

Jean-Paul Lanquetin

Infirmier de secteur psychiatrique, praticien chercheur en soins infirmiers
Centre Hospitalier Saint-Cyr au Mont d'or

RENDRE VISIBLE LE TRAVAIL INVISIBLE ? PRENDRE SOIN DU TRAVAIL POUR TRAVAILLER LE « *PRENDRE SOIN* »

Au-delà de la nécessaire priorité liée aux questions d'emploi, les questions du travail n'ont jamais été aussi présentes que ces dernières années dans les discours sociaux, managériaux et politiques. Et le travail n'est pas l'emploi. L'emploi désigne avant tout le contrat salarial qui lie le salarié à son employeur, nous sommes alors « au » travail.

Le travail contient des dimensions qualitatives qui dépassent ce cadre. Celles-ci touchent les différentes formes d'investissement de l'homme au travail : les (beaux) gestes, la finalité, les valeurs, la réalisation de soi, l'équilibre contribution/rétribution. Nous sommes alors « en » travail.

Ainsi, je suis infirmier de secteur psychiatrique (ISP), pas « opérateur de productions d'actes de soins ». La définition des métiers du soin englobe cette référence à la productivité, parfois sacralisée, et la dépasse. D'un côté, accomplir des actes de soin, compter et *chiffrer*. De l'autre, *déchiffrer* le réel de cette activité basée sur la sollicitude à autrui, prendre soin, « produire » des attentions et des liens.

L'hôpital et les métiers de la psychiatrie n'échappent pas à ce mouvement d'ensemble. Pour autant, au-delà des résultats d'activité et des procédures, que sait-on réellement du travail des soignants en général et de l'activité concrète déployée par les professionnels infirmiers en particulier ? Que connaît-on du « rôle propre » de l'infirmier en psychiatrie ? Ce dernier est souvent évoqué mais au final faiblement documenté dans la littérature professionnelle. Comment et quels mots peuvent rendre compte de tout ce travail clinique, des savoirs qu'il contient et mobilise ? Existerait-il une pratique, des fondements et des dispositions cliniques spécifiques à l'exercice en psychiatrie ?

Lire le travail discret

À écouter les infirmiers évoluant en psychiatrie, on perçoit assez vite cette difficulté à nommer, identifier et conceptualiser une assise clinique que pourtant ils par-

tagent et autour de laquelle ils peuvent rapidement se retrouver. Chacun de nous aspire à rendre compte de sa pratique à partir d'un niveau d'expression permettant de témoigner de situations complexes. De la même manière, tout un chacun souhaite approcher une formulation qui entraînerait les autres membres du collectif de travail vers un partage des vécus, dégagé de la perte liée à la mise en mots.

Ces périmètres d'actions et les logiques qui les sous-tendent peuvent se trouver en défaut de symbolisation langagière. Cécile Lambert (2002, p. 28-40) le souligne : « L'acte de soin est souvent invisible, car il se tisse à l'intérieur de la relation soignant-soigné. En cela, il ressemble à la technique du tissage invisible. Parce que c'est bien fait, on ne voit plus les traces de la déchirure. Ainsi, bien des soignantes ne sauraient dire comment elles créent la relation dans laquelle va s'insérer l'acte de soin. » En psychiatrie, fort d'une tradition orale, le récit clinique, « ce fil narratif identifiant » (Cadoux, 1999), reste alors la meilleure expression pour retraduire ces expériences relationnelles singulières et saisir les intentions soignantes qui les portent.

La limite du récit clinique tient à la fragilité de son statut, lié à sa difficulté de sortir du champ de la proposition pour entrer dans la catégorie du fait objectif.

Voir le travail sensible

Enchâssé dans l'épaisseur du quotidien et voilé par la densité du milieu naturel dans lequel il se déploie, le propre et la nature du travail invisible tiennent à la difficulté de se dégager et de s'extraire du fond sur lequel ils évoluent. Habituellement, ce qui est reconnu par l'organisation concerne la partie « productive » du travail, la partie visible, mesurable, palpable, quantifiable dans ses déclinaisons statistiques (nombre d'actes, de visites, de consultations, etc.). L'exigence de prise en compte du Travail réel nécessite, d'une part, de considérer les aspects immatériels du travail, les investissements subjectifs, les savoirs et les valeurs, les implications et l'« intelligence rusée, appelée mépris chez les grecs » (Vernant et Détienne, 1974) et, d'autre part, les appuis sur les collectifs sans lesquels ces aspects sont voués au délitement.

Ces distinctions, où résonnent parfois l'opposition entre productivité et sollicitude, ne sont pas nouvelles. Dans la Grèce antique déjà, le « *prattein* » et le « *poiein* », ces deux formes du travail et de l'effort relevant respectivement des activités du paysan et de l'artisan, s'opposaient. 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 » (Pidolle, Kremer et Gauthier, 1993, 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 cours, nous permet de relever l'antériorité de cette activité et son impossibilité de la cerner pour la faire participer au circuit économique en termes de production de soins. Elle ne cesse de réapparaître comme élément consubstantiel du réel du travail, particulièrement en psychiatrie comme le souligne Jérôme Cornier (2018) : « Accepter de reconsidérer la complexité des soins en psychiatrie néces-

site d'accepter que l'activité soignante, comme toute activité, n'est pas simplement productive mais qu'elle est aussi constructive. C'est-à-dire que soigner ce n'est pas simplement faire des actes mais que c'est aussi les revisiter seul et en équipe pour mieux en interroger la pertinence et tenter de passer de l'expérience à l'expertise. »

À la rencontre de ce continent immergé

Illustrons quelques actions de ce travail de support aux mille facettes. La construction du lien et de la relation thérapeutique avec le patient s'appuie sur les situations de soins, le quotidien, mais aussi sur les échanges matériels ou symboliques, les transactions, et toutes formes d'attentions et d'intentions. Ce processus s'effectue par touches successives de « *petits riens* ». La production de lien (social et thérapeutique) nécessite du temps passé avec le patient à expérimenter des modalités relationnelles, puisque cette construction porte en elle des possibilités même de solutions ou d'accompagnement.

Lors de nos observations (Lanquetin et Tchukriel, 2012), ces actions informelles s'affirment dans un foisonnement de registres : aller discrètement au-devant, se rendre disponible, soutenir et offrir sa présence sans l'imposer, repérer et s'arrêter sur une détresse ou une inquiétude, porter un geste qui entoure et conforte, saisir une main qui se tend, alimenter un narcissisme défaillant, s'asseoir au chevet et parfois dans un au-delà ou un au-deçà des mots, offrir une présence silencieuse.

Il s'agit encore de porter attention au confort de l'autre, saisir l'occasion d'ouvrir une fenêtre « relationnelle », voire parfois prêter un livre ou un objet, qui souligne l'engagement dans une transaction sociale marquée par une part de soi. Mais aussi, prendre une position basse dans sa posture physique, laquelle signe l'accueil et l'offre de disponibilité. Travailler sa proxémie est autant d'occasion de réintroduire une symétrie dans la relation de soins qui permettent ensuite d'acter de sa présence.

Nous pouvons remarquer à cet endroit que le terme à valeur d'oxymore. L'acte de présence est souvent connoté de manière négative par contraction de la référence à l'acte productif, opposé ici au terme de présence, improductive donc, et sans doute considérée comme une absence dans sa présence.

Nous parlons quant à nous de juste présence à l'autre, d'une présence pleine dans le sens d'un « être-là » (Orofiamma, 2006), contextualisée, immergée dans son environnement et des effets de modulations de cette qualité de présence.

Avant de travailler l'instauration d'un lien de confiance, il existe des préalables dont la levée de la défiance et l'évacuation de la méfiance font partie. Réhabiliter la parole, être de parole dans la bisémie du terme, pour que la parole nous tienne et nous engage, fait partie de ces préalables. L'acte de parole participe de cette construction. Nous l'évoquons comme 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

la congruence fondatrice de l'assertion suivante : « Dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit. »

De même, s'immerger, aller à la rencontre des uns et des autres dans le lieu de soins *sans autre objectif* que d'aller vers l'autre génère des effets. Observation du patient et des interactions dans le milieu ; abaissement du niveau d'interpellation et du seuil d'accès à l'autre distanciee du rôle attendu lié au statut de soignant ; offre de disponibilité renouvelée, ces effets sont autant d'éléments qui favorisent une clinique du coin de l'œil.

Toutes ces actions, ces intentions et ces attentions ont une profonde signification sociale et humaine. Elles dessinent une ambiance, une scène où s'esquisse le soin. Elles ordonnent un langage de l'ordinaire constitué de « petits riens », de compassion¹. Pascale Molinier (2013, p. 132-133) nous dit à propos de ces actions qu'elles « sont les expressions concrètes de cette éthique naturalisée où l'on ne peut distinguer le geste de l'attention particulière qui lui donne son sens, ni techniques, ni recettes à appliquer, juste l'attitude qu'il faut, au bon moment. »

Beaucoup de ces zones de moindres résistances se nichent dans les plis du quotidien. Il s'agit de s'en servir comme autant de support au soin, de facilitateur pour pénétrer l'univers mental de l'autre, que ce soit dans le sens d'un désamorçage, d'une contenance, d'un apaisement, d'un renforcement ou d'une ouverture.

Au niveau de l'équipe, nous pouvons citer l'importance des fonctions de coopérations, de constructions des *accords normatifs de travail* (Dejours, 2010). Ces opérations ne sont pas de l'ordre du prescriptif. Elles s'essayent, s'ajustent, s'expriment voire se justifient entre collègues lors de temps d'entre-deux ou la primauté d'une parole à l'autre peut s'aventurer en sécurité. Une parole délibérative qui rompt les isolements, évacue des ressentiments et des ambivalences, ouvre à l'expression des vécus et des subjectivités, s'emploie et s'entraîne pour s'affirmer secondairement lors des temps plus officiels ou formels. Les ressources d'un collectif se situent à ce niveau. Il faut dans un premier temps qu'une parole sécurisée circule, s'expérimente, se « dispute », parfois se défende lors de ces temps à bas seuil d'expression et d'interpellation, pour que, dans un deuxième temps, les différents outils de parole trouvent leurs pertinences.

Pour évoquer d'autres facettes de ce travail invisible, nous pouvons aborder la place « sentinelle » de plusieurs aspects : les identifications perceptives des enveloppes sensorielles indispensables au repérage d'éléments d'alerte au sein de l'unité ; la pertinence d'une posture réflexive en appui sur les situations que le quotidien génère ; ou encore les mécanismes de réouverture des fenêtres d'empathie quand la confrontation avec l'altérité de l'expression liée à la pathologie vient émousser le capital d'empathie. Toutes ces actions en lien avec l'équipe restent invisibles là où elles concourent à la construction d'une capacité groupale contenante et où elles renforcent le sentiment d'efficacité du groupe au travail.

Ainsi, contribuer à créer du lien, affirmer le primat d'une parole fiable qui engage le professionnel dans son énoncé, participer à la création d'une ambiance relationnelle propice à une quiétude collective, tenir une position sentinelle et renou-

¹ Sans doute pour avoir été fortement attendue et convoquée dans l'histoire des infirmières, la référence à cet affect est moins directement utilisée actuellement. La ressource compassionnelle ne consiste pas simplement à sentir ce que l'autre souffre, mais participe d'une réponse et d'une responsabilité, pour se déployer au sein d'une relation qui vise à contribuer à restaurer une estime de soi.

veler nos modes d'accès en direction des patients supposent l'acquisition et le déploiement de savoirs d'actions. Ces répertoires d'actions s'inscrivent dans une dimension contenant des soins, et à ce titre, participent et incarnent de nombreux registres de prévention primaire et secondaire².

Tels sont, parmi bien d'autres, les attendus, souvent implicites, de la contribution infirmière aux soins.

Les différentes approches du travail invisible

Il existe bien des manières d'aborder et de nommer ces activités déployées par les professionnels dans le quotidien des soins. La conception solaire qui préside à cet abord du travail invisible et du travail de l'ombre constitue un ensemble aux contours poreux et au statut incertain. Ce sont ici principalement les portes d'entrée et les degrés de granulométrie dans les lectures qui diffèrent. Certaines études s'intéressent de manière élective à tel ou tel aspect de ce travail, centré sur le patient, les professionnels et/ou leurs interactions, d'autres sur l'environnement, mais l'objet central reste semblable. Même si le travail invisible touche à la fois au soin direct et indirect, il est nécessaire également de rappeler à ce propos la convergence des auteurs sur la part quantitative du soin direct dans le travail des infirmiers.ières, s'accordant tous sur un volume représentant environ un tiers de l'activité³. Quel sens pour les deux tiers restants ?

Toutefois, toutes ces approches possèdent entre elles des points communs et des invariants :

- Elles visent à mieux connaître le travail et ses savoirs pour les reconnaître, les accompagner ou former autrement.
- Elles souhaitent déchiffrer le réel de l'activité avant de le chiffrer.
- Elles s'organisent dans une logique de rendre compte avant de rendre des comptes.
- Elles s'intéressent au sens et à la qualité *du* soin centré sur le patient au-delà de la qualité *des* soins.

Enfin, faiblement normés, ces actions et ces savoirs du quotidien ne donnent pas lieu à des relevés d'activité, voire à des enseignements. De même, considéré de manière isolée, l'impact de leurs contributions reste discret tant il est vrai que leurs effets se conditionnent de leurs répétitions, de leurs accumulations et de leurs mises en connectivité, comme le souligne Pascale Molinier (2013, p. 157) : « "Des petits riens", mais qui se répètent, beaucoup de petits riens accumulés, auxquels il faut penser toujours. (...) Un ensemble d'activités infimes ou imperceptibles qui défient le dogme de la reconnaissance puisque leur efficacité repose avant tout sur leur discrétion. »

La variable masquée de l'activité, un enjeu pour les soins

L'étude de l'activité de soins implique un certain nombre de difficultés. L'invisibilité

² Nous parlons ici de prévention primaire et secondaire en lien avec le repérage et la prévention des situations d'interactions agressives.

³ 28% (Nadot, 2008) ; 33.5% (Estryn-Behar, 1990) ; 39.2% (Strohl et al., 2007) ; 37% (Pelletier et al., 2005) ; 37% (Duffield et al., 2005) et (Hendrich et al., 2009).

et la banalisation, pour cette partie du travail réel et informel des soignants, en constituent l'obstacle premier. Francine Saillant (1999) nous propose cette image pour approcher ces réalités sur l'observation de l'invisible : « Accepter cette proposition implique de prévoir tout un travail de réfection, comme c'est le cas des œuvres anciennes, oubliées dans un grenier, gommées de leur signature, qu'on ne sait plus voir parce le temps s'est incrusté dans les pigments et en a altéré la brillance. Le préalable est de savoir voir ce qui est invisible. »

Ce travail réel ne devient visible essentiellement par défaut. Sortir le travail de son invisibilité suppose de préparer son regard vis-à-vis de son objet. Le mouvement systématisé d'éloignement puis de rapprochement, de construction/déconstruction de l'objet participe à cette vigilance épistémologique qui caractérise une position de chercheur. Pour aller à la rencontre de ces « dessous du soin », la démarche de recherche qualitative permet ici de proposer diverses méthodes et outils d'investigation⁴.

Une part importante de cette activité a trait à la relation aux patients et aux effets de celle-ci, constituée de micro-actes et de micro-interventions. Elle est par nature immatérielle et faiblement visible. Notons que ce réel de l'activité, qui souvent conditionne le soin, avance alors comme une *variable masquée* dans l'appréciation et l'évaluation du réel du travail.

Le contrat qui lie les soignants à leur employeur répond à une nomenclature d'actes. Le travail du lien y est minimisé, la charge des affects et la place des émotions abrasées. À l'inverse, permettre au soignant de déployer cette part de soi dans son activité peut lui donner la liberté et la possibilité « d'habiter » les situations de soins. Cette part personnelle, ce style, se définit par ce supplément personnel que le soignant injecte dans ses activités et qui dépasse les attendus du moment. Elle fonde ainsi la transitionnalité. Elle en constitue un puissant vecteur de sens.

Des invariants du travail soignant

Toutes les actions informelles citées précédemment entretiennent de nombreux points communs :

- *Elles s'organisent dans une socialité primaire*, dans le sens où plus un milieu se rapproche d'un fonctionnement « familier⁵ », plus les échanges prennent une forme spontanée. Ces soins « au quotidien » contribuent à créer « du quotidien » entendu ici dans le sens de connu et de rassurant.
- *Elles adviennent dans une temporalité choisie par le soignant*. En faire un petit peu plus que ce que nous sommes censés faire. Ici, la plus-value de ces actions, c'est le temps. Un temps donné, un temps précis et précieux, trop souvent disqualifié quand on l'apparente à des « temps perdus » (Fustier, 1999).
- *Ces actions portent la valeur ajoutée* de la part personnelle qu'injecte le professionnel dans son activité. Offre de temps et de disponibilité,

⁴ Nous faisons référence ici aux méthodologies en sciences humaines et sociales appliquées au domaine des soins infirmiers. Les principaux outils d'investigation évoqués sont l'observation de type ethnographique, l'action dialoguée (un réfléchissement et une invitation à une mise en mots de l'action), l'autoconfrontation (utilisation d'un support vidéo et confrontation au réel de l'action), l'entretien d'explicitation, l'instruction à sosie (faire parler le comment de l'action et non le pourquoi).

⁵ Le quotidien et le familier se soutiennent d'une valence en forme de paradoxe, d'une part il s'agit d'entretenir une forme de stabilité et d'autre part il faut se défendre d'une forme de routine et laisser ouvert la place de l'imprévu et de la surprise.

offre de ses émotions ou d'éléments de soi qui ouvrent le jeu des identifications partielles pour le patient. Cet espace ouvre un entre-deux qui désigne l'écart entre ce que le patient peut attendre du professionnel (« Fait-elle, ou il, cela parce que c'est sa fonction ? ») et ce qui pourrait relever de sa part intentionnelle et personnelle (« Fait-elle, ou il, cela parce c'est elle ou lui et que je suis moi ? »). La réponse est liée à l'interprétation du patient dans la subjectivité de l'interrelation.

L'élaboration de l'échange passe par cette oscillation. L'important est ce qui vient faire signe pour lui lorsqu'il peut éprouver le sentiment qu'un « en plus » a été fourni par la proximité du soignant. À ce moment-là, des indicateurs de satisfaction peuvent se manifester et on peut même, parfois, parler de « déclic ».

Conclusion

Paul Fustier (1999, p. 133) définit deux types de professionnalités :

- Une « professionnalité de niveau un », définie par le contrat de travail.
- Une deuxième, une métaprofessionnalité qui déborde et intègre ce qui échappe au premier niveau : l'intention, la part de soi qui donne sens à son travail.

La nature du travail infirmier en psychiatrie peut se définir dans l'idée de préparer et de prêter son appareil psychique au transfert. Cette qualité passe et s'appuie puissamment sur le quotidien et ces actions informelles. Les intentions, les scénarios psychiques professionnels, une représentation finalisée de l'action sont du registre de cette métaprofessionnalité. « 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". »

Lors de nos investigations de recherche en soins, 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 réponse est quasi unanime. Pour les professionnels concernés, une bonne journée au travail passe par la réunion et le solde de la double tension d'activité. *Faire ce qui doit être fait et faire ce que le professionnel pense ou souhaite réaliser pendant sa séquence.*

La satisfaction au travail (Lanquetin, 2014), avec ses effets protecteurs est alors au rendez-vous, sans elle le soignant se replie alors derrière son contrat salarial : « *Je ne ferai pas une minute de plus !* »

Si la possibilité d'exercer cette dimension humaine de l'activité soignante disparaît, la souffrance et l'insatisfaction sont au rendez-vous. Les slogans des infirmières lors des manifestations ne disent pas autre chose. En effet, sans ces dimensions de soi, cette part personnelle, cet échange et ce plus qui colore, fait vivre et donne sa tonalité singulière à une relation de soins, comment supporter le travail, dans la double assertion du terme ? Sans cela, pourquoi être soignant ?

BIBLIOGRAPHIE

- Cadoux, B. (1999). *Écriture de la psychose*. Éditions Aubier.
- Cornier, J. (2018). Faut-il se taire, s'exprimer ou s'en foutre ? *Site Infirmiers.com*. Repéré à <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/faut-se-taire-ou-exprimer.html>
- Dejours, C. (2010). Le soin en psychiatrie, entre souffrance et plaisir. Dans C. Chiland, C. Bonnet et A. Braconnier (dir.), *Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie*. Éditions Érès, 399-421.
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I. J. M., Ogifska, H., Camerino, D., Le Nezet, O., Conway, P. M., et al. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care*, 45(10).
- Fustier, P. (1999). *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial. Professionnalité niveau un et métaprofessionnalité*. Paris : Éditions Dunod.
- Lambert, C. (2002). Qui voudra devenir infirmière demain ? *Perspectives Soignantes*, (14-15), 28-40.
- Lanquetin, J.-P. (2014). Le sentiment de satisfaction au travail. *Santé Mentale*, (190).
- Lanquetin, J.-P. et Tchukriel, S. (2012). *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*. Rapport non publié. Repéré à <http://crmc-psy.fr/wp-content/uploads/2016/05/linformel-dans-le-travail-infirmier.pdf> et disponible auprès des auteurs : garsi@ch-st-cyr69.fr
- Nadot, M. (2012). Recherche fondamentale en science infirmière: La recherche historique sur les fondements d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2).
- Girault, A. & Minvielle, É. (2015). Performance et qualité des établissements de santé. Dans *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Paris : Dunod.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Collection « Le genre du monde ». La Dispute.
- Orofiamma, R. (2006). *Être-là, être avec. Les savoirs infirmiers en psychiatrie*. Coordonné par la CNAM. Édition Éducation Permanente.
- Pidolle, A., Kremer, V. et Gauthier, P. (1993). *Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique*. Recherche menée par la MIRE (Mission interministérielle Recherche Expérimentation), l'A.R.P. (Association recherche en psychiatrie) et le Centre Hospitalier Spécialisé-Lorquin. Convention de Recherche n°278/87.
- Saillant, F. (1999). Chercher l'invisible : épistémologie et méthode de l'étude de soins. *Recherches qualitatives*, 20, 125-158.
- Vernant, J.-P. et Détéienne, M. (1974). *Les ruses de l'intelligence. La métis des Grecs*. Paris : Édition Flammarion.