séquences du matin. Il n'est pas exclusif d'autres moments dans la séquence.

Enfin, il est présent l'après-midi sans être alors en lien direct avec une des modalités organisationnelles précédentes.

- Le temps du tour.

Ce dernier peut être effectué à tout moment de la journée et de la nuit, mais des temps privilégiés existent. Ils se situent alors en post relève. Post relève du matin avec la mise en éveil progressive de l'unité. Post relève l'après-midi lors du départ de l'équipe descendante. Post relève le soir dans ces mêmes conditions.

Nous pouvons établir cette corrélation avec les relevés de production de séquences d'informel tels que nous les établissons dans la partie 6.2.5, dans les tableaux (tableau et figure n° 6) de synthèse des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par séquences horaires. La corrélation porte sur ce temps privilégié du tour et sur les relevés les plus producteurs en termes de recueil d'informel. Cette donnée s'établissant sur les trois séquences de travail.

- Les modalités du tour.

Tel que nous l'avons observé, le tour peut constituer une modalité de travail qui peut prendre plusieurs formes. Le temps du tour post relève en est la forme la plus avérée. Il constitue le moment où les soignants après avoir pris leur service, participé à la relève, passent plus spécifiquement au soin direct. Comme le note cet infirmier IDE ; *« Quand je prends mon poste, le tour, je trouve que cela va me donner une première note sur l'état du service, donc c'est important. Tout le monde ne le fait pas, moi j'ai besoin de la faire. C'est peut être un rituel, mais je sais qui est là.et de toutes manières quand il y a des tensions, cela est très palpable ».*

Le tour est préférentiellement effectué en individuel par un infirmier qui se désigne en délégation du groupe, quelquefois par deux soignants. Ils peuvent le faire conjointement ou se répartir les ailes de leur unité. Le tour se répète aux moments institutionnels de la séquence de travail (post relève, repas pour la journée, voir prise des traitements), mais il peut avoir un caractère beaucoup plus informel dans le cadre de la dimension sociopède de leurs activités. Il relève alors d'une initiative individuelle ou partagée, unique ou réitérée que nous pouvons également mettre en lien avec le souci exprimé précédemment d'avoir vu, au sens de s'arrêter un moment, auprès de tous les patients. (Voir le pavé de commentaires de la partie 7.2.3 relative aux éléments de satisfaction au travail). Certains soignants utilisent un support papier lors du tour, ou à distance immédiate du contact avec les patients de façon à rassembler les éléments d'informations qu'ils souhaitent voir s'actualiser.

- **Les différentes opérations afférentes au tour**

Effectuée en début de séquences de travail, cette activité se voit attribuer des opérations spécifiques. Elle correspond après la relève à la prise de service dans sa dimension de soins directs. Le tour permet alors deux opérations qui vont organiser la séquence : l'évaluation que fait le soignant de la situation clinique de chacun, actualisée par le temps de relève et la première mise en tension du prévisionnel d'activité.

Chacune de ses opérations peut se décliner en fonctions en lien avec l'informel telles que nous les avons caractérisées.

- Ainsi, **le temps d'évaluation** permet l'actualisation du tableau de présence, quels patients sont présents ou absents et pourquoi, et une opération de localisation, où se trouvent alors les patients présents. Ces premières opérations renseignent également sur les préférences ou les habitudes de vie des patients, sur les participations aux soins programmés. Cette connaissance aura ainsi sa traduction

clinique dans une adaptation spécifique de chaque soignant et dans la construction du repérage du côté habituel/inhabituel.

Ce temps de localisation est accompagné d'un temps de contact préalable. Celui-ci fait exister plusieurs fonctions. Il renseigne le ou les patients sur les infirmiers présents sur la séquence (fonction repère 223), il peut affirmer une matérialité des effets d'une permanence soignante (fonction 171), il constitue le temps propice pour reformuler si besoin les modalités de soins propres à chacun ou de les expliciter (fonction explicitation 121). Il favorise également un abaissement du seuil d'interpellation et d'ouverture à la relation (fonction 142). La fonction réassurance là aussi peut être mobilisée lors de ce temps de contact (fonction réassurance 234).

Cette activité ouvre aux soignants différents registres d'action dans ce temps de rencontre initiale. Ces registres peuvent prendre la forme d'un temps de reprise des informations éventuelles (fonction répétiteur 122), d'une fonction d'immersion (telle qu'elle est définie en 226) dans cette mise en disponibilité pour des patients, ainsi qu'une fonction d'observation (fonction 21c) qui s'active à une lecture sémiologique elle-même basée sur une lecture du registre habituel/inhabituel.

Toutes les fonctions en lien avec ce premier travail peuvent s'activer –ici, l'anticipation déduite éventuellement de la lecture des éléments d'observation et l'adaptation de mesure corrective ou d'accompagnement à prévoir (fonction anticipation 21f).

- La deuxième opération déterminante liée à cette pratique du tour est en lien avec la programmation du **prévisionnel d'activité.**

Outre les informations cliniques et ciblées, actualisées lors de la relève puis lors du contact direct avec chaque patient lors du tour, ce moment va préparer le déroulé du travail sur la séquence du professionnel. Le recensement des besoins, des attentes éventuelles, des évaluations portées sur les situations individuelles et groupales va se traduire par une programmation de la charge mentale. Celle-ci combine alors les éléments de la programmation de tâches ainsi que les éléments issus de ce repérage qui va s'organiser en parallèle et que nous nommons le prévisionnel d'activité (fonction 21d).

Nous avons vu par ailleurs (partie 7.2.3) l'importance de la réalisation de ce prévisionnel d'activité comme facteur constitutif de la satisfaction au travail et, a contrario, les effets délétères à terme du repérage de son impossible réalisation -ce que Yves Clot (2008) nomme *l'activité empêchée.*

La constitution de ce prévisionnel d'activité s'établit en mobilisant de façon élective une fonction qui lui est alors attenante et que nous nommons la parole en actes (212). Effectivement, le temps du tour est alors le temps de cette planification d'activité et la parole donnée dans ce sens au patient pourra fortement recouvrir cette fonction.

Enfin, ce temps du tour peut être répété dans la séquence de travail à distance de ce temps qui suit la relève. Les opérations qui se réaliseront dans ce cadre seront de même nature, seul en sera modifiés les aspects liés au moment inaugural de la séquence, c'est-à-dire les temps de présentation notamment et l'impact sur le prévisionnel d'activité qui devrait connaître une moindre reprogrammation de la charge mentale.

7.3.3 Démarche clinique et démarche de soin, une dimension circulaire

Commentaires généraux

La démarche de soins et la définition du rôle propre font partie des évolutions significatives qu'a connues la profession infirmière ces trente dernières années. Elles sont significatives dans le sens où le rôle infirmier n'est plus lié uniquement au rôle sur prescription. L'infirmer n'est plus uniquement un auxiliaire du médecin, il devient un professionnel de la santé. Elles apparaissent pour la première fois dans le programme des études d'infirmier de 1979 (Décret nº 79-300 du 12 avril 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État infirmier, p.21) et seront entérinées par le premier décret d'application du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier (décret nº 81-359). D'autres textes sont venus un peu plus tard conforter et encadrer cette évolution.

La démarche de soins s'apparente à une démarche de résolution de problème. Elle invite à systématiser un raisonnement et à ce titre elle fait l'objet d'un enseignement dans les IFSI. L'infirmier se voit proposer un cadre pour raisonner là où cette activité de pensée ne connaissait pas de cadre législatif auparavant.

La démarche de soins se décline en plusieurs étapes, recueil de données, analyse de la situation, élaboration du plan ou projet de soins, planification des actions, réalisation et évaluation. La pensée mobilisée est de nature inductive et déductive. Cette démarche globale représente une adaptation des soins à la personne soignée, elle comprend des éléments issus du prescriptif et du rôle propre.

La démarche clinique s'apparente à une démarche de problématisation. Elle prend en compte les réactions, les ressentis du patient face à la maladie. Les questions qui se posent pour les soignants cherchent à mieux connaître les vécus du patient en lien avec son hospitalisation, son rapport à la maladie, aux tiers, familles, soignants, etc. Thérèse Psiuk propose cette définition de la démarche clinique *« La démarche clinique est un processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne, mais également de ses capacités. [...] La philosophie de soins qui sous-tend cette démarche clinique est une conception humaniste des soins qui prend en considération l'expression personnalisée des maladies et les réactions comportementales de la personne à sa maladie, à son placement, à son hospitalisation, etc.»*. (*« Raisonnement clinique et personnalisation des soins»*, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-285-U-10, 2009, p.6).

La démarche clinique, par la connaissance et la prise en compte des réactions et de la manière de vivre du patient avec sa maladie ou ses difficultés, permet d'approcher les modalités de la prise en soins et d'évaluer l'impact des réactions de la personne sur l'évolution. La qualité d'une prise en soins tient en partie à la pertinence de ses éléments.

Dans ce schéma, la démarche clinique contribue à alimenter le recueil de données de la démarche de soins. Le déroulement est plus de type linéaire, la démarche clinique est suivie de la démarche de soins. Notons enfin, que depuis 2009 et la mise en place de la réforme du diplôme conduisant au titre d'infirmier, deux unités d'enseignement sont dédiées de manière spécifique à cet enseignement. Ainsi, les Unités d'enseignements, UE 3.1 et UE 3.2 sont-elles consacrées respectivement à la démarche clinique et au projet de soins.

Commentaires quant aux modalités de ces démarches en psychiatrie.

Nous avons vu que le temps du soin en psychiatrie s'organisait schématiquement à partir de deux moments organisateurs que nous avons nommés le temps de la rencontre et le temps du projet de soins. De même, nous avons vu que le diagnostic renseignait peu sur les niveaux d'autonomie, d'évolutions et de pronostics en regard de la grande hétérogénéité des évolutions des patients qui peuvent composer un même groupe diagnostic. Cette faiblesse prédictive et cette hétérogénéité renforcent l'individualisation de l'approche. Sans ce temps préalable, protégé momentanément des pressions du réel, où va se construire ou tenter de se construire une relation de proximité basée sur une connaissance sensible de la personne soignée, le deuxième temps du projet s'expose à des effets de placage.

Cette temporalité en deux séquences peut correspondre au temps de la démarche clinique et du projet de soins. La démarche clinique va se construire ici progressivement, elle va s'alimenter des multiples informations provenant à la fois des autres corps professionnels ainsi que du cheminement additionnel des observations du quotidien.

Les explorations successives vont se traduire à un moment par un raisonnement clinique coordonné qui donnera lieu à une formulation du projet de soins.

Nos observations et notre expérience nous montrent que ces deux temps vont continuer leurs existences propres et entretenir un rapport de symétrie entre eux. Les situations et les problématiques humaines traitées en psychiatrie s'inscrivent souvent dans des situations complexes. La problématique psychique n'est pas isolée d'une problématique sociale, parfois somatique, aux répercussions familiales, professionnelles. L'appréhension de cette problématique n'est pas isolée elle-même des effets de l'histoire du patient avec l'unité s'il est déjà connu, et, dans tous les cas, des effets de la relation transféro/contre transférentielle dans les perceptions des uns et des autres, ainsi que des effets liés aux mécanismes de défense particulièrement dans les pathologies de la lignée psychotique.

L'ensemble de ces éléments favorisera la permanence d'un raisonnement inductivo hypothético-déductif. Les hypothèses vont tenir compte de l'expérience acquise, des connaissances, des réflexions et jugements cliniques d'équipe, des nouveaux éléments de connaissance sur l'histoire de la personne soignée. Nous voulons souligner ici l'existence d'un mouvement et d'une récursivité entre les éléments de compréhension de la problématique psychique du patient et les démarches pour les saisir.

Ce principe entraîne alors une circularité entre les démarches cliniques et les démarches de projet de soins. Les éléments nouveaux recueillis dans le cadre de la démarche clinique viennent éclairer sous un angle renouvelé une situation donnée. L'intégration de ces éléments est susceptible de redessiner les lignes du projet de soins.

Ce constat d'une circularité traduit la complexité des situations, il permet également de soutenir une clinique de la durée dans la confrontation aux pathologies au long court marquée par les effets parfois délétères de la répétition.

8. LES CONCLUSIONS

8.1 Réponse à la problématique

8.1.1 Discussion en regard de questionnements d'auteurs infirmiers dans la profession

Cette recherche en soins infirmiers en psychiatrie s'intéresse aux fonctions de l'informel dans le cadre du travail infirmier en hospitalisation temps plein. Nous avons décrit dans ce rapport notre démarche méthodologique, puis présenté les résultats issus de la caractérisation des fonctions ainsi que les résultats généraux et enfin dégager des éléments significatifs sous forme d'invariants opératoires.

Cette première partie de conclusion va reprendre notre questionnement initial afin de le confronter à des questionnements de même nature portés par des auteurs professionnels infirmiers ou non. Ces questionnements ont en commun d'appeler à un développement, une affirmation, une identification, une caractérisation d'aspects spécifiques des soins infirmiers que nous pouvons inclure dans notre définition de *l'informel.* Ce travail de recherche devrait être en mesure d'apporter quelques éléments de réponses à ces différents questionnements. Nous proposons de faire maintenant dialoguer ces contenus et ces énoncés.

Jacky Merkling affirme que le rôle infirmier en psychiatrie ne se définit que dans la pratique. Il parle de l'héritage identitaire des Infirmiers de Secteur Psychiatrique et aborde leurs formes d'intelligence de situations en ces termes : *« [...] fondées sur la créativité, l'ingéniosité et l'intuition, elle lui a permis de faire face aux situations imprévisibles générées par la folie ou la détresse du patient. Pourvu de savoir-faire impalpables, indéfinissables, qui se conjuguaient à chaque fois différemment en fonction de situations, l'infirmier a développé cette intelligence non académique de manière empirique, à partir d'innombrables allers-retours entre réflexion et action [...] ».* (*« Le métier d'infirmier en Santé Mentale »*, Collection savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, 318 pages, p.148). Cet auteur appelle ensuite à la création d'une nouvelle identité qui passe par une capacité à définir précisément sa fonction, ses actes, sa technicité. *« Il n'est pas question, alors, pour le professionnel, de se débarrasser de son empirisme et de son intuition, qui sont synonymes de créativité, mais de donner à ces deux notions une dimension professionnelle et de les rendre plus opératoires ».* (*Ibid*., p.155). Cet auteur partage avec nous le constat que seul le travail prescrit fait l'objet d'une forme de reconnaissance, car il est la *« partie visible, palpable, mesurable, quantifiable du travail »* (Citation de Marie-France Custos-Lucidi, « Reconnaître le travail invisible », *Actualités Sociales Hebdomadaires,* n ° 2320, juillet 2003).

Enfin, il renouvelle le souhait affirmé de participer à une explicitation des actes et une volonté d'adopter une *« attitude de conceptualisation opératoire »* qui permettrait a l'infirmier *« [...] d'abstraire de ses actes les principes actifs fondamentaux »* (*Ibid*., p.179). Ces souhaits et ces objectifs ont été les nôtres et cette recherche constitue une forme de réponse qui va dans le même sens : S'intéresser aux situations en lien avec *l'informel*, et contribuer à repérer et établir une dynamique des processus psychiques en cours permettant de lier les actions du réel à des finalités plus larges.

Stéphane Lambert a contribué à impulser le travail de recueil de récits d'infirmiers en psychiatrie rassemblés dans l'ouvrage « Être là, être avec ». Il porte un constat similaire sur ces *savoirs agis* qui constituent *« [...], la partie la plus étendue des soins infirmiers en psychiatrie, celle qui recouvre une relation de proximité avec la folie, la souffrance des patients ».* Cet auteur constate ensuite que *« Les éléments les plus subtils des soins sont issus d'un quotidien incertain, difficile à anticiper sans en avoir auparavant été imprégné par l'expérience, c'est-à-dire sans l'avoir vécu dans la durée. Il s'agit au fond d'une lente imprégnation de signes perçus lors de situations qui peuvent se ressembler, mais qui sont toujours uniques ».* (Orofiamma, Roselyne, Ouvrage collectif, *Être là, Être avec, Les savoirs infirmiers en psychiatrie,* Édition Éducation Permanente, octobre 2006, 206 pages, p.17).

Ces auteurs ont en commun une volonté d'approcher les contenus de ces savoirs. Et si les savoirs sont impalpables et indéfinissables pour le premier, subtils pour le deuxième, leurs caractérisations restent en attente

Emmanuel Digonnet et ses coauteurs ont également repéré cette dimension des soins liée au quotidien quand ils nous disent que *« Les petits soins du quotidien sont souvent invisibles. Ils paraissent aller de soi. Et pourtant, ce sont les soins les plus complexes »* (*«Schizophrénie et soins infirmiers »,* Collection Souffrance psychique et Soins, Ed. Masson, Paris, 2004, 296 pages, p.120).

Ils accordent à cette dimension des soins une position d'élément central de la construction de la relation de confiance. *« Ces petits soins sont le socle sur lequel la relation avec les soignants va évoluer. Les soignants sont " simplement " attentifs aux besoins du patient. Ils le sont "tranquillement " [...] C'est parce que ces soins du quotidien existent qu'ils les proposent à chaque patient et continueront quoiqu'il arrive à les lui proposer que le patient va petit à petit apprendre à leur faire confiance »* (*Ibid.* p.121).

Patrick Touzet appelle en 2009 à une élaboration de cette pratique *« La clinique du quotidien doit se décomplexer par rapport aux psychothérapies et élaborer une théorie de la pratique qui irait dans ce sens ».* (« La clinique du quotidien, du vécu à une tentative de théorisation », *Soins Psychiatrie,* nº 264, septembre/octobre 2009, pp. 18-21, p.21). Il poursuit sous forme d'appel *« il appartient aux soignants de faire reconnaître cette clinique, car c'est sur elle que repose la psychiatrie de secteur ».*

Raymond Panchaud et Michel Miazza écrivent pour démontrer les potentialités thérapeutiques du travail du milieu, en particulier en direction de patients pour qui l'accès aux soins est difficile. Ce soin passe notamment par les soignants infirmiers et ils formulent alors cette interrogation : *« Comment mettre en évidence ce soin psychique difficile à voir, à percevoir et à concevoir, alors qu'il répond aux besoins de nombres de patients psychiatriques, et qu'il est également l'essence même des soins infirmiers en psychiatrie ? Ce soin du quotidien, cet environnement soignant qu'organisent les infirmiers [...] fait appel à des savoirs subtils, aux capacités personnelles [...] des acteurs dans les espaces informels de leur pratique ».* (« *Environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie »,* EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) savoirs et soins infirmiers, 60-705-N10, 2011, pp.1et2)

La clinique du quotidien tient une place importante, voire centrale pour ses auteurs. Ces définitions et ces dénominations recouvrent la même dimension des soins infirmiers que le terme d'*informel.* Les approches et les repérages se font plus précis pour les premiers. Il existe une dimension difficilement saisissable vis-à-vis de cet objet pour le second. Il résiste à se laisser circonscrire, semble vouer à l'évanescence quant aux tentatives visant à l'appréhender, il est là, difficile à voir, mais il échappe.

Nous avons également en mémoire, alors que nous cherchions à alimenter nos premières réflexions sur notre thématique des propos d'auteurs ici non infirmier. Ces propos allaient se révéler être de précieux aiguillons.

Tout d'abord, celui de Paul Fustier relevé lors d'une conférence. Il a sans doute contribué dans l'après-coup à solidifier notre démarche. Nous citons le propos conclusif de son exposé d'après nos notes, il évoquait la nécessité *« De formaliser l'informel pour rendre audible ce travail, juste le rendre visible et acquérir ses lettres de noblesse culturelles (citant Pierre Bourdieu) en **en payant le prix du sérieux théorique** ».* (« *La vie ordinaire en institution pourrait-elle être soignante ? »,* Notes de conférence Intervention journée AIN-PSY, Bourg-en-Bresse, 16 novembre 2001).

Ce propos et cet appel allaient trouver quelque temps après un autre écho qui venait les compléter. L'auteur Gilles Vergnaud intervenait sur les concepts émergents dans une discipline en direction d'un public infirmier réuni dans le cadre de journées sur la recherche infirmière. Son abstract précisait *« Il faut un cadre théorique pour penser la conceptualisation contenue dans l'activité de travail, ainsi que pour penser la relation entre la forme opératoire et la forme prédicative de la connaissance*. » L'intervenant insistant sur l'importance ***de payer le prix du détail*** et de l'analyse dans les zones de *proche développement.* (« *Les concepts émergents dans une discipline »,* Journées de formation ARSI, 21 et 22 janvier 2002, Paris).

La nécessité de se confronter à son objet d'étude est affirmée par ces deux auteurs. La référence à la recherche n'est pas explicite dans leurs propos, mais la nécessité de systématiser rigoureusement notre thématique s'en trouve affirmée. Nous étions dans les phases initiales de nos questionnements et ces derniers propos allaient suivre leur chemin. Nous relevons une communauté d'expressions pour le formuler telles : payer le prix du détail, payer le prix du sérieux théorique.

Nous avons choisi dans ce développement de la conclusion de dialoguer avec ces auteurs. Il s'agit pour nous de faire état de ces constats et de ces attentes partagés. Ces derniers reflètent nos questionnements et ceux que nous percevions autour de nous.

Notre recherche sur *l'informel* peut représenter une contribution aux questions de ces auteurs dont nous pouvons préciser les contours.

Ainsi, nos caractérisations de fonctions proposent une lecture du réel de l'activité de soins des infirmiers en psychiatrie qui permette de donner du corps à cet impalpable, des contours à ces indéfinissables. Certaines subtilités du soin infirmier en psychiatrie sont identifiées et contribuent à leur dévoilement. Notre attention de recherche s'est fixée sur le réel de l'activité au quotidien de ces soignants à des fins de mise en évidence. L'outil d'observation a été précieux à cet endroit et nous partageons la conclusion d'Anne Marie Arborio et Pierre Fournier quand ils précisent *« L'intention d'une recherche recourant à l'observation directe [...] est non de dénoncer ou de sanctionner, mais de "rendre justice" aux enquêtés de leurs actes, contre un mouvement spontané qui ne les reconnaît pas »*. (François de Singly (dir.), « *L'enquête et ses méthodes : L'observation directe »*, Collection Sociologie 128, "Nathan 1999 ", Édition Armand Colin, 2005, 2ème édition, 126 pages, p.116).

Le repérage de gestes et d'actions de ce quotidien peut trouver à s'étayer sur des caractérisations de fonctions, lesquelles renvoient à la présentation d'un corpus que la recherche nous a permis de construire.

L'exigence théorique qu'appellent nos précédents auteurs peut être soutenue. La théorisation ancrée nous a amené jusqu'à l'étape de validation théorique. Cette théorisation peut être facilitante quant à la mise en sens et en lien des « petits soins », des « micros actes ». Elle peut contribuer alors à les inscrire dans un ensemble et des perspectives plus vastes.

Nous voulons souligner ici que l'effort théorique porte sur les dynamiques des processus psychiques en cours chez les soignants.

Il s'agit de partir d'une situation extraite de la « banalité » du quotidien et de la déplier en regard de sa fonction. C'est-à-dire lui donner une consistance dont l'épaisseur ainsi acquise contribuera à l'extraire du registre de la simple banalité.

Ces espaces informels liés aux éléments du quotidien constituent encore aujourd'hui un lieu identitaire et originel pour Raymond Panchaud *« c'est dans cet espace que cette profession a construit son identité et ses savoirs propres »*. (*Ibid*., p.2). Nous observons également que le soin infirmier en psychiatrie passe puissamment par le quotidien et nos résultats nous permettent de dire que le lien dans cette banalité est un lien soignant.

Enfin, approcher cette activité *informelle,* en payer « le prix du détail » a nécessité la structuration d'une recherche en soins dont le vigilant souci méthodologique devrait soutenir le passage au statut de preuve ou de données probantes. Cette position se double pour nous de l'adoption d'un changement de posture. Pour reprendre le mot de Claire Héber-Suffrin, celle-ci consiste à passer du stade *de* ***s'autoriser*** à conduire une recherche à celui de ***s'auteur-riser*** à l'écrire en vue de perspectives de diffusion. Nous employons ces termes dans le sens de cette auteur quand elle soutient que ; *«S'autoriser, c'est se donner de l'autorité, c'est-à-dire le droit, le pouvoir de prendre des décisions. S'auteuriser, c'est accepter, revendiquer de faire acte de création [...] »*. (*« Quand l'Université et la Formation réciproque se croisent »*, Sous la direction de Claire Héber-Suffrin, Editons l'Harmattan, Collection Education, Paris, 2004, 319 pages, p.223).

De même Pascal Galvani, lors d'un article traitant de *l'étude de sa pratique* comme d'une *autoformation existentielle par la recherche,* s'autorise cette extension sémantique signifiante. Il en parle dans un chapitre dont le chapeau introductif est ainsi énoncé : *Production de savoir autorisation et auteurisation.* Il remarque qu'un des blocages majeurs des praticiens chercheurs est d'imaginer dans un premier temps que la théorie n'est pas pour eux, ces savoirs sont perçus alors comme appartenant à un monde dominant. Il constate le dépassement de cette situation initiale lors des parcours de

recherche des praticiens sur leurs pratiques et il nomme ce phénomène, *l'émancipation du complexe d'Athéna,* en référence à la mythologie grecque. Rappelons qu'Athéna, déesse de la sagesse, est sortie toute armée du crâne de Zeus, « *elle représente le savoir qui semble sortir tout construit de l'esprit des savants* ». (*"Etudier sa pratique :* une autoformation existentiel par la recherche", Présences, Revue des pratiques psychosociales, www.uqar.ca, consulté le 26 octobre 2009, 11 pages, p.9).

Il note alors, dans un constat que nous partageons, que les praticiens *« réalisent que tous les savoirs théoriques sont des constructions provisoires et ils développent un rapport dialectique constructif aux théories des différents auteurs. Ce processus d'**autorisation** dans le domaine de la pensée est aussi un processus d'**auteurisation** si l'on en juge par le taux de publication ».* (*Ibid,* p.9).

8.1.2 Discussion en regard des conceptions quant à l'utilisation des soins infirmiers dans les unités d'hospitalisation temps plein

L'indication d'hospitalisation en unité temps plein, proposée à un moment donné pour un patient donné, porte en elle une indication de soins infirmiers et sous-entend la question liée à l'hébergement. À l'issue de cette recherche et au vu de nos résultats, nous nous proposons d'apprécier comment l'offre de soins infirmiers peut être utilisée dans ce cadre en regard des orientations et des conceptions de soins dans les unités.

Notre propos s'organisera essentiellement autour du triangle : patient, médecin ou pôle psychothérapique, équipe entendue de manière restrictive ici au niveau de l'équipe infirmière. Nous appliquons cette restriction sur ce triangle à des fins d'illustration. Les quelques auteurs que nous citons pour dialoguer sur ces conceptions ont en commun d'avoir théorisé la complémentarité de ces éléments de l'hospitalisation, c'est-à-dire de s'être attachés à la dimension institutionnelle du soin.

Cette problématique est résumée non sans malice par Jean Oury quand il se pose à lui-même cette question *« Quand on prend en charge un psychotique ou un schizophrène, même si on le voit avec des techniques plus précises [...], si on le voit une fois, deux fois, même trois fois par semaine, je fais le compte, dans une semaine il y a sept jours. Sept jours moins une demi-heure, moins une heure, il reste quand même pas mal de temps ! »* (Point de vue, *Revue Vie Sociale et Traitement*, nº 65, janvier 2000, pp. 8-13, p. 8). Effectivement, il doit rester 166 heures. Pour cet auteur, ce temps peut être utilisé lors de points de *« référentiabilité multiples », « de tout un milieu qui peut fonctionner [...] Ce qui compte, c'est l'ensemble ».* (*Ibid.* p.9).

Pour le courant de la psychothérapie institutionnelle dont Jean Oury constitue une figure, le dispositif de soin est un ensemble qui tire sa cohérence de sa complémentaire hétérogénéité. La place de chacun et des infirmiers n'est pas définie par une subordination à son statut, mais comme un élément du dispositif. L'important est qu'il se passe quelque chose pour le patient, que ce soit à l'occasion d'échanges, d'opportunités relationnelles avec ou sans support. L'idée est de programmer l'aléatoire. En ce sens, les éléments identifiés dans notre étude ont alors de l'espace pour se déployer.

Paul Claude Racamier (« *La psychanalyse sans divan* », Paris, Éditions Payot, 1970) est connu pour s'être attaché dans les années soixante-dix à conceptualiser les pratiques institutionnelles. Il différencie les rôles psychothérapiques (ou traitement) et les soins institutionnels. Ces derniers concernent les éléments de la réalité externe des patients. Il développa des concepts célèbres de la fonction soignante comme la fonction d'aide au moi et celle d'ambassadeur de la réalité.

Les références à la réalité interne des patients, confiées aux psychothérapeutes et la réalité externe aux soignants infirmiers notamment ont été développées par Philippe Jeammet. L'espace psychique est pensé dans une dimension élargie à l'espace institutionnel. (« Réalité externe, réalité interne, importance et spécificités de leur articulation à l'adolescence », *Revue française de psychanalyse*, 1980, n°44, pp. 481-521).

Citons Paul Fustier (2009) qui s'arrête sur les institutions soignantes et la double prise en charge. Il introduit dans son modèle théorique de prise en charge, le *vivre avec* organisé autour de la permanence pour les soignants et *l'acte technique* organisé autour de la séquence et de la séance (ou consultation). (« Institution et double prise en charge », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, nº 13, 1989, pp. 59-75, p.59). Jacques Hochmann (1986) et ses écrits sur la réalité partagée

dans le traitement des psychotiques se doivent d'être également nommés. Il parle de la vie quotidienne, des activités liées aux repas, aux loisirs comme porteuses d'une fonction soignante.

Ces auteurs ont en commun d'avoir pensé et proposé des théorisations des dispositifs hospitaliers qui réunissent et pensent dans un ensemble ces deux pôles des soins.

Suivant les orientations, nous retrouverons séquence médicale et permanence infirmière, consultations médicales et aspects liés à la vie quotidienne, pôle thérapeutique et pôle institutionnel, fonction de l'hospitalisation et utilisation de ce potentiel thérapeutique, prise en charge médicale et prise en charge institutionnelle, réalité interne des patients liée au rôle médical et réalité externe dévolue aux infirmiers, etc.

Nous ne prendrons pas part à ce débat dans le cadre du rapport et nous nous contenterons de souligner que le point important réside dans **l'existence même** de ces conceptions et de leurs références unifiantes. Les résultats de notre recherche sur *l'informel* peuvent s'intégrer du côté du quotidien des soins infirmiers. Leur transférabilité peut toujours venir nourrir les dialectiques en cours. Ces éventuels apports et leurs arguments ne peuvent, selon nous, que renforcer mutuellement la dynamique de ces conceptions quant à l'utilisation et la finalité des soins infirmiers en unité temps plein.

Cette question se pose différemment pour les services et unités où cette réalité institutionnelle se trouve peu référencée. Quand l'écart entre le pôle psychothérapique/ médical et infirmier/quotidien tend à se creuser, ses matérialisations peuvent se traduire de manière architecturale avec un bloc consultations séparé de la partie hébergement. Cette étanchéité peut naturellement se retrouver sur des lieux partagés. D'autres manifestations en seront une juxtaposition des prises en charge individuelles laissant insuffisamment investie la dimension institutionnelle du soin.

Depuis longtemps ce risque de déliaison est formulé par les soignants, ainsi en 1988, C. Le Breton and all notaient *« Entreprendre des psychothérapies individuelles ou de groupe au sein d'une institution, sans prendre en compte le réel du quotidien, c'est risquer l'échec et des réactions antithérapeutiques tant au niveau du patient que de l'équipe soignante* ». (« Réflexion sur la spécificité du soin infirmier en psychiatrie", Soins Psychiatrie, nº 90, Avril 1988, pp. 37-40, p.39).

Avec cette formulation, nous souhaitons définir la dimension institutionnelle comme l'articulation complémentaire et croisée des ces deux volets du soin proposés aux patients hospitalisés. Lorsque le constat de l'organisation des soins fait état d'une telle déliaison, d'une discontinuité non voulue, nous imaginons que l'intégration des résultats de notre recherche dans ces contextes, si elle pourrait être de nature à renforcer et à requestionner l'exigence sur la consolidation de cette dimension institutionnelle, achopperait sur cette limite.

Notre recherche sur *l'informel* est adossée à un travail du milieu (Panchaud, Miazza, 2011). Son utilisation, dans l'hypothèse d'une réintégration des résultats dans les pratiques des infirmiers, s'inscrit certes préférentiellement en direction d'un public d'infirmiers, mais touche cette dimension institutionnelle qui est le moteur de son déploiement. Le travail sur le dispositif institutionnel, l'appui sur les situations du quotidien conditionnent pour une bonne part le soin en psychiatrie. Ces éléments forment un bloc**. L'intégration des résultats de la recherche et les compétences infirmières attendues sont elles-mêmes conditionnées par un cadre de travail qui favorise ou non leurs déploiements.**

En effet, du côté du patient, l'indication d'hospitalisation répond à différents besoins tels qu'un encadrement adapté, une structure contenante, un holding, l'accès aux soins parfois... et l'accès à la psychothérapie. Nous savons que les patients les plus gravement perturbés n'ont pas accès à la psychothérapie, définie ici comme stratégie thérapeutique organisée dans une relation individuelle. Raymond Panchaud et Michel Miazza remarquent judicieusement que *« Cette question a malheureusement souvent été posée à l'envers, c'est-à-dire par défaut d'accès à la psychothérapie individuelle plutôt que comme une indication positive à la pluralité relationnelle et au langage de l'acte»*. (*Ibid.*, p.4). La pertinence de cette formulation adapte les conceptions de soins aux besoins des patients. L'indication d'hospitalisation prononcée quelquefois par défaut peut ainsi reprendre une prérogative positive. L'hospitalisation reste alors le meilleur lieu de soin du moment qui intègre la pluralité des traitements disponibles dont le travail *informel* de l'infirmier en psychiatrie et ses caractéristiques.

Finalités quant à l'utilisation des contenus liés à l'informel en regard de ces conceptions

Les principales propriétés de ce travail de l'informel dans les soins infirmiers ont été précisées lors de la caractérisation des fonctions. Le déploiement des multiples fonctionnalités concourt à créer une ambiance favorable, une ouverture à la relation en vue d'un abord ou d'une accroche. Il s'agit de construire des liens organisés sur **des relations de confiance**. Annie Vasseur et Marie-Christine Cabie définissent ainsi cette relation de confiance *« La construction de la relation est primordiale dans le processus thérapeutique, et dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance. Il est indispensable que le patient nous fasse confiance. Cela implique la confiance du thérapeute dans les capacités et les compétences du patient»*. (« La construction de la relation de confiance», *Recherche en soins Infirmiers,* nº 82, septembre 2005, pp. 43-49, p.43). Cette relation se construit à partir d'un crédit de confiance. Elle nécessite de pouvoir être donnée, c'est-à-dire s'éprouver, avant de pouvoir éventuellement être rendue, partagée dans le cadre de la relation.

Michèle Tortonèse parle à ce propos de prise en charge infirmière globale, elle note sans les nommer des effets de cette prise en soins *« Parallèlement à des soins de haute technicité, une approche et une attention plus douce, plus calme et plus humaine, portée aux personnes malades dans une prise en charge infirmière globale, permettent l'investissement des patients comme acteurs et favorisent la continuité des soins»*. (« Des pistes pour un master infirmier en psychiatrie», *Soins Psychiatrie,* nº 277, novembre/décembre 2011, pp. 26-29, p.27).

Nous avons vu avec les caractérisations des fonctions, comment dans les mille et un détours de la vie de l'unité, dans la fugacité des instants comme dans l'enveloppe de la permanence, comment pouvait se décliner cet investissement positif soignant *«Ce qui constitue selon Racamier le "moteur du soin psychique" ».* (*Ibid*., p.6).

Notre propos à ce stade est de souligner que la qualité de cet environnement soignant et les registres de *l'informel* mobilisés sont de nature à jouer un rôle sur la survenue d'une alliance thérapeutique. Lucien Bonnafé parlait à cet endroit de *poïétique* pour décrire ces relations entre soignants et patients dans leurs capacités à générer et capter des messages. Une poïétique entendue comme un *faire* producteur de quelque chose. Éléments d'ambiance dont Yvan Halimi, président de la Conférence des présidents de CME de CHS, constatait à leurs propos dans une déclaration *« Tous les facteurs de création du lien sont extrêmement dégradés, les temps de rencontre avec les patients et les familles sacrifiés. Alors que le meilleur garant contre la violence, c'est la qualité du lien entre patients et soignants»*. (Cécile Prieur, La pénurie de personnel au cœur de l'insécurité en psychiatrie, journal *Le Monde,* édition du 13 mai 2005).

Nous retenons ici le concept d'alliance thérapeutique (ou alliance d'aide, de travail), en fonction de la solidité de son socle de définition. Le terme décrit l'espace de collaboration active et mutuelle entre thérapeutes et patients. En effet, il est attesté que cette collaboration est corrélée à de bons résultats en psychothérapies. (Horvath, Symonds, 1991). De très nombreuses études ont mis en évidence un lien entre alliance et résultats. Jean-Nicolas Despland note *« que la recherche a mis en évidence de manière répétée et consistante l'importance de l'alliance thérapeutique pour prédire les résultats des psychothérapies»*. (« L'évaluation empirique des psychothérapies», *Psychothérapies,* 2006/2, Vol 26, pp. 91-95. DOI : 10.3917/psys.062.0091, p.93)

Raymond Panchaud et Michel Miazza notent que *« la qualité du lien va être déterminante pour construire une alliance thérapeutique»* et qu'un certain nombre *« d'activités peut-être banales sont les leviers les plus accessibles pour nouer cette relation»* (*Ibid*., p.10). Ils constatent également qu'*il est désormais communément admis que des échanges soutenus à travers de multiples activités sont des opportunités relationnelles qui vont apporter un support aux échanges et renforcer l'alliance thérapeutique »* (*Ibid.,* p.6)

Le travail infirmier en psychiatrie caractérisé par ses fonctions en lien avec *l'informel* est de nature à concourir de manière significative et parfois déterminante à la construction d'une alliance thérapeutique. **L'ensemble de ces actions en lien avec l'informel appartiennent et sont dans le cadre du rôle propre infirmier.** Rappelons que celui-ci est défini et construit sur deux notions, l'autonomie et la responsabilité. Le guide terminologique des soins infirmiers le définit comme *« [...] un domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel lui sont reconnues une autonomie et la capacité de jugement et d'initiative [...]. Dans ce domaine, l'infirmière est responsable des décisions qu'elle prend et de leurs réalisations ».* (Terminologie des soins infirmiers, Ministère de la Santé, glossaire provisoire, nº 3, série SI, Paris 1986, B.O nº 86/21 bis, p.41).

La construction d'une alliance thérapeutique est entendue dans ses dimensions singulières (référence psychothérapique et référence infirmière) et collectives vis-à-vis de l'équipe d'unité d'hospitalisation.

Suzanne Parizot pointait cette dimension qu'elle nomme une évidence *«C'est une évidence qui commence à interroger beaucoup de psychiatres. On ne peut que constater **l'absence** de données internationales évaluant directement les soins institutionnels. Sur l'hospitalisation des patients schizophrènes, on a des études descriptives purement statistiques ou des récits cliniques, mais **jamais** une recherche évaluative de la validité de telle ou telle hospitalisation ou non-hospitalisation ».*
(« Entretien avec Luc Ciompi », *La lettre de la schizophrénie,* nº 26, mars 2002, pp17-20, p.20).

La construction de cette alliance doit pouvoir s'articuler secondairement à cette notion d'équipe sur un secteur donné. La continuité et le partage de cette alliance nécessitent des stabilités de référence particulièrement lors de soins au long court. C'est par la mobilisation de ces ressources que l'alliance thérapeutique, favorisée initialement lors de séquences liées à l'informel, connaîtra des conditions favorables à son maintien. Le phénomène du *revolving door* montrant inversement les insuffisances de cette construction.

8.1.3 Discussion sur la place de l'informel, comme élément du réel de l'activité, en regard des définitions du travail

Nous avons vu lors de la présentation de notre problématique en quoi l'insuffisante prise en compte de ces réalités peu visibles du travail infirmier en psychiatrie en lien avec *l'informel* venait impacter les organisations et les soins.

Les conséquences de cette situation se font sentir sur deux niveaux : soit en termes d'évaluation de la charge en soins ; soit en termes de clinique infirmière du quotidien et de son relai dans le travail d'équipe.

Rappelons à ce propos que l'absence de caractérisations de ces pans de l'activité infirmière entraîne d'une part des écarts considérables dans les évaluations de charge et d'autre part une absence d'enseignement en formation initiale et continue. Par exemple, là où il est pratiqué, le tutorat des infirmiers intégrant la discipline se déploie pour une large part sur la transmission de ces savoirs issus de la conceptualisation clinique de ces temps informels. Mais ce tutorat reste sans effet sur les cadres de travail qui ne sont pas favorables à l'accueil et au déploiement de ces savoirs. Cette question constitue par ailleurs une des limites du tutorat quand celui-ci en vient à réifier l'écart qu'il souhaite contribuer à réduire. Nos résultats, organisés autour des caractérisations des fonctions, montrent que leurs déploiements et partiellement leurs existences sont optimisés quand les savoirs associés à l'informel peuvent s'adosser à des cadres de travail qui les favorisent.

Ces dispositions favorables tiennent en deux points.

- Le premier concerne une convergence et une cohérence de travail avec des orientations médicales et des conceptions d'encadrement. Ce point est présent dans nos résultats et **saillant** dans l'analyse du niveau d'investigation Équipe sur la partie 6.3.3.

- Le deuxième est en lien avec l'activité et l'organisation des unités dans le sens d'une charge qui peut être conjoncturellement dense. Il existe des variations, des *coups de feu,* mais qui ne le sont pas de manière structurelle. L'intensification du travail exacerbe les tensions entre le désir et la fierté de soigner qui est un élément de base du métier et la réalité des contraintes qui ne permettent pas ou plus cette réalisation. Cette intensification et la tension qui en résultent ne sont alors plus propices à un équilibrage de cette charge par le déploiement des fonctions liées à *l'informel.* L'amortissement d'une densité d'activité se paye du prix d'un rabotage de ces temps.

Nous reconnaissons que ces éléments d'évaluation sont complexifiés en psychiatrie du fait de la multitude des variables à intégrer. Il nous semble à cet endroit que les éléments de satisfaction au travail, tels que nous avons pu les identifier constituent un indicateur pertinent. C'est-à-dire que les éléments de satisfaction concernent la réalisation de la tâche primaire, mais en intégrant et en conjuguant les deux volets de l'activité. Il s'agit alors de réaliser ce que le soignant **doit faire** et ce qu'**il pense devoir faire.** Nous nommons ce dernier « prévisionnel d'activité »**.** Le premier volet touche à la réalisation de la tâche et du prescriptif et le second touche aux exigences de différentes natures que le soignant se donne quant à la réalisation de son métier. Ces éléments touchent alors à la qualité des soins.

Concernant les études ergonomiques et psychodynamiques du travail des soignants en général et des infirmiers en particulier, leurs constats sont convergents, semblables, leurs préconisations similaires et cela depuis maintenant des années.

L'informel tel que nous l'avons caractérisé est le lieu fécond des mouvements d'ajustements, de ressources et de communications. À ce titre, il croise les paramètres de ces différentes études. Citons Madeleine Estryn-Behar dans un article (hors psychiatrie) en lien avec les exploitations des résultats de l'étude Presst-Next dont le résumé postule « *L'absence de lieux propices au partage d'information est toujours retrouvée. Le retentissement sur le temps passé auprès des malades est mis en évidence [...] ».* (« Protocolisation et/ou collectif de travail ? Outil informatique et/ou personnalisation des soins ? », 2009, www.presst-next.fr, consulté le 11 octobre 2011). Les conclusions sur une autre partie de cette même étude d'envergure Presst-Next sur la crainte de faire des erreurs parmi les infirmiers sont établies ainsi *« Une réduction substantielle des erreurs de soins ne surviendra pas tant qu'une attention plus importante ne sera pas donnée aux solutions humaines telles que l'amélioration du travail d'équipe et de la communication au sein des équipes soignantes ».* (Estryn-Behar, Madeleine, and all, Cahier 198, "Interactions entre qualité et facteurs humains dans les soins, Facteurs liés à la crainte des erreurs parmi les infirmiers "; *Gestion hospitalière*, mai 2006, pp. 364-372, p. 372).

Concernant la psychiatrie, cette même étude conclue sur des aspects de l'exercice dans cette discipline : *« Cela donne une lourde responsabilité à un mode de management et à une conception du soin qui méconnaît le contenu réel du travail et le savoir - faire de soignants reconnus par les membres de leur équipe. Ces soignants ont encore l'espoir et cherchent un « lieu où ils puissent exercer en étant soutenus psychologiquement, où ils ne seraient pas débordés, et où de fait les facteurs favorisant la violence seraient moindres».* (M. Estryn-Behar, N. Duville and Co, *"Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois pays européens"*, Annales médico psychologiques, 2006, Elsevier Masson SAS, pp.732-748, p.747). Toujours l'étude Presst-Next sur les facteurs d'abandon précoce de la profession avec ici le résumé de leurs conclusions : *«Ces résultats remettent en question le développement d'un nouveau management qui promeut la flexibilité des postes et des horaires, et qui réduit les possibilités de soutien au sein des équipes. Il entraîne aussi une incertitude pour les soignants concernant des aspects techniques de travail, et un manque de temps pour l'éducation et l'accompagnement des*

patients». (Jasseron, C and all, « Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante», *Recherche en Soins Infirmiers*, nº 85, juin 2006, pp. 46-64, p. 46).

Ivan Sainsaulieu commente dans un article les effets de la gouvernance, il constate que les réalités de travail des infirmières sont insuffisamment connues, à l'image du défaut de recensement de notre objet de recherche. Il rejoint alors les enquêtes précédentes et ponctue : «*Autrement dit, le poids des réformes visant à l'amélioration de la productivité (parfois euphémisée sous le terme "amélioration de la qualité des soins") est essentiellement supporté par les personnels en place. [...] Le bien du patient est souvent invoqué pour légitimer les réformes, mais le temps économisé se fait au détriment du patient*». (« Modernisation et gouvernance de l'hôpital : principes, pratiques et effets», EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), savoirs et soins infirmiers, 60-210-M-10, 2011, p.5)

Les fonctions de *l'informel* nécessitent une souplesse d'adaptation et une marge de latitude pour se déployer et se conjuguer avec la réalisation de la tâche. La nécessité de mettre en pensées ses actions se renforce en unité de psychiatrie d'un besoin de mise en sens. Yves Clot évoque dans les conclusions de son ouvrage l'importance de ses marges de liberté dans le travail. Il souligne les propriétés *du temps libre* face aux temps contraints de l'intensification du travail. *« Car, au fond, "bien" travailler aujourd'hui réclame toujours plus d'avoir le "loisir", dans le travail lui-même, de penser et de repenser ce qu'on fait. Ce loisir**, c'est le temps qu'on perd pour en gagner**, l'imagination de ce qu'on aurait pu faire et de ce qu'il faudra refaire, soi-même et avec les autres. La qualité du travail est maintenant indissociable du dégagement d'un "temps libre" en son sein*». (Le *travail sans l'homme*, Édition La Découverte/poche, Paris, 2008, 299 pages, p.267).

Le terme temps libre n'est pas anodin, il évoque bien sûr une temporalité privée et ici privée du travail. Notre auteur poursuit *« La qualité du travail trouve paradoxalement de plus en plus ses ressorts dans l'interruption de l'action, là où l'activité s'arrête pour faire reculer ses limites. [...] Car, c'est la possibilité préservée de s'étonner, la curiosité nourrie par l'échange au sein de collectifs humains tournés vers le réel ; ce réel qui tient si bien tête aux idées reçues. La pensée y circule pour progresser*». (*Ibid*., p.267-268).

Yves Clot termine son propos en soulignant *« Le travail contemporain sollicite le loisir de **déchiffrer**, alors que, simultanément, il est trop souvent soumis à la seule injonction de **chiffrer***». (*Ibid*., p.268). Une analyse sur le travail en général et qui concerne le cœur du travail en psychiatrie. Un temps de subjectivation de ses actions, de retour sur le collectif de travail qui recoupe les fonctions que nous avons caractérisées avec le niveau d'investigation équipe.

L'informel tel que nous l'avons circonscrit est à la croisée de ses regards sur le travail en général et sur le travail des infirmiers en psychiatrie en particulier. Ces temps informels n'ont pas d'existence dans les organisations, ils ne bénéficient d'aucune reconnaissance en termes de ressources professionnelles dans les soins ou en termes de fonctionnement pour une équipe. Ils peuvent être protégés comme dans le cas de notre étude par des lignes de pensée institutionnelles, médicales et d'encadrement qui honorent le travail d'équipe en psychiatrie. Mais cette protection se révèle momentanée, fragile, transitoire, soumise aux aléas des trajectoires des professionnels concernés.

Un départ ou une mutation plonge de nouveau *l'informel* dans un endoréisme hospitalier, un retour à la partie immergée, où le précipite son appartenance simultanée à plusieurs mondes possibles.

Monde de constructions professionnelles en profondeur pour les équipes qui nous ont témoigné de leurs pratiques, monde sans consistance et sans entité pour l'évaluation de l'activité et monde perçu comme marge de manœuvre molle pour la partie prescriptive.

La question de l'évaluation du travail effectif se pose et nous avons vu avec la double tension que le travail réel, essentiel pour certains des soignants investigués n'est pas celui qui se voit et se mesure. Recenser alors les actes et les tâches peine à définir le métier. Christophe Dejours reconditionne la réalité du travail dans ses trois dimensions pour évoquer, marquer ce que serait une

évaluation du travail effectif et *« Pour aller contre la tendance à étendre le temps de travail direct au détriment des temps de délibération-coopération et des temps assignés aux investissements immatériels»*. (« Le soin en psychiatrie, entre souffrance et plaisir», cité dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie,* sous la direction de Chiland, Colette, Bonnet, Clément et Braconnier, Alain, éditions Erès, octobre 2010, p.411, pp. 399-421, p.417).

Ce constat ouvre sa place à la question de la Recherche en Soins Infirmiers en Psychiatrie et à cette recherche. Nous avons vu lors du préambule de présentation de cette recherche qu'une investigation méthodique, systématisée et centrée sur son objet (*l'informel* pour nous) était susceptible de donner une consistance interne, basée sur des preuves comme nous le montrent nos résultats, à ces dimensions du soin infirmier. Une étape qui nous apparaît comme nécessaire pour maintenir et dépasser une tradition orale. Cette dernière garde sa place précieuse dans la transmission des récits de soins et la narrativité des situations vécues, mais elle achoppe aujourd'hui à solidifier ces savoirs dans des corpus repérables.

Peut-être le destin de ce travail apportera-t-il sa contribution à cette nécessité et cette ambition ?

Comment saisir ?

Nous posons la question de la reconnaissance de la place de *l'informel* en ces termes de comment saisir, car d'une part elle constitue le deuxième volet de notre situation d'appel (écart entre activité réelle et activité saisie) et d'autre part elle pointe une difficulté. Celle que vivent les infirmiers quand ils doivent justifier de leur activité et décrire ce réel « incommode» et lorsque cette justification s'organise pour répondre à une dénégation, parfois sincère, du réel de ce travail d'ajustement.

Nous avons choisi deux illustrations recueillies sur un site investigué pour mettre en évidence cette difficulté. Nous les avons retenues sans en avoir été le témoin direct. Elles font partie de ces transmissions orales dont l'évocation concordante vient tapisser le fond de mémoire d'une équipe, rejoignant en cela le fonctionnement de toutes les équipes où une transmission s'active. Le pointage de ces illustrations a été répété dans les propos des soignants. Il a été recueilli lors des entretiens et en dehors des entretiens, par différents professionnels, de différents métiers (dont le médical), à différents moments et sur deux unités différentes. Elles parlent d'une forme de jugement de beauté, d'une référence qui fixe le beau geste auquel l'équipe prend plaisir à s'identifier. Cette communauté de référence renforce l'appartenance et l'identité de nos locuteurs. Elle vient faire contrepoint aux souvenirs à potentiel traumatique qu'a pu connaître une équipe en habitant l'autre extrémité de l'axe de ce fond de mémoire commune. L'évocation est effectuée sur un mode ludique et nous ne sommes pas en mesure de vérifier les adaptations et la véracité du récit, son intérêt n'en demeure pas moindre. Nos histoires professionnelles sont également faites de ces récits dont la puissance d'évocation n'est pas entachée par la « clandestinité» des pratiques.

- La première situation relate la présentation inadaptée et répétée d'une patiente. Celle-ci allant s'allonger régulièrement, à cette période chaude de l'année, devant l'entrée du pavillon dans une tenue vestimentaire dont la caractéristique semblait résider en son absence ou quasi-absence. Cette inconvenance situationnelle dans un lieu public et fréquenté obligeant l'équipe à intervenir afin de protéger la patiente et le groupe de ce dévoilement intempestif. Les soignants signifiaient à nouveau à la patiente les codes sociaux en usage dans notre culture tout en lui faisant réintégrer l'unité. Sans entrer dans une psychologisation de la situation, nous dirons que la patiente avait trouvé là un moyen de mobiliser l'équipe sur cette sémiologie particulière. Ainsi, agirs symptomatiques et réponses soignantes s'enchaînèrent à un rythme que le récit nous fait comprendre comme soutenu. La répétition s'installait sans que des stratégies alternatives ne viennent l'enrayer. Jusqu'à ce qu'un infirmier ISP décide d'ouvrir un nouvel angle d'abord. Lors de la mise en acte qui s'en suivit, cet infirmier se rendit auprès de la patiente et au lieu d'une mobilisation à réintégrer l'unité, il l'installa « confortablement» à l'aide d'un oreiller et signifia ce *prendre soin* d'elle par la mise à disposition d'une crème solaire protectrice. L'histoire nous dit que la patiente, sans doute déçue de cette absence de prise sur l'équipe, réintégra l'unité et que ce symptôme s'estompa dans cette forme.

- La deuxième situation concerne le réveil des patients de l'unité lors d'une matinée de jour férié. Alors que l'unité sort progressivement de sa torpeur nocturne, deux infirmiers de l'équipe décident vraisemblablement de manifester leurs bonjours dans une forme qui se voulait

vraisemblablement littérale, c'était donc un bon jour. Alors que les collègues faisaient le tour des chambres et accompagnaient l'éveil de certains, ces derniers passaient dans les couloirs, passant par l'entrebâillement des portes leurs têtes, lesquelles étaient coiffées pour l'occasion de bonnets de bain à l'effet assurément comique, ponctuant la séquence d'un bonjour innocent. C'était leur manière de saluer ce jour-là et l'effet sur les collègues et les patients ne se fit pas attendre plongeant les uns et les autres dans une hilarité partagée. Même les plus dépressifs riaient nous dit cette infirmière *« Ils s'étaient mis des bonnets de bain et ils couraient dans tout le service. Et les malades rigolaient. Ils rigolaient. Là aussi, tu vois, c'est de l'informel ! et des malades qui ne rigolaient jamais d'habitude, terriblement tristes et souffrants, ils rigolaient ! Là, ils les ont vus passer avec leur machin. C'est la Vie.»* Nous avions constaté de notre côté, en lien avec nos expériences, que les patients (entendu de manière générale) aiment bien voir leurs infirmiers faire les « fous». Cela les inquiète, *le sont-ils vraiment ?* Et les rassure, *ils ne sont pas si différents de nous ?* Outre cette ouverture identificatoire favorisée par la mobilité des représentations, ces registres parlent d'une forme de dédramatisation de la souffrance par le courant de vie qu'ils insufflent. Ils contribuent sûrement à tramer une histoire collective qui marque le lieu hospitalier d'autres résonnances, ils participent d'une ambiance, d'un « faire société» qui détermine un sens à cet *être ensemble*. Ces pratiques prennent le risque de la vie.

Nous imaginons volontiers l'impact positif sur l'ambiance de cette matinée et ses prolongements en termes de connivence établie, ainsi que les appuis à distance sur ces dernières. Cela appartient au groupe ainsi constitué ce jour-là sur le fond de la permanence.

Mais comment alors apprécier ces registres ? Comment doit-on comptabiliser le rire d'un dépressif, le sourire d'un mélancolique ? Nos fonctions nous permettent de caractériser la première situation en 2.1.1 (Transgression novatrice) et en 1.8 (Décalage). La deuxième serait renseignée en 2.1.7 (Rire et humour) et le récit du côté de l'équipe en 3.13 (Jugement de beauté) et en 3.1.1.2 (Historicisation en lien avec l'institution). Et quelle saisie en termes d'activité ? Quel cadre théorique en termes de formation initiale ? Ces pratiques ne peuvent exister que dans le spontané, lequel nécessite un contexte d'apparition favorable, c'est-à-dire travaillé. Cette improvisation est réelle, mais comme les résultats de cette recherche nous le montrent, les improvisations les plus réussies sont celles qui ont été les plus travaillées. Cette formulation relève d'un paradoxe qui ici n'est pas un double message, mais une invitation à le penser. Nous n'imaginons pas un protocole pour formaliser ces pratiques, auquel cas, surtout sur la deuxième situation, nous en prendrions connaissance avec un plaisir non dissimulé.

Certes, ces situations sont emblématiques. Elles ont en commun d'illustrer cette part *d'informel* dans les soins et elles nous posent la question par delà leurs émergences de leur existence et de leur contribution au soin. À ce titre, elles méritent d'être accueillies et soutenues.

Raymond Panchaud nous rappelait dans un article *« que la réalité est plus riche et plus complexe que ce qu'elle donne à voir. Il faut du temps, un encadrement institutionnel (formation en interne et en externe, supervision) et une réelle envie d'entrer dans ce type de soins pour en saisir l'intérêt.»* (« Il y a de l'or dans les soins», *Santé mentale,* nº 85, février 2004, pp. 36-37). S'adressant aux soignants dans cet article, il interroge *« Sommes-nous convaincus que, là où les non-initiés ne cernent pas l'impact thérapeutique de nos activités, il existe un champ d'actions psychothérapiques indispensables à une certaine phase du parcours des usagers de psychiatrie publique ?»*

Ces registres d'actions prennent un sens particulier en psychiatrie en regard de nos usagers, Marcel Sassolas en appelle à P.C Racamier « *les patients psychotiques ne parleront notre langue, celle dont les vecteurs sont les mots, les symboles, que si nous avons au préalable accepté de parler la leur dont les vecteurs sont les actes et les choses. Nos actes et nos dispositifs seront alors des messages plus significatifs que nos paroles*». (« Les rhododendrons de la psychiatrie ou à partir de quels critères concevoir les structures de soins en psychiatrie ?», *L'information psychiatrique,* vol.64, nº 7, 1988, pp. 889-905). Ce à quoi Jacques Hochmann (1984) fait écho *« les patients psychotiques n'ont pas besoin de mots, ils ont besoin d'autres preuves*».

Ces éléments sont mis en place par certains infirmiers. Décrivant les micros gestes, les adaptations, les attentions et les ajustements de son travail de nuit dans la gestion de son unité où il veille seul, un infirmier ISP aura cette formulation remarquable, *« Je suis un interventionniste de la non-intervention, c'est-à-dire que je mets tout en place pour ne pas avoir à intervenir. J'interviens*

donc avant l'intervention, je veille à ce que tout soit en place. C'est un travail où je déploie ce pack de départ, gestion du stress et de l'angoisse, gestion de l'activisme [...] se mettre au même rythme par une communication d'ensemble, le geste, la distance, le physique, la mise en place d'un ensemble de rituels, la mise en place d'une théâtralité de la nuit pour que les gens s'en emparent [...]».

L'informel tel que nous l'avons défini apparaît donc dans la banalité des plis du quotidien. Il nécessite une volonté souvent affirmée pour apercevoir derrière ce voile jeté par le journalier la complexité de ces ramifications. Une des particularités du soin infirmier en psychiatrie en unité temps plein se trouve également à cet endroit où la complexité se loge dans les apparentes évidences du quotidien. Dans les particularités du soin relationnel au quotidien, tout commence avec le B.A.BA de la relation, avec le regard, le bonjour, le sourire.

Alain Berthoz, neurophysiologiste de formation a apporté le concept de *simplexité.* Ce terme est un néologisme né d'une contraction à valeur d'oxymore des mots simplicité et complexité. Il le définit comme l'art tout autant que la science de trouver des solutions simples et efficaces à des enjeux décisifs complexes. *« Ces solutions sont des principes simplificateurs qui permettent de traiter des informations ou des situations, en tenant compte de l'expérience passée et en anticipant l'avenir. Ce ne sont ni des caricatures, ni des raccourcis ou des résumés. Ce sont de nouvelles façons de poser les problèmes, parfois au prix de quelques détours, pour arriver à des actions plus rapides, plus élégantes, plus efficaces». (« La Simplexité»,* Éditions Odile Jacob, septembre 2009, 220 pages). Le propos de cet auteur n'était pas destiné à notre domaine, mais ce concept connaît d'autres applications (design, management). Avec cette contraction de lexèmes contenus dans le terme simplexité, il ne s'agit pas pour nous d'acquérir le seul bénéfice conceptuel de garder la simplicité et de pointer la complexité. Il s'agit de nommer une position à l'interface de situations relationnelles du quotidien apparemment banales et simples avec leurs traductions en fonctions. Cette dernière opération pouvant s'avérer complexe. Faire simple n'est jamais facile. En ce sens, ce terme nous a paru tenir cette signification et ce pari.

8.2 Réponse relative au statut épistémologique de l'informel

Nous souhaitons répondre sur cette partie à la question du statut épistémologique de *l'informel* tel que nous l'avons défini. Choisir de prétendre caractériser l'*informel* ne va pas sans se heurter aux limites intrinsèques du projet lui-même. Ces limites peuvent se formuler en deux questions auxquelles nous nous proposons d'apporter nos éléments de réponses. La première question pourrait se formuler ainsi : *formaliser l'informel au risque de sa dilution ?* Et la seconde tient aux limites de l'entreprise, elle peut s'exprimer alors en ces termes : *L'impossible repérage des savoirs empiriques ?* En lien ici avec l'informel.

Formaliser l'informel au risque de sa dilution ?

Cette remarque est formulée par Guy le Bortef dans le même registre d'idées lorsqu'il parle des savoirs tacites. Il interroge en substance *«Cela vaut en particulier pour les connaissances "tacites". En essayant de les analyser, de les expliquer, ne risque-t-on pas de perdre ce qui en constitue la vérité ? Il y a une limite à faire parler le silence des compétences tacites : n'est-il pas illusoire de vouloir expliciter ce qui a justement pour caractéristique de fonctionner sans explication ?»* (« *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange* », Les éditions d'organisation, 1995, p.102).

Nous organiserons notre réponse à partir de la formulation que donne Alain Elary (1994), cité par François Couturier (2002), de l'action humaine en général. Pour cet auteur *« L'action humaine se réalise sur trois plans irréductibles les uns aux autres :*

- le plan irréfléchi, soit le tacite, l'incorporé, le rapport pratique au monde,
- le plan réfléchi, soit le discursif, la mobilisation de la pensée sur un objet,
- et le plan réflexif où l'objet de la discussion est l'expérience de soi».

Ces trois plans coexistent et entretiennent une relation non étanche entre eux. Ils sont alors en mesure de nous éclairer sur **les trois statuts** que nous accordons à ces espaces-temps, le passage, l'indétermination et le résiduel. Ces trois statuts sont à notre sens les destins de l'informel. Ces observations se basent autour des cinq critères sur lesquels nous avions sélectionné le choix de cette notion lors du propos introductif de ce rapport (voir à ce propos l'énoncé de la question de recherche, introduction).

- Le premier statut que nous identifions mobilise la notion **de passage** de l'informel au formel, du soin non programmé au soin programmé. L'informel concerne les pratiques de soins qui cimentent la relation à partir de laquelle pourront être extraites des séquences plus repérées. Il en est ainsi des contacts du quotidien auprès des patients ou de leurs familles qui ouvrent à des conversations, puis à des dialogues lesquels évoluent vers un entretien au caractère plus formel. La régularité des contacts, l'ouverture relationnelle et le repérage d'un interlocuteur privilégié (pour cette modalité organisatrice du référencement infirmier) seront les éléments ouvrants à une formalisation d'un temps d'entretien infirmier dans notre exemple. De même, la formalisation entendue ici comme la reconnaissance de l'activité liée au déploiement de ces fonctions peut alors être intégrée dans les organisations.

L'informel ne s'inscrit plus alors **en creux** dans l'entre-deux des tâches programmées, mais **en plein** tout en gardant son statut intermédiaire. Un plan en premier lieu irréfléchi qui passe par un plan réflexif et un plan réfléchi en modifiant alors et ainsi le sens de l'action initiale.

- Le deuxième statut de l'informel concerne justement la préservation **de l'indétermination** de son statut. Certaines situations ne connaissent leur efficacité qu'en regard de cette indétermination. Il en est ainsi des espaces transitionnels, des espaces à mi-chemin entre le privé et le public, entre le don et le contrat salarial nous dit Paul Fustier (2000). Ainsi, vouloir statuer sur les dix minutes qu'un infirmier passe en plus à la périphérie de sa séquence de travail, statuer sur la nature de l'appartenance au personnel ou au professionnel d'un temps interstitiel, statuer si la création d'un espace potentiel avec un ou des patients est une activité sociothérapique traduisible en acte ou non sont autant de manières d'enlever la quintessence de leurs propriétés à ces registres. Ces temps trouvent leur efficacité dans cette indécidabilité et toute tentative de trancher doit rester en extériorité. À cet endroit, on ne peut pas rabattre sur la linéarité du plan quelque chose qui est de l'ordre des volumes, sauf à passer de la 3D au 2 D, c'est-à-dire s'assurer de la perte d'une dimension. Seul ce statut maintient cette coexistence, décider ici, correspond à exclure une dimension au profit de l'autre. Soit un plan réflexif et réfléchi qui prend en compte la nécessaire existence du plan irréfléchi.

Ce point devrait convoquer prioritairement le management lorsqu'il considère le travail avec des conceptions d'une totalité et d'une rationalité sans tiers exclu. La saturation managériale correspond dans ce cas à une vision colonisatrice des institutions de soins. Sur ce point, nous soulignons la position éclairée des populations témoins lors de cette enquête (partie 6.3.3, conclusion du niveau d'investigation équipe), elles valident qu'un repérage ne signe pas la dilution des ces espaces, mais un renforcement, ou au moins une protection par la reconnaissance des fonctionnalités qu'ils abritent.

- Le dernier destin que nous voyons à l'*informel* concerne son **statut résiduel.** Nous entendons par là qu'il existe structurellement un fond d'informel indépendamment des deux destins précédents. Cet aspect correspond au cinquième critère par lequel nous caractérisons le choix de ce terme lors de notre propos introductif. *L'informel* existe comme une toile de fond sur laquelle viennent s'inscrire les activités programmées ou en lien avec le prévisionnel d'activités.

À ce titre, il constitue un élément fixe de l'activité. Son appréciation et son intégration dépendront des compositions, des liens personnels et collectifs qu'entretiennent avec lui les professionnels. Différentes figures s'ouvrent alors.

Ainsi, nous avons vu lors de la phase de test des entretiens que l'informel n'existait pour ainsi dire pas pour une infirmière experte. Effectivement, son expertise lui permettait de maintenir les plans irréfléchis de son activité à leurs portions congrues. La prévalence des plans réflexifs et réfléchis était affirmée. Ses actions de soins, si elles pouvaient être informelles en termes de lecture de l'activité, ne l'étaient pas en termes de savoirs tacites. Ne pas pouvoir rapporter de l'inconnu à du connu, c'est-à-dire risquer son savoir, constitue alors une opération moins fréquente.

Dans le même ordre d'idée, les infirmiers rencontrés qui attribuaient de forts coefficients à l'évaluation de leur temps de travail en lien avec l'informel inscrivaient leurs pratiques préférentiellement sur cette tension d'activité. Les plans réfléchis étaient mis à contribution.

Enfin et en regard de ces deux situations, le volume de cette partie résiduelle est soumis à une variable importante. Elle dépend de la sensibilité que les professionnels entretiennent avec cette partie de l'activité et avec leur niveau de professionnalisation. Nous avons vu lors du traitement des entretiens que les écarts pouvaient aller de 1 à 9 entre l'infirmier novice ou expert pour reprendre la formulation de Patricia Benner (2005). La voie de la professionnalisation s'inscrivant dans une dialectique entre des aspects du plan irréfléchi avec les plans réfléchis et réflexifs.

Nous avons réuni lors de cette discussion les plans réfléchis et réflexifs de manière solidaire. En effet, il nous apparaît que dans le travail infirmier en psychiatrie, l'expérience de soi comme élément du plan réflexif s'engage comme un élément du plan réfléchi. Le frayage entre ces deux plans résulte alors de la prise en compte la nature de la relation transféro/contre transférentielle dans les soins.

L'impossible repérage des savoirs empiriques ?

En choisissant de qualifier *l'informel* lors de cette recherche, nous avons entrepris d'approcher un des aspects du soin infirmier dans un cadre donné, limité à l'activité des infirmiers en unité d'hospitalisation temps plein. Cette démarche connaît deux limites.

La première tient au fait de s'intéresser à un objet d'étude nécessairement circonscrit. Il n'y a donc pas de recherche de définition totalisante sur un poste de travail. De même, nous ne prétendons pas avoir effectué un recensement complet du travail infirmier en lien avec l'informel. Notre objet était de contribuer à étendre les connaissances sur ce domaine des soins infirmiers et le lecteur a ici les éléments d'appréciation quant à l'atteinte de cet objectif.

Par ailleurs et concernant les caractérisations de fonctions, nous avions établi des « codes réserves» pour définir nos fonctions lors de la phase de codification de la théorisation ancrée. Si la grande majorité de ces codes réserves a trouvé une traduction, quelques-uns sont restés insuffisamment renseignés dans le cadre de cette étude. Des repérages complémentaires sont donc possibles.

La deuxième limite tient à la traduction de l'expérience. Guy Le Bortef écrit *« Il y a une limite intrinsèque au travail d'explicitation de l'expérience, à la tentation de la transparence»*. (*Ibid*., p.102) Notre propos nuancera cette dernière affirmation. Il y a effectivement une limite, à laquelle nous n'adhérons pas avec l'idée de transparence. La limite tient à sa différence de nature avec la clarté. Notre propos, pour rester sur cette métaphore solaire, est d'éclairer ces « savoirs de l'ombre» en les sortant de leur nuit institutionnelle. Mettre en lumière, proposer un éclairage n'est pas soumettre à un éclairage scialytique qui supprime les ombres portées. Les zones d'ombres résiduelles présentes sur un tableau permettent d'en souligner les reliefs. Il restera effectivement des zones d'ombres comme le remarque cet auteur *« Le mouvement de mise en œuvre des savoirs faire expérientiels ne saurait être confondu avec le repérage a posteriori de leurs déroulements»*. (*Ibid*., p.102) Cet écart tient entre le repérage d'une action ou la mise en œuvre d'une fonction et la réalité de sa réalisation. On décide d'une action, mais on rencontre l'acte. *« La praxis elle-même fait surgir constamment un nouveau savoir, car elle fait parler le monde dans un langage à la fois singulier et universel»* nous dit Jean François Gomez citant Cornélius Castoriadis (1975). (« Le management est-il un humanisme ?», *Revue Empan*, 2010/2, n ° 78, 178 pages, pp. 28-37).

Sur le terrain, l'expérience se montre plus efficace que les discours d'où ce propos que nous empruntons pour son analogie vis-à-vis des savoirs accumulés par un public de travailleurs sociaux *« [...] après quelques années, un considérable savoir-faire empirique qui contraste avec la quasi-impossibilité d'en parler autrement que sous la forme d'exemples concrets»*. (Mendel, 1999). Notre projet est alors de contribuer à la réduction de cet écart. Notre travail de caractérisations de fonctions part du réel de l'activité, des situations de travail où se manifestent ces savoirs, et il se propose de favoriser les possibilités de les mettre en lien avec des finalités plus larges. Dans ce sens, la présentation de l'informel peut contribuer à dynamiser une métaconnaissance de l'action (Le Bortef, 1995), une mise en mot de l'expérience.

Ce travail nous permet de répondre partiellement à la question posée, le repérage des savoirs empiriques n'est pas impossible, 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, *des patterns* dans l'acceptation de ce mot vis-à-vis des sciences humaines.

Le développement des fonctions en lien avec l'informel s'inscrit alors dans un mouvement de traduction des logiques d'actions. Le champ étudié ne nous apparaît pas comme statique, le mouvement correspond alors à une approche dynamique.

Un mouvement qui permet d'affirmer la position professionnelle de l'infirmier en psychiatrie et son éthique dans les soins.

Un mouvement qui permet de soutenir la construction du lien à l'autre, en particulier quand ce dernier, le patient peut être dépassé par sa condition *d'être au monde.*

Un mouvement qui regarde l'autre plus qu'il ne le voit ou l'aperçoit, qui veille plus qu'il ne surveille, qui écoute plus qu'il n'entend, qui parle plus qu'il n'apostrophe.

8.3 Perspectives de recherche à partir de nos résultats

Avec la remise des conclusions de notre rapport de recherche se pose pour nous la possibilité d'imaginer la conduite de projets de recherche à partir de nos résultats.

Nous avons pensé **à trois** pistes qui pourraient constituer des développements ultérieurs.

- **Tout d'abord**, une première piste qui serait de s'intéresser à l'utilisation des soins infirmiers en Unité d'Hospitalisation Temps Plein dans la culture d'un terrain propice à l'émergence d'une relation thérapeutique solidaire entre le patient, l'équipe et le médecin. L'idée serait d'identifier et de qualifier la contribution des soins infirmiers en unité d'hospitalisation temps plein quant à l'instauration d'un climat de confiance favorable à la constitution d'une alliance thérapeutique entre le patient, l'équipe et le médecin.

Une composante dont le psychiatre suisse Luc Ciompi déplore l'absence quand, s'appuyant sur des travaux scientifiques, il relève *« [...] Il n'y a aucune étude de l'efficacité des méthodes cliniques habituelles, hormis celles des thérapeutiques médicamenteuses... De même, l'influence de l'atmosphère émotionnelle dans laquelle le traitement se déroule - une variable **cruciale** selon nos observations – n'est pratiquement jamais prise en compte dans les recherches statistiques habituelles»*. (Op.cit, p.20).

La notion d'alliance thérapeutique est renseignée par la littérature scientifique (Braconnier, 2002 ; Bordin, 1989 ; Luborsky, 1976 ; Ricœur, 2001) et celle-ci constitue un facteur favorable dans la conduite des soins et dans la limitation des réhospitalisations. Marie-Claude Matéo précise dans un ouvrage consacré aux concepts en Soins Infirmiers ; *« Nous savons, grâce à plusieurs recherches, que l'alliance thérapeutique représente un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutiques ».* (Formarier, Monique et Jovic, Ljiljana, (dir.) *Les concepts en sciences infirmières,* A.R.S.I, Ed. Mallet Conseil, 2009, 291 pages, pp. 66-67).

Le lien entre alliance et résultat est établi (Despland, 2006). La question de cette construction d'une alliance thérapeutique de qualité avec les personnes, incontournable dans les pathologies chroniqués, passe par une réflexion en équipe pluriprofessionnelle. Le cadre clinique influe sur l'instauration de cette qualité d'alliance et constitue de ce fait un attribut de ce concept.

Un travail de recherche dans ce sens, intégrant les résultats de cette recherche sur *l'informel,* pourrait contribuer à décrire de façon plus fine les contributions des infirmiers à cette construction partagée ainsi que les modalités de celle-ci en sachant qu'*« en d'autres termes, l'alliance apparaît plus comme la conséquence d'un travail thérapeutique adéquat que comme un paramètre dont le soignant pourrait garantir la présence en première intention»*. (Despland, Jean-Nicolas et al. "L'évaluation empirique des psychothérapies", *Psychothérapie,* 2006/2, Vol.26, pp. 91-95, DOI : 10.3917/psys.062.0091, p. 94).

- **Dans la suite** de cette première formulation, nous avons remarqué à partir de nos pratiques de soins, aussi bien en hospitalisation temps plein qu'en soins ambulatoires que ce moment de l'adhésion au soin est souvent repéré par le patient. Si le repérage n'est pas l'identification, les mots qui évoquent ce saut qualitatif et qui marquent ce passage sont souvent signifiés par le terme *déclic.* D'autres expressions peuvent traduire la marque de cette intentionnalité soignante, mais le terme déclic est le plus concis et le plus fréquent. Il signifie un avant et un après dans le positionnement du patient vis-à-vis des soignants dans son parcours de soins et notre expérience nous enseigne que des relations de soins durables peuvent s'engager et se maintenir avec les équipes référentes à partir de ce seuil.

Il conviendrait donc de regarder et de qualifier, au niveau des soins infirmiers, les déterminants qui ont favorisé cette forme d'assentiment.

Il serait enfin intéressant de saisir comment les pratiques infirmières ont tenu compte d'une compréhension du fonctionnement psychique du patient et de ses mécanismes de défense pour préciser et ajuster les interventions favorables et contribuer ainsi à l'établissement de cette relation de confiance.

- Enfin, **un troisième** questionnement a pris de l'ampleur lors du développement de cette recherche. Ces constats sont évoqués à plusieurs reprises dans la caractérisation de fonctions et dans la partie consacrée à la présentation des résultats.

Nous voulons parler de la place du genre dans les soins infirmiers en psychiatrie. En effet, cette question est très faiblement étudiée alors que cette réalité se pose avec une actualité particulièrement renouvelée depuis la réforme du diplôme de 1992 qui a amorcé un virage sociologique en termes de recrutement. Ainsi, le taux de féminisation en psychiatrie qui était de 60 % dans les années soixante-dix évolue actuellement en direction du taux moyen de féminisation de la profession, toutes disciplines confondues, soit 88 %. Les études disponibles nous montrent des trajectoires professionnelles lors de la formation initiale et dans le métier avec des caractéristiques bien différentes. Cette question se double en psychiatrie de l'importance des jeux de représentation dans les soins. Or ce jeu est mis à mal aujourd'hui par la féminisation des équipes. Cette mixité insuffisante laisse place à des divisions sexuées des tâches organisées sur des critères non professionnels, car basés sur la naturalisation des compétences. (Au genre féminin, la compassion, les soins de base, etc. et au genre masculin les fonctions en lien avec la protection, la sécurité). Une recherche infirmière permettrait de comprendre les effets de cette faible mixité dans les soins, d'approcher l'identification des mécanismes et des représentations amenant à cette naturalisation des compétences et d'apprécier les effets de ceux-ci pour contribuer à les dépasser. Enfin, elle permettrait d'apporter une lisibilité sur ces répartitions, ces trajectoires ainsi qu'une compréhension des besoins. Concernant une profession de cette importance, numériquement parlant, les effets liés au genre mériteraient une investigation approfondie, même limitée au cadre de notre champ disciplinaire. Cet intérêt se doublerait d'une lecture de deuxième niveau sur les rapports hommes/femmes au travail dans une profession à dominante féminine qui n'a jamais connu, à la différence de l'entreprise, des inégalités salariales liées au genre. Enfin, en fonction des constats établis sur les résultats et l'établissement des besoins, ceux-ci pourraient éclairer les politiques de recrutement ainsi que les communications afférentes à ces dernières.

9. PERSPECTIVES, RESTITUTIONS ET COMMUNICATIONS

Préambule

Une recherche ne s'arrête pas avec la remise du document dans sa version finale. Si tel était le cas, le travail pourrait bien sur se voir valider dans sa méthode, son éthique et sa rédaction, mais ses objectifs ne seraient pas pour autant atteints.

L'objectif de la recherche en général est de produire des connaissances dans des domaines dédiés. Celles-ci passent après la remise du rapport de recherche par plusieurs phases.

La phase de restitution consiste à retourner sur les terrains d'enquêtes auprès des équipes accueillantes et à leurs présenter nos résultats.

La phase de diffusion comprend les phases de communication en direction de différents publics (colloques, congrès, journées) et de publications (Revues scientifiques et généralistes, périodiques, ouvrages, sites internet). Cette phase qui correspond à la diffusion des connaissances est celle qui signe égalemnt la clôture de la recherche.

Deux autres phases peuvent être souhaitables quant à la finalisation de cette recherche, les phases de restitution en interne dans nos établissements respectifs d'appartenance et la phase de réintégration dans les pratiques. Toutefois, ces phases dépassent le seul concourt des praticiens chercheurs et impliquent les responsables en charge des orientations institutionnelles (Direction d'Etablissement, Direction des Soins, Chefferie de Pôles, Président de CME, Encadrement supérieur).

Concernant notre expérience d'un travail de Recherche en Soins Infirmiers en Psychiatrie, certains aspects liés à la conduite de ce projet peuvent contenir un potentiel novateur en regard de notre paysage professionnel, où cette question et cette mission de la recherche en soins sont très faiblement développées. Aussi, seront nous amenés à multiplier les communications sur ces deux niveaux :

- Les résultats de la recherche (Caractérisation des fonctions et présentations des résultats)
- L'état de la RSI (Méthodologie et prospective).

Cette dernière partie de notre rapport de recherche abordera successivement :

1- Les perspectives d'intégration des résultats de la recherche.
2- Les restitutions auprès notamment, des équipes qui nous ont accueillis lors de nos enquêtes.
3- Les projets de diffusion : publications et communications.
4- Notre parcours de recherche et les perspectives pour la place de la RSI en psychiatrie.

9.1 Les perspectives

9.1.1 Contribution à un modèle de spécialisation infirmière en psychiatrie

Les perspectives que nous évoquons ici concernent l'intégration des résultats de notre recherche dans des corpus de formation. Sans présager des contours de ces derniers, une perspective à envisager serait de contribuer à alimenter un socle de connaissances en vue d'un master 2 de spécialisation en psychiatrie.

Cette question d'une spécialisation pour les infirmiers en psychiatrie existe depuis bientôt vingt ans dans les préoccupations professionnelles. Elle a été activée particulièrement après la réforme du diplôme de 1992 où d'aucuns voyaient dans cette maquette la possibilité d'évoluer vers une formation post-base, compatible avec le format européen (1500 heures). Cette perspective s'appuyait sur la nécessité pour les infirmiers en psychiatrie d'asseoir ces compétences spécifiques dans un titre qualifiant et diplômant. Elle tirait en cela les conséquences de la regrettable issue liée à la disparition de la formation initiale spécifique et de la mise en place unilatérale d'une équivalence sous conditions de stage complémentaire d'une durée de six à douze mois pour les ISP. Cette réalité législative, dans les textes, de la non équivalence des diplômes en regard de questions juridiques liés au droit européen

a pu se traduire, dans les esprits, dans une perception de surplomb de l'exercice en soins généraux sur l'exercice en psychiatrie. Cette question des compétences spécifiques gardait toutefois son actualité.

L'idée de spécialisation continuait de faire débat dans la profession, ainsi en 2000, deux associations infirmières, le CEFI Psy (Comité d'Entente des Formations Infirmières et des pratiques en Psychiatrie) et l'ANFIIDE (Association Nationale Française des Infirmiers et Infirmières Diplômés et des Etudiants) traduisaient cette préoccupation et produisaient un rapport *« Une spécialisation en santé mentale et en psychiatrie pour qui ? Pour quoi ? »* (Proposition septembre 2000).

Cette question de la spécialisation fut progressivement adoptée par l'ensemble des partenaires professionnels, à l'exception des syndicats de salariés. Ainsi pour citer les principaux acteurs de la psychiatrie nous pouvons nommer les psychiatres avec L'Association Nationale des Présidents de CME de Centre Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie, les familles avec L'UNAFAM (Union Nationale des Familles et Amis de Malades Psychiques), les associations de patients autours de la FNAP Psy (Fédération Nationale de Patients et anciens patients de Psychiatrie), l'Association des Etablissements Participant au Service Public de Santé Mentale (ADESM), la Fédération Hospitalière de France (FHF).

Par ailleurs, cette proposition est depuis intégrée dans les derniers rapports qui ont concerné notre discipline. Treize rapports de différentes sources, DHOS 2001, IGAS 2001, DGS 2002, Plan 2001 et 2005, livre blanc 2001, rapport Piel/Roelandt 2001, Charzat 2002, Roelandt 2002, Cléry-Melin 2003, MNASM 2005, relatifs à la psychiatrie ont été publié depuis 2001. Tous abordent la question de la formation des professionnels. Les deux derniers en date sont explicites ; le rapport Couty 2009, et le rapport OPEPS 2009, (Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé) conduit par Alain Millon notamment. Ce rapporteur constate simplement suite à la disparition du diplôme d'ISP qu' : *« Une perte en terme de qualité de soins psychiatrique est visible »* et propose logiquement *« Une spécialisation en psychiatrie de niveau master après le diplôme commun d'infirmier d'Etat »*. (Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France, OPEPS, 28 mai 2009). Notons également qu'un des premiers chantiers du fragile Ordre National des Infirmiers (ONI) fut de produire une contribution en ce sens.

Le projet de favoriser et de promouvoir une formation qualifiante s'adapte aux évolutions mais garde son actualité récurrente dans la profession. Ainsi, dans un article de novembre 2011, Michèle Tortonèse ouvre des perspectives quand elle conclue, *« Ce diplôme portera les conceptualisations qui permettront que se déploie tout le secteur de la recherche en soins et qu'advienne une filière universitaire consacrée aux sciences et techniques infirmières »*. Elle souligne ensuite ce point fort qui correspond à nos constats *« Cette nouvelle étape dans notre construction professionnelle fait l'unanimité auprès de nos collègues [...] »*. (« Des pistes pour un master infirmier en psychiatrie », *Soins Psychiatrie*, n°277, novembre/décembre 2011, pp 26-29, p.29).

Avec la réforme du diplôme d'Etat infirmier de 2009, la maquette d'une telle spécialisation change et pourrait intégrer si elle venait à se concrétiser un Master 2 Sciences Cliniques infirmières. Celui-ci existe en collaboration avec l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Public) depuis 2009 pour la gérontologie, l'oncologie et les parcours de soins complexes sur deux sites : Aix en Provence et Rennes. Les premières infirmières, au nombre de 9, titulaires de ce master deviennent des infirmières *de pratiques avancées* dans le champ disciplinaire concerné. La formation en quatre semestres se situe post base après au minimum quatre années d'exercice. Ces masters professionnalisants répondent aux effets conjugués de l'accroissement de la demande en soins, de la modification des besoins et attentes de la population, du phénomène de pénurie médicale et des réorganisations qui impliquent de reconsidérer les contours des professions de santé. Ces données sont partagées par la psychiatrie où cette question des pratiques avancées est ancrée dans les réalités d'exercice. Nous citerons à titre d'illustration les consultations infirmières de première ligne dites d'accueil et d'orientation en CMP (Centre Médico Psychologique), les entretiens à visée psychothérapique, les conduites de groupes à médiation thérapeutique, les visites à domicile d'évaluations etc.

Au regard de la rigueur scientifique respectée dans notre recherche, l'apport des résultats pourrait exprimer, de notre point de vue, son potentiel intégratif dans certaines des dix unités d'enseignements cliniques existantes, telles les unités d'enseignements (UE) : « Réactions humaines et interventions infirmières spécifiques », « Fondamentaux dans la discipline des soins infirmiers » ou encore « Raisonnement clinique ». Nous resterons donc vigilants quant à l'extension attendue par de

nombreux professionnels de ce master à la psychiatrie et disponible quant à l'intégration de nos résultats dans un corpus de ce type, ou d'un format similaire quant à ses finalités.

Au-delà de la contribution à l'alimentation d'un corpus de savoirs spécifiques les résultats pourraient aussi aider déterminer des référentiels d'activité et de compétences spécifiques à la psychiatrie. Ces référentiels trouveraient leurs places dans le contexte d'une post-formation initiale

9.1.2 Contributions à un volet formatif.

Cet aspect formatif peut revêtir différents aspects. Nous pensons en premier lieu à la possibilité d'intégrer un référentiel d'établissement, et secondairement aux déclinaisons pédagogiques en formation initiale et continue. Un référentiel d'établissement correspond à la détermination de documents de références issus de différentes sources et dont la mise à disposition s'inscrit dans les orientations générales de travail de l'institution. Elle procède donc d'un choix qui prend en compte les besoins particuliers d'un établissement appliqués ici, au domaine des soins infirmiers en psychiatrie. Ces orientations quand elles existent peuvent permettre d'adosser les pratiques à un cadre qui donne une couleur particulière à l'établissement.

- Concernant cette première dimension, notre attention se tourne dans un premier mouvement vers nos établissements d'appartenance. L'objectif de l'intégration des résultats, ou d'une partie de ceux-ci dans un référentiel d'établissement peut voir son opportunité et sa nécessité avec le départ programmé des ISP dans les services d'hospitalisations temps plein en psychiatrie et le maintien d'une activité tutorale en direction des professionnels infirmiers arrivant en secteur de psychiatrie.

Cette idée est de nature exploratoire. Elle concerne la manière dont nos établissements souhaitent se saisir ou non des enseignements de cette recherche dans ses deux volets, résultats et place de la recherche en soins. Le terme référentiel constitue pour nous une version « tiède » du métier dans le sens où la référence à une pratique n'existe pas indépendamment de sa mise en œuvre. En effet, il est possible de penser une action, éventuellement à partir d'un référentiel, mais le réel fait que nous rencontrons toujours un acte. Cet écart implique pour chacun la possibilité de discuter, critiquer, s'approprier ces résultats. La possibilité de réactiver les enseignements du référentiel, de « réchauffer » pour reprendre notre métaphore, passent alors par des cadres privilégiés que sont les situations tutorales et toutes situations accompagnées sur le terrain ou lors de formations.

- Concernant la deuxième dimension, nous imaginons volontiers que nos résultats recouvrent un potentiel pour intégrer des contenus de formation et cela en formation initiale (IFSI), en module de consolidation des savoirs (unité d'enseignement optionnelle) ou en module de Formation Continue. La présentation de nos résultats pouvant s'adapter de manière modulaire et graduée aux formats de ces différents cadres d'intervention. Nous imaginons un caractère ponctuel quant à l'organisation de ces montages en termes de réponses à des demandes ou des besoins locaux. Un cadrage plus large passerait par des contacts, en amont, en direction d'associations regroupant ces instituts de Formation en Soins Infirmiers.

9.2 Restitution, communications et publication

9.2.1 La phase de restitution

La phase de restitution fait suite à la remise du rapport final auprès du CSR du CH le Vinatier. Nous prévoyons de rencontrer au cours du premier semestre 2012 les huit équipes, réparties sur les quatre sites d'investigations, qui nous avaient accueillis lors de nos enquêtes de terrain.

Nous prévoyons cette restitution en deux temps. Un premier temps de contact préliminaire pour rappeler notre engagement aux équipes et fixer un cadre de rencontre. Ce premier temps sera doublé d'une information des directions de soins. Ce temps initial de reprise de contact sera suivi de la transmission d'un ou deux exemplaires de notre rapport de recherche sous une forme papier. Le deuxième temps sera consacré à la restitution proprement dite.

Deux objectifs sont assignés à cette phase. L'un éthique tient à la marque de notre gratitude. Nous souhaitons témoigner, à plus de deux ans de la phase d'enquête, un retour en termes de reconnaissance à ces équipes qui nous ont reçus. Les règles déontologiques par ailleurs. Elles ont accepté notre présence quotidienne auprès d'elles, facilité notre intégration et nous leur devons l'ensemble de la cueillette de données sur lesquelles nous avons pu travailler. Cet accord entre notre parole et notre acte d'engagement correspond également à l'identification d'une fonction, *Paroles en actes* (212), que nous aurons alors plaisir à assumer.

Le deuxième objectif tient à la présentation du traitement de nos observations, de nos entretiens et à leurs traductions en caractérisations de fonctions. Nous pourrons alors vérifier l'adéquation de nos résultats avec les perceptions des professionnels de terrain quant à leurs pratiques au quotidien. Ce retour sera individualisé par unité investiguée et nous sommes en mesure de restituer des éléments plus spécifiques à chacune d'entres elles, libérés à cet endroit de l'anonymisation des données. C'est-à-dire que nous pourrons les situer par rapport aux conclusions de l'enquête, sans donner le détail des données brutes recueillies. Nous avons encore présent à l'esprit des situations, ou des propos riches de significations. Certaines de ces dernières marques de terrain se sont montrées révélatrices et déterminantes dans notre travail secondaire de caractérisation.

L'accueil de nos résultats, les retours éventuels sur notre rapport de recherche nous permettront alors d'évaluer l'adéquation de nos résultats aux réalités de travail perçues. Cette adéquation se traduit par une validité de signifiance, laquelle constitue un des paramètres de validation de notre recherche.

Enfin, outre cette restitution centrée sur les équipes accueillantes, nous resterons disponibles, à l'identique de l'annonce de la phase d'enquête, à toutes formes de communications et retours élargies à des publics plus vastes. Ces communications s'adapteront à la dimension d'un ou plusieurs pôles ainsi qu'à celle de l'institution. Cette option sera déterminée au moment de la reprise de contact avec nos interlocuteurs institutionnels. Cette phase de restitution est prévue pour le premier semestre 2012.

9.2.2 La construction d'un plan de diffusion

Notre démarche de recherche a été ponctuée de communications et dans une moindre mesure de publications. En effet, dès 2007, dans les mois qui suivirent la validation du devis de recherche par le CSR du CH le Vinatier, nous avons été sollicités par nos établissements respectifs pour présenter notre projet de RSI en CSIRTM (CH Vinatier et CH St Cyr), en réunion plénière (CH du Vinatier).

Des communications ont eu lieu lors de rencontres scientifiques axées sur la recherche, journée de restitution organisée par le CSR en 2007 et lors du premier colloque sur la recherche en psychiatrie organisé par l'Hôpital Saint Jean de Dieu en mars 2009. Nous avons rédigé une communication à l'occasion des journées infirmières (COJO) du CH Saint Cyr au mont d'Or en 2007. L'ARH puis l'ARS nous a conviés à lui présenter notre projet, puis son évolution, dans le cadre du groupe de travail sur « l'évolution des métiers en Santé Mentale ». Ces présentations nous ont valu par la suite un accompagnement et un soutien lorsqu'il a fallu passer à la saisie des entretiens. Parallèlement nous avons réalisé des écrits pour les actes de colloque du COJO et pour la journée Saint Jean de Dieu sur la recherche. Nous avons rédigé des articles en vue de publications : un article d'annonce pour la revue *Santé Mentale* (n°136 mars 2009) et un article sur les motivations, le parcours et le positionnement de l'infirmier praticien chercheur pour la Revue *Soins Psychiatrie*, article non paru, la revue ayant modifié son dossier thématique. C'est avec humilité que nous avons répondu à ces invitations et sollicitations, d'autant plus que notre communication se limitait à ces moments, à notre objet de recherche et notre parcours.

L'importance du travail fourni lors de cette recherche, plus de 4000 heures, le volume de notre rapport final et l'accueil fait par quelques personnes ressources quant à nos résultats de caractérisation de fonctions nous ont conforté dans l'importance de *soigner* la diffusion des contenus liés à ce rapport.

Le soin apporté ici à la diffusion correspond au souci d'organiser cette dernière en termes de contacts, de publications et de communications à des fins d'optimisation. Nous avons également à l'idée d'essayer de trouver une forme de pérennisation quant à l'accès à ces données, de façon à dépasser et prolonger l'audience que nous aurons lors des communications. L'idée est d'intégrer à terme des moteurs de recherche susceptibles de mobiliser sur un plus long terme nos références. A

cette fin, nous procédons à la construction d'un plan de diffusion basé sur une amplitude des deux années 2012-2013.

Le plan de diffusion comporte donc trois volets, la diffusion, les communications et les publications. Le premier volet de diffusion s'adresse à des publics *institutionnels* et des personnes que nous appelons *ressources*, nous prévoyons l'impression papier d'une centaine d'exemplaires à cette fin. Les deuxième et troisième volets de communications et de publications s'adressent à un public plus large de professionnels de la psychiatrie. Nous ne prévoyons pas, pour le moment, d'élargir à d'autres publics ces communications et nous évaluerons cette question en fonction d'un paramètre que nous ne maîtrisons pas. Il concerne la nature et la qualité des éventuels retours

9.2.3 La diffusion du rapport de recherche

La diffusion de rapport de recherche connaitra deux niveaux d'informations. Le premier s'établira en direction d'un public que nous qualifierons de non cible, c'est à dire des personnes « généralistes » auxquelles nous pensons mais qui ne sont pas directement concernées par notre recherche au sens où nous le définissons au deuxième niveau. Nous délivrerons une information par mail, téléphone ou par courrier les renseignant sur l'existence de ces travaux.

Le deuxième niveau d'information auprès du public « cible » concerne le développement qui suit. La diffusion du rapport de recherche s'effectuera alors dans sa forme « académique », c'est-à-dire que le rapport sera présenté sous une forme identique à celle destinée au Conseil Scientifique. Au niveau pratique, notre rapport de recherche sera imprimé dans une version papier couleur à une centaine d'exemplaires qui doublera la version informatique transmise en format PDF. L'impression papier vise à apporter un confort de lecture ou la consultation d'un texte long que ne permet pas une lecture sur écran. Nous prévoyons d'organiser cette première diffusion en direction de deux familles de publics différents.

- Le premier est constitué au niveau national de nos **interlocuteurs institutionnels**. Ces derniers sont représentés notamment par la direction des soins du CH de St Cyr au Mont d'Or, et la mission psychiatrie de l'ARS. La diffusion sur le niveau des directeurs des soins d'établissements hospitaliers en psychiatrie nous permettra peut être de toucher certains établissements ouvrant un accès à leurs populations infirmières. L'ARS est en mesure de soutenir la diffusion d'une information à échelle.

De même, nous prévoyons une information en direction de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Public) et de son département des sciences infirmières et paramédicales (DISP).

- Le deuxième public se compose des **personnes ressources**. Nous les appelons ainsi pour différentes raisons qui tiennent à des proximités qu'elles entretiennent avec notre objet de recherche. Celles-ci peuvent recouvrir leur autorité de connaissance dans un domaine en lien avec notre recherche, une position stratégique ou relais quant à nos professions, une affinité ou une centralité de références avec nos axes théoriques, un intérêt réel pour la recherche en soins infirmier. Chacun de ses destinataires est, ou nous le souhaitons peut devenir, un interlocuteur quant à notre recherche.

Ainsi nous nous adresserons :

- A nos contacts dans les sites que nous avons investigués, médecins, infirmiers, direction des soins pour ceux qui ont soutenu et facilité notre recherche.
- A des contacts dans le monde des soins infirmiers en psychiatrie et en soins généraux. Ces professionnels, infirmiers, formateurs, cadres partagent un intérêt pour notre thématique ou pour la RSI en psychiatrie, certains seront également contactés pour leur position reconnue dans notre profession.
- A des contacts dans le monde des soins infirmiers en lien avec l'université (Lyon, Aix en Provence).
- A des professionnels infirmiers en lien avec le monde de l'édition (revues professionnelles et sites internet) et en responsabilité d'Associations Infirmières en psychiatrie.
- Nous contacteront également un certain nombre de personnes : psychiatres, universitaires, psychologues du courant de la psychothérapie institutionnelle, de la psychodynamique du travail pour

les informer de cette recherche (ou de son aboutissement pour ceux avec lesquels des contacts préalables avaient été établis) et ainsi favoriser d'éventuels liens.

- Nous contacterons en outre des personnalités, psychiatres, auteurs, collègues, syndicalistes dont nous connaissons l'intérêt pour nos travaux.

- Enfin, nous confirmerons au niveau international, les contacts et collaborations entrepris avec nos interlocuteurs suisses via la Haute Ecole de Santé Vaudoise et de Fribourg et la fondation de Nant (Lausanne). Notre objectif est de toucher à terme l'espace infirmier francophone au niveau international (Canada, Belgique).

9.2.4 Les communications envisagées

Les communications envisagées seront de deux ordres. En interne en direction de nos établissements d'appartenance, instances CSIRTM, Journées institutionnelles, Journées de service ou toute autre fenêtre de communication qui pourrait contribuer à la diffusion de la RSI et de ses résultats. Une première communication est prévue le vendredi 2 décembre 2011 lors de la journée institutionnelle *« Débats et controverses »,* organisée par le CH de St Cyr au Mont d'Or dont l'objectif est de donner une tribune aux retours de travaux réalisés dans le cadre de l'établissement.

En externe, le choix des lieux de communication se feront autour de plusieurs axes. Si les organisateurs ou les comités scientifiques donnent leur aval à notre argument et nous retiennent, nous interviendrons dans des cadres de communications en lien avec la recherche en soins infirmiers et celles en lien avec le soin infirmier en psychiatrie (Journées thématiques d'Associations).

Le courant de la psychothérapie institutionnelle ainsi que des journées ou congrès connu pour leur crédit d'autorité et implanté localement retiendront également notre attention. Ces centrages ne sont pas exclusifs d'autres lieux de communication et nous pensons en premier lieu aux congrès infirmier internationaux (SIDIIEF) ainsi qu'à la mise en place d'un cadre de communications avec nos voisins helvètes.

A la date d'écriture de ce rapport, nous avons intégré le programme des 16ème Cours sur les techniques de soins en psychiatrie de secteur « *Désirable et indésirable clinique »* organisé par Santé Mentale et Communautés (SMC) de mars 2012 dont l'argument en soi constitue une invitation par ses proximités.

Nous avons en perspective les Journées Nationales de l'ARSI (Association pour la Recherche en Soins Infirmiers) en janvier 2013.

Nous restons disponibles également pour d'éventuelles sollicitations et nous pensons que la rareté des recherches infirmières en psychiatrie en France et la particularité de notre thème devraient constituer des facteurs d'intérêt pour des interventions. Nous pourrons ensuite nous manifester plus directement mais nous préférons attendre la première phase de retour et évaluer à partir de celle-ci l'intérêt éventuel que notre travail peut générer. Nous adapterons alors nos communications, d'une part en regard de notre cadre de travail d'infirmier en structure de soins, c'est-à-dire en fonction des temps que nous serons autorisés à dégager, et d'autre part en fonction de la nature des éventuelles sollicitations.

9.2.5 Les publications envisagées

Nos cadres de publication reprendront les mêmes axes de déterminations que les communications

Ainsi nous pensons solliciter en premier lieu les revues professionnelles du champ de la psychiatrie. Nous pensons à la revue mensuelle ***Santé Mentale*** dont des contacts préliminaires laissent entrevoir la possibilité de concevoir un dossier thématique sur notre thème de *l'informel*. Cette idée, et nous l'espérons bientôt ce projet, permettrait d'éclairer sous différents regard cette thématique. Elle nous permettrait d'aborder sous plusieurs angles nos résultats et permettrait de conserver un axe quant à la place de la RSI. Ce dossier serait prévu pour 2012 et des contacts en ce sens seront repris au premier trimestre 2012.

La revue ***Soins psychiatrie*** nous apparaît comme le deuxième support susceptible de couvrir les professionnels de notre champ. Une antériorité de publication et de collaboration nous amène

également vers elle. Des contacts seront établis début 2012 pour connaître leurs prévisions de dossiers thématiques et envisager des possibilités de diffusion.

La revue ***Recherche en Soins Infirmiers*** publie des recherches en soins dans ses dimensions méthodologiques, d'ingénieries et de résultats. Cette revue, seule revue infirmière scientifique française référencée sur la BDSP (Banque de Données en Santé Publique) et Medline, est alimentée souvent par les francophones nord américains du fait de leur avance dans le développement de la RSI. Cette revue nous apparaît comme un cadre de publication incontournable.

Du côté des sites internet supports de publication, le site du CSR sera le premier destinataire. Nous pensons au site EMC Consult (Elsevier Masson). Il constitue un vaste portail avec une branche *Savoirs et Soins Infirmiers* possédant un volet Recherche en Soins. De même, nous savons que le site SERPSY (Soin Etudes et Recherches en Psychiatrie) constitue une référence solide dans notre paysage professionnel et nous ne doutons pas de l'accueil qui serait réservé à nos travaux. Enfin, le réseau ACODOCPSY est devenu une source documentaire de premier ordre.

Là encore, nous pensons que d'autres possibilités pourront s'offrir à nous. Nous ne souhaitons pas présager de celles-ci même si nous savons que notre travail de recherche est susceptible de connaître d'autres développements.

9.3 Un parcours de praticien chercheur

Nous savions, dès nos rencontres initiales, que nous engager dans un parcours de recherche en soins infirmiers en psychiatrie allait nous entraîner dans un parcours où les balises et les repérages seraient rares. Nous ne possédions pas à cette époque de culture de recherche, aucun d'entre nous n'avait pu s'appuyer lors de son parcours professionnel sur une culture de service ou d'établissement de ce type. Nous entendions ici ou là des discours de circonstances sur la recherche infirmière dont l'opérationnalité confinait plus sûrement à un vœu ou à une incantation qu'à la mise en place de stratégies locales en termes de base d'accueil et d'accompagnement. Nous pouvons dire aujourd'hui qu'au-delà de la rareté des repères, nous avons été confrontés à un paysage qui, à cet endroit, avait revêtu une parure immaculée. Nulle trace de pas indiquant le chemin à poursuivre, nous savions toutefois pouvoir compter alors sur notre boussole représentée ici par notre accompagnatrice en guidance méthodologique.

Il nous a donc fallu trouver, créer, inventer et bricoler au sens que Lévi-Strauss a théorisé. Le bricoleur, à la différence de l'ingénieur, n'a jamais vraiment les matériaux qu'il faut pour réaliser son projet. Il fait avec les éléments qu'il a sous la main, il fait avec. L'ingénieur pour sa part a plus les moyens de trouver les matériaux et de développer les machines qui répondent aux besoins de son projet.

9.3.1 La problématique de la recherche en soins en France

Il existe encore en France un clivage entre la recherche médicale, considérée comme inhérente à l'exercice professionnel qui bénéficie d'une longue tradition de la médecine française et la recherche paramédicale beaucoup plus tardive, historiquement et juridiquement parlant. Cette dernière apparaît **non considérée comme inhérente à l'exercice professionnel, mais comme relevant d'une élite minoritaire, dans le cadre de formations universitaires**. La problématique de la recherche en soins infirmiers en psychiatrie est ici de même nature que celle rencontrée dans le domaine des soins généraux.

De fait, il existe de nombreuses réalisations de recherche, **mais :**

- Soit, celles-ci sont incluses dans les recherches médicales et sont peu ou pas repérées comme recherche en soins infirmiers.
- Soit, elles sont réalisées au décours de formations de cadres de santé, spécialisées, voire initiales ou universitaires. Dans ce cas, elles sont peu diffusées (littérature grise) et non validées par la communauté scientifique, *(*thèses doctorales soutenues mises à part).

Les seules recherches infirmières publiées ou publiables sont très majoritairement effectuées dans un cadre universitaire (2ème ou 3ème cycle sociologie, sciences de l'éducation, psychologie, management…) avec un cadre théorique clairement défini et valide. Le statut **de praticien chercheur n'est absolument pas légitimé** dans le corps paramédical.

Aujourd'hui les paramédicaux (soignants, rééducateurs et médico-techniques) doivent, au regard des missions qui leur sont dévolues, participer à des recherches, initier et accompagner des étudiants dans une démarche de recherche. Ces dispositifs trouvent leurs limites d'une part avec des cursus de formation **par** la recherche et non **pour** la recherche et d'autre part parce que ces professionnels sont eux-mêmes pour beaucoup insuffisamment formés aux méthodologies de recherche. Cette situation amène deux constats :

- La pratique de la recherche n'est pas encore inscrite dans le patrimoine culturel, pas plus qu'elle ne fait partie des habitus professionnels. Son émergence au niveau national date de 2009 avec la mise en place des PHRI.
- Il existe une confusion persistante entre des démarches de **natures** distinctes et non uniquement de **degrés.** Soit entre des réflexions, études d'un côté qui renvoient à un cursus en lien avec une formation où la méthode de recherche est utilisée comme outil pédagogique. Et d'un autre côté, des recherches cliniques, des recherches en soins infirmiers où la recherche utilise des méthodes scientifiques sur un volume plus vaste pour explorer rigoureusement des zones d'interrogations.

En parallèle, dans une perspective de formation européenne (Accords de Bologne-1998) sur la maquette Licence/Master/Doctorat (LMD), l'efficience de l'initiation à la recherche est un point de la formation dans le cadre de la réingénierie que vient de connaître le diplôme paramédical d'Infirmier.

Outre cette valeur réelle et symbolique forte, un des objectifs de la mise en œuvre du processus de Bologne réside selon Aquilino Morelle et al. «*…dans le développement en France d'une recherche clinique actuellement quasi inexistante* ». (« Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales », *Synthèse*, septembre 2008, p. 4).

Nous rappellerons également que le plan santé mentale 2005-2010, dans sa partie 3 consacré à la recherche notait que *« [...] la recherche clinique, l'épidémiologie et la recherche en sciences humaines et sociales (à laquelle nous pouvons rattacher la recherche en soins infirmiers en psychiatrie, NDA) ne sont pas suffisamment développées et doivent faire l'objet* ***d'un soutien prioritaire*** ». (Ministère de la santé, *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*, Paris, avril 2006, 98 pages, p. 59).

Ce constat avait fait l'objet en 1998 d'un jugement similaire par le ministre de la santé de l'époque. Enfin, en décembre 2011, le rapport thématique de la cour des Comptes portant sur les effets du plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2010 est sans appel. La haute cour constate, *« Si le plan a indiqué que la recherche en sciences humaines et sociales est parmi celles "[...] qui doivent faire l'objet d'un* ***soutien prioritaire****", il n'a ni prévu, ni suscité directement de mesures en ce domaine qui aurait pu être* ***une priorité,*** *comme le souligne le Haut Conseil de le Santé publique* ». (Rapport public thématique de la Cour des Comptes *" L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "Psychiatrie et santé mentale "2005-2010 "*, décembre 2011, 200 pages, p.116, www.ccomptes.fr).

En regard de ces éléments, cette réforme sur le LMD constitue donc à note avis l'un des vecteurs du développement de la recherche auprès des futurs professionnels.

9.3.2 Une quête de statut

Loin des discours, ce chapitre est l'occasion de revenir rapidement sur deux itinéraires d'infirmiers lancés dans un parcours de Recherche en Soins Infirmiers (RSI) et de poser quelques constats quant à l'état des lieux relatif à ce domaine aujourd'hui. Tout le monde entend parler ici ou la de recherche infirmière et naturellement tout le monde est pour ! Il en est de la recherche comme de l'humanisation des hôpitaux ou de la qualité, l'énoncé appelle à une unanimité, mais dans nos réalités et notre discipline, combien de professionnels connaissent des collègues engagés dans de tel processus ?

Notre parcours d'infirmiers praticiens chercheurs et l'affirmation de cette place allait se trouver confronté, après le dépôt et la validation du devis de recherche auprès du CSR, à une réalité : **Les cadres de travail et d'accompagnements étaient à créer**. Cette question était restée discrète lors de la phase exploratoire. Le temps très limité consacré à ce projet le laissait osciller entre une semi-clandestinité et quelques accords de principe pour sa phase émergée. La régulation de cette modeste charge horaire se gérait entre de nos équipes d'appartenance et de leur encadrement et dans une moindre mesure au niveau nos temps personnels. L'investissement ponctuel n'interférait pas ou très peu avec les organisations existantes. Cette donnée allait changer avec la validation par le CSR et la faisabilité de la construction du projet sur un groupe réduit à deux. Ces différents épisodes on été abordés en 4.1.1 lors de la redéfinition des contours du groupe et la détermination d'un cadre de travail.

Notre propos porte sur un constat, cette absence de cadre de travail nous a obligé, en parallèle à notre travail de recherche, à multiplier les démarches. Celles-ci ont eu lieu en termes de demandes d'attribution de moyens, (allocation officielle de temps, demande de formation informatique, demande de moyens hors allocation de recherche), de demandes d'attribution de lieux et de sollicitations sous forme de communications en retour. Cette situation présente deux inconvénients, d'une part elle nous laisse en position de demande là où justement nous manquions d'éléments pour les justifier et d'autre part elle s'avère de ce fait inconfortable, chronophage et au final précarisante. En effet, la position de demande vient toujours réquisitionner la légitimité de celle-ci. Ces demandes ont dû se répéter sur l'ensemble des étapes de recherche. Ces éléments de précarisation ont été compensés par des rencontres, des positionnements stables, des ressources sur lesquelles nous avons pu compter. Ce sont ces personnes que nous remercions **pour leur confiance sur la page de remerciement** située au début de ce rapport .Ce sont ces personnes qui nous auront permis d'affirmer cette légitimité dans laquelle nous avons puisé la vitalité nécessaire au partage et à la réalisation d'un tel investissement.

A titre indicatif, nous évaluons à 50 % de notre temps de recherche le temps passé, les deux premières années notamment, à la gestion de ces paramètres. Nous ne doutons pas que le développement de cadres d'accueil et d'accompagnement, étayé sur des stratégies locales et fédéré à un niveau plus large, serait en mesure de faciliter des vocations.

Nous résumerons dans l'identification des facteurs suivants ces difficultés que nous avons perçues à partir de notre parcours d'infirmiers praticiens chercheurs. Ces difficultés traduisent la situation de la recherche en soins infirmiers en France. Parmi celles ci, nous retenons trois facteurs du coté des contextes institutionnels, formatifs et professionnels, à cette situation de balbutiements de la recherche en soins infirmiers, à laquelle la mise en place d'un PHRI vient en partie répondre.

Les facteurs **institutionnels** :

- Ils sont marqués par une référence parfois incantatoire aux textes réglementaires cités précédemment, lesquels ne sont la plupart du temps pas appliqués.
- La pratique de la recherche paramédicale n'est pas encore inscrite dans le patrimoine culturel de nos métiers, pas plus qu'elle ne fait partie des habitus professionnels.
- Le *triptyque Soins Enseignement Recherche*, jugé toujours performant pour la recherche médicale (« *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital »,* La Documentation Française, orientation N°4, avril 2008, p. 41) est inopérant dans le domaine paramédical, celui-ci ne reconnaissant que la prévalence du premier terme. Nous avons constaté des situations contradictoires ou un financement était obtenu, mais pas le cadre temporel pour réaliser le projet.
- Il existe une frilosité des établissements à soutenir les projets particulièrement en allocation de temps. Les recherches en Sciences sociales appliquées au domaine des soins infirmiers sont consommatrices de temps (entretiens, observations et leurs traitements). Ce constat relève des disparités très importantes dans les politiques d'établissements qui vont de l'absence de reconnaissance et du non dégagement de moyens, et cela malgré une validation scientifique, à des hôpitaux assumant leurs fonctions de promoteur ou d'accompagnement de projets.

- Les établissements encourageant ces projets sont eux même soumis aux aléas des vies institutionnelles. Les changements d'orientations avec les mouvements des personnels en responsabilité de ces politiques de projets institutionnels, eux même soumis aux facteurs identifiés précédemment sont alors de nature à exclure une pérennisation de ces initiatives.

Les facteurs en lien avec **la formation** des infirmiers en matière de recherche.

Une démarche de recherche en soins infirmier demande un accompagnement méthodologique important. Actuellement :

- L'initiation à la recherche prévue dans le programme de formation initiale des infirmiers et dans une moindre mesure des cadres de santé apparaît insuffisante. Sa nature reste une formation visant à développer une rigueur de raisonnements **par** l'apprentissage d'une méthodologie de recherche. Toutefois, l'intégration au LMD des formations paramédicales intègre une nouvelle dimension : former **par et pour** la recherche, le **pour** ciblant les futurs professionnels souhaitant poursuivre en Master, voire Doctorat. L'absence de recul pour l'instant ne permet pas de mesurer les effets de cette nouvelle orientation.
- Pour l'instant, la formation des infirmiers à la recherche relève d'une part d'une formation complémentaire efficiente aux méthodologies de recherche et d'autre part d'une guidance méthodologique, adossée ou non à un comité scientifique.

Les facteurs en lien avec les **professionnels**

À cet endroit, une fois dissipée cette confusion des genres, la recherche paramédicale apparaît alors très souvent pour ce corps professionnel comme purement théorique et loin des pratiques quotidiennes. En cela quatre obstacles restent saillants :

- L'opérationnalité immédiate requise par la réalité quotidienne est non satisfaite. L'intégration des résultats de recherche nécessite un temps plus long.
- Le statut de praticien chercheur pour la recherche clinique ne connaît pas de légitimité de reconnaissance.
- L'insuffisante culture scientifique et les difficultés à identifier les différents niveaux de recherche (principalement entre formation **par** la méthodologie de recherche et formations **pour** la recherche). Il existe une confusion entre des démarches de **natures** distinctes et non uniquement de degrés. Mais aussi entre des réflexions, études d'un côté qui renvoient à un cursus en lien avec une formation où la méthode de recherche est utilisée comme outil pédagogique, et la recherche clinique, recherche en soins infirmier de l'autre, où la recherche utilise des méthodes scientifiques sur un volume plus vaste explorer rigoureusement des zones d'interrogations.
- Enfin, le paysage de la recherche étant peu accessible, il en résulte une difficulté à identifier des trajectoires à suivre pour trouver des structures de promotion de recherches (comités scientifiques, centres experts, fondation etc.). Certains contextes locaux sont facilitateurs dans ce passage à l'exemple du conseil scientifique de la recherche du CH Vinatier. Quand ce frein lié à l'identification est levé, il reste à développer et à soutenir un investissement personnel de longue durée. Or bien souvent les équipes s'essoufflent devant la charge de travail requise et l'accumulation décourageante et démotivantes des difficultés citées plus haut.

9.3.3 La commission Couty, note en annexe n°5 et n°6

C'est dans ce contexte qu'en 2008 se réunissaient les membres de la commission Couty lors de leurs travaux préparatoires. Cette commission *« sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale »* était chargée de faire toutes propositions en regard de ces objectifs. Sa composition pluriprofessionnelle regroupait tous les partenaires de la psychiatrie. Nous retenons pour notre part (voir en introduction) la richesse des contributions et la convergence des professionnels qui se sont dégagés à cette occasion. L'opportunité se présentait pour nous de rédiger une note (voir en annexe n°5) sur *« le développement de la Recherche en Soins Infirmiers en Psychiatrie »*. Nous bénéficions de la participation à cette commission d'une responsable d'association d'infirmiers en psychiatrie et nous savions pouvoir compter sur cette personne ressource pour diffuser cette contribution. Une présentation au groupe de travail avec support et note de recherche avait également

été mise au point. L'objectif était bien sur de promouvoir cette dimension de la Recherche et de contribuer à lui donner une visibilité dans les orientations et les propositions qui allaient se dégager de ces travaux.

Le calendrier de cette commission était resserré, l'audition ne fut tardivement pas retenue. La note sur le développement de la RSI fut diffusée à l'ensemble des membres.

Le rapport faisait état lors de sa publication dans ses propositions des retards en matière de recherche en psychiatrie, en recherche fondamentale et clinique. **Aucune ligne** ne mentionnait la recherche en soins infirmiers en psychiatrie. Cette dernière n'était pas nommée et renvoyée à sa confidentialité.

Nous avons répété en août 2011 cette communication (voir en annexe n°6) en direction des membres de la commission d'orientation du plan Psychiatrie et Santé Mentale 2012/2015. Notre contribution portait sur la fiche 33 consacrée aux dimensions de la Recherche en psychiatrie. Nous avons alors rédigé et transmis une note avec le même objectif de promouvoir la recherche en soins infirmier en Psychiatrie. La première étape de cette promotion repose sur un objectif apparemment modeste. La réalité nous montre qu'il demeure ambitieux, il s'agit de signifier l'existence de la Recherche en Soins Infirmier en psychiatrie. Nous avons opté pour une communication sur un format de deux pages pensant ainsi, à minima, augmenter nos chances d'être lu.

9.3.4 Les perspectives pour la recherche en soins infirmiers en psychiatrie

- **Au niveau des professionnels**

Notre parcours de recherche nous a amenés au fil des ans à développer sur le tas les compétences nécessaires à la conduite et la réalisation de ce projet. Nous avons ainsi pu établir en regard de notre expérience un certain nombre **de pré requis**, de **compétences à acquérir** et recenser des **ressources liées à des proximités de posture** avec notre métier d'origine.

Les pré requis que nous retenons, outre les aspects évoqués dans le préambule sur l'exposé des motivations, concernent des aspects pratiques. Celles-ci sont relatives à une maitrise de l'informatique qu'une démarche buissonnière ne saurait remplacer. Cette maitrise concerne la gestion de documents longs dans Word ainsi que les maniements d'Excel et Power Point. Un deuxième pré requis concerne une antériorité d'expérience dans la rédaction d'articles professionnels ou en lien avec d'autres formes d'écritures nécessitant une formalisation reposant sur des opérations de synthèse. Cette antériorité rédactionnelle se révèlera être une ressource précieuse lors de la rédaction du rapport final puis des communications afférentes. Nous pensons également que ces pré requis doivent pouvoir s'adosser à une culture institutionnelle étayée, un cadre interne permettant aux praticiens chercheurs d'une part de lire les stratégies en cours sur ces questions et d'autre part de préserver une indépendance de travail dans ce cadre de recherche.

Nous partageons l'énoncé que fait Pascal Galvani quand il note *« que le "savoir dire" du praticien chercheur repose sur un "savoir faire" à cinq compétences majeures »*. (« Etudier sa pratique : une autoformation existentiel par la recherche », *Présences*, Revue des pratiques psychosociales, www.uqar.ca, consulté le 26 octobre 2009). Nous les reprenons brièvement :

- Un savoir lire ; recherche bibliographique, sources, champs de pertinence,
- Un savoir écrire ; écriture réflexive, de problématisation, écriture rédactionnelle,
- Un savoir conceptualiser ; problématiser, construire une problématique et lier les concepts,
- Un savoir observer, enquêter, recueillir les données ; méthodologie et outils d'enquêtes,
- Un savoir se laisser inspirer ; savoir se laisser travailler par son objet de recherche, trouver ses pratiques heuristiques.

Nous ne développerons pas de nouveau les compétences à acquérir. Nous les avons abordées sur l'état de la recherche en soins infirmiers en psychiatrie en France lors du chapitre

consacré à une quête de statut. Cette question concerne la mise en place de cadre de travail, d'accueil et d'accompagnements.

Notre propos s'arrêtera par contre sur les proximités entre le travail de praticien chercheur en soins utilisant des méthodologies qualitatives et notre métier d'origine d'infirmier de secteur psychiatrique ou d'infirmier en psychiatrie. Ces convergences ont été abordées à différents moments de ce rapport. Elles nous apparaissent heureuses et nous souhaitons les résumer :

- Une proximité dans le maniement des outils d'enquêtes. L'entretien est un outil central dans l'exercice infirmier, son utilisation lors des enquêtes peut s'appuyer sur de solides expériences. L'observation, nous l'avons également vu lors de la caractérisation des fonctions, est une capacité que la clinique infirmière au quotidien invite à développer, particulièrement dans les signes de faible intensité. Cette capacité sera un facteur favorable dans sa transposition lors d'un cadre d'investigation.

- L'adoption d'une posture réflexive : les similitudes concernent ici l'intégration d'un questionnement de l'action et sur l'action. La familiarité entretenue avec cette posture favorise les opérations de décentrage/recentrage que requiert l'adoption d'une position de rupture ou de vigilance épistémologique. Cette dernière posture est favoriser par le travail de subjectivation du préconscient, lequel est mobilisé sur ces plans. Les opérations mentales d'une part d'identification des émotions, de leurs mises en pensées et de leurs analyses et d'autre part les opérations d'intériorisation par internalisation (plus que par incorporation) sont communes dans notre expérience aux deux exercices.

Nous pouvons également souligné aujourd'hui qu'elles en sortent renforcées mutuellement. Ce travail commun aux deux exercices répond à cet exigence, ici *versus* sociologique de Pierre Bourdieu cité par Pierre Paillé *« Le premier travail du chercheur est d'essayer de prendre conscience de ces catégories de perception du monde social et d'essayer de produire une connaissance des instruments de connaissance à travers lesquelles nous connaissons lemonde social. Cela peut se faire de façon très concrète. Chacun peut faire ce travail concrètement. Qui suis-je, socialement, moi qui dis ce que je dis».* (« *La méthodologie qualitative, postures de recherche et travail de terrain »*, Editions Armand Colin, Paris, 2006, 239 pages, p.89). La version psychique de cet abord est une exigence sur laquelle de nombreux soignants finissent par s'interroger. Certains alors peuvent trouver des éléments de réponses à ces exigences dans des démarches plus personnelles.

La dynamique du travail de la pensée en jeu, la position de décalage requise et la nature du questionnement entretiennent alors des similitudes :

- Le travail infirmier au quotidien mobilise ce dont souvent nos patients sont en défaut, nous voulons parler de nos capacités de synthèse dans la compréhension et la formulation d'une situation. Ces capacités de synthèse, d'abstraction, de réfléchissement, de concentration, correspondent à des capacités cognitives sollicitées sur ces deux positions professionnelles.

- Le rapport à la temporalité nous parait également une proximité intéressante. Nous faisons le parallèle entre la temporalité psychique qu'exprime parfois une durée de la clinique et la temporalité d'un travail de recherche qui s'inscrit sur du moyen terme. Notre exemple personnel ne saurait constituer un modèle en terme de temporalité qui s'est inscrite sur du long terme. Nous avons retenu par contre les dimensions afférentes à cette durée longue, à savoir la constance, la persévérance et la ténacité.

- Nous retenons également une dimension analogique entre la position soignante dans les soins infirmier en psychiatrie et l'utilisation des méthodes qualitatives. Celles-ci emboitent le même mouvement dans le sens ou le chemin se fait en marchant. L'objectif de départ indique une direction et une destination. Le mouvement d'avancer emprunte un chemin et le mouvement même de cheminer trace un l'itinéraire. De même, nous avons été sensible à la plasticité de la fonction du tiers dans les soins infirmiers (Patient, Professionnel, Equipe) que nous retrouvons logiquement avec nos trois niveaux d'investigation et les exigences méthodologiques de triangulation. Le chiffre trois avec ses assertions différentes entretient une place et une référence déterminante.

- Enfin, nous évoquons une dernière similitude. Elle concerne le côté artisanal (au sens de l'artisan), le côté bricolage (au sens de Lévi-Strauss cité plus haut). Il s'agit alors d'adapter les soins à une personne singulière ou d'adapter nos méthodes de recherche à un objet particulier. L'adaptation se fait sur une situation singulière et non l'inverse. Nous adaptons nos moyens à l'objet et non l'objet à nos moyens.

- **Au niveau national**

Des perspectives pour la Recherche Infirmière ont été ouvertes en 2009 avec la mise en place d'un PHRI qui a connu sa mutation rapide en PHRIP afin d'accueillir dans ce cadre l'ensemble des paramédicaux. Beaucoup reste cependant à faire pour la Recherche en Soins Infirmiers en Psychiatrie. Deux recherches en lien avec notre discipline ont été retenues sur ces deux dernières années dans ce cadre. La restriction apporté en 2009/2010 pour les établissements ne pouvant pas percevoir de crédits au titre des missions d'intérêts général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) paraissent levée. La circulaire n° DGOS/PF4/2011/420 du 4 novembre 2011, *relative aux appels à projets en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance des systèmes de soins et de recherche infirmière et paramédicale,* prévoit que des financements de projet puissent être versés au titre de la dotation annuelle de financement (DAF). Cette situation devrait concerner nos établissements.

- **An niveau régional**

A côté de ses très récentes perspectives nationales liées à la mise en place d'une maquette de formation compatible avec le système LMD, il nous apparaît qu'un niveau intermédiaire permettrait de répondre aux difficultés qui ont été les nôtres et que rencontrerons demain les infirmiers qui seront tentés de se lancer dans cette aventure. Ce niveau intermédiaire est celui de la Région. Il correspond actuellement avec la mise en place des ARH, puis des ARS au niveau de la planification des orientations des politiques de santé.

Ce niveau permettrait l'établissement d'une structure ressource pour la recherche en soins infirmiers en partenariat avec les services hospitaliers, les centres de recherche. Cette proposition est en cohérence avec les fonctionnalités de l'échelon régional proposées lors de la contribution *Halimi,* Président de la Conférence des Président de CME, ADESM, FHF, FNAP psy, UNAFAM à la commission Couty et les orientations de l'ARS Rhône-Alpes. L'échelle régionale serait susceptible de favoriser une dynamique dans ce sens et d'impulser un potentiel de recherche à cette échelle. L'apport de connaissances des recherches en soins infirmiers en psychiatrie viendrait en compléments des apports de connaissance des recherche médicales, au bénéfice des soins aux patients, dans des domaines tels que :

- la qualité des soins, l'amélioration des pratiques professionnelles,
- les méthodes et les pratiques de soins en lien avec une vision globale de la prise en charge des patients. Cet item rejoint la référence aux pratiques avancées.
- les recherches relatives aux coopérations entre professionnels,
- l'organisation des soins et des pratiques,
- l'impact des politiques de santé et des outils de régulation sur les pratiques des paramédicaux, etc.

Concernant la Recherche en Soins Infirmiers en psychiatrie, la Région répondrait de notre point de vue aux besoins suivants :

- Contribuer à élargir le champ de la recherche aux soins infirmiers, proposition qui figure dans le Rapport Larcher. (« *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital* », La Documentation Française, orientation N°4, avril 2008, p. 41). .
- Assurer un cadre de travail en amont des établissements afin de les soustraire eux-mêmes aux aléas des vies institutionnelles, c'est a dire garder un cadre de travail pérenne et non soumis aux changements d'orientations liés aux départs et arrivées des personnes en charge d'un rôle décisionnel sur ces questions.

- Etre le garant d'une promotion de projet de recherche, et coordonner l'accueil de nouvelles initiatives.
- Constituer une agence de moyens. La Région permettrait de pérenniser ce travail de praticien chercheur, encore exploratoire. Elle se placerait dans une position d'interlocuteur pour les arbitrages de moyens envers les non médicaux.
- Favoriser l'ouverture d'un centre de recherche à tous les soignants en psychiatrie, médicaux et paramédicaux, et visant a faciliter la création de réseaux dynamiques entre professionnels de la santé, chercheurs et praticiens chercheurs, décideurs, organismes et associations.
- Enfin, le niveau régional pourrait constituer le point de rassemblement et de pilotage du triptyque Soins Enseignement Recherche, absent chez les paramédicaux, à l'image de la tutelle récemment décentralisée pour le public aux régions pour les formations initiales paramédicales dont les IFSI ainsi que pour les travailleurs sociaux.

9.3.5 Une recherche légitime

Nous avons bien conscience d'une certaine singularité quant à notre trajectoire. À ce jour nous avons connaissance d'une faible activité de recherche au niveau de la profession, mais il est à noter que nous sommes en défaut d'outils de recensement. En France des compétences existent et d'autres demandent à émerger, mais nous sommes en déficit d'infrastructure. Cette situation relègue la Recherche en Soins Infirmiers à une position insuffisamment affirmée et balbutiante.

Toutefois, notre démarche s'adresse à celles et ceux, soignants et soignantes qui demain auront envie de travailler et la finesse de leurs questionnements, « la fraîcheur de leurs intuitions » et de se confronter à la rigueur qui sied à toute entreprise de recherche. A ce propos Marie France Collière écrivait en 1999 *« Tout soignant peut être un chercheur qui se méconnaît. Encore faut-il lui permettre de développer ses capacités, de saisir le sens de ce qu'il observe, de s'étonner, de s'interroger, de s'intéresser et de chercher à découvrir* » (« La recherche, entre décision de soins et élaboration des savoirs », *in Décisions Santé,* n°143, p. 14).

La recherche en soins infirmier en psychiatrie s'intéresse dans l'interdisciplinarité à *« tout projets qui concerne notre conception de soignants de patients porteurs de maladies mentales, dans toutes ses dimensions* » . (*Charte du site du Conseil Scientifique de la Recherche*, Présentation du CSR, p. 1. www.ch-le-vinatier.com/recherche). La dimension des fonctions de l'informel dans les soins infirmiers en psychiatrie participe de cet appel.

Pour nous, être infirmier en psychiatrie et praticien chercheur revient à se situer au carrefour d'une triple exigence :

- Une exigence **professionnelle :** celle d'apporter sa contribution et d'augmenter le niveau des connaissances dans notre domaine.
- Une exigence de **crédibilité,** celle d'utiliser des méthodologies rigoureuses et éthiquement acceptables qui obtiennent une validation scientifique afin d'ancrer les soins infirmiers en psychiatrie sur des données valides et vérifiables.
- Une exigence de **légitimité**, elle passe par des cadres de travail reconnus, susceptibles de garantir un statut et un devenir à cette position professionnelle.

Neuville, le 29 février 2012

Jean-Paul Lanquetin
Infirmier de Secteur Psychiatrique
Praticien chercheur

Sophie Tchukriel
Infirmière en psychiatrie
Praticien chercheur

10. BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Abric, J-C, Flament, C, *Méthodologie de recueil des représentations sociales, l'organisation interne des représentations sociales, système central et système périphérique*, PUF, 1994.

Alain Blanchet, Anne Gotman, *l'enquête et ses méthodes: L'entretien*, 2ème édition refondue, Edition Armand Colin, 2007.

Alexandre, Victor, *Eléments de praxéologie* , Contribution à une science des actes, Edition. L'Harmattan, 2003.

Alter, Norbert, *L'innovation ordinaire*, PUF, 3ème éditions, 2010, 284 pages.

Altet, Marguerite, *L'analyse des pratiques professionnelles*, sous la direction de Claudine Blanchard -Laville et Dominique Fablet, Edition l'Harmattan, Paris, 2000, 282 pages.

Anzieu, Didier, *Le Moi Peau*, Paris, Éd. Dunod, 1995, 304 pages.

Arborio Anne-Marie, Pierre, Fournier,François de Singly (dir.), *L'enquête et ses méthodes: l'observation directe*, Collection sciences sociales, Nathan Université,1999,126 pages.

Arborio, A-M., Fournier, P,François de Singly (dir.), *L'enquête et ses méthodes*: *L'observation directe*, Collection Sociologie 128, "Nathan 1999", Edition Armand Colin, 2005, 2ème édition, 126 pages.

Baillon, Guy, *Quel accueil pour la folie*, Editions de Champ social, Nîmes, 2011, 339 pages.

Barbier, J-M., Galatanu O, *Les savoirs d'actions : Une mise en mot des compétences*, Edition L'Harmattan, 2004, 324 pages.

Bardin, Laurence, *L'analyse de contenu*, Quadrige/PUF, 2ème éditions, 2009, 291 pages.

Beau, Stéphane, Weber, Florence, *Guide de l'enquête de terrain, Produire et analyser des données*, Nouvelle éditions, La Découverte, 2003, coll. Guides Grands Repères, 356 pages.

Bégoin, Jean, *La névrose de téléphonistes et des mécanographes*, Thèse, Faculté de médécine, Paris, 1957,

Bellenger, Lionel, Couchaère, Marie-Josée, *L'écoute*, ESF Editeur, Issy Les Moulineaux, Collection Formation Permanente, séminaires Mucchieli, n°182, mars 2010.

Bellenger, Lionel, *La Confiance en soi*, ESF Editeur, Collection Formation permanente en sciences humaines, 2007, 202 pages.

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

Bergson, Henri, *L'énergie spirituelle, Essais et conférences*, Chapitre 1- La conscience de la vie, Edition PUF, 1919.

Berthoz, Alain, *La Simplexité* , Editions Odile Jacob, septembre 2009, 220 pages.

Billiard, Isabelle, *Santé Mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail"*,Paris, La Dispute, 2001, 282 pages.

Bion, W.R, *Aux sources de l'expérience*, Collection bibliothèque de psychanalyse, Edition Puf, N° d'édition n°5, 2003,144pages.

Bion, W.R, *Réflexion faite, Une théorie de l'activité de pensée*, Collection bibliothèque de psychanalyse, Edition Puf, N° d'édition n°5, 2001, 192 pages.

Bion,W.R, *Eléments de psychanalyse*, Collection bibliothèque de psychanalyse, Edition Puf, N° d'édition n°4,2011, 112 pages.

Blanchard-Laville, Claudine, Fablet Dominique (Dir.), *L'analyse des pratiques professionnelles*, Ed. L'Harmattan, 2000, 286 pages.

Blanchet, A., Gotman, A., *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*, collection 128, Armand Colin, "Nathan, 1992", 2ème édition, 2007,126 pages.

Bourdieu, Pierre, "De quoi parle-t-on quand on parle "du problème de la jeunesse"?", in A, Percheron (sous la dir.),*Les jeunes et les autres*, Vaucresson, centre de Recherches Interdisciplinaires de Vaucresson, pp 229-234.

Bourdieu, Pierre, *Le sens pratique*, Collection "Le sens commun", Editions de minuit, 1980, 480 pages.

Bronislaw Malinowski, *Les Argonautes du Pacifique occidental*, 1922, trad. fr. 1963, rééd. Gallimard, 1989, 302 pages.

Brukner, Pascal, *L'euphorie perpétuelle*, Essai sur le devoir du bonheur, Edition le livre de poche, 2002, 280 pages.

Bruliard, Luc , *Handicap mental et intégration scolaire*, Ed l'Harmattan, Collection savoirs et formation, 2004, 168 pages.

Castoriadis, Cornélius, *L'institution imaginaire et la société civile*, Paris, Edition Le seuil, 1975.

Chaigneau, Hélène, *Soigner le folie, une vie au service de la clinique*, Editions Campagne Première, 2011, 248 pages.

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

Clos, Yves, *Le travail sans l'homme*, Edition La Découverte/poche,, Paris, 2008, 299 pages.

Clot,Yves, *La fonction psychologique du travail*, Paris, Editions PUF, 1999.

Coldefy, Magali, Le personnel des secteurs de psychiatrie : état des lieux et évolution depuis 1989, in *La prise en charge en santé mentale*, Drees, la Documentation Française, 316 pages.
Colière, Marie-France, *Promouvoir la vie,"De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Editions inter-éditions, 1982, 391 pages.
Couturier,Yves et Daviau, Julie. *Modèles de pratique en sciences infirmières et nécessités d'intervenir. Mais que vient faire la notion d'intervention dans la conception de la pratique infirmière*, Revue Esprit critique, Volume 5, nº 01, 2003.
Crozier, Michel, et Freiberg, Erhard, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, 1977.
Dallaire, Clémence , *le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*, Édition Gaétan Morin, avril 2008, 504 pages .
Davoine, Francoise, *La folie Wittgenstein*, Editions Epel, Collection essais, 1994, 228 .
De Certeau, Michel, *L'invention du quotidien*, reédition Gallimard, Folio essais, n°146, 2002.
Dechanoz.G, Magnon.R, *Dictionnaire des soins infirmiers*, Pantin, Amiec, lettre R.
Dejours, Christophe, *Le facteur humain*, Collection Que sais-je, PUF, Paris, 2005, 4ème éditions, 127 pages.
Dejours, Christophe, *Le soin en psychiatrie, entre souffrance et plaisir*, cité dans *Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie*, sous la direction de Chiland, Colette, Bonnet ,Clément et Braconnier, Alain, Editions érès, octobre 2010, page 411, pp 399-421.
Dejours, Christophe, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*, Sciences en questions, Editions INRA, Paris, 2003, 82 pages.
Dejours, Christophe, *Souffrances En France, La Banalisation De L'Injustice Sociale*, collection « Histoire immédiate » Essai de sociologie, Le seuil, 1998.
Delion, Pierre, *Psychose et vie quotidienne*, Editions Erès, Ramonville Sainte Anne, 1998, 254 pages.
Delion, Pierre, *Soigner la personne psychotique*, Paris, 2005, Editions Dunod, 209 pages.
Delion, Pierre, (Dir.), *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*, Edition Eres, Ramonville Saint-Agne, 2006, 254 pages.
Denoyel N, *Le biais du gars*, Paris, Editions Universitaires, 1990.
Didier, Marie, *Dans la nuit de Bicêtre*, Editions Gallimard, collection Folio, 2006, 200 pages.
Digonnet, E., Friard,D., Leryreloup,A.-M., *Schizophrénie et soins infirmiers*, Collection Souffrance psychique et Soins, Ed. Masson, Paris, 2004, 296 pages.
Digonnet, Emmanuel, Friard, Dominique, Leyreloup, Anne-Marie, Rajablat, Marie, *Pratique de l'entretien infirmier*,Collection Souffrance psychique et Soins, Ed. Masson, avril 2000, 155 pages.
Digonnet, Emmanuel, Leyreloup, Anne-Marie, Friard, Dominique et Rajablat, Marie, *L'accueil : faire en soi une place à l'autre*, Vie Sociale et Traitements, n°62, mai/juin 1999, pp 17-22.
Edward T. Hall, *La dimension cachée*, Edition du seuil, "1966", rédité en 1984.
Eraly, Alain, *L'usage de la psychologie dans le management: l'inflation de "réflexivité professionnelle*, dans Bouilloud, J-P& B-P , Lécuyer, *L'invention de la gestion, ? Histoire et pratique*, Paris, l'Harmattan, pp 135-159.
Formarier, Monique et Jovic, Ljiljana, (dir.) *Les concepts en sciences infirmières*, A.R.S.I, Ed. Mallet Conseil, 2009,291 pages.
Formarier, Monique, Poirier-Coutansais, *Initiation à la recherche en soins infirmiers*, Recherche infirmière, Ed. Lamarre-Poinat, 1998, 188 pages
François Roustang , *Comment faire rire un paranoïaque*, Paris, 2000, Ed Odile Jacob, 220 pages.
Freud, Sigmund, *Au dela du principe de plaisir*, 1921, dans *Essai de psychanalyse*, collection Petite bibliothèque Payot,1985,
Freud, Sigmund, *Esquisse d'une psychologie scientifique*, trad. fr. A. Berman, In la naissance de la psychanalyse, Paris, Editions Presses Universitaires de France, 1973.
Freud, Sigmund, *Au delà du principe de plaisir*, Éditions Payot, Coll. « petite bibliothèque Payot », Paris, 1920, 2010, 153 pages.
Friard, D, *Électroconvulsivothéraoie et accompagnement infirmier*, Edition Masson, Paris, Coll. Souffrance psychique et soins, 1999, 143 pages.
Fustier, Paul, *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Edition Dunod, Paris, 2000, 238 pages.
Fustier, Paul, *Le travail d'équipe en institution*, Paris, Edition Dunod, 1999, 216 pages.
Gautheret, François, *Libido Omnibus et autre nouvelles du divan*, Edition L'Arpenteur, 2003.
Gérard, Christian, *Une histoire de prise de conscience*, Editions L'Harmattan, 2006, 264 pages.
Gérard, Jean-Louis, *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération – une formation en question* , Editions Lamarre, Paris, 1993, 238 pages,
Ginsburg, Carlo, *Traces, racines d'un paradigme indiciaires*, in Mythe, emblèmes, traces, Morphologie et Histoire, Nouvelle Bibliothèque Scientifique, Editions flammarion, Paris, 1989,
Granger,G-G., *La science et les sciences*, collection Que sais-je ? Éditions PUF, Paris, 1993.
Guidère, Mathieu, *Méthodologie de la recherche*, Ellipes Éditions Marketing S.A, 2004, 127 pages.
Gunderson J, Will O et Mosher L, *Principles and practice of milieu thérapy*, London, Jason Aronson, 1983.
Hatchuel, Françoise *Savoir, apprendre, transmettre, une approche psychanalytique du savoir*, Ed La Découverte, Paris, 2005.
Héber-Suffrin, Hélène, Directrice, *Quand l'Université et la Formation réciproque se croisent*, Editons

l'Harmattan, Collection Education, Paris, 2004, 319 pages.
Hesbeen, Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante*, Masson, Paris, 1997, 208 pages.
Hochmann, Jacques, *Propos sur le contre-transfert avec des patients psychotiques*, sous la direction de Delion Pierre, *"Psychose et vie quotidienne"*, Editions Erès, Ramonville Sainte Anne, 1998, 254 pages, pp 83-92.
Hochmann, Jacques, *Pour soigner l'enfant psychotique, des contes à rêver debout* ,Privat, Education et Culture, 1984,
J.C. Mc Closkey et G.M. Bulechek; *Classification des interventions infirmières*, Edition Maloine Decarie, Québec, 1996, 366 pages.
Jamet, Jean-Michel , Depré, Véronique , *L'accueil en psychiatrie, aspects juridique, théorique, pratique*, Editions hospitalières, Collection Souffrance psychique et soins, 1997, 111 pages.
Kaeppelin, P, *l'écoute*, Editions ESF 3ème édition, Paris, 1991.
Kaës, R., Bleger, J., et Vidal, J-P. *L'institution et les institution*s, Collection Inconscient et culture, Ed. Dunod, Paris, 1988.
Lacan, Jacques, *Fonctions et champ du langage et de la parole en psychanalyse* , in Ecrits, Editions Le Seuil, 1953, réédition 1996.
Lanquetin, Jean-Paul, "L'agitation en psychiatrie en psychiatrie, quels repères pour quels soins ?" *Droits d'être soigné, droit des soignants, Sous la direction de* Alain pidolle, Carole Thiry-Bour, Editions Erès, 2003, pp 187-197.
Laplanche, J. et PontalisJ.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Ed. Puf, 2ème tirage, juillet 2009.
Latour, Bruno, *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, Editions La Découverte, 2006.
Le Boterf, G, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Les éditions d'organisation, Paris, 2001.
Le Boterf, Guy, *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*, Les éditions d'organisation, 1995.
Leguerinel, Luc, *Enjeux et limites des théories contemporaines de l'action*, L'Harmattan, septembre 2009,334 pages.
Lemoigne, Jean-Louis, *Le construcivieme*, Tome 3, L'Harmattan, 2003, 335 pages.
Maldiney, Henri , *Penser l'homme et la folie*, Editions J.Millon, 1997 (1991), 425 pages.
Maldiney, Henri, *Aîtres de la langue et demeures de la pensée*, Edition L'Âge d'homme,(épuisé) 1974.
Marin, Olivier, François de Singly (dir.), *L'enquête et ses méthodes*:*L'analyse de données quantitatives*, "2005", 2ème éditions, Arman Colin, 2009, 126 pages.
Matéo, Marie-Claude, sous la direction de Formarier, Monique et Jovic, Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières*, A.R.S.I, Ed. Mallet Conseil, 2009,291 pages, pp 66-67.
Maurel, Christian , *Éducation populaire et travail de la culture. Éléments d'une théorie de la praxis*, Paris, L'Harmattan, 2000.
Maurel, Christian, *Éducation populaire et travail de la culture*. Éléments d'une théorie de la praxis, Paris, L'Harmattan, 2000.
Mellier, Denis, *La fonction à contenir, objet, processus, dispositif et cadre institutionnel, La psychiatrie de l'enfant*, 2005/2, volume 48, p. 425-499,
Mendel, Gérard, *L'acte est une aventure, du sujet métaphysique au sujet de l'acte-pouvoir*,Paris, La découverte, 1999, 570 pages.
Merkling, Jacky, *Le métier d'infirmier en Santé Mentale*, Collection savoirs et Pratiques, Ed Seli Arslan, 2007, 318 pages.
Minkowski, Eugène, *Le temps vécu*, reproduction en facs de l'édition de 1968, Gérard Montfort, Brionne, 1988, III, 401 pages.
Molinier, Pascale, *Les enjeux du travail psychique*, Petite Bibliothèque Payot, février 2006, 335 pages.
Monceau, Madeleine,*Soigner en Psychiatrie, Entre violence et vulnérabilité*, Des pensées et des actes en psychiatrie, Ed Gaëtan Morin, 1998, 179 pages.
Morasz, Laurent, Perrin-Niquet ,Annick, Vérot, Jean-Pierre, Barbot, Catherine, *L'infirmier(e) en psychiatrie*, Edition Masson, Paris, 2004, 297 pages.
Morin, Edgard , *La voie, Pour l'avenir de l'humanité* Edition fayard, 2011, 307 pages.
Mornet ,Joseph, *Psychothérapie institutionnelle, histoire et actualité*, Ed du Champ social, Nîmes, 2007, 184 pages.
Mornet, Joseph ,"Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle", in *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, 1967, Nîmes, Ed du champ social, 2001.
Mucchielli, Alex, (Dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Edition Armand Colin, 2e édition,Paris, 2004, 303 pages.
Oddone, Ivar, *Redécouvrir l'expérience ouvrière*, Les Editions Sociales, 1981, 260 pages.
Orem, Dorothée, *Soins infirmiers: les concepts et la pratique*, Montréal, Edition Décarie,1987, 360 pages.
Orofiamma, Roselyne, Ouvrage collectif, *Etre là, Etre avec, Les savoirs infirmiers en psychiatrie*, Edition Education Permanente, octobre 2006, 206 pages .
Oury, Jean, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle* , Ed. du champ Social, Lecques, 2001.
Oury, Jean, sous la direction de Patrick Chemla, *Résistances et transferts* , Editions Erès, 2004, 144 pages, (pp 19-26)

Paillé, Pierre, *La méthodologie qualitative, postures de recherche et travail de terrain* , Editions Armand Colin, Paris, 2006, 239 pages.
Perec, Georges, *L'infraordinaire*, Ed du Seuil, Paris, 1989.
Perrault-Solivares, Anne, Infirmière, *le savoir de la nuit* , Paris, PUF-Le Monde, novembre 2001,5ème éditions, 304 pages.
Piaget, Jean, *Biologie et connaissances* , Editions Gallimard, Collection Idées n°288, Paris, 1973, 510 pages.
Pidolle, Alain, Thiry-Bour, Carole, (dir.) *Droit d'être soigné, droit d'être soignants*, Editions Erès, novembre 2003, 238 pages,
Pirès, Alvaro, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques, Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*, Sous la direction de Poupart, Edition Gaëtan Morin, 1997, 405 pages.
Ponet, Blandine, *L'ordinaire de la folie*, Editions Erès, mai 2006, 110 pages.
Potier, Marguerite, *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*, Editons Lamarre, 2000, 363 pages.
Quivy, Raymond, Van Campenhoudt, Luc, *Manuel en sciences sociales*, Editions Dunod, 3e édition, Paris, juillet 2006, 253 pages.
Racamier, Paul, *Psychanalyse sans divan*, Editions Payot, Paris 1973, 433 pages.
Reynaud, Jean Daniel, *Les Règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale* , Editions Armand Colin, 1989, réédition 1997.
Roberton, Geneviève et Cataud, Chantal, *Diplôme d'état infirmier, le travail de fin d'étude*, Editions Masson, Paris, 2004,
Robert-Ouvray, Suzanne,"du bébé hypertonique à l'enfant interactif, une clinique du trauma" in Fabien Joly (Dir), *L'enfant hyper actif: de quoi s'agit-il?*, Edition du Papyrus, Montreuil, 2008, pp-259-268, 292 pages.
Roussillon, René, Kaes René, (dir.), *L'institution et les institution*s, Etudes psychanalytiques : le débarras et l'interstice, Paris, Dunod, 1988, pp.157-178.
Roustang, François *Comment faire rire un paranoïaque,* Ed Odile Jacob, Paris, 2000.
Sassolas, Marcel, " Réflexions sur la fonction soignante des structures médico-sociales ", *Pratiques en santé mentale*, 2011, n°1, pp 4-10.
Sassolas, Marcel, *réunions du vendredi*, 1986.
Shön, Donald A., *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Québec, ED. Logique, Collection "Formation des maîtres", 1994, 418 pages.
Sibony, Daniel, *Le sens du rire et de l'humour,* Ed Odile Jacob Paris, Février 2010, 236 pages.
Strauss, Anselm, *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionniste*, Edition l'Harmattan, Collection logiques sociales, Paris,1992, 319 pages.
Tap, Pierre, *La société Pygmalion ? Intégration sociale et réalisation de la personne,* Paris, Dunod, 1988, coll. Organisation et sciences humaines, 244 pages.
Tosquelles, Francois, *L'enseignement de la folie*, Edition Privat, Toulouse, 1992.
Tosquelles, François, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, Edition du Scarabée, 1ére édition, Paris, 1967, 67 pages.
Tosquelles, François, *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, Editions Erès, Réedition, février 2009, 162 pages.
Toupin, Louis, *De la formation au métier. Savoir transférer ses connaissances dans l'action,* Paris, ESF, 1995, 208 pages.
Tournier, Michel, Le roi des aulnes," *Le vent paraclet,"* Editions Gallimard, Folio, 1979, 125 pages.
Towsend, Mary C, *Soins Infirmiers Psychiatrie et santé mentale*, ERPI pp. 90-91 , 2004.
Towsend,Mary C., Ivanov-Mazzuconni,Stefka, Leyreloup, Anne Marie, Cottereau, Marie José, Digonnet, Emmanuel, *Dictionnaire infirmier en psychiatrie*, Edition Elsevier Masson, 215 pages.
Tribolet, Serge, *Vocabulaire en santé mentale*, Editions de la Santé, 2006, 321 pages.
Velpry, Livia, *Le quotidien de la psychiatrie ; sociologie de la maladie mentale* , Editions Armand Colin, Paris, 2008, 330 pages.
Vergnaud, Gérard, "Au fond de l'action, la conception", In J-M. Barbier (dir), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF,1996.
Von Misès, Ludwig, *L'Action humaine* (sous-titré *Traité d'économie*, publié en anglais par les presses de l'Université de Yale sous le titre *Human Action : A Treatise on Economics*, page 751.
Watzlawick, Paul et al, *Une logique de communication*, Edition le Seuil, Paris, 1972,
Winicott, Donald Woods, *Jeu et réalités,* Edition Gallimard, 1975, Collection Folio essais 2002, 276 pages),

Revues

Alderson, Marie, " la psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques" Erudit, *Santé Mentale* au Québec, volume 29, numéro 1, printemps 2004, pp243-260.
Alderson, Marie," Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance ", *Recherche en Soins Infirmiers*, n°80, mars 2005, pp 76-86.

Anizan, Bernard, "Pourquoi être infirmier en psychiatrie ? ", *Soins en psychiatrie*, n°200, janvier février 1999, pp.11-13.

Anselme, Gérard, Lanquetin, Jean-Paul, Quinet, Philippe, "Les soins infirmiers en intra-hospitalier", *Soins psychiatrie*, n°194, 1998, pp. 26-31.

Attia, M. "Interprétation du concept de réflexivité". *Cahiers d'ethnométhodologie*, France, 21 07 2008.

Ayme, Jean, "Histoire et actualité de la psychothérapie institutionnelle", *Revue Raison Présente*, 2003, n°144, pp. 69-80

Ayme, Jean, Psychothérapie institutionnelle I, *L'information Psychiatrique*, mars 1983, pp. 391-526.

Bassière, Sabine , La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage"; *Revue française des affaires sociales*, Dynamique professionnelle dans le champ de la santé, Paris, la documentation française, 1, 2005, pp19-30,

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

Briffault, Xavier, " Méthodes, techniques et épistémologie de l'analyse qualitative ", *Pour la recherche*, n°42, septembre 2004.

Castejon, Christine, "Travail et intimité, on ne fait pas du simple avec du compliqué", *Revue Empan*, n°77, mars 2010, pages 18-22.

Chaltiel, Patrick, " 50 ans de secteur...Pourvu que cela dure... ", *Santé Mentale*, n°147, avril 2010, pp 10-12.

Chevallet, Denise et Dunezat, Philippe, "Psychiatrie, Stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel" , *L'information Psychiatrique*, Vol.83, n°8, octobre 2007, pp. 675-681.

Chevallier, Denis, " Des Savoirs Efficaces ", *Terrain*, n°16, Savoir Faire, mars 1991, pp. 5-11.

Ciompi, Luc, Parizot, Suzanne, " Entretien avec Luc Ciompi ", *La lettre de la schizophrénie*, n°26, mars 2002, pp17-20.

Collière, Marie France, "La recherche, entre décision de soins et élaborations des savoirs", *in Décisions santé*, n°143, page 14.

Collière, Marie France, "La recherche, entre décision de soins et élaborations des savoirs", *in Décisions Santé*, n°143.

Couturier Yves, "L'inflation réflexive dans le courant praxéologique : indice de la reconstruction de l'idéologie professionnaliste",*Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, n° 1, 2000, pp. 137-152.

De La Vega, Xavier, "L'impossible mesure du travail invisible", *Sciences Humaines*, n°154, novembre 2009, pp 20-23.

Dejours, Christophe, " Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel", *Education permanente*, n° 116, mars 1993, pp.47-70.

Dejours, Christophe, "Travailler n'est pas déroger ", *Travailler*, n°1, 1998, p. 5-1

Dejours, Christophe, Molinier, Pascale, "Le travail comme énigme" *Revue Sociologie du travail*, n°38, hors série 94, 1994, pp 35-44.

Delion, Pierre, "La psychothérapie institutionnelle : retour vers le futur", *Les cahiers de rhyzome*, n°25, 2006, pp 12-15.

Despland, Jean-Nicolas et al., "L'évaluation empirique des psychothérapies", *Psychothérapie*, 2006/2, Vol.26, pp 91-95, DOI: 10.3917/psys.062.0091.

Devers, Gilles, Weber, Marie-Thérèse, "Entre le droit et l'éthique : les risques de l'infirmier (ère), garantie pour le patient", *Perspective soignante*, n°4, mars 1999, pp.66-70.

Di Rocco, Vincent, " Accueillir l'informe... ", *Santé Mentale*, n°136, mars 2009, pp 28-31.

Durand, Charlaine, "La communauté de valeurs, le cas de la profession infirmières", *Gestion Hospitalière*s n°492-janvier 2010, pp.19-27.

Espinas, Alfred, " Les origines de la technologie", *La Revue philosophique*, 15ème année, XXX, pp 114-115.

Estryn-Behar,M., Fouillot, J-P , Le Nezet ,Olivier and Co, Cahier 198, "Interactions entre qualité et facteurs humains dans les soins, Facteurs liés à la crainte des erreurs parmi les infirmiers"; *Gestion hospitalières*, mai 2006, pp 364-372.

Formarier, Monique, "Intérêt de le recherche qualitative dans les pratiques infirmières", *Recherche en soins infirmiers*, n°61, juin 2000, pp.23-30

Freud, Sigmund, "Analyse terminée et analyse interminable ", in *Revue française de psychanalyse*, tome XI, n° 1, 1939.

Friard, D, "Etre là, l'oreille ouverte",*Santé Mentale*, n°124, janvier 2008, pp18-24.

Friard, D, "L'observation, une perspective soignante", *Santé Mentale*, n°118, mai 2007, pp.22-28.

Friard, Dominique "Schizophrénie et dangerosité, les plus dangereux ne sont pas ceux qu'on pense", *Revue Empan*, n°77, mars 2010, pp. 95-103.

Friard, Dominique, "L'entretien informel", Santé Mentale, n°136, mars 2009, pp 22-27.

Friard, Dominique, "L'art de la rencontre", *Soins psychiatrie*, n°248, janvier/février 2007, pp 27-30.

Friard, Dominique, "Le quotidien n'existe pas, il se construit ", *Soins Psychiatrie*, n°243, mars/avril 2006, pp.24-27.

Friard, Dominique, "Un entretien qui ne ressemble pas à un entretien ", *Santé Mentale*, n°136, mars 2009, pp 22-27

Friard, Dominique, "Une mission impossible" , *Santé Mentale*, n°55, février 2001, pp 18-24.

Friard, Dominique, Etre en recherche permanente, *Santé Mentale*, n°55, février 2001, pp. 25-30..

Friard, Dominique, Rivallan, Armel, "Travailler en psychiatrie aujourd'hui ", *Soins psychiatrie*, n°200, janvier février 1999, pp.4-8.

Frobert, Alain, "Les yeux dans les yeux… " *Santé Mentale*, n°118, mai 2007, pp.44-47.

Furtos, Jean , "De l'importance de l'interstice en institution", *revue Rhizome*, nº 36, octobre 2009, pp 14-15.

Furtos, Jean , "Les trois formes d'organisation groupale comme paradigmes de la relation thérapeutique", *Actualités psychiatriques*, n°2, 1983, pp. 19-30.

Furtos, Jean ," La clinique change t'elle ", *Rhizome*, n°35, juillet 2009, page 1.

Furtos, Jean, "Transgression validée ou : l'intelligence d'action", *Rhizome*, n°25, décembre 2006, pp 55-58.

Fustier, Paul, " Institution et double prise en charge ", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°13, 1989, pp 59-75,

Fustier, Paul, "Le lien d'accompagnement", Rhizomes, n°20, septembre 2005, pp 12-13.

Fustier, Paul, « Qu'est-ce qui fait donc équipe ? », *Santé mentale*, n°66, mars 2002, pp.22-25.

Gaillard, Georges, "L'analyse de la pratique en institution : un soutien à la professionnalité dans un contexte d'emprise gestionnaire", *Nouvelle revue de psychologie*, janvier 2011, n°11, 240 pages.

Gambier, Marie-Ange, Clinique de La Borde, « Une journée de petits riens », *Santé mentale*, N°61, octobre 2001, p39-41.

Gautier, serge, "L'acte de présence en psychiatrie: sa spécificité et ses effets cliniques", *L'information psychiatrique*, vol.83, n°4, avril 2007, pp 293-301.

Geay, André, Sallabery, Jean-Claude, « La didactique en alternance ou comment enseigner dans l'alternance ? », *Revue française de pédagogie*, n°128, juillet août 1999, pp. 7-15.

Gérard, Jean-Louis, " De la relation d'aide à la relation thérapeutique", *Soins Psychiatrie*, n°163, mai 1994,

Gernet, I., Demaegdt C., Dejours,C. "Psychiatrie et psychologie en médecine du travail", *Psychiatrie*, 37-886-A-10, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), 2009, page 5.

Giffard, Dominique, " Redonner à la parole infirmière son sens soignant », *Perspectives psy*, 2010/3 Vol 49, pp.241-250;

Gomez, Jean-Francois, "Le management est il un humanisme ? ", *Revue Empan*, 2010/2, n°78, 178 pages, pp 28-37.

Guimelchain-Bonnet,M., « L'écoute », *L'aide soignante*, N°67, mai 2005, p. 31.

Gunderson, John G, " Défining the thérapautic processes in psychiatric milieus", *Psychiatris*, 1978, 41:327-35.

Hecktor, Louis, "Le temps dans la psychose", *Santé Mentale*, n°149, juin 2010.

Hélène Patenaude, Louise Hamelin Brabant, "L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature", In *Recherche en Soins Infirmiers*, n°85, juin 2006, pp. 36-45.

Heroguel, Jérôme, "Créer de la vie et du sens", *Santé Mentale* n°36, mars 1999, pp. 9-11

Hesbeen, Walter, " Réflexions sur le soin infirmier ", Gestion hospitalière, n°323, février 1993, pages 123-127;

Hesbeen, Walter, "Le caring est -il prendre soin", *Perspectives soignantes*, n°4, 1999, pp 30-47.

Houzel, Didier, "*Peut-on parler d'attention inconsciente ?"*, Santé Mentale, n°118, mai 2007, pp 52-56.

Jasseron, C and all, « Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante, confirmation de leur impact à un an d'intervalla, analyse longitudinale des soignants de l'enquête Presst-Next», *Recherche en Soins Infirmiers*, n°85, juin 2006, pp 46-64.

Jasseron, C., Estryn-Behar, M., Le Nezet,O."Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle". Analyse longitudinale des soignants de l'enquête Press/Next, *Recherche en soins infirmiers*, nº 85, juin 2006, pages 46-64.

Jeammet, Philippe, « Réalités externe, réalité interne , importance et spécificités de leur articulation à l'adolescence », *Revue française de psychanalyse*, 1980, n°44, pp 481-521.

Jobard, Gérard, "Pour renouveler la transmission du métier d'infirmier psychiatrique", *Pratiques en santé mentale*, n°2, 2007, pp31-33.

Kaès,René, « Le groupe comme appareil de transformation », *Revue de psychanalyse de groupe*, pp 5-6 et pp 92-100, 1986.

Lanquetin, Jean-Paul, « L'agitation en psychiatrie : quels repères pour quels soins ? », *Soins psychiatrie*, n°222, septembre-octobre 2002, pp.16-22.

Lanquetin, Jean-Paul, Delgado, Béatrice, Burte, Catherine, "Clinique d'ambiance et travail en équipe", *Soins psychiatrie*,n°248, janvier/février 2007, pp 36-40.

Lanquetin, Jean-paul, Quinet, Philippe, "Soins infirmiers et relations avec la famille du patient, 2/2", *Soins psychiatrie*, n°227, juillet/août 2003, pp 39-41.

Lanquetin, Jean-paul, Quinet, Philippe, "Soins infirmiers et relations avec la famille du patient,1/2", Soins psychiatrie, n°226, mai/juin 2003, pp 41-44.

Le Breton, C, Quiennec, M , Petillon, A, "Réflexion sur la spécificité du soin infirmier en psychiatrie", *Soins Psychiatrie*, n°90, Avril 1988, pp 37-40.

Le Meur, Georges, "Les nouveaux autodidactes: néoaultodidaxie et formation", *Chronique Sociale*, 1998.

Letourneau, Dominique, "Regard subjectif sur 30 ans de politique psychiatrique", *Soins Psychiatrie*, n°267, mars/avril 2010, pp.16-19.

Lhotellier, A. et St-Arnaud, Y. dans " Pour une démarche praxéologique ", *Nouvelles pratiques sociales*, vol.7, n°2,1994, pp.93-109

Lhotellier, Alexandre et St-Arnaud, Yves, " Pour une démarche praxéologique", *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n° 2, 1994, pp. 93-109,

Lhotellier, Alexandre, "Action, praxéologie et autoformation ", Éducation permanente, mai 1995, pp. 233-242

Madeleine Estryn-Béhar, Olivier Le Nezet, Madeleine Van der Heuden, "Interactions entre qualité et facteurs humains dans les soins: facteurs liés à la crainte des erreurs parmi les infirmiers" , *Cahier 198, Gestion hospitalières*, n° 456, mai 2006, pp.364-372.

Martel, Françoise, "La recherche en soins infirmiers, stratégie scientifique et politique de l'infirmière générale ", in *Recherche en Soins Infirmiers*, N°33, 1993.

Martineau, Stéphane, "Recherches Qualitatives", Actes du colloque: L'instrumentation dans la collecte des données, Hors série, n° 2, UQTR, 26 novembre 2004, p. 6.

Masseix, Frédéric, "Le mythe de l'infirmier chercheur", *Santé Mentale*, n°55, février 2001, pp. 54-55.

Molinier, Pascale, " Ambivalence du travail du soin", *Sciences Humaine*, n° 200, janvier 2009, page 75.

Molinier, Pascale, " Psychodynamique du travail et rapport de sexes ", *Travail et Emploi*, n° 97 , Janvier 2004, 120 pages.

Molinier, Pascale, "L'invisible travail des infirmières", Santé mentale, n°42, novembre 1999, pp.44-47.

Molinier, Pascale, "Psychodynamique du travail et construction du collectif infirmier. Spécificité des stratégies défensives et des règles de travail dans les équipes de femmes", *Archives des maladies professionnelles*, 1996, 57, n°6.

Molinier, Pascale, "Un éclairage psychodynamique de la notion de compétence ; à partir d'une analyse de la coopération infirmière", *Education permanente*, n°132, juillet/septembre 1997, pp 149-158.

Montesinos, André, "La compétence professionnelle de l'infirmière", *Objectif soins*, n°59, février 1997, pp.12-16.

Morelle, Aquilino et al, "Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales ", Synthèse, septembre 2008, p.4.

Mornet, Joseph, "La place de l'informel dans la psychothérapie institutionnelle", *Santé Mentale*, n°136, Mars 2009, pp. 40-45.

Noiseux, Sylvie, " Schizophrénie : analyser et comprendre le rétablissement ", *Santé Mentale*, n° 120, ,septembre 2007, pp.17-24.

Oeynhausen, Marc, "Stigmatisation en psychiatrie: le poids des médias", *Rhizome*,n°42, septembre 2011, p.14.

Oldenhove, Etienne, "Nécessaire atopie", Cahiers de psychologie clinique, 2003/2 n°21, pages 187-196, DOI :10.3917/cpc.021.0187.

Oury, Jean, "Psychothérapie institutionnelle : transfert", *L'information psychiatrique*, vol.59, N°3, mars 1983, pp 413-423.

Oury, Jean., *Point de vue*, VST n° 65, janvier 2000, pp 9-12.

Paillet, Pierre, "L'analyse par théorisation ancrée", *Cahiers de recherche sociologique*, n°23, 1994, pp.147-181.

Panchaud, Raymond, Miazza, Michel, " Il y a de l'or dans les soins", *Santé mentale*, n°85, février 2004, pp 36-37.

Patenaude, Hélène, Hamelin Brabant, Louise, " L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de la littérature", in *Recherche en soins infirmiers*, N° 85, juin 2006, pp. 36-45

Perrault Solivares, Anne, "La nuit du savoir ou les valeurs de l'ombre", *Pratique : les cahiers de la médecine utopique*, n°14-15, septembre 2001.

Perrenoud, Philippe « De la pratique réflexive au travail sur l'habitus », Recherche et Formation, N° 36, 2001, pp. 131-162,

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

Quéré, Louis, " D'un modèle épistémologique de la communication à un modèle praxéologique ", *Réseaux*, n°46-47, 1991.

Querré, Gérard, "ICI...et maintenant, instance clinique interne", *Soins Psychiatrie*, n°215, juillet 2001, pp 24-26.

Rajablat, Marie, "Quand l'équilibre ne tient qu'à un fil... ", *Santé Mentale*, n°136, mars 2009, pp 46-49.

Rivallan, Armel, "Activité traîne-savates, quand ne rien faire peut faire la différence", *Soins Psychiatrie*, n°243, mars/avril 2006, pp 28-30.

Roelandt, Jean-Luc, "Des représentations archaïques", *Santé Mentale*, n°61, octobre 2001, pp 13-16.

Sassolas, Marcel, "Les rhododendrons de la psychiatrie ou à partir de quels critères concevoir les structures de soins en psychiatrie? ", *L'information psychiatrique*, vol.64, n°7, 1988, pp 889-905.

Souffir, Victor, "L'équipe est une mémoire", *Santé mentale*, n°66, mars 2002, pp.26-29.
Taldir, Brigitte, "Le sens du soin : approche des théories de soins en Ifsi ", *Objectif soin*s, n°188, août/septembre 2010, pp 19-22.
Teiger, Catherine, L'approche ergonomique : du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail, Education Permanente, n° 116, mars 1993, page
Tortonèse, Michèle, "Des pistes pour un master infirmier en psychiatrie", *Soins Psychiatrie*, n°277, novembre/décembre 2011, pp 26-29.
Vanderkam, Christiane, "Vie quotidienne partagée, une dimension du soin qu'il ne faut pas banaliser", *Soins psychiatrie*, n°243, mars/avril 2006, pp. 20-24.
Vasseur, Annie, Cabie, Marie Christine "La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie", *Rechercheen soins infirmiers*, n°82, septembre 2005, pp43-49.
Vigil-Ripoche, Marie-Andrée, "D'exécuter un soin à penser le soin " ou la difficulté à " mettre en mots " la pratique infirmière" in *Recherche en Soins Infirmiers* n°85, juin 2006, pp. 65-76.
Vollaire, Christine, "Une fonction soumise au genre, le réel invalidé par les représentations", *Revue Pratiques, les cahiers de la médécine utopique*, n°14/15, 2002, pp 41-45,

Autres ressources

Audigou, Jean-Yves, *« Psychiatrie et recherche en soins infirmiers »*, Acte des journées de l'ADESM, Recherche et psychiatrie, Limoges 26 et 27 octobre 1995.
Clot, Yves ,*« La part de l'ombre »*, Notes de conférence, 24éme Rencontres de St Alban, samedi 20 juin 2009
Couty, Edouard, Cecchi-Tenerini R, Broudic P, Noire D, *"Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie"*,Paris, Ministère de la Santé et des Sports, janvier 2009.
Cuvelier, Sophie, Meilheurat, Laurence, *« Temps informel : contenant et contenu »* TFE, Institut en soins infirmiers, année scolaire 1998-2000.
Dupire, Eric, *« L'inter cadre institutionnel »*, Thèse médicale, Lyon, 1988.
Estryn-Behar,M., Fouillot, J-P,« Analyse du travail des infirmières et aides soignantes dans 10 services de soins » in *« Etude de la charge mental et approche de la charge psychique du personnel soignant »*, Etudes Ergonomiques, INRS, pp.131-144.
Fustier, Paul, *« La vie ordinaire en institution pourrait-elle être soignante ? »*, Notes de conférence,Intervention journée AIN-PSY, Bourg en Bresse, 16 novembre 2001.
Lanquetin Jean-Paul, Tixier Yvette, "*Bilan du traitement des déclarations des situations de violence 2005-2009"* , Observatoire des Situations de Violence du CH de St Cyr au Mont d'Or (69), document interne, juin 2010, 36pages.
Lanquetin, Jean-Paul and Co, *" Communication sur les fonctions de l'hospitalisation temps "* 1ère rencontre de la société Rhône-Alpes de psychiatrie, Hôpital saint Jean de Dieu (69), le 11 mars 1995, texte non publié,
Larcher, Gérard," *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital "* La Documentation Française, orientation N°4, avril 2008.
Le tapuscrit, Recommandations pour la présentation de travaux de recherche en sciences sociales, Editions de l'EHESS,Paris,1999, 201 pages.

M. Estryn-Behar, N. Duville and Co, *"Mots à maux...Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparartive en France et dans trois pays européens"*, Annales médico psychologiques, 2006, Elsevier masson SAS.
Martineau, Stéphane, Recherches Qualitatives, Hors série, numéro 2, Actes du colloque, *L'instrumentation dans la collecte des données*, UQTR, 26 novembre 2004, pp.1-16.
Million, Alain, sénateur, *"Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France"*,Office Parlermentaire dEvaluation des Politiques de Santé", (OPEPS), 28 mai 2009.
Ministère de la santé, Plan psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, Paris, avril 2006, 98pages.
Moles et Rohmer, *De la compétence*, Essai sur un attracteur étrange, Les éditons d'organisation, page 34 reprise de lecture par G. Le Borteff
Montérastelli, Laurence : *"Le travail de nuit : contribution à l'autonomisation des infirmières"*, Université de Provence Aix-Marseille 1, Master 2, année 2006.
Nadot, Michel , *Au commencement était le « prendre soin »*, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs en soins infirmiers, 60-010-m-50, 2009
Nadot, Michel, *« La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire »* in Au cœur de la discipline et de la profession infirmière (Chapitre 14), Edition Edgar Morin, 2008.
OMS, *"La situationde la Santé Mentale"*, Genève: OMS, 2001.
OMS, "*Rapport sur la santé dans le monde : santé mentale nouvelle conceptions, nouveaux espoirs"* Genève: OMS 2001,

Panchaud, Raymond et Miazza, Michel, *"Abécédaire Ψ regards soignants sur la psychiatrie",*Berne, Association Suisse des infirmières et des infirmiers.
Panchaud, Raymond, Miazza, Michel, "Environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie ", EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-705-N10, 2011.
Pidolle Alain, Kremer,Viviane, Gauthier, Pascale, *« Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique »* Recherche menée par La MIRE (Mission interministérielle Recherche Expérimentation), A.R.P (Association recherche en psychiatrie), Centre Hospitalier Spécialisé-Lorquin, Ouvrage, 1993, FRA, FRE, convention de recherche n°278/87,274 pages1993
Psuik, Thérèse, *"Raisonnement clinique et personnalisation des soins"* EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-285-U-10, 2009.
Sainsaulieu, Ivan, "*Modernisation et gouvernance de l'hôpital : principes ; pratiques et effets"*, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-210-M-10, 2011.
Strauss , A.L., Glaser, B.G., *« Grounded théory »*, 1967, New York : Aldine de Gruyter.

Strohl, Hélène, Bastinelli, Jean- Paul, Laurand , Gérard, Planes-Raisenauer, Christian membres de l'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 la DHOS -033P, juillet 2007.
Terminologie des soins infirmiers, Ministère de la santé, glossaire provisoire, n°3 série Soins Infirmiers, Paris 1986,B.O n°86/21 bis.
Tortonèse, Michèle, *"Cadre thérapeutique et accompagnement infirmier"*,EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-725-B-50, 2011.
Vergnaud, Gérard, "*Les concepts émergents dans une discipline"*, Journées de formation ARSI, 21 et 22 janvier 2002, Paris.

Ressources en ligne

Alderson, Marie " La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques ", Santé mentale au Québec, Québec, vol.29, n°1, 2004, pp. 243-260 www.id.erudit.org
Attia, M., "Interprétation du concept de réflexivité". Cahiers d'ethnométhodologie, France, 021072008. http://cahiers.ethnomethodologie.net
Ayme, Jean , "Essais sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle", page 5, www.balat.fr
Balat, Michel, *"L'accueil"*, 2007, www.balat.fr/L-accueil.html, consulté le 30 mars 2010.
Charte du site du Conseil Scientifique de la Recherche, Présentation du CSR, p 1. www.ch-le-vinatier.com/recherche
Conseil International des Infirmières, " *La Recherche en Soins infirmier* ", Prise de position. CII (2007) : www.icn.ch/fr/presearch99f.htm2007 .

Couturier, Yves, "Les réflexivités de l'œuvre théorique de Bourdieu: entre méthode et théorie de la pratique", *Esprit critique*, vol.04, n°03, Mars 2002, consulté le 6 octobre 2010, www.esprtitcritique.fr ;
Couturier,Yves et Davau, Julie," Modèles de pratique en sciences infirmières et nécessités d'intervenir. Mais que vient faire la notion d'intervention dans la conception de la pratique infirmière", Revue Esprit critique, Volume 5, nº 01, 2003, page 4, http.//194.214.232.113/0501/esp0501article01.html
Définition action www.wikiberal.org
Dejours, Christophe et Abdoucheli 1990, cités par Marie Alderson dans Santé mentale au Québec, vol 29, n° 1, 2004, pp.243-260, www.id.erudit.org .
Dejours, Christophe, "Pour une clinique de la médiation entre psychanalyse et politique : la psychodynamique du travail", Trans n°3, 1993, pages 132-156, www.mapage.web
Delion, Pierre Réflexions / Ecrits / , "Accueillir la personne psychotique ", http://cliniquelaborde.com
Delion, Pierre, Thérapeutiques institutionnelles, Avril 2006, www.psychiatrie-desalieniste.com
Doulière, Ariel cite Sternberg, R. J et Wagner, R. *Enquête Internationale sur l'Alphabétisation et les Compétences des adultes* EIACA, 2000, chapitre 8 : partie 3, comprendre l'intelligence pratique : le rôle de la connaissance tacite, http://www.nald.ca/ftext/measlift/306.htm
Doulière, Arièle,Savoir tacite http://www.evolution-relations-sociales.fr/savoirs-tacites/
Durkheim, Emile, http.//fr.wikipédia.org/wiki/Fonction (sciences sociales).
Enquête Internationale sur l'Alphabétisation et les Compétences des adultes , EIACA, 2000, chapitre 8 : partie 3, "Comprendre l'intelligence pratique : le rôle de la connaissance tacite" http://www.nald.ca/ftext/measlift/306.html
Ernoult, Annick et Le Grand-Sébille, Catherine, "*Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie"*, mai 2010, page 10, www.fondationdefrance.org .
Estryn-Behar, M," Protocolisation et/ou collectif de travail ? Outil informatique et/ou personnalisation des soins ? ", 2009, www.presst-next.fr, consulté le 11 octobre 2011

Estryn-Behar, M. Duville,N. and Co, L'étude Pressnext : " Mots à maux… Expression de la souffrance chez lez soignants en psychiatrie" 14 février 2006, www.sciencedirect.com

Estryn-Behar, Madeleine, "Protocolisation et/ou collectif de travail ? Outil informatique et /ou personnalisation des soins ?", 2009, www.presst-next.fr, consulté le 11 octobre 2011.

Freud, Sigmund http://fr.wikipédia.org./wiki/Ironie

Freud, Sigmund,"Les mots d'esprit et son rapport avec l'inconscient", 1905, Paris, Ed Idées, Gallimard, page 152, version http://ail-fade.com/pdf/freud_et_le_mot_d'esprit.pdf

Friard Dominique www.serpsy.org/piste.../lecture_chapitre2.htmlDominique Friard

Friard, Dominique, *"Les attitudes des soignants au cours de l'accueil "*, www.serpsypaca.e-monsite.com , consulté le 20 septembre 2011.

Friard, Dominique, *"Savoirs indiciaires, infirmerie et récit "*,écrit le 6 juin 2001, www.serpsy.org.

Friard, Dominique, «Savoirs indiciaires, infirmerie et récits », 2001, www.serpsy.org, Compte rendu des journEcritures, consulté le 24 mars 2006

Friard, Dominique,in "*Une approche thérapeutique de la psychose : le groupe de lecture*", www.serpsy.org

Gaillard, Georges, *"Les institutions à l'épreuve du lien, la question de l'investissement des usagers"*,2004, page 12, http://www.ccb-formation.fr/respect2/respect2.org/

Galvani, Pascal, "*Etudier sa pratique : une autoformation existentiel par la recherche "*, Présences, Revue des pratiques psychosociales, www.uqar.ca, consulté le 26 octobre 2009, 11 pages.

Giffard, Domonique, Infirmier de Secteur Psychiatrique dans le Dossier « Psychothérapie institutionnelle », nov. 2009, site "Psychiatrie Infirmière" : www.psychiatriinfirmiere.free.fr

Groulx, Lionel H, Communauté et/ou Ensemble population, N°2 , 1997." Querelles autour des méthodes ", Socio-anthropologie, mis en ligne le 15 janvier 2003, Consulté le 23 décembre 2010, www.socio-antrohpologie.revues.org .

Groulx, Lionel-H, «Querelles autour des méthodes », Socio-anthropologie mis en ligne le 15 janvier 2003 http://socio- anthropologie.revues.org/index30.html.

Guiose, Marc, *"Développement de concept de cadre et son application aux soins palliatifs"*, *www*.artec.fr, consulté le 10 décembre 2011,

Hesbeen, Walter, *"Prendre soin de la personne comme fondement de la pratique epluriprofessionnelle en oncologie*, avril 2008, www.aphor.fr .

http://www.serpsy.org/piste_recherche/mediations/lecture_chapitre2.html] (13 octobre 2010)

http://www.shc.univ-paris-diderot.frDU PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE 2011/2013

Jean Oury «Réflexions et écrits : thérapeutiques institutionnelle, www.cliniquedelaborde.com

Junker (1960) [http://atom.univ-paris1.fr/documents/Chapitre_3_MRQ.ppt

Kaës, René, "Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes", www.cairn.info, consulté le 5 septembre 2011;

La santé Mentale en population générale, images et réalités, Drass Provence Alpes Côte d'Azur, Info Stat, n°9, avril 2009, page 10, www.santé.gouv.fr

Lafosse , Anne, Une pratique réflexive pour des soins de qualité www.cadredesanté.com

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

Le Noc, loic, " La psychodynamique du travail des infirmières auprès de patients tétraplégiques ", Bagnères, Airr,03 05 2001 www.airr.info/docs/12.doc

Leguérinel, M, Thèse : "*Enjeux et limites des théories contemporaines de l'action : de la praxéologie à la pragmatique"*, Université Paris 8-Vincennes-Saint-Denis, consulté en ligne http://1.static.e-corpus.org .

Lhotellier, Alexandre Lhotellier et Yves St-Arnaud , Yves," Pour une démarche praxéologique " Nouvelles pratiques sociales, vol. 7, n°2, 1994 pp. 93-109, page 95, http://id.erudit.org/iderudit/301279ar

Ludwig Von Mises, L'Action humaine, 1949) Ludwig Von Mises, Human action. A treatise of Economics, Londres-Édimbourg-Glasgow, 1949

Mornet, Joseph, *" La supervision d'équipes en question à l'éclairage des apports de la psychothérapie institutionnelle"*, 2009, www.psychasoc.com, consulté le 30 mars 2010.

Nadot, Michel, Carnet de Santé, Entretien avec Nadot Michel, février 2009, htpp ://www.infirmiers.com.

Ornstein, Robert et Sobel, David, *" Les vertus du plaisir"*,1992, Editions sygna, dans virage, ACSM Chaudière-Appalaches: www.acsm.ca.qc.ca/virage/adulte-couple/rire-therapeutique.htlm.

Oury, Jean "Concept fondamentaux "http://users.belgacom.net/PI.IP/ Jean Oury

Oury, Jean cité par Mr Giffard, Infirmier de Secteur Psychiatrique dans le Dossier, *"Psychothérapie institutionnelle"* nov. 2009, site "Psychiatrie Infirmière" : http://psychiatriinfirmiere.free.fr/

Oury, Jean,réflexions et écrits : Thérapeutiques institutionnelle http://cliniquedelaborde.pagesperso-orange.fr

Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie, mai 2010, page 10, http://www.fondationdefrance.org.

Perrenoud, P. "*Articulation théorico-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance*", Bordeaux, 16-18 mars 2000, http://www.unige.ch
Phaneuf, Margot," L*a créativité au service de l'infirmière* ", www.infiressources.ca/fer/depotdocument/la_creativite_au_service_de_l_infirmiere/pdf, consulté le 6 février 2012, 8 pages..
PRESST-NEXT. http.//presst-next.fr.
Projet CRESI, Projet pilote Léonardo De Vinci, Cadre pédagogique et méthodologique, 2008, 64 pages, www.infirmiers.com
Rapport public thématique de la Cour des Comptes " *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "Psychiatrie et santé mentale "2005-2010 "*, décembre 2011, www.ccomptes.fr
Roulot Danielle, "Présentation de la psychothérapie institutionnelle aux administratifs (exercice de style)" Texte de 1992 www.revue-institutions.com
Sites en lien avec les soins infirmiers : www.serpsy.org, www.infirmiers.com, http://cnmp.free.fr
Weber, Max, http://fr.wikipedia.org
www.arsi.asso.fr

Textes et lois

Lois

Loi n° 90.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
Loi n° 90.527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisations.
Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Ordonnances

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé
Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Décrets

Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
Décret n°79-300 du 12 avril 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat infirmier
Décret d'application du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.

Arrêtés

Arrêtés du 14 mars 1986 relatif aux équipements et service de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement,

Circulaires

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé.
Circulaire n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.
Circulaire n° 2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier ;
Circulaire n° 2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010.
Circulaire n° 2010-258 du 9 juillet 2010 relative au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale pour 2010.

Circulaire n° 2011/420 du 4 novembre 2011 relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale.

Note de cadrage n° 234 du 8 juillet 2004 relative à la mise en place dès 2004 d'un dispositif régional d'appui à la conception et à la mise en œuvre de la formation hospitalière prioritaire visant la "consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie" et son annexe relative aux travaux menés par le groupe de travail DGS sur la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie,

11 - ANNEXES

Liste des tableaux et figures (Annexe 1)
Les outils d'enquête (Annexe 2 à 4)
Les contributions (Annexe 5 à 6)

Liste des tableaux et figures

-**Tableau n°1** (page 101) : tableau de réalisation des 43 entretiens.
-**Tableau n°2** (page 268): tableau de synthèse des relevés d'observations par site et par praticien chercheur.
-**Tableau n°3** (page 271): tableau de répartition des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par site.
-**Tableau n°4 (**page 274): tableau de synthèse des mises en fonctions par niveau d'investigation et par répartition des lieux.
-**Tableau n°5** (page 279): tableau de répartition des mises en fonctions sur les trois catégories de lieux.
-**Tableau n°6** (page 283): tableau de synthèse des mises en fonctions par niveaux d'investigation et par séquences horaires.
-***Figure n°6*** (page283): une visualisation sous forme de courbes de ces relevés d'observations.
-**Tableau n°7** (page 286): tableau de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation patient par fonctions mères et primaires.
-***Figure n°7*** (page 286): figure de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation patient par fonctions mères et primaires.
-**Tableau n°8** (page 287): tableau de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation professionnel par fonctions mères et primaires.
-***Figure n°8*** (page 288): figure de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation professionnel par fonctions mères et primaires.
-**Tableau n°9** (page 289): tableau de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation équipe par fonctions mères et primaires.
-***Figure n°9*** (page 290): figure de synthèse des mises en fonction du niveau d'investigation équipe par fonctions mères et primaires.
-**Tableau n°10** (page 292): tableau de synthèse des 1951 mises en fonction par personne interviewées et par site.
-**Tableau n°11** (page 297): tableau de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires du niveau d'investigation patient.
-***Figure n°11*** (page 297): figure de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires du niveau d'investigation patient.
-**Tableau n°12** (page 298): tableau de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires du niveau d'investigation professionnel.
-***Figure n°12*** (page 299): figure de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires du niveau d'investigation professionnel.
-**Tableau n°13** (page 301): tableau de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires du niveau d'investigation équipe
-***Figure n°13*** (page 301): figure de répartition des mises en fonctions par fonctions mères et primaires du niveau d'investigation équipe.
-**Tableau n°14** (page 304): tableau des résultats par fonction mère du niveau d'investigation patient entre population cible et témoin, et dans la population cible entre ISP et IDE.
-**Tableau n°15** (page 308): tableau des résultats par fonction mère du niveau d'investigation professionnel entre population cible et témoin, et dans la population cible entre ISP et IDE.
-**Tableau n°16** (page 314): tableau des résultats par fonction mères du niveau d'investigation équipe entre populations cible et témoin, et dans la population cible entre ISP et IDE.
-**Tableaux n° 17 et 18** (page 319 et page 320): tableau récapitulatifs.
-**Tableau n°19** (page 329) de fréquence des mots clés par question.
-**Tableau n°20** (page 331) de répartition des mots clés par population**.**

Les outils d'enquête

ANNEXE N°1

GUIDE D'ENTRETIEN UTILISE LORS DE L'ETAPE EXPLORATOIRE

Le questionnaire

Question 1 : *Qui sont les patients que vous accueillez ?*

Cette première question avait pour objectif de recueillir comment les personnes interviewées allaient répondre. Les réponses pouvait prendre en compte le lieu géographique, la présentation de la pathologie psychiatrique du patient, de l'âge, le mode d'hospitalisation…Quel allait être l'abord énoncé pour identifier les patient accueillis ?

- Question 2 : *Quels sont les différents soins que vous dispensez dans votre unité ?*

Cette seconde question avait pour objectif de laisser apparaître les notions de soins programmés et de soins non programmés. Elle permettait la reconnaissance des premières émergences de soins infirmiers hors programmation.

- Question 3 : *Qu'entendez-vous par pratique infirmière ?*

Cette troisième question avait pour objectif de voir comment les professionnels envisageaient leurs pratiques, (ou la pratique des infirmiers) et ce qu'ils privilégiaient dans leur exercice en service de psychiatrie.

- Question 4 : *Comment concevez-vous votre rôle propre ?*

Cette quatrième question avait pour objectif de permettre le repérage de notions plus spécifiques à l'exercice infirmier en psychiatrie.

Le terme de « rôle propre » nous apparaît approprié en ce qu'il délimite les espaces informels que nous souhaitons explorer. Il peut s'appuyer sur une double légitimité, il fait référence à un cadrage par des textes législatifs et son déploiement peut être large en unité d'hospitalisation temps plein, justement du fait d'une composante prescriptive modérée. Il s'appuie alors sur un savoir acquis en fonction d'une pratique infirmière spécifique au travail en psychiatrie.

- Question 5 : *Pour vous, c'est quoi l'informel ?*

Cette cinquième question nommait notre objet de recherche. Elle visait à vérifier que cette notion apparaissait dans le champ de l'exercice de la pratique infirmières en psychiatrie. Elle visait à approcher l'impact de l'informel sous ses différentes formes dans la pratique au quotidien.

- Les deux autres questions complémentaires :

La première est liée à la description des personnes interrogées et concerne (le sexe, l'âge, l'année de diplôme, la date d'arrivée dans l'unité).Cette question devait pouvoir nous permettre de dégager les critères d'inclusion et d'exclusion de la population concernée par la question de recherche.

La seconde est liée à l'unité enquêtée et concerne la durée moyenne de séjour, la capacité d'accueil, le mode de fonctionnement (unité ouverte /fermée), le taux d'occupation, la composition du personnel (infirmiers, aides-soignants, personnel d'entretien) et son temps de travail (temps plein, temps partiel). Ce dernier questionnement devait nous permettre de définir les lieux d'investigations et confirmer la nature multicentrique de l'investigation.

ANNEXE 2.1 AM

ELEMENTS DE CONSTITUTION DU GUIDE D'OBSERVATION

Séquence A: en semaine sur une après- midi en horaire d'équipe

Rappel : - fonction n°1/ fonctions en lien avec le patient.
- fonction n°2/ fonctions en lien avec l'équipe.
- fonction n°3/ fonctions en lien avec le professionnel.

Recherche des fonctions 1,2 et 3 (fonctions en lien avec le patient et avec le professionnel) et de leurs importances respectives

I Prise de poste

.

- Repérer la configuration des lieux
- Où cela se passe-t-il ?
- Comment ?

II La relève

- Qu'est ce qui s'y dit ?
- Comment l'équipe se met au travail ?
- Comment se distribue et circule la parole ?
- Quelles sont les informations nécessaires ? (Il nous sera nécessaire de consulter les dossiers de soins pour apprécier l'écart entre l'écrit et l'oral)
- Existe-t-il des transitions ?

III La post relève

- De quoi l'équipe a t'elle besoin pour faire équipe ?
- S'intéresser à la tonalité d'ambiance et à l'étayage (groupal
- Comparer les temps parlés par rapport à la stricte transmission des infos

. - Rechercher la mobilité des registres :

Part du professionnel : ce qui est en lien avec le patient (fonction1),
Ce qui n'est pas en lien avec le patient (fonctions 2 et 3)
Part de non professionnel

IV Tour du service

- Comment le professionnel évalue les patients et le groupe? (Ambiance…)
- Que fait-il de cette évaluation ? (entraîne-t-elle une modification de l'organisation initiale ?)
- Si tour non formalisé : Qu'est ce qui le remplace ? Comment cela se passe-t-il ? Qu'en est-il fait ? Comment cela se passe-t-il ?

V Déroulement de l'après midi

- Identifier et quantifier les activités programmées et qui fait quoi.
- Quelles sont les actions non programmées ?
- A l'initiative de qui ?
- Appréciation de leur importance respective
- Repérage de l'imprévu et de son impact
- Place du rapport à la personne (patient/personnel)
- Recherche de l'informel constructif

- Comment va être utilisée la vacuité
- Disponibilité du professionnel envers le patient

VI Temps de repas

- Qu'en est-il fait ?
- Comment ce temps est-il utilisé ?
- Quelles sont les interactions ?
- Existent-ils des encouragements, dédramatisations…
- Repérer les initiatives des infirmiers.
- Repérer où se tiennent les soignants, le quantifier.

VII Déroulement de la soirée

- Identifier et quantifier les activités programmées et qui fait quoi.
- Quelles sont les actions programmées
- Quelles sont les actions non programmées
- Appréciation de leur importance respective
- Repérage de l'imprévu et de son impact

VIII Relève

- Qu'est ce qui s'y dit ?
- Comment l'équipe se met au travail ?
- Comment se distribue et circule la parole ?
- Quelles sont les informations nécessaires ? (Il nous sera nécessaire de consulter les dossiers de soins pour apprécier l'écart entre l'écrit et l'oral)
- Existe-t-il des transitions ?

IX Fin de poste

- Temps consacré, étirement ou non de ce temps
- Nécessité plus ou moins importante de parler de ce qui préoccupe
- Quel espace de paroles :

En lien avec le professionnel (différencier ce qui est en lien avec le patient de ce qui ne l'est pas).

Non en lien avec le professionnel.

- Qu'a besoin de transmettre l'équipe ?
- Ecart entre l'oral et l'écrit (même logique que pour la prise de poste)
- Ecart entre la relève de prise de poste et de fin de poste

ANNEXE 2.2 Nuit

ELEMENTS DE CONSTITUTION DU GUIDE D'OBSERVATION

Séquence : nuit en horaire d'équipe

Rappel : - fonction n°1/ fonctions en lien avec le patient.
- fonction n°2/ fonctions en lien avec l'équipe.
- fonction n°3/ fonctions en lien avec le professionnel

Recherche des fonctions 1,2 et 3 (fonctions en lien avec le patient et avec le professionnel) et leurs importances respectives

I Prise de poste

- Repérer la configuration des lieux
- Où cela se passe-t-il ?
- Comment ?

II La relève

- Qu'est ce qui s'y dit ?
- Comment l'équipe se met au travail ?
- Quelles sont les informations nécessaires ? (Il nous sera nécessaire de consulter les dossiers de soins pour évaluer l'écart entre l'écrit et l'oral)
- Existe-t-il des transitions ?

III La poste relève

- De quoi l'équipe a – telle besoin pour faire équipe ? Il nous sera nécessaire de consulter les dossiers de soins pour évaluer l'écart entre l'écrit et l'oral.
- S'intéresser à la tonalité
- Comparer les temps parlés par rapport à la stricte transmission des infos
- Rechercher la mobilité des registres :

Part du professionnel :

- ce qui n'est pas en lien avec le patient (fonctions 2 et 3)
- ce qui est en lien avec le patient (fonction1),

Part de non professionnel

IV Tour du service

- Comment le professionnel évalue les patients ? (Ambiance…)
- Que fait-il de cette évaluation ? (entraîne-t-elle une modification de l'organisation initiale ?)
- Si tour non formalisé : est ce qui le remplace ? Comment cela se passe-t-il ? Qu'en est-il fait ? Comment cela se passe-t-il ?
- Identifier et quantifier les activités programmées et qui fait quoi.

V Déroulement de la nuit

- Pharmacie/prescription
- Sachant que la nuit tout est tourné sur l'apaisement, quelles sont les stratégies utilisées ?
- Disponibilité pour faciliter les interactions individuelles
- Qu'en est-il fait ?
- Qu'est-ce qui animent les soignants la nuit ?
- Part du professionnel
- Part du non professionnel.

En ce qui concerne la séquence de nuit nous n'interviendrons que sur les cinq premières heures.

ANNEXE 2.3 Mat

ELEMENTS DE CONSTITUTION DU GUIDE D'OBSERVATION

Séquence : week-end - matin en horaire d'équipe

Rappel : - fonction n°1/ fonctions en lien avec le patient.
- fonction n°2/ fonctions en lien avec l'équipe.
- fonction n°3/ fonctions en lien avec le professionnel

Recherche des fonctions 1,2 et 3 (fonctions en lien avec le patient et avec le professionnel) et de leurs importances respectives.

I Prise de poste

- Repérer la configuration des lieux
- Où cela se passe-t-il ?
- Comment ?

II La relève

- Qu'est ce qui s'y dit ?
- Comment l'équipe se met au travail ?
- Quelles sont les informations nécessaires ? (Il nous sera nécessaire de consulter les dossiers de soins pour évaluer l'écart entre l'écrit et l'oral)
- Existe-t-il des transitions ?

III La post relève

- De quoi l'équipe a – telle besoin pour faire équipe ? Il nous sera nécessaire de consulter les dossiers de soins pour évaluer l'écart entre l'écrit et l'oral.
- S'intéresser à la tonalité
- Comparer les temps parlés par rapport à la stricte transmission des infos
- Rechercher la mobilité des registres :

. Part du professionnel : ce qui est en lien avec le patient (fonction1),
ce qui n'est pas en lien avec le patient (fonctions 2 et 3)
Part de non professionnel

V Réveil du service

- Comment se passe le réveil ? (Bruits, ambiance, manières dont les pros s'y prennent, individualisation…

VI Tour du service

- Comment le professionnel évalue les patients ? (Ambiance…)
- Que fait-il de cette évaluation ? (entraîne-t-elle une modification de l'organisation initiale ?)
- Si tour non formalisé : est ce qui le remplace ? Comment cela se passe-t-il ? Qu'en est-il fait ? Comment cela se passe-t-il ?
-

VII Déroulement de la matinée

- Identifier et quantifier les activités programmées et qui fait quoi.

- Quelles sont les actions non programmées ?
- Quelles sont les actions non programmées ?
- A l'initiative de qui ?
- Appréciation de leur importance respective
- Repérage de l'imprévu et de son impact
- Place du rapport à la personne (patient/personnel)
- Recherche de l'informel constructif
- Comment va être utilisée la vacuité
- Disponibilité du professionnel envers le patient.

VI Temps de repas

- Qu'en est-il fait ?
- Comment ce temps est-il utilisé ?
- Quelles sont les interactions ?
- Existent-ils des encouragements, dédramatisations…
- Repérer les initiatives des infirmiers.
- Repérer où se tiennent les soignants, le quantifier

VI Fin de poste

- Temps consacré, étirement ou non de ce temps
- Nécessité plus ou moins importante de parler de ce qui préoccupe
- Quel espace de paroles :

En lien avec le professionnel (différencier ce qui est en lien avec le patient de ce qui ne l'est pas).

Non en lien avec le professionnel.

- Qu'a besoin de transmettre l'équipe ?
- Ecart entre l'oral et l'écrit (même logique que pur la prise de poste)
- Ecart entre la relève de prise de poste et de fin de poste

ANNEXE N° 3.1

Feuille de gauche

GRILLE D'OBSERVATION DATE :					
Dates	Heures	Lieux	quels soignant combien	Nbre de patients	TYPES D' INTERACTIONS

ANNEXE N°3.2

Feuille de droite

GRILLE D' OBSERVATION DATE :		
FONCTIONS	DIVERS	NOTE DES CHERCHEURS

ANNEXE 4.1

GUIDE D'ENTRETIENS (version 3)
Retravaillé le 10/11/09 – JPL/ST
A destination des infirmiers(e) s ISP/IDE

I Questions sur le rapport à l'informel (note pour l'enquêteur)

1.1 Que faites-vous qui ne soit pas le faire ?
1.2 Pour vous, c'est quoi l'informel ?
1.3 Comment exploitez-vous ces temps d'informel ?
1.4 D'après vous qu'apportent ces temps d'informels aux patients, à l'infirmier ?

II Questions concernant la fonction en lien avec le patient (note pour l'enquêteur)

2.1 Comment procédez-vous pour percevoir l'ambiance du service lors de votre prise de poste et pendant votre séquence de travail ?
2.2 Pour vous qu'est-ce qui fait imprévu dans votre pratique quotidienne ?
2.3 Pour vous la disponibilité (au patient) c'est quoi ?
2.4 Pour vous, c'est quoi être en disposition d'accueil ?

III Questions concernant la fonction en lien avec l'équipe (note pour l'enquêteur)

3.1 Pour vous, lors de votre prise de service, qu'est-ce qui caractérise une bonne relève?
3.2 D'après vous quels sont les moments les plus favorables à votre liberté de paroles entre collègues et avec le où les membres de l'équipe pluridisciplinaire ?
3.3 Que vous permettent ces temps d'informels ? Quelles fonctions occupent-ils pour l'équipe?

VI Questions concernant la fonction en lien avec le professionnel (note pour l'enquêteur)

4.1 Dans la réalité de votre quotidien d'infirmier en psychiatrie à quoi vous référez vous pour donner du sens à vos actions cliniques, personnelles, organisationnelles ? »
4.2 Dans votre exercice quotidien, dans quel contexte vous sentez-vous le plus créatif ?
4.3 Pour vous quels éléments sont à réunir pour dire que vous avez passez une bonne journée de travail ?

VI Autre

ANNEXE 4.2

GUIDE D'ENTRETIENS (version 3)
Retravaillé le 10/11/09 – JPL/ST
A destination des cadres infirmier(e) s

I Questions sur le rapport à l'informel (note pour l'enquêteur)

1.1 D'après vous, que font les infirmiers de votre unité quand ils ne sont pas dans le faire ?
1.2 Pour vous, c'est quoi l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie ?
1.3 D'après vous, comment les infirmiers exploitent- ils ces temps d'informel ?
1.4 D'après vous, qu'apportent ces temps d'informel aux patients et à l'infirmier ?

II Questions concernant la fonction en lien avec le patient (note pour l'enquêteur)

2.1 D'après vous, comment procèdent les infirmiers pour percevoir l'ambiance du service au moment de leur prise de poste et durant leur séquence de travail ?
2.2 Pour vous qu'est-ce qui fait imprévu dans la pratique infirmière au quotidien ?
2.3 Pour vous la disponibilité infirmière (au patient) c'est quoi ?
2.4 Pour vous, chez l'infirmier, c'est quoi être en disposition d'accueil ?

III Questions concernant la fonction en lien avec l'équipe (note pour l'enquêteur)

3.1 Pour vous, lors de la prise de service d'un infirmier, quels éléments viendraient caractériser une « bonne » relève ?
3.2 D'après vous quels sont les moments les plus favorables à leur liberté de paroles entre collègues et / où avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire ?
3.3 D'après vous, que permettent ces temps d'informel aux infirmiers ? Quelles fonctions occupent-ils pour eux et pour l'équipe?

IV Questions concernant la fonction en lien avec le professionnel(note pour l'enquêteur)

4.1 D'après vous, dans leur réalité du quotidien d'infirmiers en psychiatrie, à quoi se réfèrent-t-ils pour donner du sens à leurs actions cliniques, personnelles, organisationnelles ?
4.2 D'après vous, dans leur exercice quotidien, quel contexte est le plus favorable à leur dimension créative ?
4.3 Pour vous, quels éléments sont à réunir pour dire que les infirmiers ont passés une bonne journée de travail ?

VI Autre

ANNEXE 4.3

GUIDE D'ENTRETIEN (Version 3)
Retravaillé le 10/11/09 – JPL/ST
A destination des médecins psychiatres

I Questions sur le rapport à l'informel (note pour l'enquêteur)

1.1 D'après vous, que font les infirmiers de votre unité quand ils ne sont pas dans le faire ?
1.2 Pour vous, c'est quoi l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie ?
1.3 D'après vous, comment les infirmiers exploitent- ils ces temps d'informel ?
1.4 D'après vous, qu'apportent ces temps d'informel aux patients et l'infirmier ?

II Questions concernant la fonction en lien avec le patient (note pour l'enquêteur)

2.1 D'après vous, comment procèdent les infirmiers pour percevoir l'ambiance du service au moment de leur prise de poste et durant leur séquence de travail ?
2.2 Pour vous qu'est-ce qui fait imprévu dans la pratique infirmière au quotidien ?
2.3 Pour vous la disponibilité infirmière (au patient) c'est quoi ?
2.4 Pour vous, chez l'infirmier, c'est quoi être en disposition d'accueil ?

III Questions concernant la fonction en lien avec l'équipe (note pour l'enquêteur)

3.1 Pour vous, lors de la prise de service d'un infirmier, quels éléments viendraient caractériser une « bonne » relève ?
3.2 D'après vous quels sont les moments les plus favorables à leur liberté de paroles entre collègues et / où avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire ?
3.3 D'après vous, que permettent ces temps d'informel aux infirmiers ? Quelles fonctions occupent-ils pour eux et pour l'équipe?

IV Questions concernant la fonction en lien avec le professionnel(note pour l'enquêteur)

4.1 D'après vous, dans leur réalité du quotidien d'infirmiers en psychiatrie, à quoi se réfèrent-t-ils pour donner du sens à leurs actions cliniques, personnelles, organisationnelles ?
4.2 D'après vous, dans leur exercice quotidien, quel contexte est le plus favorable à leur dimension créative ?
4.3 Pour vous, quels éléments sont à réunir pour dire que les infirmiers ont passés une bonne journée de travail ?

VI Autre

Groupe de Recherche en Soins Infirmiers

ANNEXE 5

LE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE

Note préparatoire à l'Audition par la Commission Psychiatrie et Santé Mentale présidée par M.Edouard Couty, le 4 novembre 2008

Sophie Tchukriel, Infirmière, Chef de projet-Responsable de recherche, CH Le Vinatier (69). sophie.tchukriel@voila.fr
Jean-Paul Lanquetin, Infirmier de Secteur Psychiatrique, Responsable de recherche, CH Saint Cyr au Mont d'Or (69). Lanquetin.jp@free.fr
Geneviève Roberton, Soutien méthodologique, Ex-Présidente de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI). Genevieve.roberton@wanadoo.fr

La recherche scientifique n'est pas une fin en soi, elle a pour finalité le développement de la connaissance en produisant de nouveaux savoirs ou en validant des savoirs existants. La recherche est indispensable à l'avancée des disciplines et à la reconnaissance des professions.

Si la psychiatrie est une discipline médicale à part entière, elle se distingue de celle-ci par des dimensions spécifiques qui vont façonner et organiser l'offre et les modalités de soins. Nous retenons principalement : la question de l'accessibilité, l'importance de la continuité des soins et de la notion de responsabilité dans le dispositif de secteur, l'interaction de la contrainte et de la demande, la faible prédictivité du diagnostic, la place des savoirs expérientiels et le rôle déterminant de l'entourage et des familles dans la prise en charge des patients.

L'ensemble de ces particularités est susceptible d'intéresser le champ de la recherche en psychiatrie en général et de la recherche en soins infirmiers en particulier.

I La problématique

Il existe encore en France un clivage entre la recherche médicale (longue tradition de la médecine française), considérée comme inhérente à l'exercice professionnel, et la recherche paramédicale beaucoup plus tardive, (historiquement et juridiquement parlant) **non considérée comme inhérente à l'exercice professionnel, mais comme relevant d'une élite minoritaire, dans le cadre de formations universitaires**. La problématique de la recherche en soins infirmiers en psychiatrie est ici de même nature que celle rencontrée dans le domaine des soins généraux.

De fait, il existe de nombreuses réalisations de recherche, **mais :**

- Soit, celles-ci sont incluses dans les recherches médicales et sont peu ou pas repérées comme recherche en soins infirmiers.
- Soit, elles sont réalisées au décours de formations de cadres de santé, spécialisées, voire initiales ou universitaires. Dans ce cas, elles sont peu diffusées (littérature grise) et non validées par la communauté scientifique, (thèses doctorales soutenues mises à part).

Les seules recherches infirmières publiées ou publiables sont très majoritairement effectuées dans un cadre universitaire (2ème ou 3ème cycle sociologie, sciences de l'éducation, psychologie, management…) avec un cadre théorique clairement défini et valide. Le statut de praticien chercheur n'est absolument pas légitimé dans le corps paramédical.

Aujourd'hui les paramédicaux (soignants, rééducateurs et médico-techniques) doivent, au regard des missions qui leur sont dévolues, participer à des recherches, initier et accompagner des étudiants

dans une démarche de recherche. Ces dispositifs trouvent leurs limites d'une part avec des cursus de formation **par** la recherche et non **pour** la recherche, et d'autre part, parce que ces professionnels sont eux-mêmes pour beaucoup insuffisamment formés aux méthodologies de recherche. Cette situation amène deux constats :

La pratique de la recherche n'est pas encore inscrite dans le patrimoine culturel, pas plus qu'elle ne fait partie des habitus professionnels.

- Il existe une confusion entre des démarches de **natures** distinctes et non uniquement de **degrés,** entre des réflexions, études d'un coté qui renvoient à un cursus en lien avec une formation où la méthode de recherche est utilisée comme outil pédagogique et recherche clinique, recherche en soins infirmier de l'autre où la recherche utilise des méthodes scientifiques sur un volume plus large pour explorer rigoureusement des zones d'interrogations.

À cet endroit, la recherche paramédicale apparaît encore très souvent à ce corps professionnel comme purement théorique et loin des pratiques quotidiennes. En cela trois obstacles majeurs :

- opérationnalité immédiate requise par la réalité quotidienne non satisfaite (intégration des résultats de recherche nécessitent un temps plus long)
- statut de chercheur non légitimement reconnu pour la recherche clinique
- manque de formation efficiente aux méthodologies de recherche

En parallèle, dans une perspective de formation européenne (Accords de Bologne-1988) sur la maquette Licence/Master/Doctorat (LMD), l'efficience de l'initiation à la recherche est un point fondamental de la formation, dans le cadre de la réingénierie des diplômes paramédicaux.

Cette perspective représente à l'heure actuelle un **enjeu très fort** au sein du débat politique. En effet, aujourd'hui, les évolutions conjointes du monde de la Santé et de l'Éducation nationale (Enseignement supérieur et Recherche) amènent un contexte assez favorable au souhait d'universitarisation de la formation en soins infirmiers. Outre cette valeur symbolique forte, un des objectifs de la mise en œuvre du processus de Bologne réside «…*dans le développement en France d'une recherche clinique actuellement quasi inexistante* »[1] .Cette réforme constitue l'un des vecteurs du développement de la recherche auprès des futurs professionnels.

II L'état des lieux de la recherche en soins infirmiers.

Bref détour historique

La recherche en soins et plus particulièrement la recherche en soins infirmiers (RSI) s'originent dans la 2ème moitié du XIXe siècle avec les travaux de Florence NIGHTINGALE.

Dans les pays nord américains la RSI prend une place notable dès le début du XXe siècle.

1900 : création d'une discipline infirmière et entrée des infirmières à l'université

1950 : premiers fonds d'État alloués à la RSI

1960 : émergence de théories de soins infirmiers issus de travaux de recherche validés

1970 : développement de la recherche clinique paramédicale

1980 : promotion de la RSI (revues scientifiques, place reconnue dans le système de santé)

1990 : existence d'une communauté scientifique infirmière, vérification et application de théories reconnues valides, augmentation des doctorats en soins infirmiers

En France

1958 : développement de la recherche clinique exclusivement dans le domaine médical.

Il faut attendre la loi portant réforme hospitalière de 1991 pour légitimer une place à la recherche en soins infirmiers (CSSI, projet de soins infirmiers). Les décrets de 1993 régissant l'exercice professionnel infirmier, les ordonnances de 1996 renforcent cette orientation ; l'esprit du législateur est de développer les méthodologies de recherche en vue d'analyser et d'évaluer les pratiques de soins. Mais seul un médecin peut être investigateur de recherche clinique. Cette situation trouve une nouvelle déclinaison dans des textes plus récents, le nouveau décret de 2004 dit de

[1] Aquilino MORELLE, et al. », Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales », *Synthèse*, septembre 2008, p 4.

compétence et dans l'attribution n°2 du décret de 2005 portant sur la mission des CSIRTM (Commission des Soins Infirmiers, Rééducatifs et Médico-Techniques).

En parallèle, les formations initiales, spécialisées et formations de cadres de santé introduisent de 1992 à 1995 un module d'initiation à la recherche, à concrétiser par un travail écrit de fin d'études. Enfin en 2002 les 2 dernières formations qui n'enseignaient pas les méthodologies de recherche (IADE et IBODE) voient leur programme réformés en ce sens, et le diplôme d'État infirmier voit remplacer les épreuves finales écrites de contrôle de connaissance par le travail écrit de fin d'études (initiation à la recherche). Pour la 1ère fois on voit se développer une formation à la recherche en dehors de l'université, dans le cadre de formations professionnelles post-baccalauréat.

État de la recherche en soins infirmiers en psychiatrie *:*

À ce jour nous avons connaissance d'une faible activité de recherche mais il est à noter que nous sommes en défaut d'outils de recensement.

Toutefois nous pouvons citer :

- Une recherche en soins infirmiers au CH de la Colombière (34) dans le cadre d'un PHRC. *« Évaluation de l'alliance thérapeutique infirmier-adolescent » (2001).*
- Le travail de groupe du CH Esquirol (94), voici quelques années, qui a donné lieu à plusieurs recherches appliquées *« Prévention des rechutes et observances médicamenteuse », « L'isolement en psychiatrie, séquestration ou soin ? ».* Ces recherches donneront lieu à de précieuses contributions sous forme d'ouvrages et à d'autres développements tel la réalisation d'un film *« Vivre en ville »*. Un de ces acteurs, Dominique Friard publiera également un livre à partir d'une recherche sur *« électroconvulsothérapie et accompagnement infirmier »* (1999).
- Le travail d'un groupe d'infirmier du CH de Laragne (05) qui déboucha sur un projet de recherche retenu par L'ANAES d'alors *« Écriture infirmière et qualité des soins »* (2002).

En France des compétences existent et d'autres demandent à émerger mais nous sommes en déficit d'infrastructure. Cette situation relègue la Recherche en Soins Infirmiers a une position insuffisamment affirmée et balbutiante. Toutefois, si cette position modeste ne saurait être comparée aux ambitions de pays plus exigeants sur cette question (le Canada est cité ici en exemple), elle n'en contribue pas moins à faire avancer les soins.

III Les objectifs de la recherche en soins infirmiers

Situer la place de la RSI.

La recherche en soins infirmiers en psychiatrie est un domaine d'application de la recherche en science sociale. À cet endroit, recherche, théorie et pratique sont étroitement liées :

- La recherche dépend de la théorie car celle-ci donne une grille de lecture du réel par l'étude des concepts utilisés dans l'objet de recherche.
- La théorie émane de la pratique étudiée et validée par la recherche.
- La théorie retourne à la pratique et l'oriente par l'intégration des résultats de la recherche, les données probantes, dans les nouvelles pratiques

.

L'exercice infirmier en psychiatrie est au carrefour de ce lien théorico pratique. Pratique par la confrontation au réel et l'appui sur le quotidien, théorique par la nécessité de penser les actions et par la confrontation aux situations complexes. La RSI en psychiatrie trouve ici un point d'articulation entre théorie et pratique décondensant l'opposition citée par Henri Bergson « *la théorie sans pratique est impuissante, la pratique sans théorie est aveugle ! »*

Situer ses objectifs.

-La contribution de la recherche en soins infirmiers a pour finalités d'augmenter le niveau des connaissances en produisant de nouveaux savoirs ou en validant ceux existant. Son champ

d'application concerne différents domaines : les soins dispensés, ainsi que la gestion et l'organisation de ces soins.
Ces domaines d'application peuvent se traduire concrètement au niveau :

- des unités de soins par une amélioration de l'efficacité des soins, de la disponibilité envers le patient, de la satisfaction de celui ci et des familles et par une amélioration des collaborations entre les différents professionnels de l'équipe de secteur
- des institutions de santé où elle peut alimenter des référentiels métiers d'établissement dans le champ de l'exercice infirmier en psychiatrie, et des corpus de connaissances mobilisés en andragogie (fonction tutorale) et en pédagogie.(formation initiale ou complémentaire).
- des professionnels infirmiers en contribuant à leur reconnaissance et en rejoignant un exercice de pratiques avancées de la profession d'infirmier en psychiatrie.

Situer la posture de praticien chercheur en soins infirmiers en psychiatrie.

La recherche clinique est une exigence et une attitude. Elle procède d'un sentiment d'insatisfaction face à la réalité, ici celle de la maladie, et de certains aspects de son contrôle. Elle procède également d'une attitude, celle de vouloir avancer sur ces questions et de relever « *le défi d'une telle aventure* ».[2]

Pour le praticien chercheur, l'acquisition de cette place réunit plusieurs particularités :

- L'adoption d'une posture de rupture épistémologique. Il s'agit d'acquérir et d'éprouver une position d'étonnement avec sa pratique pour interroger les apparentes évidences, les habitus, les traditions orales et les éléments qui vont « sans dire » ou « qui vont de soi » et qui se retrouvent du coup, ni dits, ni écrits.
- La possibilité de passer du prurit de questionnements récurrents à des interrogations organisées et appliquées,
- L'ouverture et le maintien d'espaces de rencontres, de confrontation et de pensées.
- Le développement d'un mouvement du particulier au général et du général au particulier, ainsi que la confrontation de ses intuitions avec les données d'autres disciplines.
- La possibilité de rester pleinement soignant, ici la recherche clinique est un moyen pour prendre de la distance, c'est-à-dire mesurer sa propre proximité dans les soins.
- L'ouverture à d'autres voies et perspectives d'évolution professionnelle en restant dans le champ de la clinique. Cette configuration professionnelle générant un effet protecteur contre les manifestations d'émoussement du capital compassionnel des personnels, et leurs traductions en termes de démobilisation.

IV Les difficultés

En France, les professionnels qui souhaitent s'engager dans une démarche de recherche achoppent sur plusieurs types de difficultés qui traduisent la situation de la recherche en soins infirmiers. Parmi celles ci, nous retrouvons de manière récurrente :

1) Du coté des **acteurs,** une difficulté à identifier les différents niveaux de recherche et les trajectoires à suivre pour trouver des structures de promotion de recherches (comités scientifiques, centres experts, fondations…). Quand ce frein est levé, une capacité insuffisamment développée à soutenir un investissement personnel de longue durée, les équipes s'essoufflent devant la charge de travail requise.

2) Cette situation est majorée par les **contextes institutionnels**.
Ceux ci se caractérisent par:

- Une référence parfois incantatoire à des textes réglementaires peu ou pas appliqués (Cf. page 2).
- La pratique de la recherche paramédicale n'est pas encore inscrite dans le patrimoine culturel de nos métiers, pas plus qu'elle ne fait partie des habitus professionnels.
- Le *triptyque Soins Enseignement Recherche*, jugé toujours performant pour la recherche médicale[3] est inopérant dans le domaine paramédical, celui-ci ne

[2] Françoise MARTEL, in « La recherche en soins infirmiers, stratégie scientifique et politique de l'infirmière générale », in *Recherche en Soins Infirmiers*, N°33, 1993.
[3] « *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital* », La Documentation Française, orientation N°4, avril 2008, p 41.

reconnaissant que la prévalence du premier terme. On peut donc bénéficier d'un financement sans cadre temporel.

- Une frilosité des établissements à soutenir les projets particulièrement en allocation de temps. Les recherches en Sciences sociales appliquées au domaine des soins infirmiers sont consommatrices de temps (Entretiens, observations et leurs traitements). Ce constat relève des disparités très importantes dans les politiques d'établissements qui vont de l'absence de reconnaissance et du non dégagement de moyens, et cela malgré une validation scientifique, hôpitaux à des assumant leurs fonctions de promoteur ou d'accompagnement de projets.
- Les établissements encourageant ces projets sont eux même soumis aux aléas des vies institutionnelles. Les changements d'orientation avec les mouvements des personnels en responsabilité de ces politiques de projets institutionnels, eux même soumis aux facteurs précédemment cités excluent alors une pérennisation de ces initiatives.

3/ La question de **la formation** des infirmiers en matière de recherche.
Une démarche de recherche en soins infirmier demande un accompagnement méthodologique important.
Actuellement :

- L'initiation à la recherche prévue dans le programme de formation de base des infirmiers et dans une moindre mesure des écoles de cadres apparaît insuffisante. Sa nature reste une formation visant à développer une rigueur de raisonnements **par** l'apprentissage d'une méthodologie de recherche.
- La formation des infirmiers à la recherche relève d'une part d'une formation complémentaire et d'autre part d'une guidance méthodologique, adossée ou non à un comité scientifique.

Le recensement de ces difficultés nous permet de souligner l'importance d'une reprise de ces initiatives de recherche dans un projet institutionnel. Celui-ci permettrait notamment de garder dans nos Centres Hospitaliers des portefeuilles de compétence qui s'évadent en direction de cadres de travail plus favorables dans et hors nos frontières. Toutefois cette condition apparaît nécessaire mais pas suffisante.

VI La place de la région

Pour répondre à ces constats, la Région apparaît comme le niveau permettant l'établissement d'une structure ressource pour la recherche en soins infirmiers en partenariat avec les services hospitaliers, les centres de recherche. Cette proposition est en cohérence avec les fonctionnalités de l'échelon régional de la contribution Halimi, ADESM, FHF, FNAP psy, UNAFAM et les orientations de l'ARH Rhône-Alpes.

Concernant la recherche en soins infirmiers en psychiatrie, la Région répondrait aux besoins suivants :

- Élargir le champ de la recherche aux soins infirmiers, proposition qui figure dans le Rapport Larcher. [4]
- Assurer un cadre de travail en amont des établissements afin de les soustraire aux aléas des vies institutionnelles.
- Être le garant d'une promotion de projet de recherche, et coordonner l'accueil de nouvelles initiatives. Il s'agit également dans notre situation de prolonger la volonté d'ouverture du Conseil Scientifique de la Recherche du CH Le Vinatier (69) qui a su permettre l'accessibilité à la recherche à tous les soignants de psychiatrie. Cet accès possible signifie pour nous la familiarité avec une tradition d'approche et de travail communautaire en psychiatrie. Ces conceptions fondées sur l'interdisciplinarité sont à même de créer des synergies avec la recherche médicale.
- Constituer une agence de moyens. La Région permettrait de pérenniser ce travail de praticien chercheur, encore exploratoire. Elle se placerait dans une position d'interlocuteur pour les arbitrages de moyens envers les non médicaux.
- Enfin, le niveau régional pourrait constituer le point de rassemblement et de pilotage du triptyque Soins Enseignement Recherche, absent chez les paramédicaux, à

[4] *Ibid,* orientation N°4, avril 2008, p 48.

l'image de la tutelle récemment décentralisée pour le public aux régions pour les formations initiales (IFSI) paramédicales.

- Favoriser l'ouverture d'un centre de recherche à tous les soignants en psychiatrie, médicaux et paramédicaux, et visant a faciliter la création de réseaux dynamiques entre professionnels de la santé, chercheurs et praticiens chercheurs, décideurs, organismes et associations.

VII La légitimité.

Le développement de la recherche appliquée au domaine des soins infirmiers constitue un des défis du monde de la santé d'aujourd'hui. En effet, la généralisation de la V2 dans le cadre des accréditations pousse à systématiser l'évaluation des pratiques professionnelle. En parallèle, la forte volonté de développer les pratiques avancées d'une part et d'asseoir les pratiques soignantes sur des données probantes d'autre part, ouvre la voie aux praticiens chercheurs dans le cadre de leur exercice professionnel en psychiatrie comme un réelle valeur ajoutée pour le bénéficiaire des soins.

. Les praticiens chercheurs sont soumis aux règles éthiques et déontologiques des chercheurs et à ce titre, ils se sont engagés à respecter la confidentialité et l'anonymisation des données lors de leurs investigations. La recherche en soins infirmier en psychiatrie s'intéresse dans l'interdisciplinarité à *« tout projets qui concerne notre conception de soignants de patients porteurs de maladies mentales, dans toutes ses dimensions »*[5].

Aujourd'hui, un constat s'impose, conduire **une** recherche en soins infirmiers revient à mener conjointement **deux** recherches, une recherche clinique à proprement parler et une recherche de statut de praticien chercheur.

Être infirmier en psychiatrie et praticien chercheur revient à se situer au carrefour d'une triple exigence :

- Une exigence **professionnelle:** celle d'apporter sa contribution et d'augmenter le niveau des connaissances dans notre domaine.
- Une exigence de **crédibilité,** celle d'utiliser des méthodologies rigoureuses et éthiquement acceptables qui obtiennent une validation scientifique afin d'ancrer les soins sur des données probantes.
- Une exigence de **légitimité**, elle passe par des cadres de travail reconnus, susceptibles de garantir un statut à cette position professionnelle.

Saint Cyr au Mont d'Or, le 3 novembre 2008.

[5] URL : www.ch-le-vinatier.com/recherche/, *Charte du site du Conseil Scientifique de la Recherche*, Présentation du CSR, p 1.

Groupe de Recherche en Soins Infirmiers

ANNEXE 6

LE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE

Note à destination des membres participants à la Commission d'orientation du plan psychiatrie et santé mentale 2012/2015. Contribution à la Fiche 33.

Sophie Tchukriel, Infirmière, Chef de projet-Responsable de recherche, CH Le Vinatier (69). sophie.tchukriel@voila.fr
Jean-Paul Lanquetin, Infirmier de Secteur Psychiatrique, Responsable de recherche, CH Saint Cyr au Mont d'Or (69). Lanquetin.jp@free.fr

La recherche scientifique n'est pas une fin en soi, elle a pour finalité le développement de la connaissance en produisant de nouveaux savoirs ou en validant des savoirs existants. La recherche est indispensable à l'avancée des disciplines et à la reconnaissance des professions.

Si la psychiatrie est une discipline médicale à part entière, elle se distingue de celle-ci par des dimensions spécifiques qui vont façonner et organiser l'offre et les modalités de soins. Nous retenons principalement : la question de l'accessibilité, l'importance de la continuité des soins et de la notion de responsabilité dans le dispositif territoriale ou de secteur, l'interaction de la contrainte et de la demande, la faible prédictivité du diagnostic, la grande variabilité des patients, la place des savoirs expérientiels et le rôle déterminant de l'entourage et des familles dans la prise en charge des patients.

L'ensemble de ces particularités est susceptible d'intéresser le champ de la recherche en psychiatrie en général et de la recherche en soins infirmiers en particulier.

I Eléments de problématique

Il existe encore en France un clivage entre la recherche médicale (longue tradition de la médecine française), considérée comme inhérente à l'exercice professionnel, et la recherche paramédicale beaucoup plus tardive, (historiquement et juridiquement parlant) **non considérée comme inhérente à l'exercice professionnel, mais comme relevant d'une élite minoritaire, dans le cadre de formations universitaires**. La problématique de la recherche en soins infirmiers en psychiatrie est ici de même nature que celle rencontrée dans le domaine des soins généraux.

Aujourd'hui les paramédicaux (soignants, rééducateurs et médico-techniques) doivent, au regard des missions qui leur sont dévolues, participer à des recherches, initier et accompagner des étudiants dans une démarche de recherche. Ces dispositifs trouvent leurs limites d'une part avec des cursus de formation **par** la recherche et non **pour** la recherche, et d'autre part, parce que ces professionnels sont eux-mêmes, pour beaucoup, insuffisamment formés aux méthodologies de recherche. Cette situation amène deux constats :

La pratique de la recherche n'est pas encore inscrite dans le patrimoine culturel, pas plus qu'elle ne fait partie des habitus professionnels la où d'autres pays notamment francophones disposent de relèves académiques.

- Il existe une confusion entre des démarches de **natures** distinctes et non uniquement de **degrés,** entre des réflexions, études d'un côté qui renvoient à un cursus en lien avec une formation où la méthode de recherche est utilisée comme outil pédagogique et recherche clinique, recherche en soins infirmier de l'autre où la recherche utilise des méthodes scientifiques sur un volume plus large pour explorer rigoureusement des zones d'interrogations.

En parallèle, dans une perspective de formation européenne (Accords de Bologne-1988) sur la maquette Licence/Master/Doctorat (LMD), l'efficience de l'initiation à la recherche est un point fondamental de la formation. Enfin, dans le cadre de la réingénierie des diplômes paramédicaux, le nouveau diplôme d'infirmier(e) de 2009 permet d'ouvrir à une perspective de master recherche

II Les objectifs de la recherche en soins infirmiers

Situer la place de la RSI.

La recherche en soins infirmiers en psychiatrie est un domaine d'application de la recherche en science sociale. À cet endroit, recherche, théorie et pratique sont étroitement liées :

- La recherche dépend de la théorie car celle-ci donne une grille de lecture du réel par l'étude des concepts utilisés dans l'objet de recherche.
- La théorie émane de la pratique étudiée et validée par la recherche.
- La théorie retourne à la pratique et l'oriente par l'intégration des résultats de la recherche, les données probantes, dans les nouvelles pratiques

.

L'exercice infirmier en psychiatrie est au carrefour de ce lien théorico pratique. Pratique par la confrontation au réel et l'appui sur le quotidien, théorique par la nécessité de penser les actions et par la confrontation aux situations complexes. La RSI en psychiatrie trouve ici un point d'articulation entre théorie et pratique décondensant l'opposition citée par Henri Bergson « *la théorie sans pratique est impuissante, la pratique sans théorie est aveugle !* »

Situer ses objectifs.

La contribution de la recherche en soins infirmiers a pour finalités d'augmenter le niveau des connaissances en produisant de nouveaux savoirs ou en validant ceux existant. Son champ d'application concerne différents domaines : les soins dispensés, ainsi que la gestion et l'organisation de ces soins.
Ces domaines d'application peuvent se traduire concrètement au niveau :

- des unités de soins par une amélioration de l'efficacité des soins, de la disponibilité envers le patient, de la satisfaction de celui ci et des familles et par une amélioration des collaborations entre les différents professionnels de l'équipe de secteur ou du pôle.
- des institutions de santé où elle peut alimenter des référentiels métiers d'établissement dans le champ de l'exercice infirmier en psychiatrie, et des corpus de connaissances mobilisés en andragogie (fonction tutorale) et en pédagogie.(formation initiale ou complémentaire).
- des professionnels infirmiers en contribuant à leur reconnaissance et en rejoignant un exercice de pratiques avancées de la profession d'infirmier en psychiatrie.

III La légitimité.

Le développement de la recherche appliquée au domaine des soins infirmiers constitue un des défis du monde de la santé d'aujourd'hui. En effet, la généralisation de la V2 dans le cadre des accréditations pousse à systématiser l'évaluation des pratiques professionnelle. En parallèle, la forte volonté de développer les pratiques avancées d'une part et d'asseoir les pratiques soignantes sur des données probantes d'autre part, ouvre la voie aux praticiens chercheurs dans le cadre de leur exercice professionnel en psychiatrie comme une réelle valeur ajoutée pour le bénéficiaire des soins.

Les praticiens chercheurs sont soumis aux règles éthiques et déontologiques des chercheurs. La recherche en soins infirmier en psychiatrie s'intéresse dans l'interdisciplinarité à *« tout projets qui concerne notre conception de soignants de patients porteurs de maladies mentales, dans toutes ses dimensions »*[6]. A ce titre, des recherches en soins sont en cours et une première journée régionale consacrée à la recherche paramédicale en psychiatrie aura lieu sur le 29/11 sur le site du CH Vinatier.

Être infirmier en psychiatrie et praticien chercheur revient à se situer au carrefour d'une triple exigence :

- Une exigence **professionnelle:** celle d'apporter sa contribution et d'augmenter le niveau des connaissances dans notre domaine.
- Une exigence de **crédibilité,** celle d'utiliser des méthodologies rigoureuses et éthiquement acceptables qui obtiennent une validation scientifique afin d'ancrer les soins sur des données reconnues.
- Une exigence de **légitimité**, elle passe par des cadres de travail stabilisés et validés, susceptibles de garantir un statut à cette position professionnelle.

Saint Cyr au Mont d'Or, le 29 août 2011

[6] URL : www.ch-le-vinatier.com/recherche/, *Charte du site du Conseil Scientifique de la Recherche*, Présentation du CSR, p 1.