



Réseau des Rencontres de la recherche en soins en psychiatrie Groupe de Coordination des Initiatives SocleCare (CGIS)

« Rendre visible le travail invisible ?... »

Prendre soin du travail pour travailler le « prendre soin ».

Pavé de présentation :

Le travail invisible dans les soins en psychiatrie constitue une thématique aux multiples entrées. A partir de quelques exemples, les auteurs nous invitent à prendre la mesure des enjeux liés à cette mise en visibilité tant au niveau clinique qu'économique. L'appui sur une recherche en soins française avec l'intégration de ses résultats par un groupe d'initiative belge nommé « SocleCare » permet de déployer l'étendue de ces enjeux et la diversité de ces approches.

Jamais les questions du travail n'ont été aussi présentes que ces dernières années dans les discours sociaux, managériaux et politiques. 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 t'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 ?

En termes de Lisibilité

A écouter les infirmiers évoluant en psychiatrie, on perçoit assez vite cette difficulté à nommer, identifier et conceptualiser une assise clinique que pourtant ils partagent 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 entrainerait les autres membres du collectif de travail vers un partage des vécus dégagé de la perte liés 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 Lambert¹ 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* »² 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.

En termes de Visibilité

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 tient à la difficulté de se dégager et de s'extraire du fond sur lequel il évolue. 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 prendre aussi en compte les aspects immatériels du travail, les investissements subjectifs, les savoirs et les valeurs, les implications et l' « *intelligence rusée, appelée métiis chez les grecs* »³ et d'autre part les appuis sur les collectifs sans lesquels ces aspects sont voués au délitement.

Ces distinctions ou résonnent parfois l'opposition entre productivité et sollicitude ne sont pas nouvelles, déjà dans la Grèce antique, le « prattein » et le « poiein », ces deux

¹ Lambert, Cécile, « Qui voudra devenir infirmière demain ? », *Perspectives Soignantes*, n° 14-15, décembre 2002, pp 28-40.

² Cadoux, Bernard, « *Ecriture de la psychose* », éditions Aubier, 1999, 238 pages.

³ Vernant, J.-P. ; Détiénne, M. 1974. *Les ruses de l'intelligence. La métiis des Grecs*, Paris, Edition Flammarion, 1974, 320 pages.

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 »⁴. 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.

L'étude de l'activité de soins implique un certain nombre de difficultés méthodologiques et épistémologiques. L'invisibilité et la banalisation, pour cette partie du travail réel et invisible des soignants, en constituent l'obstacle premier. Francine Saillant⁵ 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, un peu à l'idée du constat contenu dans l'assertion familière : « le ménage, on le voit quand il n'est pas fait ».

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'investigation⁶.

A la rencontre de ce continent immergé,

Illustrons quelques actions de ce travail aux mille facettes. Il peut s'agir d'aller discrètement au-devant de l'autre, de se rendre disponible, de soutenir et offrir sa présence sans l'imposer. Nous pouvons remarquer à cet endroit que le terme à valeur d'oxymore *acte de présence* est souvent connoté de manière négative par contraction de la référence à l'acte, productif, et au terme ici opposé de présence, improductive et sans doute considérée comme une absence dans sa présence.

⁴ Alain Pidolle, Viviane Kremer, Pascale Gauthier, « Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique », Recherche menée par la MIRE (Mission interministérielle Recherche Expérimentation), l'A.R.P (Association recherche en psychiatrie), Centre Hospitalier Spécialisé-Lorquin, Ouvrage, Convention de Recherche n°278/87, Fra 1993, 274 pages, p 109.

⁵ Saillant, Francine, « Chercher l'invisible : épistémologie et méthode de l'étude de soins », *Recherches qualitatives*, Volume 20, 1999, pp 125-158.

⁶ Nous faisons référence ici aux méthodologies en sciences humaines et sociales appliqués 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'instruction à sosie (faire parler le comment de l'action et non le pourquoi).

Nous parlons quant à nous de juste présence à l'autre, d'une présence pleine dans le sens d'un « être-là »⁷, contextualisé, immergé dans son environnement et des effets de modulations de cette qualité de présence. (Voir article de Bénédicte Villers).

Evoquons la décision de s'arrêter sur une détresse ou une inquiétude évoluant à bas bruit, ou encore de diriger un geste qui entoure et rassure. Il s'agit aussi ici, de saisir une main qui se tend (main-tenir), d'alimenter un narcissisme défaillant, là, de porter une attention liée à un élément de confort, ou encore de mobiliser son sens de l'occasion sur l'ouverture d'une fenêtre « relationnel ».

Toutes ces actions, ces intentions et ces attentions ont une profonde signification sociale et humaine. Elles dessinent une ambiance, une scène ou s'esquisse le soin. Elles ordonnent un langage de l'ordinaire constitué de « petits riens », de compassion⁸. Pascale Molinier 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 »⁹.

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 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.

Parmi ces savoirs, notons l'importance d'acter sa parole, dans le sens d'une fiabilité qui réduit l'écart entre le faire et le dire. 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.

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'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*¹⁰ (Dejours, 2010). Ces

⁷ Voir à ce propos, l'ouvrage éponyme, « Etre-là, être-avec, les savoirs infirmiers en psychiatrie », récits de pratiques et d'expériences d'infirmiers en psychiatrie, coordonné par la CNAM, Edition Education Permanente, 2006, 208 pages.

⁸ 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.

⁹ Molinier, Pascale, *Le travail du care*, La Dispute, coll. « Le genre du monde », 2013, 222 pages, page 132-133.

¹⁰ Pour Christophe Dejours, la délibération collective sur le « comment » du travail, quand elle est stabilisée, prend valeur d'accord normatif, puis l'agrégation de plusieurs de ces accords construit une règle de travail. *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 Erès, octobre 2010, page 411, pp 399-421.

opérations ne sont pas de l'ordre du prescriptif. Elles s'essayent, s'ajustent, s'expriment voir 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 de 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, 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 indispensable 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 renouveler nos modes d'accès en direction des patients supposent l'acquisition et le déploiement de savoirs d'actions. 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'entrées 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 soignants. Tous s'accordant sur un volume représentant environ un tiers de l'activité. (28%, Nadot Michel 2002, 33.5%, Estryn-Behar M 2007, 39.2% IGAS 2007, 33.2% en USLD versus 53.7% en Réa, Minvielle.E 2015, et 37% Pelletier et al, 2005, 37% Duffield et al 2005, idem Hendrich et al, 2009). 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 ces 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 donne pas lieu à relevés d'activité, voir à enseignement. De même, considérés 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 : « *'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* »¹¹.

Éléments issus de la littérature

Ce domaine des soins reste assez faiblement investigué en termes de recherche, en lien avec les difficultés méthodologiques et épistémologiques. Pour autant il ne s'avère pas orphelin de ces approches. Il existe également d'importantes théorisations, que nous pouvons regrouper autour de la notion de « soins institutionnels ».

Parmi les théoriciennes du soin infirmier, citons Hildegard.E Peplau¹², pionnière de l'école de l'interaction, lorsqu'elle suggère que 12 heures hebdomadaires d'interaction thérapeutique par infirmière en direction des patients souffrant de troubles psychiatriques conduisent à l'amélioration de la qualité des soins. Evoquons Collins¹³ (1985), lorsqu'il constatait en son temps de manière favorable qu'un temps d'interaction plus élevé entre le personnel soignant et les patients, ainsi qu'une proposition d'activités, participait à l'amélioration clinique de ces derniers.

Raymond Panchaud et Michel Miazza ont développé une approche centrée sur l'environnement. Les différents lieux de soins hospitaliers sont pensés et organisés pour devenir des agents thérapeutiques actifs. Conceptualisé, ce potentiel est reconnu et déployé dans des fonctions soignantes sous le terme *d'environnement thérapeutique infirmier*¹⁴.

¹¹ Molinier, Pascale, *Le travail du care*, La Dispute, coll. « Le genre du monde », 2013, 222 pages, page 157.

¹² Peplau, Hildegard.E, Psychiatric mental health nursing: challenge and change. *Journal of Psychiatric mental health nursing: Challenge and change*. Volume1, Issue 1, février 1994, pp 3-7.

¹³ Collins, JF et al, Treatment characteristics of psychiatric programs that correlate with patient community Adjustment, *Journal of Clinical Psychology*, mai 1985, 41(3), 299-308.

¹⁴ Panchaud, Raymond, Miazza, Michel, Environnement thérapeutique infirmier, travail de milieu en psychiatrie. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), *Savoirs et soins infirmiers*, 60-705-N-10, 2011.

Une recherche en soins de référence précédait cet article de développement, « *Interventions infirmières en soins psychiatriques: monographie sur le travail de milieu* »¹⁵. Ses résultats décrivent et mettent en évidence les prestations infirmières liées au travail non structuré (travail du milieu) en psychiatrie adulte et font émerger le contenu et les compétences inhérentes à ces activités.

Citons le mémoire de Bachelor de Lugrin Joëlle et Gillioz Frédéric¹⁶ sur le potentiel thérapeutique des activités non-structurées partagées entre soignant et patients. Découvrons ainsi la recherche de Borge¹⁷ (2008) quand il démontre qu'un milieu de soins chaleureux, favorisant les échanges sociaux et les relations informelles contribue au sentiment de sécurité, d'intégrité, d'égalité et d'estime de soi chez les patients. Dans cette même recherche, les facteurs relationnels sont relevés comme étant plus importants pour les patients que les interventions spécifiques. Nous pouvons évoquer également l'approche complémentariste de la recherche de Pïtkanen (2009), laquelle explique que les pratiques informelles constituent une approche additionnelle aux temps de psychothérapie et au traitement.

Dans un domaine non sanitaire, citons la puissance de la proximité avec les travaux de David Paud sur *l'art de l'ordinaire*. L'auteur, éducateur spécialisé, décrit un métier fait de petits riens, de "micro-traces d'hospitalités" issu d'un quotidien partagé. Il décrit ces gestes tellement banals qu'on ne les perçoit plus, lesquels finissent par « *créer des résonances, et devenir un pari sur l'avenir de l'individu* ». ¹⁸

Ces savoirs et ce travail invisible du quotidien, Lucien Bonnafé les nommait « *une poétique de l'expérience* » quand ils fondaient les particularités des relations entre soignants et patients et en conditionnaient la capacité à en capter des messages. Jean Oury conceptualisait *l'ambiance et les entours* pour décrire la mise en place de ce dispositif d'accueil, support de ces relations.

Enfin, plus récemment, citons la recherche en soins de nature qualitative descriptive « *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* »¹⁹. Cette investigation a permis d'identifier et de caractériser ces zones d'activités, en termes d'effets et d'interactions avec le patient, de ressources professionnelles et d'aptitudes d'équipe. Si le terme d'entrée de notre question de recherche en a été l'informel, le terme de sortie « *Soclecare* »²⁰ a été choisi par des professionnels belges pour nommer et s'approprier l'ensemble de nos résultats.

¹⁵ Cinter, Françoise, Anne-Claude Allin, Raymond Panchaud, « *Interventions Infirmières en soins psychiatriques : monographie sur le travail du milieu* », Rapport final de recherche, Fondation de Nant, Mars 2009, 87 pages, www.nant.ch.

¹⁶ Lugrin Joëlle et Gillioz Frédéric, « *En quoi les activités non structurées partagées entre les infirmier-ières et les patients en psychiatrie sont-elles thérapeutiques ?* », Mémoire Bachelor, HES La Source, Lausanne, 2010, 29 pages.

¹⁷ Borge L & Fargermoen M.S, Patients' core experiences of hospital treatment: wholeness and self-worth in time and space, *Journal of Mental Health*, 2008, Volume 1, numéro 2, pp 193-205.

¹⁸ Paud, David, *Le travail social ou l'art de l'ordinaire*, Fabert édition, Collection temps d'arrêt lecture, 2013, 64 pages. www.yapaka.be

¹⁹ Lanquetin, Jean-Paul, Tchukrikel, Sophie, « *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* », février 2012, 430 pages, non publié, disponible auprès des auteurs : grsi@ch-st-cyr69.fr ou www.sidiief.org/informel.

²⁰ Voir le site : www.soclecare.be.

Le SocleCare en psychiatrie, une initiative d'intégration des résultats de recherche.

L'initiative « Soclecare » est née dans le décours de la publication et de la lecture du numéro 284 de la revue Soins Psychiatrie consacré à l'informel en psychiatrie²¹. « *Comment s'emparer des résultats de cette recherche ?* » telle était la question initiale. Suite à des échanges inauguraux, la méthodologie fut reconnue, des contacts se sont établis, puis un partenariat avec des rencontres en France et en Belgique.

Le terme Soclecare est un néologisme non utilisé en France dont le choix répond à des éléments de contexte. Son sens est identique en français et en anglais et il permet de répondre aux particularités d'une nation bilingue. Le mot informel n'est pas retenu, il désigne de manière privilégiée en Belgique les aidants naturels et il n'apparaît pas pertinent pour rencontrer les responsables de Santé Publique.

L'idée de socle fait appel aux bases et aux fondamentaux d'une pratique soignante que les résultats de recherche rassemblent. La référence au care s'impose pour nommer l'ensemble des interventions au quotidien qui visent à disposer le patient pour les soins.

Le care est apparue aux états –Unis au début des années 1980, sous la plume de la psychologue Carol Gilligan²². Il fut amendé par la philosophe Joan Tronto²³ et développé pour les soins infirmiers par Jean Watson²⁴ sous le terme de *caring* avec ses dix facteurs caratifs.

L'intérêt renouvelé pour cette thématique, que l'on peut traduire de manière imparfaite par « prendre soin » ou « sollicitude pour autrui », se manifeste par une diversité des approches. Dans le champ médical, le *care* se distingue du soin curatif nommé par le mot *cure*.

L'ambition du projet SocleCare porte sur une visée complémentariste réunissant les différentes dimensions du soin et la promotion, au-delà des groupes professionnels, de la reconnaissance d'un « prendre soin » en psychiatrie. L'appui sur les résultats de recherche permet la caractérisation de registres d'actions et l'explicitation de nombreux savoirs-êtres.

La particularité et la force de l'initiative SocleCare est de s'organiser sous la forme d'un groupe, le GCIS (Groupe pour la Coordination des Initiatives SocleCare). Ce dernier rassemble différents professionnels de la psychiatrie, soignants, médecins, formateurs en Hautes Ecoles, établissements de santé, fédération hospitalière, responsable qualité etc. Le regroupement de ces différents acteurs de la psychiatrie utilise le groupe d'initiatives comme un objet partagé susceptible de réduire le risque disjonctif entre les logiques soignantes au quotidien et les approches médico économiques. Les attentes par rapport aux modes de prises en compte de cette thématique²⁵ sont différentes selon les interlocuteurs, et cela en regard de l'attribution des moyens et de l'évaluation du travail. La perspective d'avoir des arguments tangibles pour qualifier la nature du travail des infirmiers

²¹ Le numéro 284, janvier/février 2013, de la revue Soins Psychiatrie a pour thématique « *Les soins informels en psychiatrie* ».

²² Gilligan, Carol, « *Une voix différente. Pour une éthique du care* », Editions Flammarion, Paris, coll. « Champs essais », (1982), 2008.

²³ Tronto, Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Edition La découverte, Paris, (1992), 2009, 240 pages.

²⁴ Watson, Jean, *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, traduction française sous la direction de Josiane Bonnet, Paris, Edition Seli Arslan, 1998

²⁵ Ainsi, la conférence des médecins chefs des hôpitaux psychiatriques de Bruxelles et de Wallonie a-t-elle apporté son soutien à cette initiative et réaffirmé l'importance de « ces actes non enregistrables et non quantifiables »

en psychiatrie reste centrale. A cet endroit, le terme Soclecare reste en attente de renforcements conceptuels.

Le groupe a créé des outils de réappropriation des résultats destinés aux soignants²⁶ et a tenu sa première journée²⁷ en novembre 2014. Celle-ci intitulée, *La « valeur » du Prendre Soins dans le travail quotidien en psychiatrie* a réuni 220 participants représentant 50 associations et établissements de Wallonie. Les articles de ce dossier reprennent les éclairages et les apports de professionnels belges : soignants, médicaux, formateurs, anthropologue, qualitatifs et d'un représentant de fédération hospitalière.

Conclusion

Hier, tout comme aujourd'hui et encore plus demain, l'invisibilité de ces parties du travail et des soins sera toujours un enjeu aux multiples entrées. Si la psychiatrie a connu une période d'interpellation de la part des autres disciplines dans la décennie des années soixante-dix, force est de reconnaître que depuis deux décennies cette interpellation est essentiellement de nature gestionnaire et économique, quand elle n'est pas sécuritaire. Ces interrogations et ces attentes, qui ont leur légitimité, touchent tous les secteurs de la santé dans nos pays. Elles peuvent se résumer et se formuler ainsi dans un paysage économiquement contraint : l'argent investi dans le domaine de la psychiatrie et de la santé est-il judicieusement utilisé ? Les résultats des soins dispensés peuvent-ils être mesurés en vue d'un financement à l'activité ?

Faute de pouvoir répondre plus précisément à ces questions, la force de ce dossier est de réunir et d'apporter des points de vue et des contributions qu'il nous est parfois plus rare d'entendre et de lire.

En ce sens, par la diversité des acteurs issus notre champ disciplinaire, par l'appropriation, l'appui et la montée en généralités à partir des résultats d'une recherche en soins en psychiatrie française, l'initiative belge « Soclecare » s'affirme comme une dynamique porteuse de questionnements disciplinaires sur le soin partageables et à ce titre, de perspectives herméneutiques en psychiatrie.

Jean-Paul Lanquetin, Infirmier de secteur psychiatrique, praticien chercheur en soins infirmiers, Centre Hospitalier Saint-Cyr au Mont d'or, 69450 Saint-Cyr au Mont d'or, France.

grsi@ch-st-cyr69.fr, tel : 04 72 42 32 87

Eric Pierrard, Psychologue clinicien, initiateur du groupe de coordination des initiatives SocleCare. Hammeville, Belgique.

ericpierrard@hotmail.com

Mots clés : travail invisible, quotidien, recherche en soins infirmiers, informel, soclecare, soin infirmier en psychiatrie.

²⁶ Parmi les outils, un « Carnet du soclecare » a été créé. Ce carnet destiné aux professionnels de terrain a une vocation d'appropriation stylistique des résultats de recherche. Chacun pouvant annoter, pointer ses expériences d'activation de fonctions. Sa finalité est de favoriser un réfléchissement de l'action et d'alimenter les répertoires de ressources des soignants. www.soclecare.eu.

²⁷ Une deuxième journée se tiendra à l'HEPN de Namur le vendredi 4 décembre 2015.