HAL
open science

L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale : enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier

Julien De Miribel

To cite this version:

Julien De Miribel. L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale : enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier. Education. Université Charles de Gaulle - Lille III, 2017. Français. NNT : 2017LIL30030 . tel-01775318v2

HAL Id: tel-01775318

https://theses.hal.science/tel-01775318v2

Submitted on 6 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE LILLE - SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
ECOLE DOCTORALE SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIETE

THESE DE DOCTORAT

Présentée et soutenue le 5 décembre 2017 par

Julien de MIRIBEL

Pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université de Lille
Discipline : Sciences de l'éducation

L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale

Enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier

Sous la direction de
Mme Patricia CHAMPY-REMOUSSENARD

JURY

Mme Patricia CHAMPY-REMOUSSENARD, Professeure des Universités, Université de Lille
Mme Christine MIAS, Professeure des Universités, Université Toulouse - Jean Jaurès
M. Christophe NIEWIADOMSKI, Professeur des Universités, Université de Lille
M. Thierry PIOT, Professeur des Universités, Université Caen-Normandie
M. Joris THIEVENAZ, Maître de Conférences HDR, Université Pierre et Marie Curie, Paris 6

Thèse réalisée au sein de l'équipe d'accueil Centre interuniversitaire de recherche en éducation de Lille (CIREL), équipe Proféor

et menée en

Convention industrielle de formation par la recherche (CIFRE)

avec l'Etablissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole

« Pendant quelques secondes personne ne dit rien, à table. Les malades font un bruit épouvantable en lavant leur vaisselle. Puis Benjamin R. se met à nous parler de l'infirmier d'asile « à travers les âges ». Il en sait long à ce sujet car il est infirmier de souche ; sa famille depuis plusieurs générations travaille dans les asiles. Les R. ont commencé gardiens de fous. Ils se disent aujourd'hui infirmiers psychiatriques… »

André Roumieux (1974)

Remerciements

Avant d'être un travail de recherche, de méthode et de terrain, cette thèse résulte avant tout d'une succession de rencontres. Mes premiers remerciements sont pour tous les patients et professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale rencontrés et ayant accepté de partager une part de leur activité et de leur vécu.

Je remercie Patricia Champy-Remoussenard pour sa guidance attentive, bienveillante et ouverte tout au long de ce parcours de recherche et de formation. Ses conseils et son soutien ont été déterminants dans le développement et l'aboutissement de ce travail. Son accompagnement a largement contribué à me donner le goût pour la recherche.

Je voudrais aussi remercier Christine Mias, Christophe Niewiadomski, Thierry Piot et Joris Thievenaz pour avoir accepté d'être les membres du jury de soutenance.

Ma reconnaissance va à Eliane Bourgeois sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour. Son engagement, son accueil et sa confiance m'ont permis de mener cette recherche. J'espère que ce travail saura lui témoigner de ce que m'a apporté l'exploration du domaine dont elle m'a donné les clefs. Je souhaite par ailleurs témoigner ma gratitude à Joseph Halos qui a permis et soutenu la mise en œuvre de mon projet de recherche.

Ma dette va également à mon collègue et ami Patrice Krzyzaniak qui, bien plus qu'un camarade doctorant, aura été et reste un compagnon de route dont la rencontre fut déterminante dans ma découverte de cet univers inattendu qu'est celui de la psychiatrie et de la santé mentale.

Je souhaite également remercier l'ensemble des personnes rencontrées au sein du CIREL pour leur accueil, leur gentillesse, leurs conseils et leur aide tout au long de ce parcours. Je remercie tout particulièrement Mohamed Ait m'bark, Carole Baeza, Michael Bailleul, Rémi Casanova, Sylvie Condette, Francis Danvers, Muriel Deltand, Claire Desmitt, Julie Deville, Pierre Dugué, Juan Pablo Garrido-Trujillo, Laurence Loeffel, Loredana Hermant, Mokhtar Kaddouri, Valérie Lantoine, Fabienne Maillard, Anne Neuville, Christophe Niewiadomski, Sylvain Obajtek, Denise Orange, Maria Pagoni-Andréani et Sylvain Starck.

Parmi les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale avec lesquels j'ai eu la chance de travailler, je voudrais particulièrement témoigner ma reconnaissance à Sylvie Di Silvestre, Arnaud Descamps, Martine Dupont, Thérèse Dutertre, Maryline Elleboudt, Béatrice Hecquefeuille, Jean-Marc Leture, Bruno Looten, Rachid Mokhtar, Elodie Plamon, Emma Rodrigues, Valérie Vroilant, Stéphanie Weill et son équipe, ainsi qu'à l'ensemble des tutrices, tuteurs, cadres et cadres supérieurs de santé de l'EPSM Lille-Métropole.

D'autres personnes rencontrées sur la route ont contribué, chacune à leur façon, à ce travail. Merci en particulier à Franck Bouilhol et Pierre-Louis Laget.

Merci à ma famille et à mes amis pour leurs encouragements.

Ma reconnaissance va enfin et d'abord à Carla dont le soutien ne peut être rendu visible dans cet écrit. Il n'en a pas moins été déterminant et sans faille tout au long de ce travail.

Table des matières

Introduction générale 19

PREMIERE PARTIE
Regard sur un champ professionnel spécifique à la lumière d'un contexte de recherche et d'un ancrage conceptuel déterminés

Chapitre premier. De la psychiatrie à la santé mentale. Eléments introductifs d'un champ de pratiques professionnelles 27

Introduction : définition et esquisse périmétrique d'un champ de pratiques sociales 27

1. Entre psychiatrie et santé mentale 29
2. La psychiatrie : une réponse sociale au problème de la folie par le traitement psychique et moral 33
3. Le pouvoir : principe organisateur de la vie asilaire ? 36
4. D'une contestation de l'ordre établi à un changement de paradigme 39
    4.1. La psychothérapie institutionnelle : une prise en charge active et subversive 39
    4.2. Une psychiatrie envisagée « hors-les-murs » 43
5. La « sectorisation » : mouvement de désenclavement et d'humanisation 45
6. Les défis persistants de la politique publique de psychiatrie et santé mentale 51
7. Les infirmiers en psychiatrie et santé mentale 54
    7.1. Le mythe fondateur d'un savoir expérientiel 54
    7.2. Une spécificité à définir 57
    7.3. Un groupe social discrédité 62
    7.4. Des pratiques hétérogènes 64
    7.5. La question des « pratiques avancées » 65

Conclusion : une initiative locale de professionnalisation des infirmiers 68

Résumé du chapitre 71

Chapitre 2. Des spécificités d'une recherche commanditée : entre expectative sociale et posture de chercheur 73

Introduction : le cadre de la rencontre 73

1. Une recherche partenariale mise en œuvre dans le cadre des Conventions industrielles de formation par la recherche (CIFRE) 74

1.1. Un laboratoire de recherche, garant de la qualité scientifique du partenariat : le CIREL et l'équipe Proféor 76
1.2. Un commanditaire et co-financeur de la recherche : l'EPSM Lille-Métropole 77
1.3. Un chercheur en herbe en formation *à* et *par* la recherche : le doctorant 80
2. De quelques implications du caractère commandité de la recherche sur la posture du chercheur 81
3. Une expectative sociale à plusieurs niveaux d'interpellation 85
4. La question de l'intervention dans la recherche en sciences humaines et sociales 90
5. L'identification du chercheur et ses effets sur notre posture de recherche 96
5.1. Une identification confuse 98
5.2. Une stratégie de mise en œuvre des entretiens de recherche 100

Conclusion : des traits caractéristiques de notre posture de recherche 102
1. Une posture hybride 103
2. Une identification du chercheur inspirée par la figure de l'« étranger » 104
3. Une intervention par la formation 105

Résumé du chapitre 108

Chapitre 3. Les questions de professionnalisation au prisme du travail éducatif 109

Introduction : une question d'éducation ? 109

1. De quoi « professionnalisation » est-il le nom ? 110
1.1. Une catégorie de pratiques transformatrices des espaces de travail et de formation 101
1.2. Un champ d'analyse aux multiples objets 115
2. L'institutionnalisation d'une relation entre travail et formation 118
2.1. Quelques précisions sur la notion d'institution 118
2.2. Le dispositif comme processus instituant ? 120
3. La portée du travail éducatif dans la construction du rapport au métier 122
3.1. Comprendre le travail pour comprendre le travail éducatif 124
3.1.1. Une activité centrale oscillant entre souffrance et satisfaction 124
3.1.2. Une activité en transformation 125
3.1.3. Un processus de socialisation 126
3.2. Le caractère spécifique des activités adressées à autrui 127
3.3. Des dimensions mal visibles du travail 129
4. L'évaluation : un processus axiologiquement marqué à questionner 133
4.1. Retour sur une pratique à succès 133
4.2. Une recherche de contrôle social du travail 135
4.3. Une conception utilitariste de l'activité humaine 137
4.4. Une irrésistible quantification des données de l'évaluation 140

Conclusion : vers une évaluation « signifiante » du travail éducatif..... 141

Résumé du chapitre..... 143

DEUXIEME PARTIE
Orientations épistémologiques et méthodologiques

Chapitre 4. L'expérience aux fondements de la compréhension des effets de l'activité 147

Introduction : l'expérience comme richesse sémantique et analytique..... 147

1. « Expérience », de quoi parle-t-on ? 149
2. Sujet, activité et sens comme composantes de l'expérience 152
    2.1. L'expérience : entre ressource *pour* et résultante *de* l'activité 152
    2.2. L'expérience : un rapport au sujet 154
    2.3. Du vécu expérientiel à la construction de sens 156
3. Le point de vue pragmatiste : l'expérience comme réalité fonctionnelle 158
    3.1. Expérience et réalité..... 158
    3.2. Les « critères » de l'expérience de Dewey 161
    3.3. L'« enquête » comme mode opératoire des dynamiques expérientielles 165
4. Questionnement de l'expérience comme concept appliqué : critiques et perspectives de l'approche de Dewey..... 169
    4.1. Une critique politique et morale 169
    4.2. Quelques difficultés inhérentes à l'approche de l'enquête 172

Conclusion : quel accès au travail de l'expérience ?..... 173

Résumé du chapitre..... 175

Chapitre 5. Vers une démarche d' « enquête » comme voie d'évaluation signifiante ... 177

Introduction : le choix d'une approche qualitative..... 177

1. L'approche compréhensive comme ancrage méthodologique 178
    1.1. L'expérience comme point de départ des « sciences de l'esprit »..... 178
    1.2. « Comprendre » le sens de l'activité humaine : quelle méthode ? 180
2. Une évaluation signifiante..... 183
3. La démarche d'« enquête » mise en œuvre 187
4. Des référents pour l'« enquête » 190
5. Méthode de collecte, instrumentation du recueil et statut des données 194
    5.1. Les données structurelles..... 196

5.1.1. La consultation d'une littérature grise 196
5.1.2. La consultation d'archives de l'établissement 197
5.2. Les données extraites de l'activité 198
5.2.1. L'observation participante 198
5.2.2. L'entretien compréhensif 199
6. A propos de la population enquêtée 204

Conclusion : Quelle place de la subjectivité dans la recherche qualitative ? 205

Résumé du chapitre 208

TROISIEME PARTIE
Synthèse du matériau recueilli et interprétation des données pour une évaluation signifiante

Chapitre 6. Emergence et expression des préoccupations de professionnalisation des infirmiers en psychiatrie 211

Introduction : la formation comme entrée analytique de l'évolution des infirmiers en psychiatrie 211
1. Contexte des premiers élans de formation 213
2. Un mouvement de professionnalisation marqué par la formation 218
3. Des réformes successives des programmes 221
4. L'affirmation progressive des disciplines somatiques dans les contenus de formation 230
5. Un discrédit reposant sur la déqualification des ISP et sur une déconsidération de leur discipline 234
6. Le DPT : une réponse au mouvement de déprofessionnalisation ? 237

Conclusion : l'investissement de la relation entre formation et travail comme stratégie de (re)professionnalisation 242

Résumé du chapitre 244

Chapitre 7. La construction d'un rapport au métier 245

Introduction : Le discours sur le rapport au métier 245

1. Construction d'une grille interprétative d'entretiens 246
2. Analyse textuelle du discours de néo-infirmiers 246
2.1. Démarche d'analyse par classification selon la méthode Reinert 246

2.2. Caractéristiques du corpus 247
3. Classification des éléments discursifs analysés 249
4. Lecture de quelques relations entre les classes lexicales à travers une analyse factorielle de correspondance 255
4.1. Des relations inapparentes 257
4.2. Le questionnement dans l'activité : entre déséquilibre et recherche d'équilibre 258
4.3. Une séparation entre travail soignant et travail éducatif institué 259
4.4. Le « tuteur » au carrefour de la relation entre action et réflexion sur l'action 259
5. L'« enquête » : une exploration constructive du rapport au métier 260
5.1. La construction du rapport au métier en situation de travail soignant 261
5.1.1. Enquête d'Emeline : « je ne savais pas du tout ce que je devais faire » ... 261
5.1.2. Enquête d'Antoine : « quand on est jeune professionnel, on a quand-même peur de mal faire » 263
5.1.3. Enquête de Chloé : « on n'a pas forcément le temps » 266
5.2. La construction du rapport au métier à travers le DPT 269
5.2.1. Enquête de Camille : « on fait une introspection et on arrive nous-mêmes à trouver les solutions » 269
5.2.2. Enquête de Nathalie : « il faut pas rester sur des acquis » 271
5.2.3. Enquête de Xavier : « je prends ce que vous me proposez et après je ferai le tri » 272

Conclusion : la portée du travail éducatif dans la construction du rapport au métier 275

Résumé du chapitre 280

Chapitre 8. Les tuteurs : garants d'espaces-temps d'apprentissage du métier ? 281

Introduction : les « anciens », un modèle de référence professionnelle ? 281

1. Le tutorat comme modalité d'accompagnement professionnalisant 285
2. Les tuteurs : du sous-groupe intra-professionnel à la revendication identitaire collective 287
3. Un fonctionnement reposant sur l'institutionnalisation d'espaces relationnels variés 291
3.1. Une division du travail à deux niveaux 291
3.2. Espaces de relations interindividuelles tuteur/tutoré 291
3.2.1. L'entretien face-à-face 292
3.2.2. Visite du secteur et « stage croisé » 293
3.2.3. Le « doublage » 294
3.3. Les « journées à thème » 295
3.4. Des espaces consacrés à la formation et à l'échange de pratiques des tuteurs 296
3.4.1. Les journées d'échanges de pratiques 297
3.4.2. La formation des nouveaux tuteurs 297

4. Des difficultés récurrentes de mise en œuvre 298
4.1. Une maigre disponibilité des acteurs 298
4.2. Un rythme aléatoire 299
4.3. Un déploiement inégal d'un secteur à l'autre 300
4.4. Un démarrage tardif du tutorat 301
4.5. L'implication de certains acteurs en question 301
4.5.1. Celle des néo-infirmiers 301
4.5.2. Celle des cadres de proximité 302
5. Le rapport du tutorat à la situation de travail 304
6. Un groupe de travail chercheur et producteur de sens ? 306
7. Une demande d'intervention émanant du terrain 310
7.1. Une observation négociée 311
7.2. Une action de formation à destination des tuteurs 313

Conclusion : quelles perspectives pour le groupe des tuteurs ? 315

Résumé du chapitre 316

Chapitre 9. L'expérience de la violence comme objet d'analyse au prisme des relations entre travail et formation 317

Introduction : la référence à la violence dans le champ investigué 317

1. Violence et psychiatrie, deux notions indissociées ? 320
2. Une question ancrée dans le vécu et l'analyse des rapports sociaux 322
3. Une déclinaison spécifique en milieu psychiatrique 323
3.1. Une manifestation singulière 323
3.2. La « maltraitance » en question 325
3.3. Un élan sécuritaire 325
4. La violence physique au centre des préoccupations des soignants en psychiatrie 327
5. Regard sur un volet spécifique du DPT consacré à la violence 328
6. Description de la formation 329
6.1. Une approche morale 329
6.2. La diffusion d'un modèle procédural pour l'action 330
6.3. Des exercices « pratiques » 330
6.4. Remarques sur l'approche pédagogique repérable 331
7. Une « gestion » de la violence 332
8. Regard sur la violence vécue dans les pratiques professionnelles 334
8.1. Le GIU : un collectif de travail ? 334
8.2. Vécu d'une dénaturation du dispositif d'intervention 336
8.3. La signification du geste 339
8.4. La honte comme moteur de la violence 343

Conclusion : des perspectives pour traiter la violence mises en lumières par les relations entre travail et formation 345

Résumé du chapitre 348

Conclusion et perspectives 349

Références bibliographiques 358

Liste des acronymes utilisés 387

ANNEXES

Annexe I : Synthèse de l'entretien du 23 mars 2013 et proposition du doctorant pour une démarche de recherche 393

Annexe II : Texte de la lettre d'engagement du commanditaire dans le dispositif CIFRE 405

Annexe III : Document contractuel du cadre déontologique de l'entretien 407

Annexe IV : Guide d'entretien 409

Table des illustrations

1. Diagrammes

Diagramme 1 : Classification hiérarchique descendante (CHD) du discours..... 250

Diagramme 2 : Classification hiérarchique descendante (CHD)
associée aux formes les plus fréquentes du discours..... 251

Diagramme 3 : Analyse factorielle de correspondance (AFC)..... 256

Diagramme 4 : Nuage de mots de la classe thématique associée à l'expression
de la violence en psychiatrie 318

2. Schémas

Schéma 1 : L'enquête au cœur du métier 194

Schéma 2 : Processus de construction de sens par les tuteurs..... 309

3. Tableaux

Tableau 1 : Principales recommandations de rapports publiés relatifs
à la psychiatrie, 2000-2013 56

Tableau 2 : Les « actions infirmières en psychiatrie »..... 61

Tableau 3 : Dispositif de « professionnalisation et tutorat » (DPT) 70

Tableau 4 : Identification des besoins et ressources caractérisant le dispositif des CIFRE.... 81

Tableau 5 : Structure de l'enquête scientifique..... 190

Tableau 6 : Récapitulatif des méthodes de constitution du matériau empirique..... 202

Tableau 7 : Programme des études d'infirmier de secteur psychiatrique (1973)..... 224

Tableau 8 : Programme des études d'infirmier de secteur psychiatrique (1979)..... 225

Tableau 9 : Programme des études d'infirmier de secteur psychiatrique (1979)
Répartition des contenus 226

Tableau 10 : Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (1992)
Les enseignements théoriques des modules obligatoires 227

Tableau 11 : Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (1992)
Les enseignement théoriques des modules optionnels..... 228

Tableau 12 : Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (1992) Répartition des stages cliniques 228

Tableau 13 : Programme de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (2009) ... 229

Tableau 14 : Synthèse comparative des enseignements consacrés spécifiquement à la psychiatrie et/ou à la santé mentale 230

Tableau 15 : Synthèse comparative de la part consacrée aux stages effectuées en psychiatrie et/ou santé mentale 232

Tableau 16 : Contenus abordés dans le cadre du « socle de savoirs » du DPT 238

Tableau 17 : Caractéristiques du corpus choisi 248

Tableau 18 : Enquête d'Emeline 263

Tableau 19 : Enquête d'Antoine 265

Tableau 20 : Enquête de Chloé 268

Tableau 21 : Enquête de Camille 270

Tableau 22 : Enquête de Nathalie 272

Tableau 23 : Enquête de Xavier 275

Tableau 24 : Synthèse des formes de travail éducatif observables à partir des enquêtes étudiées au prisme des quatre registres du métier de Clot 279

Tableau 25 : Guide d'entretien avec les néo-professionnels 409

Tableau 26 : Guide d'entretien avec les tuteurs 411

Tableau 27 : Guide d'entretien avec d'autres acteurs issus de la profession infirmière en psychiatrie 413

Introduction générale

La formation spécifique aux infirmiers des établissements psychiatriques s'est caractérisée tout au long du XXe siècle comme un objet de débats et d'initiatives dont les résonnances sont aujourd'hui très vives. Elle s'est montrée déterminante dans la constitution de ce groupe professionnel de sorte que la formation, telle qu'elle a été instituée à partir de 1955 et jusqu'en 1992, s'est affirmée comme une véritable composante de l'identité collective de ces infirmiers (Gérard, 1993). En France pourtant, en dehors de cette période, les pouvoirs publics n'ont jamais institué de formation spécifique destinée à ces infirmiers et pouvant être reconnue à l'échelle nationale. La réforme du 23 mars 1992 qui supprime le diplôme d'« infirmier de secteur psychiatrique » entérina le positionnement selon lequel une formation générale aux soins infirmiers suffirait à préparer à l'exercice soignant en psychiatrie et santé mentale. Ce faisant, elle apparut comme une remise en cause des savoirs professionnels spécifiques à ce métier.

Constatant depuis une difficulté pour les nouveaux diplômés de s'adapter au travail en contexte psychiatrique (rapport Milon, 2009 ; rapport Robiliard, 2013), plusieurs établissements de santé ont pris l'initiative d'organiser localement un dispositif associant formation et tutorat[1]. Ce type d'initiative a alors visé à préparer et acculturer les nouveaux soignants à la spécificité du travail infirmier en psychiatrie, à l'hétérogénéité des pratiques qui s'y associent, à son ancrage historico-culturel, à ses référents théoriques mais aussi et surtout, à la connaissance des patients à qui s'adressent les soins. Si de telles initiatives se sont attachées à favoriser l'apprentissage du métier et la transmission du travail infirmier en psychiatrie et santé mentale, il n'en reste pas moins que leurs effets demeurent incertains. L'Etablissement public de santé mentale Lille-Métropole (EPSM-LM) a mis en place un tel dispositif dit de « consolidation des savoirs » à partir de 2006 composé d'un volet « professionnalisation », désignant une session de formations, et d'un volet « tutorat ». Les acteurs à l'origine de sa mise en œuvre ont manifesté le souhait de connaître les effets produits par ce dispositif. Ce souhait se convertira par la suite en commande de recherche formalisée dans le cadre de notre travail.

[1] Parmi ces initiatives locales, certaines ont fait l'objet d'essais de formalisation et d'évaluation des pratiques auxquelles elles ont donné lieu (Forne et Niederlender, 2007 ; Nicolas, 2016). De tels écrits témoignent d'une volonté des acteurs de mettre en avant un besoin de formation spécifique au travail soignant en psychiatrie et santé mentale, mais aussi de l'associer à des enjeux identitaires animant ce groupe professionnel.

Mise en œuvre dans le cadre d'une Convention industrielle de formation par la recherche (CIFRE), cette thèse a été réalisée dans une double perspective. D'une part, celle d'une investigation dont les repères, la méthode et les analyses s'attachent à répondre à des critères scientifiques en Sciences de l'éducation. D'autre part, celle d'un apport de connaissances pour l'action s'efforçant de présenter une utilité sociale du point de vue des acteurs œuvrant en psychiatrie et santé mentale. Autrement dit, la recherche ici menée s'intéresse et se réfère à deux communautés. L'une relève d'un champ de pratiques scientifiques en sciences humaines et sociales et l'autre, d'un champ de pratiques soignantes au sein duquel sont mises en œuvre des initiatives de formation professionnelle et de tutorat. L'objectif du travail est alors ici de produire et communiquer un discours à caractère scientifique concernant les discours, les représentations et les pratiques associées aux dynamiques de professionnalisation en question.

Les questions de professionnalisation se posent dans les rapports sociaux de manière tout à fait vive et témoignent d'une recherche toujours plus poussée de rapprocher les dispositifs de formation des situations de travail (Wittorski, 2007 ; Sorel, 2008). A ce titre, nombre de travaux (sur lesquels nous reviendrons) ont traité, à l'aune de la professionnalisation comme objet de recherche, des transformations sociales et psychosociales à l'œuvre dans les relations entre éducation, travail et formation. Le travail de recherche doctorale exposé ici s'est employé à contribuer à l'éclairage de ces dimensions en les examinant au prisme des pratiques associées au dispositif évoqué et, parallèlement, à le situer diachroniquement dans l'évolution du groupe professionnel composé par les infirmiers exerçant en psychiatrie.

Il existe, dans les représentations collectives, un rapport hiérarchique entre « savoir scientifique » d'un côté et « savoir empirique » de l'autre (Mialaret, 2011). Le premier est élaboré par le chercheur selon des critères spécifiques à sa discipline. Le second concerne le quotidien des acteurs sociaux et soutient leur manière de penser le monde (notamment leur monde professionnel), d'y agir, de s'y orienter, de décider, etc. La portée générale du premier le fait « traditionnellement » prévaloir sur le caractère local et peu formalisé du second. Vis-à-vis de cette asymétrie, nous ferons nôtre le positionnement de Gaston Mialaret concernant le rapport entre ces deux types de savoirs : « ils ont chacun leur raison d'être, leur utilité, leur nécessité. Aucun d'eux ne doit éliminer l'autre » (2011, p. 175). Il importe que les « savoirs scientifiques » ne soient ni établis, ni perçus comme des énoncés validant ou invalidant l'exactitude, le bien-fondé ou la pertinence de pratiques relevant pour leur part d'un « savoir empirique ». Ce travail doctoral est bâti sur l'idée que « savoir scientifique » et « savoir

empirique » ne doivent pas entretenir un rapport de verticalité ou d'opposition, mais de complémentarité : « Les deux formes de Savoir ne doivent donc pas, selon nous, s'enfermer dans des citadelles pour préserver leur pureté et leur valeur ; c'est en se confrontant qu'elles vont s'enrichir » (Mialaret, 2011, p. 176).

Cette position fait reposer notre démarche sur l'idée que « les sciences sociales et humaines contribuent à donner un sens à l'activité de travail et à chacune de ses actions », ceci considérant que « si les connaissances en question ne servent pas à dicter des conduites, elles servent à les interroger » (Beillerot, 1998, p. 132). Ce faisant, une telle démarche n'en repose pas moins sur une « ambivalence » qui parait « incontournable » et caractérise la relation entre la recherche scientifique et les terrains d'investigation. Si, en effet, le travail du chercheur entend apporter des éclairages sur l'activité des praticiens, il peut tout aussi bien être amené à « inquiéter en introduisant du doute, de la complexité, et en rendant possibles des bouleversements pas toujours faciles à assumer pour les acteurs » (Champy-Remoussenard, 2010b, p. 31).

Nous traduirons l'intention exprimée de connaître les effets du dispositif de « professionnalisation et tutorat » (DPT)[2] par une question assez large dont nous allons préciser juste après les orientations qui lui seront données. Quelle est la portée de ce dispositif ? Cette interrogation sera examinée à l'aune d'un questionnement décliné selon trois échelles d'analyse. (1) Une étude au niveau *macro* cherchera à situer le DPT dans son contexte historico-culturel : comment un tel dispositif prend-il place dans l'évolution de la profession infirmière en psychiatrie et santé mentale ? (2) Un regard au niveau *méso* sera porté sur la manière dont certains acteurs s'emploient à faire exister ce dispositif : dans quelles conditions est-il déployé au sein de l'EPSM-LM ? (3) Enfin, l'intérêt sera porté sur la manière dont le dispositif agit sur l'appropriation du métier par les néo-infirmiers[3] : le dispositif présente-t-il des effets sur le développement professionnel de ces nouveaux professionnels et, plus largement, sur la construction de leur rapport au métier ? Ces questions se caractérisent par leur actualité et leur inscription dans les orientations de recherche de plusieurs acteurs des Sciences de l'éducation. C'est le cas en particulier du Centre interuniversitaire de recherche en éducation de Lille

[2] C'est ainsi que nous désignerons ce dispositif tout au long de notre travail, ceci en référence à l'appellation que lui donnent couramment les acteurs de notre terrain d'investigation. A partir de maintenant, nous le désignerons sous le sigle DPT.

[3] « Néo-infirmiers » ou « néo-professionnels infirmiers ». Nous empruntons cette expression à Thierry Piot (2015) pour désigner les infirmiers en début de carrière. Dans notre contexte, ce qualificatif s'étend plus précisément aux soignants intégrant nouvellement le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, même si ces derniers peuvent témoigner d'une expérience antérieure dans d'autres spécialités des soins infirmiers.

(CIREL) qui fait de la professionnalisation un axe de réflexion transversal des différents travaux menés en son sein.

Ces questionnements sont traversés par des enjeux sociaux, théoriques et épistémologiques. Sociaux d'abord, parce qu'ils s'inscrivent dans un ensemble de préoccupations par lesquelles les acteurs du champ de la psychiatrie sont concernés. Traiter en effet de la formation des infirmiers en psychiatrie interroge en substance les savoirs spécifiques à ce groupe professionnel, leurs voies de circulation internes au métier et leurs modalités de reconnaissance. Questionner cette formation interpelle également la place sociale des professionnels soignants en psychiatrie, celle de la division de leur travail, que celle-ci leur soit imposée ou qu'elle soit négociée au fil des situations. Théoriques également, parce que la compréhension et l'interprétation des dynamiques d'appropriation du métier des néo-infirmiers implique, sur le plan des idées, d'examiner des concepts utiles à l'analyse de ces dimensions et, ce faisant, préciser leur portée et leurs contours. Epistémologiques enfin, car l'entreprise de recherche scientifique en sciences humaines et sociales s'inscrit dans un vaste champ culturel de production, de communication et de mise en discussion des connaissances sur l'être humain. L'ancrage du chercheur dans ce système de questionnement des idées lui apporte des repères pour caractériser son objet de recherche (humain/non-humain/hybride[4], visible/mal visible/non visible, établi/émergeant, dominant/subversif, etc.) et déterminer son rapport à cet objet (entre distance et proximité, entre contemplation et implication, entre familiarité et étrangeté, etc.).

Dans ce sens, le recours à la notion d'« expérience » dans le titre de ce travail est tout à fait significatif des orientations épistémologiques données à notre recherche. Nous justifierons ce choix par la suite. Précisons simplement une première portée donnée au concept d'expérience dans la perspective qui est la nôtre. Il s'agit de l'entrée analytique choisie pour traiter de la question des dynamiques de professionnalisation infirmière en psychiatrie et santé mentale. Sa mobilisation s'appuie sur trois postulats. (1) D'abord, l'approche par l'expérience considère que les dynamiques de professionnalisation s'inscrivent dans un vécu et font potentiellement l'objet d'une construction de sens. (2) Ensuite, l'expérience n'est pas un objet « tangible » en soi. Mais le discours sur celle-ci constitue une voie d'accès à la compréhension des dynamiques sociales et psychosociales que l'on cherche à connaître. (3) Enfin, l'expérience relève indissociablement d'une dimension à la fois individuelle et collective. Si elle constitue, nous le

[4] Nous nous référons ici aux « hybrides » définis par Bruno Latour (1997), « actants » sociaux résultant d'un croisement entre des phénomènes naturels et culturels.

verrons, une ressource pour le professionnel en développement, elle revêt aussi un sens partagé dans le sens où l'expérience se construit en grande partie *via* l'interprétation du vécu selon des référents « déjà-là » et relevant des systèmes culturels dans lesquels évolue le sujet.

Pour répondre aux questions de départ exposées précédemment, notre propos se déclinera en trois parties qui structureront l'ensemble de ce travail. Une **première partie** s'attachera à définir les contours et les questions posées par notre recherche. Le **premier chapitre** établit un périmètre pour l'investigation en situant la recherche dans un champ d'application spécifique, celui de la psychiatrie et de la santé mentale. Cette délimitation favorise l'identification de certains repères nécessaires pour comprendre le domaine dont il sera question tout au long de ce travail. Elle permet en outre de situer l'émergence de notre question de recherche. Après avoir défini les contours et contextualisé notre investigation, il convient de préciser le cadre de son déroulement et les conditions de production des données présentées. C'est ce à quoi nous nous employons dans le **chapitre 2.** Notre thèse présente la particularité de s'inscrire dans un contexte commandité à travers son inscription dans le cadre des CIFRE, dispositif ayant servi de substrat dans la construction de notre rapport au terrain. Dans cette optique, notre recherche est associée à un système d'attentes à plusieurs niveaux présentant un effet sur notre relation au terrain d'investigation et sur notre posture de chercheur. Ces éléments exposés, nous préciserons au **chapitre 3** l'entrée conceptuelle choisie pour examiner les questions soulevées. Nous mettrons en avant dans ce sens la notion de travail éducatif comme concept analyseur[5] des dynamiques à l'œuvre dans la relation entre travail et formation étudiée, mais aussi dans la construction du rapport au métier par les néo-infirmiers.

A partir de ces éléments préliminaires, la **deuxième partie** de ce travail vise à exposer le positionnement épistémologique et les choix méthodologiques adoptés pour traiter de la question de recherche, ainsi que la méthode d'analyse à laquelle ces orientations donneront lieu. Dans ce sens, le **chapitre 4** mettra en avant la notion d'expérience comme entrée analytique du vécu de l'activité et du sens qui en résulte. Cet ancrage nous conduira à présenter et nous approprier la démarche d'« enquête », au sens défini par John Dewey (1993), pour introduire le procédé par lequel nous traiterons la commande institutionnelle et la question de recherche qui en résulte : nous le qualifions d'*évaluation signifiante*. Cette dernière sera précisée dans un **chapitre 5** qui visera à préciser son ancrage comme relevant d'une approche compréhensive.

[5] Nous emploierons à plusieurs reprises l'expression « concept analyseur » pour désigner tout concept dont la mobilisation contribue à structurer l'analyse et apporter un éclairage singulier contribuant à la compréhension d'un monde et/ou d'un phénomène (psycho)social.

Il s'agira alors ici d'expliciter les choix méthodologiques privilégiés. Notre posture méthodologique relevant d'une approche compréhensive, sa démarche et mise en œuvre y seront spécifiées. Cette explicitation permettra ainsi de préciser notre appropriation de l'« enquête » et, ce faisant, notre méthodologie d'investigation.

Enfin, dans la **troisième partie** de ce travail, nous exposons les résultats d'analyse obtenus en examinant quatre dimensions associées aux intentions de professionnalisation des infirmiers, aux relations entre travail et formation qui animent ce contexte, au travail éducatif en lien avec ces relations et, *in fine*, au rapport au métier construit par les néo-infirmiers. D'abord, le **chapitre 6** revient sur le contexte historico-culturel qui a vu émerger les préoccupations de professionnalisation des infirmiers en psychiatrie, ceci sous l'effet notamment de l'évolution de la formation instituée à destination de ce groupe professionnel. Le **chapitre 7** examine à partir du discours de néo-infirmiers en psychiatrie, les mondes lexicaux, mais aussi l'« enquête » telle que celle-ci est menée par ces professionnels. Par la suite, le **chapitre 8** se concentre sur le tutorat, l'une des modalités centrales de ce dispositif. Ici, l'analyse repose sur l'hypothèse que le travail des tuteurs est une entrée significative pour comprendre la manière dont fonctionne le DPT. Enfin, nous avons choisi de terminer ce travail par une exploration thématique en traitant, dans le **chapitre 9**, de la question de la violence telle qu'elle s'exprime en contexte psychiatrique. Ce dernier volet de notre travail propose une lecture singulière de ce phénomène en l'examinant à l'aune de la relation entre formation et travail.

PREMIERE PARTIE

Regard sur un champ professionnel spécifique à la lumière d'un contexte de recherche et d'un ancrage conceptuel déterminés

Chapitre premier
De la psychiatrie à la santé mentale. Eléments introductifs d'un champ de pratiques professionnelles

Chapitre 2
Des spécificités d'une recherche commanditée : entre expectative sociale et posture de chercheur

Chapitre 3
Les questions de professionnalisation au prisme du travail éducatif

Chapitre Premier

De la psychiatrie à la santé mentale
Eléments introductifs d'un champ de pratiques professionnelles

Introduction : définition et esquisse périmétrique d'un champ de pratiques sociales

Entreprendre une analyse des relations entre travail et formation des infirmiers[6] exerçant spécifiquement en psychiatrie et santé mentale implique avant tout de délimiter ce champ de pratiques. Préciser les termes clés de notre propos est incontournable, ceci pour des raisons à la fois sémantiques et conceptuelles. Sémantiques, car toute contribution à la recherche demande une explicitation des termes mobilisés, ceci pour faciliter tant la compréhension du discours scientifique que l'intercompréhension dans l'échange des idées. Conceptuelles également, car pour spécifique que soit le champ lexical du domaine étudié, l'usage d'un vocable ou d'une expression revêt parfois des significations multiples, ce qui complexifie la désignation des phénomènes observés et donc leur analyse.

L'expression même de « santé mentale » véhicule une ambiguïté notable, celle-ci pouvant désigner à la fois l'état psychique d'une personne ou un champ de pratiques sociales et professionnelles dont la psychiatrie serait une sous-catégorie, une discipline spécifique. Le rapport Milon (2009, p. 7) s'est par exemple appuyé sur une enquête états-unienne[7] pour opérer la distinction entre « santé mentale » (comme le bon fonctionnement des capacités mentales humaines), les « troubles mentaux » (concernant des dérangements de ce fonctionnement associés au comportement, à l'humeur ou à la pensée), et la « maladie mentale » (relevant de ce qui relève du diagnostic médical). D'emblée, on perçoit différentes nuances contenues dans ce syntagme que nous allons nous efforcer de délimiter dans un premier temps.

Cette entrée en matière cherchera donc à dégager des éléments de compréhension de l'évolution ayant caractérisé la psychiatrie et la santé mentale en tant que domaine de pratiques. Il s'agit d'une entreprise modeste si on la replace dans l'immensité que constitue l'histoire du trouble mental, de la folie même, des représentations qu'elle a suscitées et du traitement social dont elle a fait l'objet à travers les âges jusqu'à nos jours. Notre intention n'est pas tant ici de

[6] L'usage du terme « infirmier » n'exclut pas le genre féminin, majoritairement représenté dans la profession. Le choix de ce terme englobant vise cependant à alléger la lecture de notre propos.
[7] Healthy People. (2010). Rapport du US Department of Health and Human Services (HHS).

substituer notre travail à celui de l'historien que de restituer les grandes lignes historico-culturelles permettant d'éclairer utilement l'émergence des préoccupations de formation - puis de professionnalisation - des infirmiers amenés à travailler en psychiatrie et santé mentale.

Pour ce faire, nous entamerons ce propos par une délimitation du champ de pratiques exploré. A quoi renvoie la psychiatrie ? La santé mentale ? Quelle distinction peut-on faire entre ces deux expressions ? Nous amorcerons ce chapitre en répondant à ces trois questions, ce qui permettra de circonscrire notre champ d'investigation. Nous reviendrons pour cela sur des éléments majeurs ayant marqué l'histoire de la psychiatrie en France aux XIXe et XXe siècles, à commencer par l'institutionnalisation de l'asile comme lieu de traitement de la maladie mentale. Nous verrons comment celui-ci est devenu un lieu de domination ségrégative, contesté en son sein-même par une partie de ses acteurs. Nous reviendrons par la suite sur la manière dont ce lieu, initialement conçu pour la vie autarcique, évolua dans la seconde moitié du XXe siècle pour constituer un champ de pratiques professionnelles associé *avec*, voire inséré *dans* la cité. Ce paysage dessiné, il nous sera enfin possible d'apporter des éclairages sur la spécificité du travail infirmier en psychiatrie et santé mentale.

Avant toute chose, commençons par caractériser la psychiatrie comme une branche de la médecine diagnostiquant, traitant et prenant comme objet de recherche les pathologies affectant le psychisme (troubles psychotiques, schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles bipolaires ou anxieux, dépressions, conduites suicidaires, etc.) ainsi que leur étiologie. Les pratiques en psychiatrie sont variables selon l'âge de la vie du patient. On distingue par exemple la psychopathologie de l'adolescent et celle du sujet âgé, chacune relevant de connaissances et d'approches spécifiques (Guelfi et Rouillon, 2007).

Le diagnostic en psychiatrie est alors élaboré à partir de symptômes cliniques manifestés par le psychisme. Celui-ci donne lieu à un traitement (une thérapeutique) pouvant associer ou privilégier des approches biologiques, psychologiques et sociales[8] (Grunberg, Massé, Lalonde

[8] Le *modèle biologique* se décline selon une approche organiciste et se rapporte à une démarche rigoureusement médicalisée de la psychiatrie considérant que le trouble provient d'un désordre neurobiologique. Le *modèle psychologique*, principalement dominé par les théories et pratiques psychanalytiques, se concentre sur les conflits intrasubjectifs dont souffre le sujet. Enfin, le *modèle sociologique* est souvent associé au courant de l'antipsychiatrie dont les promoteurs contestent le principe même de maladie mentale et affirment que le trouble provient de facteurs sociaux, éventuellement familiaux. A ces trois modèles, nous pouvons ajouter par ailleurs la démarche phénoménologique dont le principe consiste à prendre en considération le vécu expérientiel du patient, ainsi que le sens que ce dernier lui attribue (Botbol, 2006). Ces références ont produit des thérapeutiques de plusieurs sortes. On distingue par exemple les pratiques privilégiant une approche biomédicale (comme les thérapeutiques médicamenteuses) de celles insistant sur l'activité du patient intégrée dans un espace socialisé (comme les soins dits à médiation thérapeutique).

et Aubut, 1999 ; Bernard, 2002). Le diagnostic établi donne notamment lieu à la mise en œuvre d'une psychothérapie, pratique scientifique dont la psychiatrie n'a toutefois pas le monopole. Celle-ci ne relève donc pas nécessairement d'une approche médicale. Ancrée dans la démarche psychologique et fortement influencée par les théories psychanalytiques, la psychothérapie porte sur la méthode et les techniques de traitement que le psychothérapeute (psychiatre, psychologue ou infirmier) met en œuvre selon des objectifs déterminés (Sahli, Le Goff-Cubilier, Weyeneth et Bryois, 2006). Dans ce sens, si chaque traitement est orienté selon une nosographie psychiatrique (un classement des pathologies selon des signes cliniques distinctifs), certaines approches - à l'instar de celle dite de la psychothérapie institutionnelle - inscrivent au cœur de leurs pratiques la réflexion sur l'organisation des institutions de prise en charge des cas psychopathologiques. De ce fait, les pratiques de soins en psychiatrie ne relèvent pas du seul savoir médical, mais aussi de la manière d'agencer « un système de médiations permettant l'échange inter-humain à plusieurs niveaux » (Michaud, 1977 citée par Delion, 2011b, p. 160).

1. Entre psychiatrie et santé mentale

La psychiatrie se caractérise ainsi par un ensemble riche et hétérogène de connaissances, de techniques, d'usages, mais aussi par une pluralité de modèles pour orienter tant la pratique soignante que la recherche (Botbtol, 2006). Elle constitue la branche scientifique spécialisée dans les psychopathologies mais relève de démarches ne se cantonnant pas pour autant à la seule sphère médicale. Certes, la psychiatrie renvoie à toute une classification diagnostique donnant à ses professionnels médicaux et paramédicaux une grille de lecture d'interprétation nosologique des différentes manifestations des troubles psychiques. Mais à la différence d'un diagnostic propre aux disciplines somatiques (prenant pour objet de travail le corps humain dans sa dimension physique), celui se prononçant sur les pathologies mentales implique systématiquement un jugement de l'observateur à l'égard de celui qu'il identifie comme malade (Zarifian, 1990). Le jugement d'autrui est alors incontournable, ceci malgré son caractère objectivé par l'existence d'une classification des pathologies mentales[9] élaborée et révisée à

[9] On désigne spécifiquement ici des classifications élaborées telles qu'on les trouve dans le Manuel Diagnostic des Troubles Mentaux (DSM) édité par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) ou la partie V de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10)
En ligne : http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/V, consulté le 26 août 2014.

plusieurs reprises au fil des propositions et débats animant la communauté internationale des psychiatres depuis le début du XXe siècle (Garrabé, 2013).

Or, si l'on considère que la classification nosologique rationalise, et donc normalise en quelque sorte, les manifestations de troubles psychiques, on peut conjointement voir la question de la santé mentale s'étendre au domaine du « normal » (Vaillant, 2003) en particulier avec l'évolution du DSM. Le journaliste Patrick Coupechoux (2014) voit dans cette évolution diagnostique une médicalisation de la société, une étendue de la prise en charge à la population générale. Ce regard sur la santé mentale ouvre une perspective distinguant l'approche psychologique du regard anthropologique. La santé mentale « jette [alors] un pont entre la psychiatrie (fondée sur la relation patient-soignant) et la santé publique (élaborée au niveau d'une population, dans une optique politique) » (Lovell, 2004, p. 6). Elle peut alors être analysée à partir de la perspective durkheimienne comme un phénomène social.

Comme le souligne en effet Anne M. Lovell (2007), Durkheim définit la maladie mentale comme un fait social anormal, ce qui implique trois postulats. (1) D'abord, si la maladie renvoie effectivement à une déviance, à une « transgression de normes », la Sociologie s'attèle à comprendre comment son traitement implique un enjeu de « contrôle social ». (2) Ensuite, le traitement d'une maladie est spécifique du groupe et de la culture dans laquelle elle s'inscrit. Le sujet affecté par la pathologie est ainsi inséré dans ce tissu collectif. (3) En définissant enfin ce qui relève ou non du pathologique, la société définit « les contours de la normalité » (Lovell, 2007, p. 65). Sur ce dernier point, la maladie mentale constitue pour Claude Lévi-Strauss une notion contradictoire. En effet, si sa désignation met en question la participation sociale du malade, le trouble mental n'en est pas moins identifié en référence à des normes sociales qui le définissent comme telle :

> C'est la notion même de maladie mentale qui est en cause. Car si, comme l'affirme Mauss, le mental et le social se confondent, il y aurait absurdité, dans le cas où social et physiologique sont directement en contact, à appliquer à l'un des deux ordres une notion (comme celle de maladie) qui n'a de sens que dans l'autre (Lévi-Strauss, 2010, p. XXII).

Dès lors, les approches sociologiques et anthropologiques sont amenées à interroger les modalités d'inclusion, d'écartement et de contrôle social des malades mentaux, bref, des interactions et dynamiques institutionnelles à l'œuvre dans leur traitement social[10].

[10] Notons à ce titre la réflexion de Coupechoux qui voit avant tout dans la folie une expression de l'humanité. Cependant, le traitement social lui étant réservé a pour effet de l'aliéner, de faire du fou – ou du moins du

Par ailleurs, on remarque aujourd'hui la montée d'une préoccupation pour les questions portant sur le psychisme au sein de la population française (Rapport DREES, 2011 ; Rapport Robiliard, 2013). Néanmoins cette évolution du rapport au psychisme se démarque d'un intérêt pour la psychiatrie qui demeure un champ de pratiques principalement investi par ses professionnels et peu saisi par l'opinion. On n'en observe pas moins un élargissement de la culture « psy » ramenant le concept de santé mentale au plan des préoccupations d'une population générale au sein de laquelle chacun est potentiellement concerné (Padis, 2015). Les pathologies relevant de la psychiatrie sont ainsi jugées particulièrement préoccupantes par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en raison de leurs conséquences délétères (suicides, handicaps, précarisation des conditions de vie, etc.). S'il est admis qu'une prise en charge précoce permet d'atténuer les effets des troubles psychiques, ceux-ci se caractérisent cependant par une symptomatologie (autrement dit l'ensemble des symptômes caractérisant l'affection mentale) particulièrement complexe rendant leur diagnostic difficile et souvent tardif (Rapport DREES, 2015).

On voit que la notion de santé mentale se répand au-delà de la frontière entre le normal et le pathologique, ce qui questionne l'étendue de notre domaine d'investigation. Nous l'avons dit précédemment, l'expression « santé mentale » introduit une ambiguïté sur laquelle, pour délimiter clairement notre périmètre de recherche, il est primordial de nous arrêter. La difficulté provient de la pluralité des significations auxquelles celle-ci peut renvoyer (état d'une personne, politique de santé publique, objet d'étude de la psychiatrie, etc.), si bien qu'une précision s'avère nécessaire.

Sur le plan politique, la définition de la « psychiatrie » par le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, texte pluriannuel définissant les orientations politiques associées à ce champ, précise :

> [La psychiatrie] s'inscrit dans une dimension globale du soin, incluant la prévention, le repérage des troubles et l'insertion, en partenariat étroit de l'ensemble des personnels intervenant dans le soin (personnels soignants, socio-éducatifs, psychologues…) avec les professionnels intervenant dans le champ social, éducatif, judiciaire, médico-social et des collectivités locales (Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, p. 8).

On le voit *via* cette acception, la psychiatrie concerne une dimension large regroupant un ensemble de champs associés pour une prise en charge sociale des troubles mentaux. Les professionnels soignants se coordonnent ainsi avec des intervenants issus de domaines de

---

psychotique - un étranger. Ce positionnement collectif devant la folie, catégorisée alors comme maladie mentale, « s'abstient de toute réflexion sur notre propre comportement vis-à-vis d'elle, sur notre propre regard sur elle, sur notre monde » (Coupechoux, 2014, p. 64).

pratiques multiples (éducatif, travail social, juridique, politique, etc.) pour constituer un ensemble organisé d'acteurs impliqués notamment dans l'anticipation des troubles mentaux (prévention) et dans des actions parallèles au suivi psychiatrique (réhabilitation sociale du sujet). Nous approchons là de ce qui relève plus largement du champ dit de la « santé mentale ». L'OMS définit cette expression comme :

> Un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.[11]

Cette définition ne se cantonne pas à l'absence de maladie mais concerne plus généralement l'équilibre vital de la personne au sein de la cité. Cette perception se distingue alors d'une approche exclusivement biomédicale et insiste sur le développement du bien-être et du potentiel humain dans un cadre socialisé[12]. Dès lors, la question de la santé mentale ne se bornerait pas au fonctionnement ou au trouble du psychisme, mais s'inscrirait également dans une perspective sociale.

Nous avons entrevu que les notions de psychiatrie et santé mentale sont rattachées à des définitions conceptuelles du trouble psychique, de son approche médicalisée, mais renvoient aussi à des orientations politiques et institutionnelles. Pour le psychiatre Christophe Dejours il s'agit d'un objet d'étude pluridisciplinaire pouvant être considéré comme un système de :

> Régulations très sophistiquées mobilisant des dynamiques intersubjectives non seulement dans le champ affectif (que la psychanalyse connaît) mais aussi dans le champ des rapports sociaux et des liens civils que la psychanalyse ignore et qu'étudient surtout la sociologie et l'anthropologie de la santé, mais aussi la psychodynamique du travail (Dejours, 1996, p. 128).

Dans ce sens, le champ de la santé mentale est associé à l'ensemble des domaines d'activités intervenant à des fins d'empêcher que la souffrance, générée aussi bien par des troubles du psychisme (psychopathologies, mal-être, dépression, etc.) que par des facteurs socioculturels (pauvreté, discrimination, grande précarité, désaffiliation[13], etc.), ne conduise à la caractérisation de troubles mentaux (Lovell, 2000, 2007). Cette idée se détache ainsi de celle de « réparation » de l'esprit qui caractérise la psychiatrie classique et se rapproche davantage d'une « constellation » de pratiques sociales s'efforçant d'apporter une réponse globale (une approche pluridisciplinaire tenant compte du milieu d'existence du sujet) à la question du

[11] Site de l'OMS. En ligne : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/, consulté le 24 octobre 2014.
[12] On peut notamment associer cette évolution à la tendance vers une culture du « mieux-être » mise en lumière par Georges Vigarello (1993).
[13] Au sens défini par Robert Castel (1995).

trouble psychique. Nous envisagerons alors le champ de la santé mentale avec Lise Demailly (2014, p. X) comme « l'ensemble des acteurs qui interviennent, par leurs pratiques, leurs discours, leurs outils, leurs institutions, sur la définition et le traitement social du trouble psychique ». Cette définition retenue, insistons toutefois sur le fait qu'elle est le fruit de construits sociaux élaborés au fil du temps. C'est sur cette évolution progressive que nous allons à présent revenir.

2. La psychiatrie : une réponse sociale au problème de la folie par le traitement psychique et moral

On doit au médecin allemand Johann Christian Reil (1759-1813) la proposition en 1802 du vocable *psychiaterie* comme terminologie médicale. A cette expression fut d'abord préférée celle de « médecine aliéniste » introduite par Philippe Pinel (1745-1826) et désignant la discipline qui se consacrerait au traitement de la « folie » (Postel, 2007). A partir de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1801), Pinel élabora une nosographie fondée sur la considération que les altérations de l'esprit sont dues à des causes physiques, héréditaires ou morales[14]. Ce dernier cas de figure concernait, selon Pinel, plus de la moitié des malades mentaux (Bercherie, 1991). Bien que l'émergence de la psychiatrie en Europe fût initiée par différents médecins comme l'italien Vincenzo Chiaruggi (1759-1820), le savoyard Joseph Daquin (1732-1815), ou encore l'allemand Reil, évoqué précédemment, c'est surtout à Pinel que l'on attribue la fondation institutionnelle de la psychiatrie comme spécialité médicale. En 1816, dans son *Précis de l'encyclopédie des sciences philosophiques*, Hegel reconnaît en effet à Pinel le fait d'avoir décelé une part de raison chez l'« insensé », lui permettant ainsi de dépasser la représentation et la désignation de « fou » (au moins sur le plan de la connaissance médicale), créature incapable de toute relation intersubjective, et d'accéder en tant que sujet à un traitement psychique et moral (Postel, 2007). Cette attribution du statut de sujet au malade souffrant d'aliénation mentale entérina le bien-fondé du paradigme aliéniste, celui-ci reposant notamment sur le recours à l'asile comme un dispositif approprié en vue d'un « traitement moral » destiné à des sujets souffrant d'aliénation mentale. L'« asile » renvoie ici à son sens premier, celui d'un refuge destiné aux populations nécessitant assistance et protection. C'est un

[14] C'est en observant les concierges des établissements destinés à l'internement des malades mentaux que Pinel développa ses travaux. Il remarqua dans les pratiques de prise en charge de ces « charlatans », population illégitime et sans autorisation d'exercice, une efficacité supérieure à celle de la corporation médicale (Goldstein, 1997 ; Charbit, 2006).

« lieu où l'on se met ou se sent à l'abri d'un danger, d'un milieu extérieur hostile, pour se soustraire à la fatigue, à la misère, etc. »[15].

Mais l'institution altruiste et charitable que constituèrent les asiles d'aliénés à leurs origines donna lieu par la suite à des traitements souvent nuisibles, voire déshumanisant. Déjà en 1818, Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), élève de Pinel, publia un rapport[16] dénonçant les conditions insalubres dans lesquelles étaient hébergés les fous. Dans la continuité de Pinel, il affirma la nécessité de les isoler pour au moins deux raisons. En premier lieu, il considérait l'isolement inévitable au regard des rapports que les malades entretenaient avec les différentes sphères de la société, qu'il s'agisse de la plus proche (comme la famille) ou des relations sociales plus larges. En second lieu, Esquirol voyait dans les agencements architecturaux des lieux d'enfermement un traitement efficace de ceux qui allaient devenir des « aliénés » (Laget, 2006). Cette soustraction au monde extérieur constituera, dans la perspective aliéniste, l'un des fondements du traitement. Celui-ci reposera en particulier sur le principe d'internement, autrement dit sur la vocation de l'asile à garantir une protection des populations vulnérables, ici les malades mentaux, tout en exerçant sur eux une restriction de liberté (Henckes, 2009). Pour l'historien Jacques Postel, Pinel :

> Est […] celui qui a joué le premier rôle dans l'histoire de la création théorique et institutionnelle de la psychiatrie, rôle qu'il doit à la fois aux circonstances et au fait qu'il a introduit et préconisé une attitude médicale radicalement nouvelle vis-à-vis des insensés (Postel, 2007, p. 3).

Pinel chercha ainsi à mettre en œuvre ce qui donnerait lieu à une véritable révolution paradigmatique[17]. Le principe de son « traitement moral » consista alors à agir principalement sur les passions, les excès ou encore les mœurs liées au mode de vie. L'idée était alors de traiter les malades par la sujétion mentale et non principalement par la contrainte physique. L'approche de Pinel préconisait par ailleurs d'agir sur l'environnement du malade souffrant de

---

[15] CNRTL, récupéré le 24 juin 2014 de http://www.cnrtl.fr/lexicographie/asile.

[16] Esquirol, E. Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés. Mémoire présenté à S. E. le ministre de l'Intérieur en septembre 1818, Paris, Imprimerie de Mme Huzard, 1819.

[17] Cette perspective historiciste de la psychiatrie nous amènera à recourir au concept de paradigme à plusieurs reprises. Nous mobiliserons ce dernier en considération des travaux de Thomas S. Kuhn qui le définit comme un modèle normatif prenant pour référence « une découverte scientifique universellement reconnue qui, pour un temps, fournit à la communauté de chercheurs des problèmes types et des solutions » (Kuhn, 2008, p. 11). Cette définition du paradigme s'applique ici aux modèles ayant orienté les évolutions des pratiques en psychiatrie. En parlant de « révolution paradigmatique », expression employée par différents acteurs et observateurs de l'évolution de la psychiatrie, nous qualifierons le processus par lequel un paradigme établi se voit contredit, puis remplacé, par un paradigme émergent. L'« incommensurabilité » entre les deux génère en effet des ruptures dans la manière de percevoir le monde. C'est alors par la manière dont s'organisent des réseaux d'acteurs pour promouvoir et diffuser le nouveau modèle que celui-ci s'impose peu à peu (Kuhn, 2008 ; Latour, 1997, 2006), ceci jusqu'à qu'il soit remplacé par un autre.

dérangement mental en s'appuyant sur une institution soignante. Cette dernière devait alors organiser une prise en charge des aliénés pensée sur la base de leur isolement social et de leur assujettissement à une discipline médicale stricte et paternaliste (Foucault, 1972, 1975 ; Bercherie, 1991). Si cette voie vers la médicalisation de la folie donna lieu, on le sait aujourd'hui, à des pratiques de réclusion et de dépersonnalisation des aliénés (Goffman, 1968), elle était parallèlement soutenue par un élan idéologique humaniste et rationnel de ses promoteurs, associée à une volonté de préserver l'ordre social. C'est dans cette optique que l'institutionnalisation de la psychiatrie se développa sous le patronage de l'Etat (Charbit, 2006).

Ce « traitement social » entra alors dans la sphère du droit par l'institutionnalisation de la prise en charge des « aliénés » avec la loi du 30 juin 1838[18], texte attribuant au représentant de l'Etat - le préfet - le pouvoir d'interner les personnes troublant l'Ordre Public et dont les causes ne relevaient pas de la compétence de la maréchaussée. Ce texte est fondamental dans l'histoire de la psychiatrie pour au moins deux raisons. D'abord, car il institua la reconnaissance étatique du mouvement aliéniste. Ensuite, parce qu'il fut la référence majeure des modalités d'hospitalisation en psychiatrie jusqu'en 1990, soit pendant près de 150 ans. La loi de 1838 conféra ainsi aux psychiatres un territoire national d'activité ainsi que des conditions d'exercice[19] et de transmission des savoirs (Goldstein, 1997). Leur influence s'en vit alors renforcée, ceci au détriment de l'Eglise avec laquelle ils partageaient le traitement moral des insensés.

A cette époque en effet, l'heure n'était plus au primat du magico-religieux, pour paraphraser les historiens Jacques Postel et Claude Quétel (2002), approche largement supplantée par l'influence du positivisme. Si en effet la folie, dans ses représentations les plus anciennes, put être associée à un certain mysticisme, la pensée rationaliste dominant le XIXe siècle donna lieu à sa désacralisation pour en faire un objet de la science, nouvelle garantie spirituelle, ainsi qu'une question d'organisation sociale. La folie serait désormais traitée à la fois sur le plan médical et administratif. Médical, au travers de l'émergence de la psychiatrie devenue la discipline curative du sujet moral. Administratif aussi, avec l'institutionnalisation de l'asile comme dispositif d'Etat organisant l'enfermement des « aliénés » et favorisant une séparation

[18] La loi n°7443 du 30 juin 1838 dite « Loi sur les aliénés » institue un fonctionnement territorial de la psychiatrie en obligeant chaque département à se doter d'un asile. Elle fonde par ailleurs une reconnaissance statutaire des « aliénés » à travers un dispositif de prise en charge leur conférant un régime de protection tant de leur personne que de leurs biens.

[19] Ces conditions sont précisées par l'ordonnance du 18 décembre 1839 relative aux établissements publics et privés consacrés aux aliénés.

de la cité avec l'anormal et l'irrationnel. Ces deux élans s'articulent pour structurer un contrôle social mis en lumière par les analyses de Michel Foucault (1972). Ainsi, légitimée par les voies scientifique et juridique, la psychiatrie affirma sa fonction sociale en combinant internement et traitement moral de ceux dont l'altération mentale transgressait les normes définies socialement.

3. Le pouvoir : principe organisateur de la vie asilaire ?

Les lignes qui suivent n'ont pas pour projet de jeter le discrédit sur un groupe professionnel ou un autre, mais d'expliciter l'organisation des interactions internes à l'asile, puis à l'hôpital psychiatrique[20], ceci à l'aune de la notion de pouvoir. On entendra ici le « pouvoir » dans un sens wébérien comme la manière de qualifier les rapports sociaux par lesquels un groupe de personnes impose sa volonté à un autre groupe de personnes, ceci à des fins d'organisation sociale et quels que soient les moyens utilisés. Le pouvoir est défini par Max Weber (1995, p. 95) comme « toute chance de faire triompher au sein d'une relation sociale, sa propre volonté, même contre des résistances ; peu importe sur quoi repose cette chance ». Cette notion de pouvoir est majeure pour comprendre la constitution et l'évolution de la psychiatrie (Foucault, 1972 ; Castel, 1976 ; Gérard, 1993). Bien qu'elle ne puisse être abordée ici de manière approfondie, il importe cependant de rappeler en quoi elle est constitutive de l'identité infirmière propre à ce champ.

Les pratiques en hygiène mentale, qui suivirent l'institutionnalisation de l'asile, furent dominées par la prédominance du savoir des psychiatres comme référence incontournable du fonctionnement institutionnel et organisationnel de prise en charge des malades. Le traitement moral imaginé par Pinel fut appliqué à la lettre par son disciple Esquirol et servit de modèle à l'instauration du fonctionnement asilaire. Paul Bercherie résume ainsi son principe de fonctionnement :

> L'environnement de l'aliéné va […] jouer un rôle capital dans la cure. Il faut l'isoler dans une institution spéciale, d'abord pour le retirer à ses perceptions habituelles, à celles qui ont engendré la maladie ou accompagné tout au moins son début – ensuite pour pouvoir contrôler entièrement ses conditions de vie. Là, il sera soumis à une discipline sévère et paternelle, dans un monde réglé entièrement par la loi médicale. Par le jeu dosé des menaces, des récompenses et des réconforts, par la démonstration à la fois d'une grande sollicitude et d'une grande fermeté, il s'assujettira

[20] Le décret du 5 avril 1937 fixant le recrutement et le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine marque la disparition des asiles d'aliénés et institue la dénomination de l'« hôpital psychiatrique ». Le psychiatre Paul Risser (2014) souligne toutefois que si la désignation de ces hôpitaux évolue, leur statut juridique et leur organisation administrative demeurent inchangés.

> progressivement à la tutelle médicale et à la loi collective de l'institution, au « travail mécanique » et à la « police intérieure » qui la règlent (Bercherie, 1991, p. 29).

On entrevoit ici les principes de contrôle, d'autorité et de paternalisme sur la base desquels a été élaboré le fonctionnement de l'asile. Les règles organisationnelles, les statuts et rôles des personnes ainsi que le fonctionnement ordinaire de la vie quotidienne ont ainsi été définis sur la base d'une rhétorique exclusivement médicale. Cette articulation a constitué le socle d'une véritable morale professionnelle irrigant les pratiques au sein de l'asile (Becker, 1985) et formant le substrat de l'institution, notion renvoyant pour Jacky Beillerot (2000, p. 19) à « la mise en scène et en œuvre des liens si puissants du pouvoir et du savoir ».

La prédominance du pouvoir médical se justifia comme utile aux soins ainsi qu'aux traitements administrés aux malades mentaux (Castel, 1976). Elle se déclina par la suite au sein des asiles, puis des hôpitaux psychiatriques, comme le fondement de l'établissement d'un ordre social. Ce dernier fut ainsi entériné et préservé par les règles de fonctionnement institutionnel, ainsi que par un système de relations marqué d'une déférence vis-à-vis des psychiatres. La vie collective s'est alors adossée à des rapports sociaux caractérisés par leur verticalité et reposant sur un système pyramidal dont les psychiatres occupaient le sommet. Cet ordre s'est alors maintenu au moyen d'une discipline, tant des patients que du corps infirmier. C'est du moins ce que rapportent différents auteurs et témoins ayant vécu cette organisation. Jean-Louis Gérard (1993) en décrit remarquablement le fonctionnement en illustrant comment cet ordre établi s'est traduit dans la vie quotidienne hospitalière. L'auteur s'appuie pour cela sur les propos du psychiatre Paul Bernard qui, en 1947, publia un ouvrage s'attachant à formaliser ce que devait être le travail infirmier :

> L'organisation technique d'un service de psychiatrie commence par la préparation de la visite médicale […] les malades eux-mêmes doivent être préparés. Un infirmier consciencieux visite ses malades avant le médecin et vérifie leur tenue, leur habillement, leur propreté. L'infirmier doit avoir à cœur de bien présenter les malades. […] L'infirmier doit être très attentif pendant toute la durée de la visite. Il devra se tenir à côté du médecin, prêt à noter les prescriptions thérapeutiques ou à fournir les explications qui lui sont demandées. Il doit donc toujours être muni d'un cahier et d'un crayon… l'infirmier ne doit jamais poser de questions aux malades au cours de la visite… Dans le même sens, l'infirmier doit apporter une attention toute particulière dans ses réponses aux questions du médecin… Il ne doit pas déambuler plusieurs pas derrière le médecin… il se place du côté opposé à celui où se trouve le médecin... Pour l'auscultation thoracique il roule la chemise en la remontant du côté de la peau pour éviter qu'elle retombe sans cesse et il dispose la serviette… répétons qu'en psychiatrie, l'infirmier qui ne peut arriver à discipliner totalement ses gestes (ainsi que le ton de sa voix et ses mouvements d'humeur) n'est pas un infirmier désirable… Dans une salle où les malades ne sont pas alités, l'infirmier doit exercer pendant la visite une surveillance discrète mais attentive sur la sécurité du médecin. L'infirmier surveillera surtout les malades qui se trouvent derrière le médecin, ceux qu'il ne peut pas voir… (Bernard, cité par Gérard, 1993, p. 23).

Ce passage fait ressortir un pan de la vie quotidienne à l'hôpital psychiatrique paraissant organisé *par* et *pour* le corps médical. Cette configuration des rapports sociaux relève ainsi d'un mode de fonctionnement pérenne que nombre de professionnels de la psychiatrie ont pu connaître comme en a témoigné André Roumieux, infirmier en psychiatrie autobiographe, revenant sur ses débuts dans le métier au début des années 1950 :

> Nous les infirmiers nous étions huit heures par jour au milieu des malades. Lui [le psychiatre] venait au quartier une heure tout au plus et restait au bureau. Il ne vivait pas à l'intérieur du quartier. Les draps sales, la surveillance, les bagarres, c'était notre affaire. Lui parlait et prescrivait. Par une sorte de vassalité établie en fonction de son savoir et de son pouvoir, nous lui devions obéissance et… respect, je n'y pouvais rien s'il était médecin et moi infirmier (Roumieux, 1974, p. 72).

Le tournant des années 1960-1990 marqué par la « sectorisation » - évolution majeure visant l'humanisation et le désenclavement de l'hôpital psychiatrique sur laquelle nous allons revenir - ne mit pas fin à ce fonctionnement pyramidal. C'est du moins ce que nous ont révélé des échanges avec certains acteurs de notre terrain d'investigation. Plusieurs d'entre eux nous ont relaté une part de leur vécu portant sur des situations au cours desquelles patients et infirmiers se mettaient « au garde-à-vous » devant le médecin. C'est le cas notamment d'Eric[21], cadre supérieur de santé depuis 1992 (on parlait alors de « surveillant-chef »), racontant avoir refusé de s'associer à ce « système » :

> - **Eric** : C'était la technique de l'époque [1992]. Tous les jours à 10 heures, il [le médecin-chef] quittait son bureau avec un… normalement avec le surveillant-chef [Éric était alors le surveillant-chef] ou avec un des surveillants présents. Il allait faire le tour des unités. Le surveillant, il prenait sa mallette, il lui portait sa mallette, quoi. Moi j'ai refusé de rentrer dans ce système-là. Je les ai laissé faire. J'ai refusé. Je voulais pas porter la mallette du médecin-chef. C'était emblématique à l'époque cette mallette.
>
> - **J. de Miribel :** Comment ça « c'était emblématique » ?
>
> - **E** : C'était emblématique…
>
> - **JM :** Symbole de pouvoir ? Symbole de…
>
> - **E** : Les surveillants-chefs qui portent la mallette du médecin-chef. Ça veut dire le serviteur qui suit… puis voilà. C'était le rôle qu'ils remplissaient d'ailleurs, pas d'autre.
>
> (Entretien avec Eric, 59 ans, Cadre supérieur de santé, 16 avril 2015)

L'acte du surveillant portant la mallette du médecin est chargé de significations comportant une double logique. La première renvoie à la domination maintenue par le psychiatre et entérinée par le caractère démonstratif de la relation entre ce dernier et le surveillant. La seconde porte sur une intention du surveillant de maintenir ce rapport de verticalité vécu comme satisfaisant.

[21] Le véritable nom des personnes interviewées au cours de notre recherche et auxquelles nous nous référons a été placé sous anonymat.

D'abord parce que cela semble constituer pour lui un ordre relationnel normal dans le cadre de l'interaction. Sa remise en question ne semble alors pas envisageable car elle sortirait de son « système de pertinences »[22], c'est-à-dire de la manière dont il se représente la vie dans l'institution psychiatrique telle qu'elle est supposée se dérouler. Ensuite, parce qu'indirectement, en portant la mallette du psychiatre le surveillant reconnaît publiquement le pouvoir du psychiatre, garant d'une organisation délégant une part de ce pouvoir au surveillant. Ainsi, cette déférence vis-à-vis du psychiatre semble constitutive d'une stratégie de préservation du pouvoir détenu par ce surveillant au sein de l'institution psychiatrique. On notera dans ce sens le positionnement singulier d'Eric. Car venant tout juste d'accéder au poste de surveillant-chef, cela est précisé dans son récit, il aurait pu asseoir son autorité dans les services de soins en suivant et donc en entérinant l'ordre établi. Mais son témoignage suit un autre raisonnement, celui d'une génération inspirée par de récentes théories en sciences humaines et sociales (Goffman, 1968 ; Foucault, 1972 ; Castel, 1976) et souhaitant envisager l'institution psychiatrique selon des références se démarquant de l'ordre psychiatrique.

4. D'une contestation de l'ordre établi à un changement de paradigme

Le changement fondamental ayant caractérisé le champ de la psychiatrie fut impulsé par deux mouvements : celui dit de la psychothérapie institutionnelle, d'une part, et celui dit de sectorisation. Ces deux mouvements majeurs de l'évolution de la psychiatrie en France ont été qualifiés par le psychiatre Guy Baillon (2009) de véritables « sauts quantiques » dans l'histoire de la psychiatrie.

4.1. La psychothérapie institutionnelle : une prise en charge active et subversive

La psychothérapie institutionnelle constitue un mouvement de transformation théorico-pratique du travail soignant en psychiatrie porté par une poignée de psychiatres parmi lesquels Jean Ayme (1924-2011), Paul Balvet (1907-2001), Georges Daumézon (1912-1979), Roger Gentis (né en 1928), Jean Oury (1924-2014), Paul Sivadon (1907-1992), Horace Torrubia (1917-1999), ou encore François Tosquelles (1912-1994).

[22] Expression que nous empruntons à Alfred Schütz (2008).

La psychothérapie institutionnelle fut particulièrement influencée par ce dernier. Psychiatre catalan, condamné à mort par Franco lors de la Guerre Civile espagnole (1936-1939), F. Tosquelles s'exila en France où, après s'être abrité dans un camp de réfugiés, il fut invité à rejoindre l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, en Lozère, l'un des lieux emblématiques associés à ce courant. C'est là qu'influencé par le mouvement marxiste et par la psychanalyse[23], il entreprit de transformer les pratiques soignantes en psychiatrie (Delion, 2001). Il fut inspiré pour cela de ses lectures du médecin allemand Hermann Simon dont le leitmotiv consistait d'une part à utiliser le travail des malades traités en institution psychiatrique à des fins thérapeutiques (on parle d'ergothérapie) et d'autre part, à chercher des éléments d'explication des comportements des malades dans les dynamiques collectives (Daumézon et Koechlin, 1952). Cette double-perspective amena Simon à affirmer la nécessité de « commencer par soigner l'hôpital avant de prétendre soigner les malades, et ne pas laisser sombrer les malades dans leur inactivité morbide » (Delion, 2013, p. 31).

Dans ce sens, l'expression « psychothérapie institutionnelle », introduite en France sous la plume de G. Daumézon et P. Koechlin (1952), désigne l'idée selon laquelle la structure hospitalière dans son ensemble constitue un moyen de traitement. Elle s'appuie notamment sur une conception de l'« institution »[24] comme organe médiateur de la relation thérapeutique. Ses promoteurs cherchent alors à renverser la logique dominante d'une psychiatrie fondée sur une prise en charge collective uniforme, ségrégative et déshumanisante. Ils considérèrent au contraire que l'organisation de la clinique devait permettre « de rendre initiative et responsabilité, en multipliant les occasions de travail et de créativité » (Ayme, 2009, p. 114). Simon considérait dans ce sens l'activité du patient comme essentielle et devant être portée par une organisation de vie collective luttant contre trois problèmes affectant les patients : « l'inaction », « l'ambiance défavorable de l'hôpital » et « le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même » (Simon, cité par Tosquelles, 2009, pp. 77-78). Dans cette optique furent

[23] Pour Tosquelles, le discours du psychotique est signifiant et intelligible à partir du moment où celui-ci bénéficie d'espaces d'expression et d'échanges (Delion, 2001 ; Ayme, 2009). Cette volonté de compréhension prend appui sur le concept de transfert sous différentes déclinaisons. Développé par Freud, on peut le caractériser comme « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 492). Des notions telles que le *transfert dissocié* et le *transfert multiréférentiel* ont été développées par Oury pour théoriser des processus transférentiels à l'œuvre dans la relation soignant-soigné spécifiques à la personne psychotique. Leurs manifestations, contrairement à une cure analytique-type, passent alors par une multiplicité hétérogène d'objets du transfert (des choses, des personnes, des espaces de vie, etc.). Tosquelles parle dans ce sens de *constellation transférentielle* pour décrire l'articulation de ces éléments au gré du parcours de vie du patient (Delion, 2001).

[24] Les implications ici de la notion d'institution seront précisées dans le chapitre 3 portant sur les relations entre travail et institutions comme substrat du travail éducatif.

mis en place des « clubs thérapeutiques » avec pour objectif de développer et renforcer la participation du patient au fonctionnement collectif de l'hôpital. Le projet de F. Tosquelles insistait alors sur « la nécessaire articulation corporopsychique pour reprendre pied dans la vie quotidienne, mais aussi la nécessaire reprise en compte concrète du roman de la vie quotidienne pour reprendre corps dans la vie psychique » (Delion, 2009, p. 15).

Penser l'activité du patient dans un système d'interactions constituait ainsi l'angle d'approche privilégié par les tenants de la psychothérapie institutionnelle. Celui-ci se traduisit par le recours à des réunions d'organisation du fonctionnement de la vie quotidienne au sein de l'établissement associant aussi bien patients, psychiatres, infirmiers que personnels administratifs. Ces réunions se substituaient à la logique pyramidale de l'hôpital en établissant un système de décision horizontal répondant à la double préoccupation de libérer la parole et favoriser l'initiative. Félix Guattari a parlé de *transversalité* pour désigner ce mode de fonctionnement (Ayme, 2009). Le malade est alors investi d'une capacité d'initiative au sein des institutions organisant et régulant le fonctionnement de la clinique. Ayme apporte à ce titre un témoignage des effets produits par ce type de dispositif à Saint-Alban :

> Un matin, en passant dans un pavillon, un malade me demande s'il peut créer une activité dont l'idée vient de lui venir. Habitué à me comporter comme un commandant de navire « seul maître après Dieu », je lui réponds positivement. Le Surveillant-chef qui se trouvait à mes côtés me fait alors observer que je ne respecte pas les institutions dont vient de se doter le service car ce projet relève de la « Commission de travail ». Je fis amende honorable et ne renouvelais plus jamais la même erreur. Je découvrais que je venais de créer une machine à traiter la demande et que le paysage sociologique du service avait totalement changé avec une redistribution des rôles, des statuts et des fonctions (Ayme, 2009, p. 113-114).

On le voit, la finalité poursuivie récuse toute intention d'assujettissement du malade. Bien au contraire, « c'est sur un fond de liberté structurée que le travail psychiatrique proprement dit peut s'édifier » (Oury, 1977, p. 27). Dans sa description du fonctionnement de la clinique de Cour-Cheverny, Oury insiste ainsi sur ce primat de la liberté, tout en l'inscrivant dans un fonctionnement organisé et régulé :

> Le malade est libre. Liberté de circulation, il peut aller partout : dehors, dans les chambres, dans tous les services. Il n'y a pas d'abus […]. Les malades ont le droit d'utiliser presque tous les instruments qui se trouvent dans la maison : cuisinière, aspirateur, machine à coudre, machine à écrire, téléphone, ateliers, etc. […] Ce qui n'empêche pas, au contraire, de faire des institutions pour l'usage de certains de ces objets. Par exemple, ce sera les gens de la commission de l'Entretien qui utiliseront l'aspirateur, il faudra se plier aux horaires, du chef cuisinier pour aller à la cuisine, ou aux horaires de la lingerie pour aller piquer à la machine à coudre ou repasser (Oury, 1977, pp. 28-29).

Dans ces deux exemples, les « institutions » constituent des organes ayant pour fonction de structurer l'action thérapeutique au travers de la constitution de groupes destinés à organiser et

réguler le fonctionnement de la vie quotidienne au sein de la clinique. Ces collectifs visent ainsi à organiser une médiation entre l'individu et le groupe dans un souci de démystifier les relations interindividuelles entre soignants et soignés. Ces orientations sont alors radicalement opposées aux pratiques asilaires associées à l'idée d'enfermement et d'assujettissement des malades. En d'autres termes, il ne peut exister de psychothérapie institutionnelle sans intention de subvertir les pratiques asilaires. C'est bien ainsi qu'Ayme a caractérisé ceux qui se réunirent lors des rencontres de Sèvres[25] :

> Le groupe réunit soit ceux qui veulent subvertir l'institution asilaire pour en faire un véritable instrument de soins, désireux de guérir dans la même démarche les institutions et les malades qu'elles accueillent, soit ceux qui veulent créer un ailleurs dégagé des facteurs d'aliénation de structures hérités du passé (Ayme, cité par Delion, 2011a, p. 63).

La psychothérapie institutionnelle a constitué un mouvement déterminant dans les évolutions théorico-pratiques ayant caractérisé la psychiatrie depuis l'après Seconde Guerre mondiale jusqu'à nos jours. Est-ce à dire qu'il obtint l'adhésion unanime du corps des psychiatres ? L'envisager ainsi serait une lourde erreur. Son influence dans les services de soins fut au contraire discrète, souvent marginale ou davantage mobilisée comme un « gadget ou un effet de mode qu'un véritable travail pratique et théorique sur ce tissage du sociologique et du psychanalytique. » (Ayme, 2009, p. 111). Le bien-fondé de ce mouvement fut par ailleurs contesté par nombre de psychiatres le considérant surtout comme un cadre de la relation thérapeutique artificiel et inopérant. A l'occasion de l'ouverture d'un débat sur l'antipsychiatrie, le psychiatre Cyrille Koupernik a ainsi argumenté dans ce sens :

> A mon avis, l'institution est, par la force des choses, un groupe artificiel, ne serait-ce que dans la mesure où le médecin est libre, alors que le malade ne l'est pas. Je ne pense pas que cette transformation d'un lieu de traitement en psychodrame permanent soit bénéfique pour les malades. S'il fallait supposer que ce qu'on appelle leur maladie n'est que le fruit de la coercition sociale, je ne crois pas que les attitudes de démission de ceux qui possèdent le savoir puissent guérir les plaies d'une oppression sociale qui aurait commencé dès l'enfance (Koupernik, 1974, p. 19).

Il n'en reste pas moins que le mouvement de la psychothérapie institutionnelle sera déterminant, notamment dans la reconsidération du rôle de l'infirmier. Nous avons vu précédemment en quoi le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique est caractérisé par un système de relations pyramidales au sommet duquel se situe le corps médical. Pour les tenants de la psychothérapie institutionnelle, cette hiérarchie verticale constitue un frein tant à la liberté de circulation du patient qu'à l'initiative des soignants. Ces deux ingrédients sont ici jugés nécessaires à la

[25] Groupe de travail réuni à six reprises à l'initiative de G. Daumézon entre 1957 et 1959 avec pour préoccupation d'ouvrir une discussion de fond sur l'évolution des pratiques en psychiatrie. La portée de ce regroupement est en particulier examinée dans la thèse de Patrice Krzyzaniak (2017).

psychothérapie pour au moins deux raisons. D'une part en effet, le modèle hospitalier dominant tend à étouffer l'exercice de sa liberté par le patient, car elle le catégorise au rang de sujet rebelle et perturbateur. D'autre part, la psychothérapie institutionnelle repose sur une certaine considération de l'infirmier. Pour que celui-ci soit reconnu comme tel par le patient, il est primordial qu'il soit respecté par sa hiérarchie et se voit en capacité de mettre en œuvre des initiatives à destination des patients, initiatives sans lesquelles il ne peut y avoir de responsabilisation du soignant (Delion, 2001). Ajoutons enfin que les expériences réalisées par J. Oury, F. Tosquelles et leurs continuateurs constituèrent les origines d'une psychiatrie affirmant le bien-fondé et la nécessité d'une psychothérapie socialisée (on peut parler de sociothérapie), idée qui viendrait par la suite influencer[26] l'expérimentation d'une prise en charge au-delà des murs de l'hôpital psychiatrique.

4.2. Une psychiatrie envisagée « hors-les-murs »

Des analyses menées sur la vie des hôpitaux psychiatriques à partir des années 1950 ont montré que ces dispositifs (leur culture et leur organisation), combinant les fonctions de soins et de contrôle social, présentaient des effets délétères sur les malades placés sous leur emprise. Les écrits dénonçant ces conditions (Goffman, 1968 ; Gentis, 1977), vont impulser à partir des années 1960 le mouvement d'humanisation et de désenclavement de la psychiatrie. Ce fut le cas en particulier aux Etats-Unis, en Italie et en France (Lovell, 2007). Les réflexions d'une poignée de psychiatres[27] menèrent peu à peu à l'idée que la prise en charge devait évoluer, notamment en ne se cantonnant pas à l'intérieur des murs de l'hôpital psychiatrique (Ayme, 1980).

Le psychiatre Louis Le Guillant (1984) a relaté une expérience vécue au cours de la Seconde Guerre mondiale. En juin 1940, l'heure était à l'évacuation des lieux de vie et en particulier des établissements de soins en raison de l'avancée de l'armée allemande dans le territoire français.

[26] Outre ses influences dans le champ des soins en psychiatrie, on peut noter une influence réciproque entre le courant de la psychothérapie institutionnelle et certains élans théorico-pratiques ayant marqué le champ éducatif. En effet, Ayme (2009) souligne que F. Tosquelles s'inspira en partie de la classe coopérative initiée par Freinet (1973). La psychothérapie institutionnelle trouvera par ailleurs des déclinaisons dans le champ de la pédagogie à travers les théories et pratiques en pédagogie institutionnelle (Oury et Vasquez, 1974).

[27] Les psychiatres sont ici mis en avant car ces acteurs ont restitué par des écrits leurs réflexions ainsi qu'une part de leur expérience. Il est certain que d'autres groupes professionnels tels que les infirmiers furent également animés d'un esprit militant et promoteurs d'idées visant à faire évoluer les pratiques de prise en charge. Il reste que la littérature de cette époque portant sur les pratiques en psychiatrie fut essentiellement rédigée par des psychiatres.

Au sein de l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire, établissement dont Le Guillant était le médecin-directeur, les médecins et surveillants prirent la décision de libérer certains malades présentant selon eux une capacité de réhabilitation sociale. Mais un certain nombre de patients non-choisis profitèrent de l'affolement ambiant pour s'enfuir de l'établissement. Plus tard, en cherchant à savoir ce qu'il était advenu de ses patients, Le Guillant constata que près d'un tiers des « évadés », soit les patients « libérés sous la pression de circonstances accidentelles » (Le Guillant, 1984, p. 22), avaient démontré leur capacité à vivre à l'extérieur de l'hôpital en s'insérant dans la vie sociale. Le psychiatre s'est alors interrogé sur les raisons du maintien de ces patients à l'hôpital, ainsi que sur les « mécanismes » de réadaptation sociale : pouvait-on considérer que cette réadaptation fut le résultat d'une évolution de l'état psychique des malades ou bien d'un changement d'environnement favorable à leur condition ? N'ayant pu suivre les malades en question, Le Guillant ne put apporter de réponse. Il considéra néanmoins que les facteurs de rétablissement d'un comportement normal semblaient venir essentiellement de l'« extérieur » des murs de l'asile et que le dispositif d'accompagnement des malades devrait être envisagé dans ce sens. Il questionne par ailleurs les facteurs intervenant dans le « maintien abusif » des malades mentaux.

> Nous avons mieux réalisé que l'internement demeure, dans l'organisation actuelle des hôpitaux psychiatriques en France, une condition rigoureuse et pénible et nullement un compromis à peu près acceptable entre la légitime exigence de la société vis-à-vis d'un malade et celle de sa vie individuelle (Le Guillant, 1984, p. 33).

L'idée d'associer la psychothérapie au tissu social environnant l'hôpital psychiatrique avait déjà fait l'objet d'un certain nombre d'initiatives plus anciennes. Notamment aux Etats-Unis dans les années 1880, elles furent menées par des psychiatres et consistèrent à développer dans la ville des actions de prévention des troubles psychiques auprès des enfants. En France également, en 1922, le psychiatre Edouard Toulouse (1865-1947) inaugura une clinique de prophylaxie mentale (centre visant à prévenir l'apparition, le développement et la propagation des maladies mentales) s'efforçant d'orienter son activité à l'extérieur de la structure, ceci en collaboration avec des services sociaux (Lovell, 2004).

Les promoteurs d'une prise en charge associant le milieu de vie du patient s'opposèrent radicalement aux pratiques asilaires et à tout ce qui s'apparentait à l'enfermement ou l'assujettissement des patients. Le psychiatre Lucien Bonnafé, figure emblématique de ce mouvement qu'il a qualifié lui-même de « désaliénisme », a résumé ainsi cette prise de position : « Au lieu de se casser la tête pour un internement moins humain, il faut penser sûr : c'est

l'internement qui est arbitraire, pour tous » (Bonnafé, 1989, p. 37). Faisant peu à peu son chemin dans les débats et les idées sur la psychiatrie, ce mouvement trouva un élan considérable au sortir du second conflit mondial, épisode constituant une tragédie, en particulier pour le monde de la psychiatrie et ses patients, renforçant l'idée qu'une réforme en profondeur de ses institutions et de ses modalités de fonctionnement était nécessaire.

Le paroxysme des conditions délétères dans lesquelles étaient pris en charge les malades mentaux émergea en effet à l'issue de la Seconde Guerre mondiale. Au cours du conflit, entre 40 000 et 45 000[28] malades hospitalisés moururent d'inanition (d'épuisement causé par le manque d'alimentation) dans les établissements psychiatriques faute d'approvisionnement en nourriture suffisant (Bueltzingsloewen, 2002, 2005, 2007). Cette découverte donna lieu à une prise de conscience extrêmement forte des conditions désastreuses de prise en charge dans des hôpitaux psychiatriques qualifiés alors d'« univers concentrationnaire » ayant abouti à une « extermination des malades » (Bonnafé, 1977, p. 46), un « génocide » (Roelandt, 2009, p. 526) placé sur le même plan que certains crimes de guerre[29] perpétrés par les nazis « au nom d'un eugénisme radical » (Hochmann, 2015a, p. 91). Les conséquences de la seconde guerre mondiale donnèrent lieu à la remise en cause radicale de « l'institution asilaire comme lieu ségrégatif et aliénant » (Ayme, 1980, p. 51) à l'instar du mouvement de la psychothérapie institutionnelle, évoqué précédemment. Cette prise de conscience impulsa une seconde velléité qui donnerait lieu au mouvement de « sectorisation ».

5. La « sectorisation » : mouvement de désenclavement et d'humanisation

La période connue sous le nom de « sectorisation » constitue une évolution majeure propre au champ de la psychiatrie. Il s'agit d'un mouvement progressif théorico-pratique caractérisé par

[28] Les chiffres varient selon les sources mais sont compris dans cette tranche.

[29] L'historien Laurent Douzou (2005) montre cependant qu'une réaction « tardive » émana du secrétaire d'Etat au ravitaillement, Max Bonnafous (en décembre 1942), écartant l'hypothèse du projet d'extermination qui, toujours selon l'auteur, ne peut être soutenue par aucune archive connue. Sans chercher à minimiser la responsabilité du gouvernement de Vichy, L. Douzou (2005, p. 29) suggère de dépasser « l'explication unique de réalités complexes » en recherchant des causes résidant aussi bien dans le fonctionnement des institutions que dans la vie quotidienne des français située dans le contexte de l'Occupation. Soumis à de fortes restrictions et au rationnement, la population mit en œuvre des « stratégies de survie » lui permettant de faire face aux besoins de première nécessité, générant alors des disparités entre les différentes catégories de population, ceci au détriment des plus vulnérables et notamment des malades hospitalisés (Douzou, 2005). La thèse du génocide fut également remise en question par l'historienne Isabelle von Bueltzingsloewen, point de vue suscitant des réactions virulentes de la part de nombre d'acteurs du champ de la psychiatrie révélant alors un sujet encore sensible et toujours en débat (Bueltzingsloewen, 2010).

la création de structures extra-hospitalières (proposant une prise en charge offrant une alternative à l'hospitalisation), une limitation au recours à l'hospitalisation centralisée, une diminution du nombre de lits et le développement des pratiques de soins ambulatoires (hors hospitalisation). Cette transformation initiée dans la seconde moitié du XXe siècle s'est alors traduite par le passage d'une organisation structurelle close au mode de vie autarcique, à un dispositif se voulant ouvert sur l'extérieur des murs de l'hôpital psychiatrique et développant la mise en œuvre de soins associant le tissu social environnant. Cette politique consista alors à « déplacer le centre de gravité de la prise en charge psychiatrique de l'hôpital vers le secteur » (Coldefy, 2012, p. 4). On appelle « secteur » :

> Une unité administrative (70 000 habitants) de soins en santé mentale dont fait partie l'hôpital. L'objectif est d'assurer une continuité des soins, en dehors de l'hôpital, dans le contexte de vie du patient et, en cas d'hospitalisation, le patient doit pouvoir être suivi par la même équipe. C'est le principe de continuité (Déchamp-Le Roux, 2014, p. 4).

Cette organisation fut avec un double enjeu d'humanisation et de désenclavement de la psychiatrie. Il reposait sur une « doctrine fondée sur la diversité et la continuité des soins, l'extension dans la société du champ de la psychiatrie » (Mignot, cité par Piel et Roelandt, 2001, p. 8). Les objectifs de la psychiatrie de secteur visaient en effet à proposer un *accueil* assurant une couverture territoriale des besoins et en même temps une *continuité des soins*[30]. Sa mise en œuvre repose en particulier sur la notion d'*équipe de soin* (Delion 2011b, pp. 129-138). La Cour des comptes (2011) a recensé l'existence en 2010 de 857 secteurs de psychiatrie générale (autrement dit, psychiatrie du sujet adulte) et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2010[31].

[30] Le principe de continuité des soins vise à éviter la rupture entre le patient et les institutions soignantes tout au long du parcours de soins. Le cloisonnement affectant les acteurs de l'intervention sanitaire, sociale et médico-sociale met cependant ce principe en péril (Rapport Piel et Roelandt, 2001 ; Rapport Robiliard, 2013). Le travail en psychiatrie et santé mentale reposant essentiellement sur un enjeu relationnel, la continuité des soins prend alors un sens tout particulier dans ce champ de pratiques. Le psychiatre Lucien Bonnafé l'envisageait même comme une évidence : « Il n'y pas de raison pour qu'une personne prise dans la difficulté relationnelle ne soit pas suivie par la même équipe à la fois dehors et dedans » (Bonnafé, 2000, p. 17). Dès lors, une prise en charge coordonnée reposant sur la pluridisciplinarité s'avère nécessaire et se traduit dans la pratique par l'émergence d'un travail en réseau.

[31] On notera par ailleurs l'existence des secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire correspondant à l'organisation des soins des populations incarcérées dans les établissements pénitentiaires. Les secteurs psychiatriques sont définis par la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses mesures d'ordre social et la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Déterminer l'origine du mouvement de sectorisation n'est pas chose simple. On peut choisir de situer celui-ci en 1960 avec la publication de la circulaire du 15 mars 1960[32]. Ce texte expose les orientations servant encore aujourd'hui de référence aux pratiques de soins psychiatriques. Il vise premièrement un traitement précoce des troubles mentaux ; deuxièmement, une séparation la plus réduite possible entre le malade et son milieu et troisièmement, la mise en œuvre d'une post-cure visant à éviter les hospitalisations multiples. Ce texte présente une portée principalement symbolique. Dans les faits, cette sectorisation se traduira par des initiatives locales, souvent marginales bien qu'innovantes dans leur manière de penser la prise en charge[33], ceci avant d'être finalement effective dans les années 1980, ceci pour des raisons juridico-financières. Si cette circulaire de 1960 traduit l'existence d'un consensus entre un petit groupe de psychiatres des hôpitaux psychiatriques militant pour la transformation de leur institution, il se rapporte pour l'essentiel à l'énonciation de principes sans réellement apporter les moyens de leur mise en œuvre (Henckes, 2015).

Avant même la publication de la circulaire de 1960, Lucien Bonnafé (1912-2003) situe la naissance officielle du secteur en 1958 à la faveur d'un colloque organisé par les Centres d'entrainement aux méthodes d'éducation active (CEMEA) où se réunirent les psychiatres « praticiens du secteur » selon la formule de Bonnafé (2000, p. 18), soit l'ensemble des acteurs menant réflexions et expériences en vue de prodiguer des soins psychiatriques à l'extérieur de l'hôpital. Il nous semble toutefois que la fondation de l'élan de sectorisation réside dans les Rencontres de Sèvres évoqué précédemment. Ce groupe s'était réuni autour de deux questions centrales : la participation des infirmiers à la psychothérapie et la politique de secteur. Si nous reviendrons par la suite sur la première, la seconde donna lieu à un ensemble de propositions concrètes élaborées à partir d'expériences réalisées localement. Les échanges issus du groupe de Sèvres furent ainsi déterminants dans la parution de la circulaire de 1960 et, plus généralement, dans l'impulsion et le développement de la politique de secteur (Ayme, 1980). En 1959, s'ensuivit le congrès de Tours de la Commission des maladies mentales. Au cours de cet événement, Bonnafé appellera de ses vœux la mise en œuvre d'« une structure fondée sur le territoire au sein duquel les divers moyens concourent à la protection de la santé mentale pour desservir un secteur maximum de 100 000 habitants ».

[32] Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
[33] On peut se référer aux premières expériences menées par le psychiatre Philippe Paumelle à Paris dans le XIIIe arrondissement (Ayme, 1980).

Précisons que la rhétorique soutenant ce mouvement de sectorisation fut soutenue par des éléments de contexte déterminants dans sa faisabilité. En effet, nous l'avons vu, la volonté d'expérimenter une psychiatrie hors-les-murs n'était pas nouvelle. Pourquoi alors fallut-il attendre 1960 pour que cette dynamique donne lieu à un premier soutien des pouvoirs publics et à sa concrétisation dans les pratiques à partir des années 1970-1980 ? On peut avancer l'hypothèse qu'un tel mouvement nécessitait un contexte social favorable. Ce fut le cas sur au moins trois plans que sont les dimensions technique, financière et juridique.

Sur **le plan technique** d'abord, l'évolution se révélait opportune. Les neuroleptiques, dont les premiers sont apparus en 1952, commencèrent à présenter une réelle efficacité. Ce constat permit d'envisager une prise en charge limitant la coercition et les traitements de « choc » jusqu'alors privilégiés par nombre d'expériences thérapeutiques (Morel et Quétel, 1985 ; Missa, 2006). Il est indéniable cependant que l'usage des traitements neuroleptiques questionna de manière aiguë les promoteurs d'une psychiatrie libertaire sur plusieurs plans : la facilité à recourir à la médication plutôt qu'au dialogue avec le malade, la question des avantages marchands des sociétés pharmaceutiques susceptibles de se heurter aux intérêts du patient, l'expérimentation de certains traitements sur les malades mentaux suggéra pour certains celles réalisées par les nazis sur des sujets humains, etc. (Hochmann, 2015a). En dépit des controverses suscitées par l'usage des psychotropes, leur efficacité favorisa l'engagement des pouvoirs publics dans cette ouverture de l'hôpital psychiatrique. Concernant le second plan, **la dimension financière**, l'instauration en 1983 de la dotation globale[34] réforma le régime de financement des établissements hospitaliers. Le principe de ce mode de financement est d'allouer à l'hôpital une enveloppe financière annuelle dont le montant est défini indépendamment de son activité. Ce mode de financement constitua pour les acteurs de la psychiatrie une ressource considérable pour entamer cette rénovation organisationnelle. **Sur le plan juridique** enfin, les lois des 25 juillet et 31 décembre 1985[35,36] donnent une base légale au secteur vingt-cinq ans après la publication de la circulaire de 1960. La première en précise la double dimension intra et extra-hospitalière. Elle institue par ailleurs la création d'un Conseil départemental de la santé mentale chargé d'émettre des propositions au sujet de l'organisation et de la planification de la politique territoriale de secteur. La seconde inscrit pour sa part les secteurs dans l'organisation de la carte sanitaire et attribue aux centres hospitaliers compétents

[34] Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Texte dit loi Bérégovoy.
[35] Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre sociale.
[36] Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

en matière de santé mentale la responsabilité de leur gestion et ce faisant la coordination des soins aussi bien intra qu'extra-hostpialiers. Par la suite, l'arrêté du 14 mars 1986[37] définira la typologie des structures proposant une alternative à l'hospitalisation. Le texte établit la création de six types de structures de soins « sans » hébergement[38] et de six autres « avec » hébergement[39].

L'**idéal du secteur** consiste à envisager une prise en charge « globale » des patients en psychiatrie. Autrement dit, un patient souffrant de schizophrénie reçoit des soins psychiatriques (diagnostic, traitement, éventuelle hospitalisation, suivi de l'observance du traitement, etc.), mais les soins sont également animés d'un souci pour la qualité de sa vie quotidienne : vie familiale, hébergement, travail, occupation du temps libre, soins somatiques éventuels, etc. En effet, une stabilisation de l'état psychique du patient n'entraîne pas nécessairement l'équilibre dans ses rapports sociaux ou, plus généralement, dans son quotidien. Pour le pédopsychiatre Pierre Delion « la psychiatrie de secteur n'est pas intra ou extra-hospitalière, mais plutôt une pratique psychiatrique de désenclavement tendant à la réarticulation des sujets aliénés avec leur contexte historico-culturel » (Delion, 2011b, p. 119). La prise en compte du milieu de vie du patient fait alors partie intégrante des soins et du suivi par les équipes de psychiatrie. On parle dans ce sens de psychiatrie « sociale et communautaire » (Demailly, Roelandt et Daumerie, 2012). De fait, les travailleurs de la santé mentale sont bien plus nombreux que les travailleurs de la psychiatrie qu'ils englobent par ailleurs. La santé mentale relève ainsi d'un champ social aux pratiques tout à fait hétérogènes dynamisé par des « initiatives locales » (Demailly, 2014, p. X) propres à la psychiatrie, à l'intervention sociale, culturelle, ou encore éducative.

L'élan de sectorisation donna lieu à nombre d'évolutions organisationnelles s'efforçant d'élaborer une offre de soins médico-sociale. Des notions telles que celles d'alternative à l'hospitalisation, d'hospitalisation à domicile (*home care*), de psychiatrie de liaison (services de psychiatrie associé ou intégré à l'hôpital général) ou de prévention des troubles de la santé mentale irriguèrent des expériences émergentes (Déchamp-Le Roux, 2014). L'enjeu porte désormais sur l'anticipation le plus tôt possible des causes de pathologies mentales et la minimisation de toute forme prolongée d'hospitalisation. Des notions comme celles de

[37] Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.
[38] Il s'agit des centres médico-psychologiques (CMP), des hôpitaux de jour, des centres d'accueil permanents, des ateliers protégés, des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) ainsi que des familles d'accueil thérapeutique.
[39] Soit des hôpitaux temps plein, des hôpitaux de nuit, des centres de crise, des hospitalisations à domicile et des appartements thérapeutiques.

« prévention » ou de « travail de secteur » deviennent des principes directeurs de l'action en santé mentale. Le mot d'ordre est par ailleurs la « lutte constante contre la chronicité » (Bernard, 1972, p. 6), autrement dit minimiser toute forme prolongée d'hospitalisation.

Mais, si les mouvements intellectuels et politiques se sont accordés dans la période d'après-guerre pour mettre fin au système asilaire et par-là même aux phénomènes de réclusion qu'il produisait, la mise en œuvre de la sectorisation donna lieu à quelques résistances de plusieurs types. Dans un entretien récent[40] publié dans la revue *Esprit*, le psychiatre Jacques Hochmann distingue trois formes de résistance : les psychiatres d'asiles, des notables locaux soucieux de préserver leur influence ; les syndicats infirmiers et les psychiatres militants s'inquiétant de perdre des acquis du travail institutionnel engagé.

Malgré une transition lente et parfois difficile (Roelandt, 2002), Nicolas Henckes établit un lien entre l'évolution de la profession des psychiatres, son importante augmentation entre 1970 et 1990 et le fait que cette génération fut formée au sein des hôpitaux psychiatriques. L'auteur décrit ainsi les dynamiques ayant donné vie à cette transition :

> Leur contribution [celle de ces psychiatres] à la transformation de leur discipline fut un foisonnement d'initiatives, stimulées par ailleurs par une réglementation peu contraignante, des crédits encore abondants, une créativité institutionnelle et réglementaire certaine, et souvent une forme d'engagement quasi militante, tant du côté des professionnels que de l'administration et des usagers. La période voit ainsi de nombreuses expériences innovantes être lancées, dont certaines marqueront durablement les pratiques psychiatriques et d'autres auront une existence plus confidentielle (Henckes, 2015, p. 37).

Assurément, la sectorisation s'est développée au gré d'initiatives locales sans lesquelles ce mouvement n'aurait probablement pas trouvé le souffle suffisant pour s'étendre et devenir la base d'affirmation culturelle et identitaire qu'elle constitue aujourd'hui pour les professionnels de la psychiatrie. L'« engagement quasi militant » souligné par N. Henckes fut aussi celui d'une poignée d'infirmiers qui s'engagèrent à contre-courant des pratiques communément admises dans les unités de psychiatrie. Ces infirmiers, qualifiés de « modernistes » par J.-L. Gérard (1993, p. 37) étaient portés, d'après lui, par le sentiment d'un changement se produisant au cœur même de leur travail. Les premiers d'entre eux à s'engager dans des pratiques extra-hospitalières furent minoritaires comme l'a rappelé J. Hochmann :

> Ils furent très peu nombreux, et d'autant plus méritants, au début, ceux qui acceptèrent de s'inscrire dans une pratique extrahospitalière pionnière, où tout était à inventer, et où leur diplôme n'était pas officiellement reconnu. Sans le filet protecteur de l'équipe et de l'institution, sans modèle précis, ils

[40] « Les contestations de la psychiatrie », Entretien avec J. Hochmann, propos recueillis par O. Mongin, M.-O. Padis et J. Roman, « Aux bords de la folie ». *Esprit.* 413, mars-avril 2015, pp. 19-27.

> s'engagèrent courageusement dans des soins individuels, en dispensaire ou à domicile, sous les quolibets de leurs pairs qui les accusaient « d'aller se promener au lieu de travailler » (Hochmann, 2002, p. 5).

L'auteur témoigne ici de l'existence d'une fibre militante au sein de la profession s'efforçant d'expérimenter une autre psychiatrie, souvent malgré les contestations de leurs collègues. Cet élan fut accompagné sur le plan institutionnel par la création du certificat de cadre en 1976 dont la vocation était alors de renforcer l'impulsion et la coordination de ces infirmier (Gérard, 1993).

6. Les défis persistants de la politique publique de psychiatrie et santé mentale

La sectorisation a produit un effet considérable sur l'offre de soins. Le désenclavement et l'humanisation des pratiques en psychiatrie ont fait émerger de nouveaux principes associés à l'idée de santé mentale. Des notions comme celles de « démocratie sanitaire » ou de « qualité des soins » irriguent alors l'élaboration d'un rapport au patient sous-tendu par l'idée de « bientraitance », concept promoteur d'une « sorte de programme éthique » (Graz, Plancherel, Gervasoni et Hofner, 2009, p. 91) s'attachant à rompre avec toute pratique « maltraitante »,[41] aussi bien dans le champ de la santé que dans celui du travail social.

Parallèlement, les années 1990 voient également s'étendre la question du trouble psychique au sein de la population générale. La dépression constitue le symptôme d'un mal-être vécu par l'individu confronté à des transformations sociales et désormais propulsé en véritable responsable de son devenir (Ehrenberg, 1998). Cette tendance véhicule alors une approche « positive » du développement et de la performance individuels, ce que relève A.-M. Lovell (2007, p. 71) : « Les innovations de la psychanalyse, lesdites « thérapies pour normaux », les pratiques New Age et les critiques sociopolitiques visent à apporter une dimension sociale à la dynamique individuelle ». Dans ce mouvement de « banalisation » de la psychiatrie, l'offre de soins se divise alors en un double système. L'hôpital universitaire s'adresse aux pathologies avérées d'un côté et l'hôpital psychiatrique à des sujets vulnérables relevant par exemple de problèmes de précarité ou d'addictions d'un autre côté (Lovell, 2007). Lise Demailly et Caroline Maury (2012, p. 18) voient dans cette évolution la formation d'un « champ » « au sens

[41] Il importe de préciser un point quant à l'usage de vocables comme « maltraitance » et « bientraitance ». Ces termes sont axiologiquement marqués ce qui génère le détachement du registre médical pour entrer dans le registre moral. Ils sont donc empreints de jugement de valeurs et renvoient à des contenants dont le sens est variable selon le contexte historico-culturel dans lequel ils sont mobilisés (Terrisse, 2005).

de Bourdieu : le marché des biens techniques, corporels et symboliques prétendant remédier aux malheurs de l'âme, que la politique naissante de santé mentale essaie d'organiser et réguler ».

En dépit de ce développement d'une culture « psy », les psychiatres Éric Piel et Jean-Luc Roelandt (2001) publient un rapport réaffirmant l'importance de renforcer l'élan de sectorisation qu'ils jugent inabouti. Pour les rapporteurs, cet inachèvement résulte de différents facteurs. Parmi ceux-ci figurent, d'abord, le maintien d'une prévalence de l'hôpital centralisateur au détriment du développement d'unités extra-hospitalières (on parle dans ce sens d'hospitalocentrisme) ; ensuite la méconnaissance de la psychiatrie par l'opinion et les effets de stigmatisation en résultant ; également la rigidité organisationnelle issue de l'héritage asilaire. Si d'un côté l'on perçoit combien la « santé mentale » s'est développée comme un champ aux pratiques hétérogènes, dynamisé par des initiatives locales relevant de la psychiatrie, de l'intervention sociale, culturelle, ou encore éducative ; on voit d'un autre côté que les évolutions idéologiques et organisationnelles portées au travers de la sectorisation souffrirent d'un manque de préparation des pouvoirs publics et des acteurs potentiellement partenaires des actions adressées aux personnes souffrant de troubles psychiques (Biarez, 2004). Piel et Roelandt insistent sur l'idée qu'une politique de santé mentale doit se fonder sur les valeurs de « soins de proximité et garanties de continuité, non-stigmatisation et reconnaissance de la citoyenneté des patients » (Rapport Piel et Roelandt, 2001, p. 7). Ils préconisent alors la fermeture totale des hôpitaux psychiatriques pour orienter les efforts de l'offre de soins vers un véritable travail en réseau à travers la création notamment de structures de soins dans la cité appuyées par des « services territoriaux de psychiatrie (STP) » et des « réseaux territoriaux de santé mentales (RTSM) ». Jamais en France n'ont été fermés les hôpitaux psychiatriques, à la différence par exemple de l'Italie (Coldefy, 2012).

S'attachant à préciser une orientation publique collective en matière de politique de santé mentale, le *Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008* présente dans ce sens une portée symbolique importante. Ce texte énonce une délimitation du champ de la « santé mentale » ne se cantonnant pas à la psychiatrie, mais faisant l'objet d'une question de santé publique : « elle couvre la prévention, l'approche des besoins des populations, le calcul de multiples risques (de handicap, de désadaptation, de suicide, de violence sur autrui, de raccourcissement de l'espérance de vie, etc.), et pas seulement le soin » (Demailly et Maury, 2012, pp. 17-18).

Cette clarification appela notamment à informer sur la santé mentale et à sa promotion. De plus, elle souligne l'importance d'une approche favorisant un décloisonnement entre les champs sanitaire, social et médico-social. Le modèle de **santé communautaire** (les soins au plus près du milieu de vie du patient) inspiré des pays anglo-saxons commença peu à peu à trouver un écho dans les pratiques soignantes (Roelandt, 2004). Ces pratiques constituent un enjeu majeur du développement professionnel infirmier dans sa capacité à s'adapter au déplacement du « centre de gravité » des soins orientés désormais moins par une approche soignante hospitalières que par un idéal de santé holistique. Cette idée mobilise des compétences dépassant le seul cadre des soins en institution et les inscrit en relation avec le milieu du patient. Marcela Ferrada-Videla et Philippe Delmas (2009) repèrent par exemple trois registres de compétence infirmière en santé communautaire : « soigner en collaboration », « soigner dans le milieu de vie des personnes et des groupes » et « soigner politiquement ».

La construction progressive d'un réseau de santé amorcé dans les années 2000 au gré d'évolutions organisationnelles (régionalisation de la gouvernance de l'offre de soins, décentralisation de la prise en charge, diminution des lits) entérina le développement du travail dit en réseau. Il s'agit d'une forme organisationnelle fondée sur la coordination de partenaires (soignants, travailleurs sociaux, organes décisionnaires, bailleurs, etc.) dont les spécificités se coordonnent à destination du même patient. Cette dimension du travail s'efforce de garantir une continuité des soins (leur ininterruption malgré la décentralisation de l'offre de soins), ceci en s'appuyant sur la complémentarité des acteurs qui la composent (Ferrada-Videla et Delmas, 2009).

Les évolutions majeures[42] de la psychiatrie et de la santé mentale impulsées depuis les années 1990 donnèrent lieu à une réforme en profondeur du traitement social du trouble mental. Ce changement n'en fut pas moins marqué par des contradictions et des manquements (Demailly et Maury, 2012). Des contradictions d'abord, car certaines évolutions ont semblé se télescoper en quelque sorte. Par exemple, si d'un côté le début des années 2000 fut marqué par la promotion des droits des patients, avec notamment la loi de 2002 instituant la démocratie sanitaire[43], d'un autre côté l'institution psychiatrique développa une importante politique

[42] La seule loi n°90-527 du 27 juin 1990 modifie les fondements de la prise en charge en psychiatrie en vigueur depuis la loi de 1838 évoquée précédemment. Elle institue le principe de consentement à l'hospitalisation des personnes souffrant de troubles mentaux.
[43] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, texte dit loi Kouchner.

sécuritaire accentuant la défiance vis-à-vis des malades mentaux (Velpry, 2009, 2011). Des manquements ensuite, parce que la politique de santé mentale n'est pas parvenue à enrayer des problèmes caractéristiques du champ mis en lumière par une succession de rapports[44]. Parmi ces difficultés, on peut noter en exemples l'oubli de certaines populations dans le déploiement de l'offre de soins (demandeurs d'asile ou autres populations présentant une situation administrative instable), un accès difficile à la première consultation, une importante stigmatisation du champ de pratiques et du « fou » auquel s'adressent ses acteurs (Roelandt, Caria, Benradia et Vasseur Bacle, 2012), des disparités importantes de dotation et de répartition des professionnels d'un secteur psychiatrique à l'autre (Coldefy, Le Fur, Lucas-Gabrielli et Mousquès, 2009 ; Coldefy et Le Neindre, 2014), la persistance des liens entre inégalités de santé et inégalités sociales (Lovell, 2000 ; Autès, 2012), ou encore un cloisonnement persistant entre le sanitaire et le médico-social. La répétition de certaines préconisations dans les différents rapports sur le champ de la psychiatrie et de la santé mentale illustre le caractère récurrent de ces difficultés (cf. tableau 1, p. 56).

7. Les infirmiers en psychiatrie et santé mentale

7.1. Le mythe fondateur d'un savoir expérientiel

Pinel fut, selon la légende, celui qui ordonna l'enlèvement des chaînes aux aliénés, construisant par là même sa figure de « philanthrope », comme l'a rapporté Foucault en s'appuyant sur les écrits de Scipion Pinel (1795-1859), fils de l'aliéniste. Ce dernier restitue ainsi une rencontre entre Pinel et Couthon, membre du Comité de salut public. Ce dernier était alors en visite à l'hôpital de Bicêtre à la recherche de suspects :

> Pinel le conduisit aussitôt au quartier des agités où la vue des loges l'impressionna péniblement. Il voulut interroger tous les malades. Il ne recueillit de la plupart que des injures et des apostrophes grossières. Il était inutile de prolonger plus longtemps l'enquête. Se tournant vers Pinel : « Ah cà, citoyen, est-ce que tu es fou toi-même de vouloir déchaîner de pareils animaux ? » Pinel lui répondit avec calme : « Citoyen, j'ai la conviction que ces aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les prive d'air et de liberté. – Eh bien, fais-en ce que tu voudras, mais je crains bien que tu ne sois victime de ta présomption. » Et là-dessus, on transporte Couthon jusqu'à sa voiture. Son départ fut un soulagement ; on respira ; le grand philanthrope se mit aussitôt à l'œuvre (Scipion Pinel, cité par Foucault, 1972, p. 577).

[44] Piel et Roelandt (2001), Cléry-Melin (2003), Couty (2009), Milon (2009), Robiliard (2013).

Cependant, les travaux de la psychiatre Gladys Swain (1977) ont fait ressortir qu'il s'agirait là d'un mythe bâti à partir du récit de Scipion Pinel. Jean-Louis Gérard, dans son analyse de l'évolution du métier d'infirmier en psychiatrie précise ainsi que la « philanthropie » attribuée à Pinel fut largement inspirée par son gardien en chef, Jean-Baptiste Pussin (1745-1811). Gérard reprend pour cela un dialogue emblématique, bien connu dans le champ de la psychiatrie, dans lequel Pinel questionne le surveillant Pussin : « « Quand ils deviennent méchants que faîtes-vous ? » demande le médecin. – « Je les déchaîne ! – Et alors ? – Ils sont calmés ! » répond le gardien philanthrope »[45]. La libération des aliénés, mythe de la construction de la psychiatrie, change ici d'inspirateur. Cette seconde représentation met en avant l'idée que le savoir expérientiel issu de la relation avec les malades a influencé la construction de la pratique psychiatrique.

La psychiatrie de Pinel à nos jours s'est en effet engagée sur le terrain de la reconnaissance disciplinaire en la déclinant selon un savoir médical comme référence dominante. Les psychiatres se sont alors efforcés de l'ériger en savoir académique qui, dans un XIXe siècle marqué par le primat du positivisme, légitima leur pouvoir au sein des institutions psychiatriques (Castel, 1976). Cette manœuvre aboutissant à la reconnaissance de la psychiatrie comme discipline médicale a parallèlement supplanté le savoir expérientiel des infirmiers qui, pour sa part, trouve ses fondements dans la pratique du quotidien partagé avec les malades (Daumézon, 1974). Ce point est tout à fait paradoxal pour qui s'attache à analyser l'évolution des infirmiers en psychiatrie et santé mentale. Si en effet d'un côté les savoirs issus de leur pratique ont préexisté à la discipline psychiatrique, il apparaît que les infirmiers se réfèrent à ce champ de références pour développer leurs pratiques et revendiquer leur professionnalité[46].

[45] Reinach, J. 1890. Proposition de loi sur le régime des aliénés - Doc. n°1059. Chambre des députés. 5e Législature (cité par Gérard, 1993, p. 12).
[46] Ce point est développé dans une coproduction portant sur la spécificité du savoir infirmier (Krzyzaniak et Miribel, 2016).

Tableau 1 : Principales recommandations de rapports publiés relatifs à de la psychiatrie, 2000-2013

	CC[47] 2000	IGAS[48] 2001	DHOS[49] 2001	Piel et Roelandt 2001	PLAN 2001	Livre Blanc 2001	Roelandt 2002	Charzat 2002	DGS[50] 2002	Cléry-Merlin 2003	PLAN 2005	MNASM [51] 2005	Couty 2009	Sénat et Ass. Nat. 2009/10	Milon 2009	Robiliard 2013
1. Améliorer l'information		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●
2. Formation des professionnels		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●
3. Faciliter l'accès aux soins	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●
4. Réduire les disparités régionales	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●
5. Collaboration hospitalier/général	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●
6. Meilleure organisation géographique	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●
7. Continuité de prise en charge	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●
8. Décloisonner sanitaire/social		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●
9. Travail en réseau soins de ville			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●
10. Représentation des usagers			●	●	●	●	●									
11. Promouvoir droits des usagers	●	●		●	●	●	●	●			●	●	●			●
12. Lutter contre la stigmatisation des personnes avec troubles mentaux		●		●			●	●			●	●			●	●
13. Soutenir et impliquer les familles		●	●	●		●	●	●		●	●	●	●		●	●
14. Impliquer les élus locaux			●	●		●	●	●					●			●
15. Suivi pers. ss main justice				●									●	●		
16. Etudier et améliorer HO, HDT	●	●			●								●	●		
17. Développer la recherche				●		●	●				●		●		●	●

Source : Tableau adapté d'après Guelfi et Rouillon (2007, p. 666), le rapport de la Cour des Comptes (2011, p. 16) et le rapport Robiliard (2013, p. 21).

[47] Cour des Comptes.
[48] Inspection Générale des Affaires Sociales.
[49] Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins, remplacée en 2010 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).
[50] Direction Générale de la Santé.
[51] Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale.

7.2. Une spécificité à définir

Les éléments macroscopiques structurant le champ de la psychiatrie exposés précédemment sont consubstantiels de l'évolution du travail infirmier. L'activité, la désignation et la reconnaissance de l'infirmier œuvrant en milieu psychiatrique ont ainsi remarquablement évolué tout au long du XXe siècle et depuis le début du XXIe. Rétrospectivement, à travers les évolutions décrites, on voit en substance un changement progressif de la finalité des institutions psychiatriques. D'un traitement fondé sur l'enfermement mis en œuvre par des gardiens (fonctions d'autorité et d'ordre sociale), celles-ci sont passées à un travail mené dans le cadre d'une relation thérapeutique (fonction soignante), puis à une volonté de (re)socialisation (fonction médiatrice). Le rapport entre l'infirmier et l'objet de son travail s'est ainsi progressivement modifié au fil du temps et des manières de penser l'activité thérapeutique.

Déterminer ce qui caractérise les infirmiers exerçant dans le champ de la santé mentale n'est pas chose simple. Ce groupe social constitue à la fois une **sous-catégorie** et une **spécificité**. Une sous-catégorie d'abord, car son statut social, sa formation et ses conditions d'exercice sont organisés au-travers de textes régissant la profession infirmière au sens large. Les infirmières et infirmiers constituent en effet un corps professionnel dont l'activité est réglementée[52] en France par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, dit décret « compétence ». Ce texte définit en particulier ce qui relève du « rôle propre » de l'infirmier, c'est-à-dire les tâches le distinguant d'autres segments professionnels :

> Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.
>
> Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers (Art. R. 4311-3 du Code de la santé publique).

Ce rôle propre prescriptif définit notamment la compétence infirmière à prononcer un diagnostic (un jugement fondé sur l'observation de signes cliniques), son initiative dans la mise

[52] Autrement dit soumise à une autorisation d'exercer. L'exercice illégal de la profession d'infirmière ou d'infirmier est ainsi sanctionné selon des modalités prévues par les pouvoirs publics au moyen de l'ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions ainsi qu'à la loi du 30 janvier 2007 ratifiant cette ordonnance.

en œuvre de certains actes de soins, mais aussi sa responsabilité dans la mise en œuvre et l'évaluation des soins prodiguées, ainsi que dans l'administration du dossier de soins infirmiers.

Les infirmiers en psychiatrie constituent aussi une **spécificité** dans la mesure où il existe au sein de cette profession plusieurs branches se distinguant sur différents points : le lieu d'exercice, le type de pathologie traitée, les savoirs associés à la prise en charge, les ancrages disciplinaires associés à ces savoirs, mais aussi l'histoire propre à la constitution de chaque branche. Sans constituer une liste exhaustive, ces dimensions n'en sont pas moins constitutives d'identités collectives s'affirmant au sein même du corps infirmier. Se distinguent ainsi au sein de la profession plusieurs métiers, au sens de Florence Osty[53], tels que ceux d'infirmier(e) urgentiste, infirmier(e) de bloc opératoire (IBODE) ou infirmier(e) anesthésiste (IADE)[54]. Les infirmiers exerçant en psychiatrie sont de ceux-là, c'est-à-dire associés à des savoirs, pratiques et identité collective spécifiques. A ce titre, la définition du rôle propre trouve sa déclinaison précisée par la loi de 2004 :

> Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :
>
> 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
>
> 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
>
> 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
>
> 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient (Art. 4311-6 du Code de la santé publique).

Ces tâches précisent une part de la spécificité infirmière en psychiatrie et santé mentale comme une activité relationnelle (points 1 et 2) agissant dans un milieu où la restriction des libertés des patients est légitimée (point 3), ainsi qu'un travail s'inscrivant dans une perspective interprofessionnelle (point 4).

La spécificité du travail infirmier n'est pas sa spécialisation. Cette dernière renvoie au « fait de privilégier dans les activités humaines un secteur particulier par souci d'approfondissement, de maîtrise, de perfection »[55]. L'évolution des infirmiers en psychiatrie et santé mentale les a conduits à se spécialiser dans l'étude de la psychiatrie, discipline médicale rappelons-le, ce qui

[53] Pour F. Osty (2003), le « désir de métier » s'affirmant au sein des organisations est identifiable à travers trois processus : (1) celui de production, d'actualisation et de transmission des savoirs au sein d'un même collectif de métier ; (2) celui de constitution d'une identité collective de métier se fondant sur l'activité de travail et l'appartenance à l'organisation et (3) celui de régulation à travers lequel le groupe s'attache à faire reconnaître sa légitimité.

[54] Notons par exemple que les infirmiers anesthésistes sont représentés par un syndicat spécifique à leur discipline, le Syndicat national des infirmiers anesthésistes (SNIA).

[55] CNRTL, récupéré le 5 novembre 2015 de http://www.cnrtl.fr/definition/sp%C3%A9cialisation.

nous éclaire sur une tendance dominante des pratiques de soins et de formation. Pour autant, cette spécialisation ne suffit pas à définir ce qui relève de la spécificité de ces infirmiers, ce qui compose leur identité. La spécificité infirmière (au sens général) désigne :

> La prise en charge totale de la situation de soins, envisagée comme globale, interactive, non réductible à sa seule dimension psychique, organique ou sociale. […] la spécificité infirmière est ce qui est propre à la profession infirmière et commun à tous les individus et cas de cette profession (Gérard, 1993, p. 120).

Au regard de cette définition, évoquer la spécificité de l'infirmier en psychiatrie ne va alors pas sans poser une difficulté. En effet, la tentation est de l'opposer à ses confrères spécialisés dans les soins somatiques comme ceux évoqués précédemment. Cette distinction produit alors une séparation dans la définition du travail soignant entre le corps et l'esprit. Cela revient à ignorer que le patient pris en charge par des services de cardiologie ou d'oncologie peut être sujet à une vulnérabilité d'ordre psychique particulière. Cela consiste également à oublier que les patients soignés en psychiatrie sont par ailleurs susceptibles de souffrir d'hypertension artérielle.

Parler ainsi de spécificité présente donc le risque de conduire à une impasse. D'un côté, les promoteurs d'une spécificité portant sur les soins adressés au sujet psychotique présentent le risque de retourner vers un enclavement asilaire que les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale se sont efforcés (s'efforcent toujours) de dépasser. D'un autre côté, une déclinaison trop importante du champ d'activité à une dimension transversale à l'ensemble de la profession infirmière et qui porterait sur la dimension relationnelle, conduirait tant à une séparation artificielle entre une approche du corps et une approche de l'esprit, contredisant l'idée d'une approche globale, mais aussi à faire du travail infirmier en psychiatrie une pratique diffuse dont on risquerait de ne plus très bien cerner les contours.

Pour comprendre le travail infirmier en psychiatrie, nous proposons de repartir de la caractérisation qu'en proposait G. Daumézon (1974, p. 714) consistant à « assumer la vie quotidienne [du] patient qui précisément n'est plus assumée par les siens et la société ». Ce regard ne se limite pas à la question des soins. Il est beaucoup plus large et porte sur une approche globale du patient, mais du patient pris en charge en psychiatrie. Cela implique un partage du quotidien avec des personnes que le reste de la société a renoncé à considérer comme normale et qu'elle a marginalisées. Il s'agit par ailleurs d'entrer dans une relation d'aide avec des personnes en souffrance dont les représentations, les gestes et les mots prononcées sont caractérisé par l'incertitude, l'imprévu, parfois la violence. Pour G. Daumézon, la spécificité

du travail infirmier résidait dans le « savoir vivre avec le malade mental » (Daumézon, 1974, p. 715).

Précisons tout de suite que les infirmiers ne sont pas seuls dans ce travail du quotidien. D'autres métiers concentrent également leur activité au plus près du patient. C'est le cas en particulier des aides-soignants et des agents des services hospitaliers (ASH), segments professionnels créés par le décret du 17 décembre 1970 qui furent autorisés à exercer en psychiatrie par l'arrêté du 9 janvier 1978. Cette autorisation modifia la division du travail quotidien en psychiatrie. Elle fut alors combattue par les syndicats infirmiers mettant en avant le modèle du « cadre unique » comme forme identitaire collective. Cette représentation renvoie à des pratiques précédant la sectorisation quand l'infirmier était en charge des soins, mais aussi de toutes les tâches utiles au fonctionnement et à l'entretien de l'établissement psychiatrique : « l'infirmier doit occuper tous les postes en service de soins, du plus bas au plus haut, du ménage à la relation d'aide » (Gérard, 1993, p. 36). Le « cadre unique » est une construction théorique permettant de caractériser et d'avancer l'existence d'une spécificité du travail infirmier associée à une période de fonctionnement de l'institution psychiatrique. Ce modèle n'a cependant jamais fait l'objet d'une désignation officielle associable à un quelconque référentiel.

Pour caractériser les contenus du travail infirmier en psychiatrie, Laurent Morasz, Annick Perrin-Niquet, Vérot et Barbot (2004) ont élaboré une typification en six catégories pour définir les contours du travail infirmier en psychiatrie. Les auteurs parlent alors de « pôles ». La vie quotidienne, le « cadre », la psychothérapie classique, les activités « spécifiques », les soins somatiques et les relations institutionnelles sont les éléments constitutifs de l'activité (cf. tableau 2, p. 61).

Tableau 2 : « Les actions[56] infirmières en psychiatrie »

Le pôle vie quotidienne	- l'accueil ; - la permanence, la surveillance ; - les repas, la vie dans le service ; - les accompagnements, etc.
Le pôle « du cadre »	- règles, cadre et règlement ; - l'isolement, les placements ; - les contrats de soin ; - les surveillances particulières (risque suicidaire…).
Le pôle psychothérapique classique	- les entretiens infirmiers ; - les entretiens médicaux ; - les entretiens familiaux, etc.
Le pôle d'activités « spécifiques »	- les activités thérapeutiques ; - l'ergothérapie ; - les groupes de paroles ; - les visites à domiciles, etc.
Pôle somatique	- la prise des médicaments ; - les soins somatiques ; - les soins corporels, le nursing ; - le travail d'éducation[57] et de prévention, etc.
Pôle institutionnel	- réunions infirmières ; - réunions institutionnelles ; - synthèses ; - les transmissions (briefing, dossier infirmier, fiche de liaison…), etc.

Source : Morasz *et al.* (2004, p. 131)

Outre une approche globale donnant à voir différentes facettes du travail infirmier en psychiatrie, cette conceptualisation apporte un éclairage important. Le découpage théorique fait ressortir la nature composite de l'activité et permet de dépasser le clivage entre le psychique et le somatique. Il reste que la vie quotidienne devient un pôle parmi d'autres et n'est pas envisagé comme une dimension transversale à tous les pôles, ce qu'elle est pourtant. Cette remarque ne conteste en rien la pertinence du classement réalisé par les auteurs. Bien au contraire, celui-ci montre bien que le travail infirmier s'est développé de sorte que la vie quotidienne constitue

[56] Les auteurs choisissent le terme d'« action » pour caractériser les composantes du travail sans cependant proposer de définition de ce terme. Nous choisissons ici de parler de tâches constitutives de l'activité infirmière. Ce choix sémantique nous permet de suggérer que les éléments réunis ici révèlent une dimension prescrite et formalisée du travail infirmier. Pour autant, elle ne recoupe pas l'ensemble de son activité, celle-ci comportant des parts informelles (Lanquetin et Tchukriel, 2012 ; Lanquetin, 2015), mais aussi, cachées (Wittorski, 2014), invisibles voire clandestines (Champy-Remoussenard, 2014a).

[57] Remarquons en effet que le travail infirmier comprend une dimension éducative à visée thérapeutique, ce qu'ont observé Carole Baeza, Catherine Tourette-Turgis et Richard Wittorski (2013, p. 132) : « Il semble qu'une activité éducative se déploie au fil de l'activité de soin chez les soignants que nous avons rencontrés. […] D'autre part, il semble bien que ces activités nouvelles s'accompagnent d'un renforcement identitaire qui conduit les soignants interrogés à revendiquer et à valoriser cette activité ».

désormais une famille d'activités « en concurrence » avec les autres. Nous prendrons ici pour seul exemple la part administrative dont les tâches ont pris de plus en plus d'importance dans le travail des soignants. Nombre d'entre eux expriment l'idée selon laquelle celui-ci se développe au détriment du partage de la vie quotidienne des patients. Cet empiètement administratif, ce travail empêché, est aussi bien vécu par les professionnels (ce qui apparaît dans nos entretiens de recherche) que par les patients. Au cours de notre investigation, nous avons eu l'occasion d'échanger sur ce point avec plusieurs patients. L'un d'entre eux nous a expliqué avoir parfois besoin de solliciter les infirmiers, mais ne pas oser les « déranger » lorsque ceux-ci « travaillent à l'ordinateur ».

7.3. Un groupe social discrédité

En dépit de cette spécificité, l'infirmier en psychiatrie n'a pas d'existence statutaire propre, du moins il n'en a plus. En effet, à la fin des années 1960, les élans associés à la sectorisation ont donné lieu à l'émergence d'un modèle juridiquement reconnu, celui d'« infirmier de secteur psychiatrique » (ISP). Cette appellation désigne le métier d'infirmier exercé en institution psychiatrique et faisant l'objet d'un traitement social précis (existence statutaire, formation et diplôme spécifiques). Si ce modèle constitue une référence marquante de la profession, l'existence juridique de l'ISP aura été relativement courte, de 1969 à 1992[58], ce que souligne l'historien Hervé Guillemain (2010). Il n'en reste pas moins que les infirmiers formés au cours de cette période se prévalent d'avoir connu l'« âge d'or » des infirmiers en psychiatrie, beaucoup se présentant aujourd'hui par ailleurs comme des « dinosaures »[59]. Nous reviendrons sur l'importance de ce statut, en particulier pour des questions ayant trait à la place de la formation de ces infirmiers dans l'histoire récente de la profession (cf. chapitre 6). Notons pour le moment que la référence à l'année 1992 marque une **déconsidération** sociale pour ce groupe professionnel, que celle-ci concerne ses membres ou la spécificité de leur travail.

Déjà ancien, un discrédit du personnel des asiles d'aliénés, souvent fondé sur des critères moraux, s'est exprimé dans divers écrits portant sur son personnel, ce qu'a souligné G.

[58] L'appellation d'« infirmier de secteur psychiatrique » fut instituée par l'arrêté du 12 mai 1969. Il disparut par la suite des textes légaux et réglementaires avec la publication de l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier, mettant fin à l'existence du diplôme conduisant à l'obtention de ce statut.

[59] Nous attribuons ces propos à des acteurs de notre terrain d'investigation. La référence aux dinosaures qualifie alors les ISP comme pour désigner des individus issus d'une autre ère et en voie d'extinction.

Daumézon (1935). Si les années 1950 virent les premiers élans de professionnalisation (au sens entendu par les sociologues des professions) de ces infirmiers, la reconnaissance de leur rôle dans la psychothérapie est relativement récente et divisa profondément les psychiatres au cours des années 1970-1980. Si en effet certains estimaient essentiel l'apport de l'infirmier dans la psychothérapie, d'autres témoignèrent d'un mépris ostentatoire quant à sa capacité à concilier les savoirs psychiatriques, en particulier la psychanalyse, avec le partage du quotidien des malades (Daumézon, 1974 ; Ayme, 1980). Ce débat est toujours perceptible à travers la désignation du rôle propre de l'infirmier. Le décret « compétence » détermine en effet une série d'actes que l'infirmier ne peut mettre en œuvre que sur prescription médicale. Sans reprendre la liste de ces tâches, nous soulignerons l'avant-dernière définie par l'article R. 4311-7 du décret : « Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ». Ce point souligne d'une part la prépondérance de la relation dans le travail soignant en psychiatrie, mais entérine aussi la part prise par l'infirmier à la psychothérapie, ceci exclusivement sous la houlette du médecin, du moins dans le texte.

Plus récemment, nous l'avons suggéré plus-haut, cette déconsidération prit la forme d'une négation instituée de la spécificité de ces infirmiers avec la publication du décret du 23 mars 1992. Bien connu dans le champ de la psychiatrie, ce texte institua une nouvelle organisation des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier qui serait désormais commun à l'ensemble de la profession infirmière. Ce faisant le texte marqua la disparition des formations internes aux institutions psychiatriques et celle du « diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique ». Les établissements de santé mentale recruteraient désormais exclusivement des infirmiers titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier. Pour autant, les ISP ne se verront attribuer ni équivalence, ni autorisation d'exercer dans les filières dites de soins généraux. Ce contexte sur lequel nous reviendrons plus précisément[60] revient à nier la spécificité d'un savoir propre à ces infirmiers et vint renforcer l'intériorisation par les infirmiers d'une infériorité de la valeur de leur travail par rapport à celui des psychiatres[61] :

> Ce savoir-faire, les infirmiers sont bien loin de le reconnaître à sa juste valeur, ils seraient même assez spontanément enclins à en sous-estimer l'importance, jusqu'à développer un véritable

[60] Cf. Chapitre 6 portant sur les implications de la formation dans l'évolution de ce groupe professionnel.

[61] Cette hiérarchisation entre théorie et pratique ne se borne bien entendu pas au champ de la psychiatrie. Le discrédit du registre de la pratique relève de manière ancienne d'une dépréciation du travail, activité jugée pénible et servile. L'activité intellectuelle est pour sa part davantage associée au loisir. Cette séparation verticale fut notamment entérinée par la pensée philosophique occidentale (Dewey, 2014).

> complexe d'infériorité vis-à-vis du savoir théorique [des psychiatres] (et vis-à-vis des nouvelles générations d'élèves [infirmiers] (Gérard, 1993, p. 46).

Pour déconsidéré qu'il soit, le travail infirmier n'en relève pas moins d'un champ de pratiques témoignant d'une certaine complexité associée à des besoins de formation comme l'ont affirmé une succession de rapports (Roelandt, 2001 ; Cléry-Melin, 2003 ; Couty, 2009 ; Milon, 2009 ; Robiliard, 2013) et de textes organisateurs du champ (circulaire DGS/DHOS n°2003-366 du 10 juillet 2003 ; note de cadrage n°234 du 8 juillet 2004 ; Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 ; circulaire n°2006-21 du 16 janvier 2006) à la suite de la disparition du diplôme d'ISP.

7.4. Des pratiques hétérogènes

Le déploiement de modèles organisationnels offrant une alternative à l'hospitalisation, impulsés par le mouvement de sectorisation, a donné lieu à l'émergence de nouvelles pratiques. L'idée de « pratique » s'inscrit dans le registre du *faire* comme un ensemble de « manières habituelles d'agir, qui de par leur récurrence, constituent des réponses aux variations des éléments du contexte situationnel moins labiles que celles relevant de l'action ou de l'activité » (Trinquier, 2014, p. 222). Les pratiques relèvent également du registre de l'analyse dont elles font l'objet dans bien des sphères d'activité. Cette dimension est suscitée au regard de finalités spécifiques, elle s'appuie sur différents paradigmes et donne lieu à des approches méthodologiques plurielles (Marcel, Olry, Rothier-Bautzer et Sonntag, 2002). Dans ce sens l'objet d'analyse est souvent moins la pratique en elle-même que ce qu'un sujet dit de son activité (Barbier, 2011).

Dans le champ de la santé mentale, la conduite d'entretiens, le renseignement du dossier du patient, l'administration médicamenteuse, la pratique sportive ou artistique ou encore la transmission d'information à l'équipe prenant la relève sont autant d'activités susceptibles de composer le travail infirmier. La variété de ces pratiques rend parfois difficile de considérer l'activité menée en unité d'admission, en hôpital de jour ou au sein d'une équipe mobile comme relevant d'un même métier. En effet, pour qui est amené à visiter plusieurs unités de soins, on y rencontre des infirmiers vêtus d'une blouse blanche, d'un bleu de travail ou d'une tenue sportive. Aussi distincts soient-ils, chacun de ces vêtements est porté par le soignant dans une perspective thérapeutique. Dans les unités fermées où la liberté d'aller et venir des patients est la plus restreinte, le travail soignant est très différent de celui réalisé en équipe mobile dont la finalité résiderait par exemple dans l'accompagnement d'un patient à vivre de manière

autonome dans un appartement thérapeutique. La prise en charge au sein d'une unité fermée verra une part non négligeable de l'activité soignante concentrée sur la surveillance, la prise du repas ou l'occupation journalière. Le travail dit « en réseau » (part de l'activité mobilisant une pluralité d'acteurs du champ social et médico-social) est en revanche ici minimisé. A l'inverse, dans le travail en équipe mobile, le contact avec des partenaires extérieurs est une part essentielle de l'intervention soignante. La dimension de l'activité concentrée sur la surveillance des va-et-vient quotidiens du patient est pour sa part secondaire, voire inappropriée.

L'activité s'étend ainsi du versant le plus socialisé (à travers les efforts de réhabilitation sociale du patient) au plus intime (la toilette), ceci en passant par l'accompagnement tout au long de la journée et de la nuit. Précisons alors que ce rapport est variable d'un patient à l'autre, mais aussi d'une unité de soins à l'autre. Tous les patients n'ont, par exemple, pas besoin d'aide pour faire leur toilette. Ainsi, le travail infirmier est variable selon le lieu, l'affectation du soignant et la nature de la pathologie elle-même.

Nos observations nous ont amené par exemple à visiter un hôpital de jour installé dans une ferme. Les patients y étant pris en charge participaient au fonctionnement régulier de la ferme, entretenant le potager ou nourrissant les animaux de la basse-cour. Les hôpitaux de jour étant des unités de soins sans hébergement, les patients repartent chez eux en fin de journée ou bien regagnent une structure de prise en charge « temps plein » au sein de laquelle la nature de l'activité et des interactions est encore différente. Il serait sans doute vain ici de tenter une synthèse de l'ensemble des pratiques à l'œuvre dans le champ de la santé mentale. Retenons principalement que celles-ci ont connu des transformations fondamentales au gré des changements organisationnels et idéologiques ayant porté le champ professionnel.

7.5. La question des « pratiques avancées »

La reconnaissance de la pratique professionnelle et les prérogatives associées aux professions de soins sont au cœur de vifs débats. Si celles-ci s'affirment comme constituant la réponse à un besoin social défini, elles s'affrontent entre elles en s'efforçant d'élargir leurs « *juridictions* », leurs territoires de compétences, en s'affrontant dans des « arènes » (le milieu de travail, l'opinion et la sphère juridique) au sein desquelles se joue leur légitimité et leur reconnaissance sociale (Abbott, 1988, 2003). Concernant la profession infirmière, la question des pratiques dites avancées constitue la traduction de ce type d'affrontement sur fond d'expertise et

présentant à la fois des enjeux **pragmatiques** (efficacité et de performance professionnelle), **identitaires** (identification et reconnaissance sociale d'un groupe professionnel) et **sociaux** (évolution de la démographie médicale, atténuer les inégalités de répartition territoriale des médecins).

Le syntagme « pratiques avancées » désigne un degré élevé de spécialisation des infirmiers associant une formation théorique approfondie d'une part, et un vécu expérientiel significatif associé à la pratique professionnelle, d'autre part. La littérature internationale existant sur cette question a donné lieu à de nombreuses définitions reprenant cette caractéristique. Nous en relèverons principalement une faisant autorité dans la profession et nous permettant d'étayer notre propos. Il s'agit de celle proposée par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) :

> L'expression pratique infirmière avancée est une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Cette pratique consiste à analyser et combiner des connaissances, à comprendre, interpréter et appliquer la théorie des soins infirmiers et les résultats de la recherche infirmière, ainsi qu'à façonner et faire progresser le savoir infirmier et la profession infirmière dans son ensemble.[62]

On le voit, si la formation doit être approfondie, l'expérience clinique doit être importante. L'association de ces deux dimensions doit aussi bien permettre une capacité suffisante à agir face à la complexité des situations, mais aussi à contribuer à une actualisation des savoirs infirmiers.

Pour cela, la reconnaissance des pratiques avancées implique un transfert de compétences des médecins aux infirmiers, mais aussi le développement de certaines postures par ces professionnels. C'est le cas par exemple de la relation de consultance à l'œuvre en éducation thérapeutique (Tourette-Turgis, 2009). Pour Clémence Dallaire et Martine Dallaire (2009, p. 276), la pratique avancée implique différentes caractéristiques listées ainsi par les auteures : « l'utilisation des connaissances dans la pratique, les habiletés critiques et analytiques, le jugement clinique et les habiletés de prises de décision, le leadership professionnel et la quête clinique, les habiletés de coaching et de mentorat, et les habiletés de recherche ». Cet élargissement du champ d'activité peut prendre quatre formes : la **diversification** (développement de nouvelles pratiques donnant lieu à l'apparition de nouvelles tâches), la

[62] Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). La pratique infirmière avancée : un cadre national. En ligne : https://www.cihi.ca/fr/infirmieres-autorisees-et-infirmieres-praticiennes, consulté le 20 août 2015.

spécialisation (élévation du niveau d'expertise, notamment par la formation), la **substitution verticale** (mise en œuvre d'activités habituellement exercées par un groupe professionnel d'un niveau de formation différent de celui concerné) ou la **substitution horizontale** (partage de pratiques entre des groupes professionnels possédant un niveau de formation équivalent) (Nancarrow et Borthwick, 2005).

Sur le plan juridique, si les infirmiers de pratique avancée (IPA) constituent un segment professionnel ancré dans plusieurs pays (comme le Canada, les Etats-Unis ou le Royaume-Uni), celui-ci n'a été reconnu en France que très récemment, ceci non sans une certaine ambiguïté. Dans un premier temps, l'encouragement par les rapports Berland (2003) et Berland *et al.* (2007) du glissement des compétences et de la coopération entre les métiers de la santé avait abouti à l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 dite loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST). Celui-ci autorisa la délégation de certaines tâches du médecin à l'infirmier. Mais cette mesure entérina davantage l'allègement de la charge médicale qu'une véritable reconnaissance de l'évolution du champ d'exercice infirmier. La loi du 26 janvier 2016 va plus loin sur ce point. Son article 119 (initialement article 30 du projet de loi) institue l'« exercice [infirmier] en pratique avancée », ceci dans le cadre de certaines disciplines[63].

La question des pratiques avancées se pose de manière spécifique pour le champ de la psychiatrie à nouveau confronté à une particularité. Si celles-ci impliquent en effet de partir d'un niveau général de qualification pour développer un haut niveau de connaissance par la pratique, nous avons vu brièvement que les infirmiers en psychiatrie ont, au cours de leur histoire, effectué un cheminement inverse, la spécificité de leur pratique ayant été occultée au profit du développement d'une formation généraliste. Dans ce sens, on comprend que la formation constitue une dimension fondamentale de l'évolution des infirmiers exerçant en psychiatrie et santé mentale.

[63] Les pratiques avancées concernent les champs d'intervention suivants : « a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ; c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales » (Art. 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

Conclusion : une initiative locale de professionnalisation des infirmiers

Dans un contexte sur lequel nous reviendrons par la suite (cf. chapitre 6), la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie fut réformée en profondeur au cours des années 1970, ceci avant de disparaître en 1992. Depuis lors, les institutions intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale font face à l'arrivée de nouveaux professionnels très peu formés à la spécificité des soins en psychiatrie, voire pas du tout. Nous l'avons vu, différents rapports et textes organisant le champ de la psychiatrie constatent l'existence d'un besoin de formation et de spécialisation des infirmiers en psychiatrie et santé mentale. D'autre part, la suppression d'une formation spécifique au métier génère une difficulté dans la transmission de savoirs théoriques. Ces mêmes rapports montrent par ailleurs que le champ de la psychiatrie est confronté à une « fuite » de ses infirmiers, qui, après plusieurs années d'exercice, choisissent de s'orienter vers d'autres horizons.

Evoqué précédemment, le rapport Berland *et al.* (2007) préconise un renforcement des formations paramédicales. Pour cela, il suggère de définir des référentiels de métiers et compétences déterminant d'une part les contenus de formations communs aux différents métiers paramédicaux et d'autre part, de distinguer et mettre en œuvre des formations approfondies selon les spécificités de ces métiers. Il prévoit par ailleurs de « professionnaliser » les infirmiers par la mise en œuvre en France des pratiques avancées. En 2003 et 2004, les pouvoirs publics publient deux textes[64] réaffirmant la nécessité de renforcer la formation des infirmiers en psychiatrie. Dans leur sillage paraît en 2006 une circulaire[65] associée à une enveloppe financière à destination des établissements de santé mentale. Celle-ci vise à favoriser la formation et le tutorat de ces nouveaux infirmiers intégrant le champ professionnel.

La Direction des soins de l'EPSM Lille-Métropole (EPSM-LM), établissement commanditaire de cette recherche,[66] présente la particularité de disposer d'un « pôle formation » à travers

[64] Le premier est la circulaire 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. Le second est la note de cadrage du 8 juillet 2004 relative à la mise en place 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 ».
[65] Circulaire du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.
[66] La dimension commanditée de ce travail fait l'objet d'un développement dans le chapitre 2.

lequel elle organise ses propres formations. Ces dernières se distinguent en effet de l'offre de formation continue proposée par la Direction des ressources humaines.

En considération de ces différentes orientations et pour faire face à la complexité qu'impliquent les soins en psychiatrie, la Direction des soins de l'EPSM-LM a développé et renforcé des actions de « professionnalisation » à différents moments de la vie professionnelle des infirmiers. Son pôle formation a dans ce sens mis en place un dispositif[67] interne de « consolidation des savoirs » développé au travers d'une prescription de formation et de tutorat destinée aux nouveaux infirmiers intégrant l'établissement et n'ayant pas ou peu d'expérience dans le champ de la santé mentale. Ce dispositif se décline sur une période de cinq années (cf. tableau 3, p. 70). Il est conçu pour favoriser l'articulation entre l'expérience des nouveaux professionnels (en particulier celle issue des premiers mois vécus en milieu psychiatrique), l'apport de contenus issus des savoirs en psychiatrie et santé mentale et l'accompagnement réflexif du néo-professionnel par un tuteur, un pair ayant une ancienneté d'au moins cinq ans dans le métier.

Les acteurs de l'établissement le désignent couramment comme le « dispositif de professionnalisation et tutorat » (DPT), expression que nous conserverons tout au long de ce travail. Il se décompose en trois phases. **(1)** D'abord, une offre de formation adressée aux infirmiers nouvellement recrutés. Celle-ci représente seize jours de formation répartis dans l'année suivant le recrutement. Cette étape est couramment désignée dans l'établissement comme « la professionnalisation ». A ces jours de formation s'ajoute une formation de prise en charge des situations de violence. **(2)** Ensuite, un tutorat mis en œuvre selon deux modalités. La première consiste en un accompagnement individuel réalisé par un infirmier tuteur. La seconde constitue en des ateliers collectifs appelés « journées à thèmes ». Celles-ci associent apports théoriques et échanges réflexifs entre les nouveaux professionnels et sont organisées et animées par les tuteurs. Chaque atelier s'étend sur une journée complète (7 heures). Le tutorat démarre lorsque l'infirmier débutant a participé aux seize jours de « professionnalisation » et se poursuit jusqu'à trois années suivant le recrutement. **(3)** Enfin, des formations complémentaires non obligatoires sont proposées aux infirmiers souhaitant approfondir une thématique précise. Chaque formation s'étend sur plusieurs jours et peut être suivie une fois le tutorat terminé et ce, jusqu'à cinq années suivant le recrutement.

[67] Ce type de dispositif dont les infirmiers débutants sont les destinataires ne concerne pas que la psychiatrie. On voit en effet des exemples similaires dans les filières de soins généraux (Péoc'h et Ceaux, 2015).

La recherche doctorale ici menée fait l'objet d'une commande sociale de la part de la Direction des soins de l'EPSM-LM. Celle-ci a pour préoccupation d'évaluer le déploiement et les effets du DPT. Pour traiter de cette question à partir des éléments abordés dans ce chapitre, nous partirons d'une question de recherche à trois niveaux. En quoi le DPT s'inscrit-t-il dans l'évolution de la profession infirmière en psychiatrie et santé mentale ? Quelles sont les conditions de son déploiement au sein de l'EPSM-LM ? Ce faisant, dans quelle mesure présente-t-il des effets sur le développement professionnel des infirmiers et, plus généralement, la construction de leur rapport au métier[68] ? Nous traiterons de ces questions tout au long de ce travail. Dans un premier temps cependant, il importe d'apporter des éléments d'explicitation concernant les implications du caractère commandité de cette recherche.

Tableau 3 : Dispositif de « professionnalisation et tutorat » (DPT)

Destinataires	Temporalités	Intitulés	Durées
Néo-infirmiers	**Jusqu'à n+1** (dans l'année suivant l'intégration)	Professionnalisation	16 jours
		Formation de prise en charge des situations de violence	4 jours
	Jusqu'à n+3 (dans les 3 années suivant l'intégration)	Tutorat	126 heures
	Jusqu'à n+5 (dans les 5 années suivant l'intégration)	Entretien infirmier	4 jours
		Thérapie systémique brève	3 jours
		Initiation à la relation d'aide	6 jours
		Rôle infirmier dans la psycho éducation et sensibilisation à l'éducation thérapeutique	2 jours
		Evaluation du risque suicidaire	4 jours

Source : Direction des soins - Pôle formation, EPSM Lille-Métropole.

[68] Professionnalisation, développement professionnel et rapport au métier sont des notions sur lesquelles nous reviendrons plus explicitement au chapitre 3.

Résumé du chapitre premier

La santé mentale et la psychiatrie forment un domaine de pratiques aux contours difficilement saisissables et étendu aussi bien à la prise en charge des pathologies psychiques qu'à des préoccupations et pratiques sociales ordinaires. L'asile fut institué au XIXe siècle comme un lieu de traitement moral des « insensés » relevant, à partir des travaux de Pinel, d'une approche à la fois humaniste et rationnelle de la folie. Progressivement, l'asile se détourna de sa mission thérapeutique d'origine pour devenir un lieu de réclusion et de déshumanisation des malades mentaux. Au cours du XXe siècle, avec les mouvements de la psychothérapie institutionnelle et de sectorisation, le champ de la psychiatrie fut alors traversé par des évolutions idéologiques et organisationnelles majeures remettant en cause l'ordre asilaire établi. Celles-ci ont donné lieu à une volonté d'humanisation et de désenclavement des hôpitaux psychiatriques. Au début des années 1990, période de développement d'une politique publique de santé mentale dépassant les « murs » de l'hôpital psychiatrique, les infirmiers exerçant spécifiquement dans ce champ virent disparaître leur formation au profit d'une autre reposant sur des contenus préparant aux soins généraux et adressée à l'ensemble de la profession infirmière. Dans une période de questionnements sur la spécificité et l'évolution des pratiques de ces infirmiers, plusieurs rapports ont relevé la difficulté posée dans les institutions psychiatriques par cette absence de formation. Les pouvoirs publics encouragèrent alors l'organisation, au sein des établissements de santé, d'un dispositif de formation et tutorat destiné aux infirmiers intégrant nouvellement le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Cette intention s'est notamment traduite localement dans les activités de l'EPSM Lille-Métropole au sein duquel la Direction des soins a développé un tel dispositif à partir de 2008. Commanditaire de cette recherche, l'établissement a souhaité, à travers celle-ci, mener une évaluation de l'action menée dans cette perspective.

Chapitre 2

Des spécificités d'une recherche commanditée : entre expectative sociale et posture de chercheur

Introduction : le cadre de la rencontre

La recherche en sciences sociales fonde invariablement son travail sur la rencontre. Tout au long de notre propos, le rapport du chercheur avec son terrain d'investigation sera avant tout envisagé comme un construit social élaboré à partir d'une succession d'échanges avec des acteurs associés au champ de pratiques faisant l'objet de notre recherche. Loin de devoir être minimisé, le caractère de cette rencontre est crucial dans l'organisation du travail du chercheur aussi bien que dans son évolution. Ceci est d'autant plus vrai si l'on considère au moins trois acceptions du mot « rencontre ». (1) Une première définition renvoie au « fait de se trouver fortuitement en présence de quelqu'un » et met en exergue le caractère hasardeux ou inattendu de certains types de rencontres. (2) Une deuxième acception se rapporte au « fait de se trouver ensemble de manière provoquée, concertée, éventuellement organisée en vue d'une coopération, de négociations, de décisions ». Cette caractérisation porte sur une dimension intentionnelle et anticipée de la rencontre, comme c'est le cas par exemple dans un partenariat. (3) Enfin une troisième désigne le « fait de se trouver pour la première fois en présence de quelqu'un, débouchant généralement sur une relation durable, fructueuse, amicale, amoureuse ».[69] Ce troisième point permet d'insister sur le fait que si l'activité individuelle est indissociable d'un rapport relationnel et intersubjectif, la rencontre se situe à l'origine de cette relation. Elle donne alors lieu à une interaction sociale. Que les acteurs soient en présence ou à distance l'un de l'autre, que cette rencontre soit précédée ou non d'éléments préliminaires (lettre de motivation, introduction par un tiers, réputation, etc.), l'interaction sociale désigne ici la concrétisation d'un échange direct entre deux acteurs. Comme l'a spécifié Erving Goffman, elle est caractérisée par la manière dont chacun se présente à l'autre :

> Il s'agit de cette classe d'événements qui ont lieu lors d'une présence conjointe et en vertu de cette présence conjointe. Le matériel comportemental ultime est fait des regards, des gestes, des postures et des énoncés verbaux que chacun ne cesse d'injecter, intentionnellement ou non, dans la situation où il se trouve (Goffman, 1974, p. 7).

[69] Ces trois acceptions sont tirées du CNRTL, récupéré le 20 juin 2016 de www.cnrtl.fr/definition/rencontre.

L'interaction est ainsi composée de conduites types sur la base desquelles les acteurs ajustent leur comportement vis-à-vis d'autrui. Ils orientent alors le déroulement de la rencontre à partir d'interprétations d'éléments composant les rencontres ordinaires, ce qu'ont souligné Peter Berger et Thomas Luckmann :

> La réalité de la vie quotidienne contient des schémas de typification en fonction desquels les autres sont appréhendés et « traités » dans des rencontres en face-à-face. Ainsi, j'appréhende l'autre en tant qu' « homme », qu' « Européen », qu' « acheteur », que « type jovial », etc. Toutes ces typifications affectent continuellement notre interaction mutuelle […]. Bien qu'ainsi défiées, cependant, les typifications se maintiendront jusqu'à avis ultérieur et détermineront mon action à l'intérieur de la situation (Berger et Luckmann, 2014, p. 80).

De telles « typifications » ont contribué à définir notre posture de recherche dans un contexte spécifique, celui de la recherche commanditée. Ce contexte a donné une dimension particulière aux rapports entretenus avec les acteurs rencontrés au cours de notre enquête de terrain. Pour préciser les implications de ce cadre de la recherche, nous nous arrêterons d'abord sur ses modalités et ses particularités dont l'une est de s'inscrire dans le dispositif des Conventions industrielles de formation par la recherche (CIFRE). Ce premier point permettra de caractériser l'ancrage institutionnel dans lequel se situe notre thèse et les besoins de recherche auxquels ce travail s'efforce de répondre. Dans un second point, nous verrons en quoi les rencontres effectuées dans ce cadre ont influé sur notre manière de conduire cette recherche.

1. Une recherche partenariale mise en œuvre dans le cadre des Conventions industrielles de formation par la recherche (CIFRE)

Les CIFRE constituent un dispositif visant à réunir des acteurs de la recherche publique et du monde socio-économique pour mener des travaux collaboratifs de recherche répondant à des préoccupations locales ancrées dans la vie d'une entreprise (organisme privé, publique ou même associatif). Ce faisant, le dispositif prévoit que ces acteurs organisent une formation professionnalisante destinée à un doctorant inscrit dans ce partenariat[70]. Ce doctorant est recruté par l'entreprise pour mener son travail de thèse en lien avec une question inscrite dans les orientations stratégiques du recruteur devenant alors le commanditaire de la recherche. On peut relever que ce cadre de la formation doctorale est perçu comme favorisant la professionnalisation et l'insertion professionnelle des jeunes docteurs s'y étant inscrit,

[70] A ce titre, nous renvoyons le lecteur à l'article de Romain Pierronnet et Nahla Salameh Bchara (2016) publié dans *The Conversation* avec pour visée de promouvoir les CIFRE. Les auteurs insistent sur les liens entre la recherche et le monde économique favorisés par ce dispositif.

représentation en particulier confortée par des enquêtes du Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications (CEREQ) (Calmand et Recotillet, 2013 ; Calmand, 2015). Ce dispositif associe ainsi plusieurs acteurs avec des rôles définis autour d'un projet commun. Chacun se distingue aussi bien à travers les **besoins** justifiant son engagement dans l'action partenariale, que par les **ressources** qu'il y investit (cf. tableau 4, p. 81).

On peut ajouter à cette énumération un quatrième acteur, celui chargé d'organiser et coordonner la mise en œuvre des CIFRE, l'Association Nationale de la Recherche et de la Technologie (ANRT). Cet organisme est reconnu par l'arrêté ministériel du 16 octobre 1953 avec pour finalité « d'assurer la promotion de la recherche technique, aider ses membres collectivement dans leurs activités de R&D [recherche et développement], les représenter auprès des pouvoirs publics, des organismes français et internationaux »[71]. Le rôle joué par l'ANRT dans le cadre des CIFRE consiste à assurer, pour le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, le co-financement[72] des CIFRE, à organiser l'expertise des projets de recherche en vue de leur inscription dans le dispositif et à évaluer la qualité de leur mise en œuvre. On associera enfin à ces acteurs un cinquième partenaire, il s'agit de l'école doctorale. Cette entité est garante de la qualité de la formation reçue par le doctorant dont elle assure la mise en œuvre avec notamment des visées d'insertion professionnelle. Les écoles doctorales « organisent la formation des doctorants et les préparent à leur activité professionnelle à l'issue de la formation doctorale »[73]. Cet acteur est notamment impliqué dans la quête de financement de la thèse, dans le développement de la culture scientifique du doctorant, ceci dans une perspective pluridisciplinaire, et dans l'évaluation de son parcours de formation[74].

Tout en considérant l'action de ces deux derniers acteurs, nous nous concentrerons essentiellement sur la relation entre le laboratoire, l'entreprise et le doctorant. C'est en effet entre ces trois parties qu'ont été principalement négociées, dans notre cas du moins, les modalités de mise en œuvre du travail de thèse. Si les différentes recherches en sciences humaines et sociales ont montré qu'il existe un rapport interactif du chercheur avec son terrain, le cadre des CIFRE introduit une dimension spécifique dans sa relation au terrain étudié. Cette

[71] Les informations exposées concernant l'ANRT proviennent du site interne de l'association : http://www.anrt.asso.fr/, consulté le 19 août 2013.
[72] Le recrutement du doctorant dans le cadre des CIFRE donne lieu au versement d'une subvention par l'ANRT à l'entreprise recruteur.
[73] Extrait de l'article 2 de l'arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat.
[74] Ces objectifs, définis dans l'arrêté du 7 août 2006 relatif à la formation doctorale, ont été récemment précisés dans les articles 3 et 4 de l'arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat.

particularité réside dans le fait que l'entreprise au sein de laquelle s'inscrit la recherche du doctorant est à la fois commanditaire du travail de recherche et employeur du doctorant. Cela entraîne un certain nombre d'implications qu'il est essentiel d'interroger. Avant d'aller plus avant, nous commencerons par caractériser et délimiter le rôle de chacun de ces trois acteurs du partenariat.

1.1. Un laboratoire de recherche, garant de la qualité scientifique du partenariat : le CIREL et l'équipe Proféor

Du point de vue du commanditaire et des co-financeurs, le laboratoire de recherche constitue la caution scientifique du partenariat. Il apporte dans cette optique une formation au doctorant ainsi qu'un dispositif de suivi de sa recherche à travers principalement la guidance de thèse. Parallèlement, à travers l'activité de ses membres, le laboratoire est un acteur central de la « socialisation universitaire » dans laquelle est engagé le doctorant. Le laboratoire impliqué dans le cadre de notre travail de thèse est le Centre Interuniversitaire de Recherche en Education de Lille (CIREL). Ce collectif est né en 2008 du regroupement de trois laboratoires de recherche lillois ayant apporté des contributions dans des champs spécifiques de la recherche en éducation et en formation des adultes. Proféor (créé en 1995) est spécialisé dans l'analyse du travail éducatif dans ses différents contextes ; Théodile (créé en 1993) se concentre en particulier sur les questions liées aux didactiques des disciplines ; et Trigone (créé en 1988) travaille surtout sur la formation des adultes et les technologies nouvelles mobilisées en milieu éducatif. Ces trois anciennes équipes d'accueil sont depuis 2008 les équipes de recherche internes du CIREL. Les recherches du laboratoire s'articulent à deux niveaux. Le premier est déterminé par les projets propres aux trois équipes internes. Le second est structuré autour de quatre axes transversaux fédérateurs de l'unité de recherche intitulés : (1) « Travail, activité, pratiques », (2) « Professionnalisation », (3) « Pratiques langagières, milieu, méthodes » et (4) « Médiation, accompagnement et transmission ». Ces orientations de recherche forment des orientations scientifiques constituant des repères pour les travaux menés au sein du CIREL. Notre thèse s'inscrit plus particulièrement dans le cadre des activités de Proféor-CIREL qui, comme nous l'avons évoqué précédemment, sont animées par l'ambition de structurer les travaux de l'équipe interne autour de la notion de « travail éducatif »[75]. Ce collectif entend par là apporter des

[75] Nous reviendrons dans le chapitre 3 sur la notion de « travail éducatif ».

éléments d'éclairage des phénomènes éducatifs en recourant à l'idée de « travail » comme entrée analytique (Starck, sous presse).

L'engagement de Proféor-CIREL dans la CIFRE dont il est ici question s'inscrit dans un contexte caractérisé, depuis les années 1980, par la transformation progressive des modes de financement de la recherche publique dont le modèle tend de plus en plus vers une logique de recherche « sur projet » (Hubert et Louvel, 2012). La capacité des laboratoires à s'organiser pour capter des ressources financières externes relève en effet d'une dimension éminemment stratégique de leurs activités. Cette tendance conduit à mobiliser des partenaires socio-économiques devenant de plus en plus décisionnaires dans les orientations et choix de modalités de production de savoirs et allant jusqu'à mettre en question l'autonomie du travail de recherche (Barrier, 2011). Au vu de ces éléments, si l'on peut avancer que les CIFRE constituent pour les laboratoires une opportunité de financement externe de leurs doctorants, se pose toutefois la question des conditions de production des savoirs issus de la thèse, mais aussi celle du rôle joué aussi bien par le laboratoire que par le commanditaire dans l'agencement de ces conditions.

1.2. Un commanditaire et co-financeur de la recherche : l'EPSM Lille-Métropole

La signature de la CIFRE a fait l'objet de certains accords préalables entre le doctorant, le laboratoire et l'organisation[76] commanditaire, ici l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole (EPSM-LM). Il a notamment été convenu avec nos interlocuteurs représentant ce dernier de ne pas placer l'établissement sous anonymat, ceci dans un souci de reconnaissance de son engagement dans la mise en œuvre de cette recherche. La description qui suit s'appuie sur la consultation d'une littérature grise interne à EPSM-LM[77] ainsi que sur des observations et témoignages recueillis lors de notre immersion sur place.

[76] Tout au long de ce travail, la notion d'organisation sera envisagée sous un angle sociologique comme un construit social regroupant des acteurs engagés dans des dynamiques relationnelles en vue d'atteindre un but collectif. André Lévy définit « classiquement » l'organisation « comme un ensemble de personnes et de groupes associés en vue de la réalisation d'objectifs de production de biens ou de services, ou poursuivant des fins d'ordre culturel (religieux…), et mettant donc en commun leurs ressources et leurs moyens » (2013, p. 213). Cette acception laisse entrevoir l'organisation aussi bien comme un objet social, un système d'acteurs structuré pour agir dans un champ de pratiques (ici la santé publique et, plus précisément, la psychiatrie et la santé mentale). C'est aussi un processus social entendu comme la manière dont ce système conçoit, coordonne, déploie et régule son activité selon des objectifs socialement déterminés. L'organisation s'inscrit alors simultanément dans le registre de l'action fonctionnelle d'une part, et dans le registre de l'activité humaine d'autre part.

[77] Les informations transmises ici proviennent du site internet de l'EPSM Lille-Métropole, récupéré le 24 juin 2013 de http://www.epsm-lille-metropole.fr/.

L'EPSM-LM a pour mission de prendre en charge les personnes souffrant de troubles de la santé mentale. L'établissement répond en effet à des besoins de soins, de diagnostics, d'équipements et de préventions sur une partie de la métropole lilloise. Son établissement principal est situé à Armentières (59) en périphérie de Lille, et ses activités se développent à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur de ses murs. Son agencement structurel témoigne des évolutions importantes ayant marqué la psychiatrie (cf. chapitre 1). L'établissement présente une répartition territoriale en neuf pôles de psychiatrie « générale », c'est-à-dire assurant une prise en charge des adultes ; et un pôle de psychiatrie « infanto-juvénile » destiné aux enfants et adolescents. L'EPSM-LM est composé de près de 1 800 salariés en équivalent temps plein (ETP). Cet effectif comprend plus précisément près de 1 200 professionnels ayant un rôle soignant non-médical et d'organisation des soins. Ceux-ci se répartissent en douze segments professionnels : cadres de santé, cadres supérieurs de santé, infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, agents des services hospitaliers, psychomotriciens, orthophonistes, préparateurs en pharmacie, auxiliaires de puériculture, ergothérapeutes et kinésithérapeutes.

Dans cette population, on compte près de 700 infirmiers parmi lesquels on distinguera les infirmiers titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier (IDE) et ceux détenant le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) qui n'est de nos jours plus délivré. Les seconds constituent une génération d'infirmiers en « voie de disparition ».[78] Nous reviendrons par la suite de manière plus précise sur la façon dont cette distinction interroge le travail infirmier et les actions en matière de formation et tutorat mises en œuvre au sein de l'établissement pour répondre à des préoccupations se posant à la profession. L'EPSM-LM comporte en effet une activité de formation des professionnelles de santé et justifie d'une démarche qualité reconnue par des organismes de certifications externes.

L'établissement dispose par ailleurs d'un secteur de recherche et développement engagé dans la recherche en psychiatrie : le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche en santé mentale. Notons que cette antenne de l'OMS s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire. Elle témoigne d'un important besoin de recherche en santé mentale et de l'engagement de l'établissement dans ce sens. Précisons immédiatement que notre recherche s'est déroulée indépendamment des activités du CCOMS et que la mission donnant

[78] A titre d'exemple, le bilan social 2012 de l'EPSM Lille-Métropole précise qu'au 31 décembre 2012, ces infirmiers sont majoritaires au sein de la population infirmière située dans la classe d'âge des 49-62 ans. Ils sont cependant moins représentés que les IDE dans la classe d'âge des 38-48 ans et sont inexistants dans les classes d'âges plus jeunes.

lieu à l'écriture de notre thèse a été menée dans le cadre des activités de la Direction des soins de l'établissement. Ce point constitue d'ailleurs une originalité de ce partenariat dans la mesure où cette entité présente une fonction coordinatrice et opérationnelle liée aux soins en psychiatrie. Elle n'a *a priori* pas vocation à mener des travaux de recherche en son sein. Ainsi, si l'EPSM-LM est identifié ici comme le commanditaire et le co-financeur de la recherche, celle-ci est portée et mise en œuvre dans le cadre des activités de la Direction des soins où nous avons été affecté tout au long de notre activité au sein de l'établissement. Ce point est essentiel pour comprendre le statut de notre présence sur le terrain d'enquête.

Dans le cadre de cette CIFRE, l'EPSM-LM a exprimé un besoin convergeant avec notre projet de thèse. Ce point a pu être précisé au quatrième mois de notre inscription en formation doctorale à travers un premier entretien avec un acteur de l'organisation commanditaire :

> Mon premier contact avec l'EPSM-LM fut concrétisé par ce rendez-vous le samedi 23 mars 2013 à 8h30, à la Direction des soins de l'établissement, avec la directrice des soins. Notre entretien fut chaleureux et mon interlocutrice montra un intérêt prononcé pour les questions de professionnalisation, en particulier celle concernant l'évolution des infirmiers en psychiatrie et santé mentale[79]. Au terme de cet échange, elle m'annonce sans réserve souhaiter travailler avec moi sur le projet de thèse que j'étais venu lui proposer.[80]

Précisons que cet entretien a présenté un enjeu capital de notre point de vue. En effet, outre les éléments qu'il a permis de déterminer (premier contact, expression d'un besoin, objet du travail de recherche, échanges sur sa faisabilité, négociation de ses conditions, etc.), ce face-à-face fut déterminant dans la question du financement de notre thèse. Si celui-ci implique la possibilité matérielle pour le doctorant de poursuivre son projet associant recherche et formation par la recherche, il signifie également la reconnaissance du projet de recherche comme étant en capacité de répondre à un besoin social et dans lequel des acteurs sont prêts à investir. Jean-François Marcel (2015) note à ce sujet que l'« argent » présente une dimension symbolique forte car il légitime le caractère socialement utile de la démarche de recherche, suffisamment du moins pour « miser » sur sa mise en œuvre. Outre enfin sa contribution financière, l'EPSM-LM ouvre l'accès pour le doctorant à un terrain d'investigation spécifique, celui des pratiques en psychiatrie et santé mentale - du moins celles associant travail et formation - observables « de l'intérieur » d'une organisation actrice de ce champ.

[79] A ce titre, le lecteur peut se référer à l'annexe I dans laquelle figure la synthèse de cet entretien.
[80] Extrait de notre journal de terrain.

1.3. Un chercheur en herbe en formation *à* et *par* la recherche : le doctorant

Le doctorant est d'abord un chercheur en devenir. Il est inscrit dans une formation doctorale « à et par la recherche », processus long et reconnu par les pouvoirs publics comme « une expérience professionnelle de recherche »[81] au terme de laquelle il soutient publiquement une thèse de doctorat. Dans le cadre des CIFRE, nous l'avons vu, cette dernière traite d'une question stratégique inscrite dans les activités d'un acteur socio-économique qui embauche le doctorant pour réaliser cette recherche. Dans notre cas, celle-ci porte spécifiquement sur la qualité des relations entre formation et travail chez les infirmiers exerçant en santé mentale, ce qui constitue une préoccupation majeure des acteurs de l'EPSM-LM, ce que nous avons vu au chapitre précédent. Ce point étant souligné, notre intérêt se portera ici essentiellement sur l'attitude du chercheur répondant à une recherche commanditée, sur la démarche qu'il utilise, sur les relations qu'il construit, bref, sur ce qui a trait à sa **posture de recherche**. En effet, le doctorant est immergé au sein de l'organisation commanditaire avec laquelle il entretient tout à la fois une relation employeur/salarié et commanditaire/chercheur. Du fait de cette relation et de la spécificité de ce cadre, se pose la question de la posture que le chercheur adoptera tout au long de son travail dont la nature et la forme font partie intégrante du processus de recherche. Non seulement elles sont déterminantes dans l'orientation et la mise en œuvre de la démarche d'enquête, mais elles sont aussi significatives dans les interactions sociales propres à la recherche et que le chercheur est amené à prendre comme objet d'analyse. C'est la particularité de cette posture inscrite dans une recherche commanditée que nous souhaitons préciser dans les lignes qui suivent.

[81] Article 1 de l'arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat.

Tableau 4 : Identification des besoins et ressources caractérisant le dispositif des CIFRE

	L'entreprise	Le laboratoire	Le doctorant
Besoins liés au partenariat	Besoin de « recherche stratégique pour son développement socio-économique »[82]	● Développer ses perspectives et activités de recherche scientifique ● Capter des financements extérieurs pour la recherche	● Recevoir une formation à la recherche par la recherche ● Financer sa thèse ● Déterminer son terrain d'investigation
Ressources apportées	● Co-financement pour la thèse ● Donne une ouverture pour la recherche scientifique vers un champ de pratiques sociales comme terrain d'investigation	● Apporte une formation au doctorant ● Assure un suivi scientifique du travail de recherche	Mène un projet et une activité de recherche répondant à une préoccupation socio-économique locale et inscrite dans un champ disciplinaire spécifique

2. De quelques implications du caractère commandité de la recherche sur la posture du chercheur

Comment envisager le caractère commandité de la recherche ? Sans être nouvelle, cette question renvoie toutefois à des préoccupations très actuelles concernant l'articulation entre la science et l'action. Ce questionnement est particulièrement présent dans le champ des recherches en éducation et en formation des adultes (Barbier, 2008 ; Dumet et Guillemette, 2012 ; Marcel, 2015b ; Morrissette, Pagoni et Pepin, 2017). Dans les lignes qui suivent, nous nous proposons de le considérer au regard de ses implications sur la posture du chercheur. Celle-ci implique une certaine présentation de soi et l'endossement d'un rôle spécifique (ou de plusieurs rôles) associé à un contexte. Il s'agit d'une attitude, d'une démarche, d'un positionnement adoptés plus ou moins volontairement. La posture spécifique du chercheur répondant à une commande s'attache pour sa part à trouver l'équilibre entre un adossement à une méthodologie de recherche et l'établissement d'une démarche de « consultance » par laquelle il apporte une lecture inusitée des situations. Cette relation avec le terrain est ainsi décrite par Pascal Nicolas-Le Strat comme :

[82] Site de l'Association Nationale de la Recherche et de la Technologie (ANRT), http://www.anrt.asso.fr/fr/espace_cifre/mode_emploi.jsp?p=40#.WDR9M1z1_2A, consulté le 15 février 2013.

> Un espace où plusieurs intentionnalités parviennent à se confronter et à s'éprouver les unes les autres […]. Là aussi, se découvre une professionnalité spécifique - celle de la consultance - qui ne saurait se réduire à la seule production de connaissances, aussi étayées soient-elles, mais doit intégrer une capacité à négocier méthodologiquement les situations afin de pouvoir les aborder sous un regard « inhabituel » (Nicolas-Le Strat, 2003, pp. 56-58).

La « commande » comme expression d'une attente sociale adressée au chercheur vient occuper une part centrale dans le cadre prescriptif de son travail. Ce faisant, elle donne une double dimension à son activité caractérisée tout à la fois par ce qui a trait à la recherche scientifique, mais aussi à la « prestation de service ». Pour éclairer ce cadre spécifique de la recherche, Patricia Champy-Remoussenard (2012a, p. 28) interroge les implications de la commande sociale dans ce qu'elle fragilise ou favorise l'indépendance de la recherche devant ce que l'auteure décrit comme un « double système d'attente » et qu'il nous faut identifier.

En premier lieu, le champ universitaire attend du chercheur une production de savoirs. Selon Jean-Marie Barbier, les « actions de recherche » renvoient en effet à « un ensemble d'activités ayant pour résultat intentionnel une communication sur le processus de production de savoirs inédits et sur ses résultats, dans des conditions qui permettent un jugement sur leur validité par une communauté destinataire » (Barbier, 2008, p. 52). La communauté des chercheurs s'appuie ainsi sur des normes universitaires et des critères de scientificité. Ses attendus sont **épistémiques**. Il en résulte que le travail du chercheur implique une posture académique dont la finalité consiste à produire des savoirs scientifiques en lien avec un objet donné. Si nous faisons l'hypothèse que le champ de la recherche scientifique entend constituer une ressource pour l'action, ses acteurs sont alors appelés à être attentifs à sa potentielle instrumentalisation eu égard aux enjeux concentrés dans la production de savoirs. Les « savoirs » sont en effet communicables et peuvent être mobilisés indépendamment de la sphère d'activité les ayant produits ainsi que le souligne J.-M. Barbier :

> Les savoirs ont une existence sociale distincte de ceux qui les énoncent ou se les approprient. Ils sont associés à des systèmes de représentations provisoirement stabilisés sur le monde et sur sa transformation. Ils sont indexés d'un jugement de valeur, d'une reconnaissance sociale, sanctionnée par cette activité de transmission/communication. Ils sont cumulables. Dans les représentations sociales dominantes, ils sont supposés pouvoir être investis dans des activités de transformation du monde (Barbier, 2008, p. 51).

A partir des savoirs communiqués dans les phases restitutives d'une recherche, les destinataires opèrent une construction de connaissances selon leur « reconnaissance », leur « compréhension » et leur « interprétation » des énoncés produits. De plus, la communication de savoirs implique une valorisation particulière : dire d'un énoncé qu'il constitue un savoir est

un jugement de valeur et présente des conséquences dans les rapports entre acteurs (Barbier, 2008).

En second lieu, l'organisation commanditaire qui constitue ici le terrain d'investigation du chercheur attend pour sa part des éléments d'éclairage pour l'action. L'enjeu est ici **pragmatique**. Un pan du travail de recherche vise alors à répondre à des attentes et des besoins sociaux, souvent dans un contexte professionnel. Nous le verrons par la suite, le champ de la recherche est de plus en plus sollicité depuis les années 1980 pour répondre à des demandes, ceci de manière appliquée, à des préoccupations locales. De nouveaux terrains de recherche engagés dans des actions collectives variables ont alors émergé (entreprises, administrations, associations, initiatives locales, etc.). Ceux-ci constituent des terrains de recherche au potentiel considérable pour la connaissance scientifique. Il s'agit néanmoins de zones « à risque » au sein desquelles l'efficacité du chercheur est éprouvée et donc, quelque part, son « utilité » sociale. Envisager la recherche uniquement dans une perspective utilitariste relèverait du réductionnisme et risquerait de dénaturer sa finalité de production de savoir. Il n'en reste pas moins que le caractère commandité d'une recherche est animé d'un besoin spécifique pour lequel sont attendus des éléments d'éclairage scientifiques en lien à des préoccupations sociales. Le chercheur joue sur ce point la reconnaissance de son efficacité sociale. Il en résulte potentiellement un effet d'influence que le commanditaire peut exercer sur le chercheur, en particulier le jeune chercheur en quête de reconnaissance professionnelle.

Notons tout de suite que ces attentes épistémique et pragmatique ne sont pas incompatibles. Elles sont même complémentaires et leur articulation constitue tout le défi à relever pour le chercheur car elle pose un problème central : si le commanditaire (co-)finance la recherche, c'est qu'il y associe un ensemble d'attentes. Celles-ci interrogent alors la finalité du champ de la recherche : a-t-il vocation ou non à produire des apports en fonction des attentes de tel ou tel acteur social ? Du reste, tout au long de sa fréquentation du terrain d'investigation, le chercheur-doctorant est confronté à des dynamiques d'influence à son égard présentant le risque d'orienter, et donc d'altérer sa perception du milieu observé. S'appuyant sur ses propres recherches menées en réponse à une commande sociale et en référence aux travaux de Pierre Bouvier, P. Champy-Remoussenard (2012a, p. 33) précise sur ce point que « la distanciation entre l'objet d'analyse et l'observateur procéderait de l'hétérogénéité des univers de référence. Partager des signes de reconnaissance peut, à terme, conduire le chercheur à changer d'univers de référence. L'immersion prolongée risque de substituer un univers de référence à un autre ».

Ce point implique l'existence d'un risque qualifié par l'auteure de « tribalisation » du processus de recherche par la « neutralisation » du regard du chercheur. Il suscite un questionnement de fond sur le rapport de l'observateur à son terrain de recherche venant questionner sa capacité à contribuer à une compréhension objectivée du monde de manière distanciée, rigoureuse et indépendante, qualités sans lesquelles le chercheur peut voir sa légitimité fragilisée. En effet, la formulation d'une commande par un acteur social est empreinte d'intentions de la part du commanditaire susceptibles d'impacter les conditions de déploiement du travail de recherche. La validité des résultats obtenus est en grande partie conditionnée par la garantie de son indépendance vis-à-vis des sphères d'influence pour lesquelles les aboutissants de la recherche présenteraient un intérêt avéré. Le chercheur doit alors parvenir à mettre à distance la commande et à mettre à distance ses dimensions prescriptives et psychosocialement orientées. Au vu de ces éléments, on voit que l'activité du chercheur est traversée par au moins trois enjeux impactant sa posture de recherche :

- Le premier concerne la **scientificité de la démarche** et porte, nous l'avons vu, sur la capacité du chercheur à satisfaire à des attendus académiques en lien avec sa discipline, c'est-à-dire à mettre en œuvre une démarche et une méthodologie spécifiques à des fins de production de savoirs scientifiques (*enjeu épistémique*).

- Un deuxième enjeu réside dans l'**efficacité[83] de la recherche** à travers sa capacité à apporter un éclairage pour l'action sur une question formulée par le commanditaire (*enjeu pragmatique*). Celui-ci n'a pas vocation à investir dans la recherche pour faire progresser la recherche en tant que telle, mais pour répondre à un besoin plus ou moins bien défini présentant des résonnances pratiques associées à ses propres préoccupations. L'enjeu pour le chercheur réside ici dans sa capacité à orienter l'action, à faire montre du caractère utile des travaux menés du point de vue des acteurs du monde socio-économique. Le cadre de la recherche commanditée implique alors une « expectative

[83] Précisons que si la notion d'« efficacité » renvoie à la production d'un effet attendu, cette attente est variable d'un acteur social à l'autre et peut se traduire à différents niveaux. Par exemple, le souhait émis par les acteurs de l'EPSM-LM de ne pas voir l'établissement placé sous anonymat dans le cadre de notre thèse constitue un indicateur significatif de l'enjeu pour le commanditaire de promouvoir une part de ses activités et notamment celles l'associant au champ de la recherche. On peut en déduire que la notion d'« efficacité » ne porte pas ici uniquement sur la capacité de la recherche à éclairer la pratique professionnelle, mais également à valoriser l'image de l'établissement.

sociale », expression sur laquelle nous allons revenir, à l'égard du chercheur dépassant le seul cadre académique.

- Le troisième résulte de l'articulation des deux premiers. Il s'agit de la **distanciation du chercheur**, c'est-à-dire sa capacité à maintenir à l'écart et objectiver des phénomènes d'influence susceptibles de neutraliser son regard, voire d'altérer son travail. Si cette question se pose pour l'activité scientifique dans son ensemble, elle est associée à une question bien spécifique dans le cadre d'une recherche commanditée, celle de l'indépendance de la recherche.

L'identification de ces enjeux nous permet à présent d'aborder plus précisément les éléments caractéristiques de notre recherche et de la posture adoptée en considération du rapport construit avec notre terrain d'investigation. Pour cela, nous nous efforcerons en premier lieu d'établir un repérage des différents niveaux d'attentes vis-à-vis de notre recherche décelés tout au long d'une immersion prolongée au sein de notre terrain d'investigation, la commande sociale ne constituant qu'une partie de ces attentes. En second lieu, nous verrons dans quelles mesures une part de ce travail est amenée à comprendre mais aussi à transformer l'activité. Il s'agira alors d'aborder ce qu'implique la notion d'intervention dans la recherche en sciences humaines et sociales. Enfin, en considération des deux points précédents, nous tenterons de caractériser notre posture de chercheur en en dégageant aussi bien les spécificités liées aux Sciences de l'éducation que celles associées à notre terrain d'investigation.

3. Une expectative sociale à plusieurs niveaux d'interpellation

Nous appellerons « expectative sociale » l'ensemble des systèmes d'attentes explicites ou implicites, formalisées ou tacites, se formant vis-à-vis du travail du chercheur. Leur manifestation plus ou moins visible, plus ou moins exprimée, intervient dans les dynamiques interactionnelles entre le chercheur et les acteurs du terrain qu'il étudie. Ce faisant, on remarque différents niveaux d'expectative sociale ouvrant des espaces de négociation variables selon les acteurs.

Ce phénomène émerge de manière spécifique lorsque la recherche se déroule dans un contexte où elle fait l'objet d'une commande. L'expression des expectatives sociales vis-à-vis du chercheur se distinguent, selon P. Champy-Remoussenard, à travers trois types de

manifestation, à savoir les « attentes », les « demandes » et les « commandes » :

> Les attentes existent nécessairement même si elles ne sont pas toujours formulées comme telles et ne sont pas toujours perçues par les chercheurs. […] Les demandes sont des attentes traduites en demandes explicites […]. Elles s'expriment directement ou indirectement *via* les médias par exemple et sont autant de suggestions faites aux équipes de chercheurs quant à l'orientation de leurs travaux. Les commandes enfin sont des demandes formalisées, institutionnalisées, contractualisées (Champy-Remoussenard, 2012a, p. 25).

Ces différents degrés interpellant le travail de recherche sont tout à fait utiles pour comprendre la négociation susceptible d'être menée entre chercheur et commanditaire, ceci sans exclure d'autres acteurs du terrain d'investigation. A la lumière de ces éléments, nous pouvons identifier principalement quatre niveaux d'expectative liés à notre recherche présentant des origines et des temporalités distinctes. Des origines, car les acteurs ayant manifesté une forme d'attente sont variables de par leur statut ou leur rôle dans la définition et le déroulement de la CIFRE. Des temporalités aussi, car ces expectatives se sont exprimées à différents moments du déroulement de la recherche. Nous les énumérerons ainsi en respectant leur chronologie :

(i) Niveau de la demande de recherche avec pour enjeux la pertinence et la valorisation identitaire d'un groupe professionnel. Ce premier niveau se rapporte à la rencontre initiale avec une représentante de l'EPSM-LM[84]. Au cours de cet entretien, il nous a été présenté l'existence d'un dispositif de formation et tutorat adressé aux infirmiers exerçant nouvellement en psychiatrie et santé mentale. La demande émise lors de cet échange a porté sur le souhait d'en connaître les répercussions en lien avec la qualité du travail et donc, sur l'évaluation de la **pertinence** de cette action collective menée à destination des infirmiers. La demande a du reste révélé un second enjeu associé à l'écriture d'une thèse de doctorat, celui de **valoriser l'identité collective de ces infirmiers**, c'est-à-dire de promouvoir par la recherche la singularité de ce corps professionnel.

(ii) Niveau de formulation écrite de la commande avec pour enjeu l'institutionnalisation de la mission confiée au doctorant. La commande de la recherche a été formulée explicitement dans la lettre d'engagement signée par le directeur de l'EPSM-LM et qui nous sera remise le samedi 20 juillet 2013 des mains de la directrice des ressources humaines :

> Dans le but de renforcer la pertinence de notre activité au regard des besoins manifestés par notre terrain d'exercice, notre établissement poursuit un objectif général de développement de la professionnalisation des infirmiers exerçant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Pour cela, l'EPSM Lille-Métropole a mis en place un dispositif de formation

[84] Nous avons par la suite réalisé une synthèse de cet entretien sur laquelle nous avons adossé une proposition pour une démarche de recherche (cf. annexe I).

> et tutorat à destination des infirmiers intégrant nouvellement le secteur psychiatrique et ce, pour une durée de 2 ans, complété par un dispositif de formation complémentaire constituant un socle de base. Nos intentions et engagements en termes qualitatifs nous conduisent donc à développer un dispositif d'évaluation de cette démarche de professionnalisation. Pour cela et au regard de la démarche complexe que représente l'évaluation d'une action de professionnalisation, je souhaite que l'EPSM Lille-Métropole puisse travailler en collaboration avec un laboratoire de recherche en Sciences de l'éducation et bénéficier de son expertise.[85]

Cette formulation institue ce que le commanditaire souhaite voir émerger du déroulement de la recherche. Ici, la question de la « pertinence » vient au premier plan alors que celle de l'« identité » n'est pas mentionnée. On notera également dans cet extrait la représentation donnée du laboratoire de recherche envisagé à partir de son « expertise » en mesure d'apporter un éclairage sur la « démarche complexe que représente l'évaluation d'une action de professionnalisation ». Reste à savoir si l'enjeu de la commande réside uniquement dans un besoin de connaissance sur les pratiques à l'œuvre au sein de l'établissement ou bien s'il se situe également sur le plan d'une recherche de « légitimité scientifique » (Champy-Remoussenard, 2012a, p. 29-30) associé au souhait de promouvoir l'identité infirmière en psychiatrie. Il est certain, nous le verrons par la suite[86], que les actions à des fins de professionnalisation de ces infirmiers présentent un enjeu significatif pour la reconnaissance sociale de cette profession et, indissociablement, la place de la psychiatrie dans l'espace social[87].

(iii) Niveau d'expression d'une attente de reconnaissance par certains acteurs de l'organisation (les tuteurs) associée à une demande d'intervention adressée au doctorant. Ce point comporte un enjeu d'efficacité sociale du doctorant. Au cours de nos premières semaines d'immersion, nous avons perçu un niveau d'expectative beaucoup moins formalisé, mais tout autant significatif. Il s'agit d'une attente exprimée implicitement par les tuteurs, groupe d'infirmiers né de la mise en œuvre du dispositif de professionnalisation. A ce titre, il nous a semblé incontournable de nous intéresser particulièrement aux pratiques propres à ce collectif[88]. Lors de notre première rencontre avec ces tuteurs, le 31 janvier 2014, notre intention était d'obtenir leur consentement pour assister aux réunions et situations pédagogiques qu'ils organisaient et animaient, ceci en espérant pouvoir « nous fondre dans le décor » en vue de

[85] Extrait de la lettre d'engagement de l'EPSM-LM dans le dispositif CIFRE (cf. annexe II).
[86] Cf. chapitre 6 portant sur l'évolution de la formation infirmière en psychiatrie.
[87] Ce rapport entre la place de la psychiatrie comme discipline médicale et son impact sur l'évolution de la profession infirmière propre à ce champ, y compris celle de sa formation, est mis en lumière dans une co-production s'interrogeant sur la nature même du savoir infirmier (Krzyzaniak et Miribel, 2016).
[88] Cf. chapitre 8 consacré aux tuteurs et aux dynamiques observées dans leur travail.

mener nos observations sans pour autant interférer. Au détour de nos premiers échanges, nous avons obtenu, de la part d'une tutrice arrivée en retard à la réunion, la réponse suivante : « *Je prends ça [la présence d'un observateur extérieur] comme une manifestation d'intérêt pour ce qu'on fait, alors qu'on est en train de s'essouffler. Du coup, la prochaine fois, j'arriverai à l'heure. Ça donne l'impression qu'on va donner du sens à ce qu'on fait* »[89]. Dans cette réflexion, on peut relever que la présence du chercheur est ici vécue par la tutrice s'exprimant comme une manifestation de reconnaissance de la pratique du tutorat mise en œuvre au sein de l'établissement. Mais on notera surtout à travers ce commentaire que notre présence n'est pas passée inaperçue. En effet, lors de cette même réunion que nous avons observée et écoutée tout en nous efforçant de rester le plus discret possible, une autre tutrice s'est adressée à nous à la suite de plusieurs heures d'échanges portant sur différents sujets ayant trait à leur activité de tutorat : « *Qu'est-ce que vous en pensez ?* ».

Cette simple question est venue jeter le doute quant à la nature de notre posture de recherche. Se manifestant au terme d'une première séquence d'observation, elle suggéra que cet angle de vue du travail des tuteurs appelait, du moins ce jour-là, à une analyse « à chaud » des éléments relevés. Pour le dire autrement, la possibilité que nous avions d'observer ce groupe semblait impliquer une contrepartie dont nous ne connaissions pas encore la nature exacte. Celle-ci nous fut précisée plus tard lorsque la cadre de santé responsable de l'organisation et de la mise en œuvre du tutorat nous sollicita au cours d'une discussion pour concevoir une session de formation à destination des tuteurs sur la base des observations menées. Cette demande non formelle traduisait précisément une volonté d'accueil de la recherche, à condition que celle-ci soit articulée au champ de l'action, en l'occurrence celle des tuteurs.

Pour autant, une telle perspective n'en implique pas moins une mise à l'épreuve du chercheur. D'une part, la réalité analysée constitue un espace-temps dont la compréhension et l'interprétation issues des observations réalisées peuvent être invalidée par les sujets mêmes que le chercheur a observés, ceci avec le risque de remettre en cause la légitimité de sa présence. D'autre part, elle questionne sa posture car, si le chercheur observe une réalité sociale, il est ici appelé à la transformer par la formation. Or, cette attente de normativité du chercheur ne vient-elle pas invalider son effort de mise à distance des phénomènes observés ? Nous reviendrons sur ce point lorsque nous traiterons des questions portant sur le caractère interventionniste de

[89] Propos d'une tutrice extrait du journal de terrain et prononcé lors de notre première rencontre avec un groupe de tutrices. Nous reviendrons plus en détail sur cette situation (cf. chapitre 8).

l'activité du chercheur.

(iv) Une attente latente avec un enjeu pour l'identité professionnelle collective : Enfin, nous évoquerons certaines manifestations d'acteurs du terrain au cours de conversations informelles portant sur l'objet de la thèse. Il s'agit essentiellement d'acteurs n'étant pas parties prenantes dans la définition ou la mise en œuvre de la recherche, mais pour lesquels il importe d'en connaître l'issue. Cet intérêt semble s'expliquer aussi bien par l'appartenance de ces acteurs au corps des infirmiers que par la nature de leurs préoccupations quotidiennes, plus ou moins directement associées à l'objet de recherche. Ainsi, nous retenons des propos tels que : « C'est important la professionnalisation[90]. Après il faudra nous fournir des outils, un retour sur investissement » ; « Nous avons hâte d'écouter vos retours sur ce que vous aurez observé » ; « Tout ça, c'est des questions compliquées. Nous on a la tête dans le guidon. C'est tout l'intérêt de votre travail ». Ce type de propos accompagnait notre quotidien au sein de l'établissement commanditaire. Il nous a permis d'en déduire un intérêt pour les questions inhérentes à l'évolution de la formation et du travail infirmiers, ce tissu d'attentes latentes surgissant de manière sporadique au gré de conversations avec des soignants ou des membres de l'encadrement.

Indépendamment de ces quatre niveaux, on peut identifier un autre degré d'expectative que nous ne ferons qu'évoquer car ses manifestations ne nous ont pas été exposées explicitement. Celui-ci relève d'un espace-temps de négociation entre décideurs auxquelles nous n'avons pas participé, mais dont l'issue fut la signature de la CIFRE. Si nous n'avons pu les observer, elles ont toutefois eu un impact certain sur la possibilité de réaliser cette recherche ainsi que ses conditions de réalisation.

Ces différents niveaux d'interpellation identifiés, nous nous concentrerons principalement dans les pages qui suivent sur le troisième concernant la demande d'intervention des tuteurs par la formation. Nous l'avons suggéré précédemment, cette demande questionne directement la posture du chercheur car elle l'invite à adopter une démarche de recherche-intervention, champ de pratiques attribuant notamment une portée transformatrice à l'activité du chercheur. Or, si cette dimension existe depuis longtemps déjà dans les recherches en sciences humaines et sociales, en particulier à travers l'influence de courants interventionnistes comme l'analyse institutionnelle, la psychothérapie institutionnelle ou encore la socianalyse (Monceau, 2015), la

[90] Ce qui est désigné ici est le cycle de formations organisé par l'EPSM-LM dans la cadre du dispositif de professionnalisation à destination des infirmiers nouvellement recrutés.

question de l'intervention a fait l'objet d'une réflexion de fond chez les sociologues sur lesquelles il nous apparaît incontournable de nous arrêter pour penser la portée interventionniste de notre recherche.

4. La question de l'intervention dans la recherche en sciences humaines et sociales

Dans leurs principes fondateurs les sciences humaines et sociales ont défini leurs méthodes à partir du primat du regard s'attachant à aborder les faits sociaux comme des « choses » et définir leur nature à partir d'éléments leur étant extérieurs (Durkheim, 1993). Par la suite, à partir des années 1930, la Sociologie a vu peu à peu émerger des approches structurées autour d'une posture « participante » du chercheur s'employant à comprendre les règles, les codes, les croyances, les pratiques, les rites (sacrés ou profanes) propres à une collectivité donnée, ceci en observant de manière dite directe et en décrivant la vie de groupes humains « de l'intérieur », c'est-à-dire au travers d'une immersion prolongée au sein d'un collectif ciblé. La démarche consiste alors à se familiariser avec celui-ci en en partageant la vie quotidienne de manière à permettre un regard privilégié sur ses dynamiques de fonctionnement. Cette méthode dite de l'observation participante « permet de vivre la réalité des sujets observés et de pouvoir comprendre certains mécanismes difficilement décryptables pour quiconque demeure en situation d'extériorité » (Soulé, 2007, p. 128). Comme l'écrit Annie Goudeaux (2012, p. 119) à propos de l'observation participante, celle-ci nécessite plusieurs « qualités » pour être menée à bien : « capacité d'écoute, disponibilité cognitive et émotionnelle sur de longues périodes, patience, mémoire, vigilance, curiosité, réflexion, sans compter un intérêt authentique pour l'activité des personnes observées et certainement un goût pour ce type de démarche ». Outre ces dispositions, l'auteure souligne par ailleurs que le chercheur doit « parvenir à maintenir tant bien que mal cette tension entre vécu et regard « du dehors » ». Ce second point prendra ici une dimension particulière eu égard au caractère commandité de notre recherche.

L'enquête de terrain, telle qu'elle est pratiquée couramment dans les sciences humaines et sociales implique, en quelque sorte, une « intrusion » de l'observateur au cœur de son terrain d'investigation. Cette approche spécifique aux perspectives anthropologiques et ethnologiques a fréquemment donné lieu à une participation du chercheur au sein même de la vie sociale qu'il s'efforce d'observer (Soulé, 2007). Dans certaines études en effet, le chercheur s'engage vis-à-vis des communautés et groupes sociaux étudiés. Il peut avoir une fonction sociale et morale

définie et reconnue par les acteurs du terrain. C'est le cas par exemple de l'enquête menée par David Lepoutre (1997) au sein de la banlieue des Quatre-Mille. Enseignant dans un collège de La Courneuve et identifié en tant que tel parmi les acteurs de son terrain d'investigation, il s'intéresse aux jeunes de banlieues et décrit la difficulté de son intégration dans la cité des Quatre-Mille où il s'est installé.

C'est au tournant des années 1980 que l'on a vu augmenter les demandes de recherche en Sociologie en lien avec des préoccupations locales. Cette évolution a notamment donné lieu au développement de dispositifs de recherches partenariales[91]. La discipline dont les travaux visent d'abord l'analyse du fait social fut alors peu à peu envisagée et sollicitée comme une ressource pour le changement, en particulier dans les organisations. L'articulation entre le champ de l'action et celui de la connaissance de l'action interroge alors différemment le chercheur dans son rapport au terrain d'enquête. Dans des recherches portant sur le militantisme syndical, Pierre-Éric Tixier (1992) a par exemple montré comment la volonté de produire une lecture « idéelle » des phénomènes sociaux (fin visée par le chercheur) est confrontée à une représentation « idéale » revendiquée par le syndicaliste (fin visée par le militant). Le chercheur est alors engagé dans une quête de *proximité* à l'égard de son terrain tout en s'efforçant de mettre à distance les influences qui en émanent. C'est l'objet d'un débat marquant particulièrement la Sociologie.

La posture à partir de laquelle le chercheur assure une fonction sociale dont la finalité consiste à interférer, agir sur son objet d'étude à partir des analyses qu'il a opérées implique un véritable franchissement méthodologique. Dès lors, ce rapprochement entre compréhension et intervention vient questionner en profondeur la nature et les pratiques de recherche. *Comment concilier et articuler le regard analytique du chercheur animé par un idéal d'objectivité, avec une posture potentiellement normative et consciente des conséquences de son intervention ?* Cette question n'a pas été sans susciter la controverse parmi les sociologues. Des débats parfois vifs entre ces derniers ont en effet porté sur l'existence d'une rupture dans la posture de recherche caractérisant l'intervention sociologique, question qui touche jusqu'aux fondements épistémologiques de la discipline. On peut identifier deux positions dans cette controverse.

La première pointe la nécessité de penser les modalités de l'intervention, quitte à revenir sur certains fondements de la discipline dont Gilles Herreros (1997) interroge en effet les

[91] On notera dans ce contexte l'émergence des recherches menées dans le cadre des CIFRE, dispositif créé en 1981.

fondamentaux méthodologiques et épistémologiques. S'appuyant notamment sur la pensée pragmatiste (en particulier sur les apports de William James), cet auteur esquisse l'idée d'une Sociologie d'intervention dont la pratique consiste moins à mettre en avant les savoirs scientifiques dont il est dépositaire, pratique le maintenant à distance de la réalité sociale examinée ; mais davantage à s'engager dans une compréhension empathique de l'action en créant les conditions de « la conversation socratique » avec les acteurs du terrain d'investigation :

> Pour le sociologue se piquant d'intervention [avance Herreros], sa discipline ne peut être ni une tour d'ivoire, dont il s'emploierait à garder la pureté théorique, méthodologique ou paradigmatique, ni un îlot duquel il pourrait observer, froidement, la souffrance dont sont porteurs les lieux, les gens, auxquels il se confronte. Le sociologue tiers se heurte à la souffrance, il la croise, il apprend d'elle, il doit aussi l'affronter (Herreros, 1997, p. 90).

L'auteur insiste ici sur la figure du tiers que constitue le sociologue-intervenant et ses implications dépassant une approche sociologique classique que l'auteur juge trop éloignée de la réalité des acteurs sociaux. Il suggère alors :

> L'abandon des rigidités disciplinaires, des cloisonnements théoriques, des dogmes méthodologiques, de la prétention scientifique, de l'élitisme critique pour se confronter enfin à la souffrance. Interférer, traduire, rapprocher pour comprendre, expliquer, interpréter et aider sans jouer pour autant aux guérisseurs, tel est le programme condensé d'une sociologie d'intervention revisitée (Herreros, 1997, p. 91).

Les propos tenus par G. Herreros furent vertement critiqués et réfutés par Erhard Friedberg (1997), s'opposant alors à cette « anti-sociologie ». On peut résumer ainsi cette seconde position : intervenante ou non, il s'agit avant tout de Sociologie. Cet auteur fustige les propositions « vagues » formulées par G. Herreros et insiste sur la rigueur nécessaire à la méthodologie du sociologue impliquant tout d'abord une distance indispensable vis-à-vis du champ de l'action :

> La position d'intervenant ne doit pas pousser le sociologue à se dissoudre dans le champ d'action qui est l'objet de son intervention sous prétexte qu'il n'est finalement pas différent des acteurs de ce champ, ni encore moins à abandonner une posture méthodologique forte et exigeante au profit de je ne sais quelle position de médiation, d'animation et d'intercession que l'invocation de quelques grands noms de la philosophie et/ou la référence aux dieux grecs suffirait à préciser et à concrétiser (Friedberg, 1997, p. 94).

Il appuiera plus tard son point de vue en réaffirmant la nature de la Sociologie comme relevant d'une discipline positive :

> La contribution du sociologue n'est […] pas de nature normative. […] Ou plutôt sa qualité de sociologue, c'est-à-dire une formation et une capacité professionnelle particulières, ne lui donne aucune expertise et aucune légitimité particulières pour proférer des valeurs, demander l'adhésion à

> ses conceptions normatives ou imposer ses préférences aux autres. Elle ne lui confère une position légitime d'expertise que dans et pour la production d'une connaissance positive sur les structures et mécanismes de régulation du système d'acteurs-cible du changement (Friedberg, 2001, p. 117).

Ce désaccord pose fondamentalement la question du rapport du sujet-chercheur avec son objet de recherche. La position d'E. Friedberg affirme qu'il ne peut et ne doit pas exister de lien entre le sujet et l'objet. G. Herreros considère pour sa part que la compréhension de l'objet est indissociable du point de vue et même d'une implication du sujet-chercheur. Plus encore, cette controverse interroge plus largement la nature de la recherche et la fonction sociale du chercheur. *Ont-ils vocation à comprendre la réalité sociale pour l'expliquer ou bien comprendre pour outiller et accompagner sa transformation ?* Il existe en somme une tension propre à la posture du chercheur-intervenant dont une part importante du travail consiste à trouver l'équilibre entre deux logiques d'action contradictoires mais indissociables.

La première consiste à s'approcher le plus près possible d'un objet pour le décrire et le comprendre aussi précisément que possible. Si cet objet est un acteur humain, la subjectivité de ce dernier ne peut être ignorée car elle est partie prenante de la recherche dès lors que le chercheur entre en relation avec autrui-acteur du terrain d'enquête. La seconde concerne la mise à distance par le chercheur de son objet de recherche, ceci malgré sa participation, éventuellement son implication, au sein d'un système relationnel donné entraînant alors invariablement des dynamiques intersubjectives associant le chercheur : quel sens le sujet donne-t-il alors à sa rencontre avec le chercheur ? En quoi cette relation impacte-t-elle le comportement de l'acteur-sujet ? Conjointement, quel est l'effet sur le chercheur, lui-même sujet de la situation dans laquelle il rencontre l'acteur du terrain ?

La nature de ce rapport direct au terrain est variable d'un chercheur à l'autre et d'une étude à l'autre. On peut envisager cette relation se limitant à une description des situations rencontrées par le chercheur tout en se situant en extériorité du terrain, ceci avec comme préoccupation de ne pas interférer pour ne pas « biaiser » la réalité sociale observée et préserver la neutralité et l'objectivité inhérentes au travail de recherche. C'est d'ailleurs la démarche initiale que nous avions envisagée lors de notre première rencontre avec les tuteurs. Ce type d'approche prend alors la forme d'une observation des pratiques et des formes culturelles s'offrant au chercheur et suppose de dissocier ce dernier des interactions humaines observables au sein même de l'espace d'analyse. Les dynamiques actorielles en présence sont ainsi envisagées comme des objets de sa contemplation. La conscientisation des acteurs du fait d'être observés, pour autant qu'elle soit admise, est quant à elle minimisée dans le travail d'analyse.

On peut tout à l'inverse s'inspirer de la posture de Mony Elkaïm (1989). Cet auteur considère à partir de ses travaux en thérapie familiale systémique que le chercheur est un acteur à part entière de la situation de recherche et que sa présence sur le terrain, son entrée en relation avec les acteurs, vient modifier le système relationnel que constitue la situation de recherche. Notons d'ailleurs que le chercheur fait d'autant plus partie de cette situation que les acteurs du terrain eux-mêmes peuvent manifester des attentes à son égard. C'est le cas notamment dans le cadre des recherches commanditées. Nous l'avons vu avec les tuteurs au sein de notre propre terrain, les acteurs observés par le chercheur peuvent être amenés à le solliciter en vue d'interférer dans leur travail quotidien et agir sur l'activité observée. Au travers du positionnement vis-à-vis de son terrain, le chercheur opère des choix cruciaux à la fois sur les plans épistémologiques, méthodologiques et méthodiques. Les orientations qu'il choisit impliquent alors un positionnement spécifique l'engageant dans un débat qui le dépasse mais auquel il vient contribuer par la spécificité qui est la sienne. Les résultats potentiels de la recherche font alors de sa posture une question éminemment stratégique interrogeant directement la rigueur et l'indépendance nécessaires à la démarche scientifique.

Pour tenter de résoudre la tension irréductible générée par le besoin à la fois de rapprochement et de mise à distance de l'objet de recherche, des sociologues se sont employés à développer une « théorie d'action », ainsi que l'a souligné Marc Uhalde (2002), avec notamment pour objectif de penser la dimension relationnelle propre à l'enquête de terrain. Ce changement de cadre a alors impliqué de penser la compréhension du social, ceci en l'articulant à des questionnements sur l'effet potentiellement normatif du chercheur, sur sa posture éthique ou encore sur la nature de son engagement au sein de l'espace social étudié. La théorie d'action définit dans ce sens des « principes théorico-pratiques qui sous-tendent toute forme d'intervention dans un milieu humain » (Uhalde, 2002, p. 58).

Certaines approches interventionnistes consistent alors à subvertir un ordre social ciblé. C'est ce à quoi se sont par exemple employés les « établis ». Ce mouvement issu de la gauche extra-parlementaire et d'inspiration maoïste a émergé dans le contexte social conflictuel des années 1967-68. Il reposait sur l'engagement d'étudiants militants ayant intégré des organisations, souvent des usines, afin d'en comprendre le quotidien des classes de populations (ouvriers, femmes, immigrés, etc.) dominées dans des rapports sociaux légitimés par l'organisation du travail. Si ce mouvement a donné lieu à des immersions prolongées contribuant à la connaissance qualitative du travail (notamment Linhart, 2008), ses orientations idéologiques et

politiques suscitent chez certains auteurs le questionnement quant à la démarche de recherche et la méthodologie (Zancarini-Fournel, 2001). Notons tout de suite que l'intervention sociologique ne se définit pas autour d'une vocation à entrer en tension avec une organisation, ni même à la subvertir. Certaines démarches interventionnistes, non marquées par des tendances contestataires, s'efforcent de donner un statut au chercheur au sein même du terrain d'enquête. Au regard des spécificités de la posture de recherche, l'investigateur est alors susceptible de remplir une fonction de conseil ou managériale amenée à étudier ce qui se joue dans les rapports identitaires et culturels propres à une structure organisationnelle. C'est ce à quoi doit s'employer la figure du « sociologue d'entreprise » proposée par Françoise Piotet et Renaud Sainsaulieu (1994).

Il n'en reste pas moins que certaines approches s'inscrivent explicitement dans une perspective critique. C'est le cas des tenants de la Sociologie clinique (Gaulejac, Giust-Desprairies et Massa, 2013) dont l'originalité est d'analyser les rapports de pouvoir dans des organisations envisagées par ce courant comme la manière dont le management mobilise les travailleurs par des processus de valorisation de l'ego et d'idéalisation de l'entreprise. La Sociologie clinique porte alors sur les ambivalences qui traversent les trajectoires sociales des personnes et les comportements contradictoires provoqués par des logiques à la fois d'engagement individuel et collectif de défense :

> L'intérêt de la clinique est aussi d'analyser comment les processus de résistance peuvent produire des comportements contradictoires entre les réactions défensives, qui conduisent à vivre avec la domination, les mécanismes de dégagement qui conduisent à s'en extraire, et les stratégies de subversion qui conduisent à des engagements individuels et des luttes collectives (Gaulejac, 2014, paragr. 2).

La Sociologie clinique se caractérise davantage par sa méthode de production de connaissance que par un objet de recherche en particulier. Elle analyse les « processus sociopsychiques » à travers les relations complexes entre « déterminismes sociaux » et « déterminismes psychiques ». Les interventions menées par ce courant s'effectuent notamment par la formation et la mise en œuvre de groupes d'implications et de recherche (GIR), séminaires réflexifs composés de participants volontaires et au cours desquels ceux-ci prennent des expériences vécues comme objet d'analyse (Niewiadomski, 2012 ; Gaulejac, 2014). Ce regard sur l'engagement du chercheur et la question interventionniste fait ressortir un débat de fond

traversant la recherche en sciences humaines et sociales de manière tout à fait actuelle[92]. Il a progressivement trouvé sa place dans les questionnements concernant notre propre posture de chercheur.

5. L'identification du chercheur et ses effets sur notre posture de recherche

Ce dernier point consacré à la posture de recherche donnera lieu à deux niveaux de discours complémentaires l'un de l'autre. Le premier, conforme à l'usage académique, s'exprimera à la première personne du pluriel. L'emploi du « nous », utilisé jusqu'ici et qui sera poursuivi dans les pages à venir, traduit un positionnement distancié vis-à-vis de l'objet d'analyse et du terrain d'étude. Ce mode de discours traduit du reste la référence à la culture scientifique comprenant les auteurs cités tout au long de ce travail auxquels nous sommes redevable. Le second niveau de discours sera caractérisé par l'emploi du « je » afin de traduire la part expérientielle et réflexive de notre analyse. **Expérientielle** car l'ensemble des propos tenus ici relève d'une restitution méthodique et raisonnée dont la matière première est d'abord notre vécu et notre perception d'un système relationnel dont nous avons fait l'expérience. **Réflexive** également, car l'emploi du « je » active le processus par lequel le chercheur s'emploie à passer du stade expérientiel à celui de l'analyse des phénomènes sociaux au prisme du champ disciplinaire dans lequel il s'inscrit et des grilles de lecture qu'il choisit. Pour cela, il est systématiquement amené à prendre son positionnement comme objet d'analyse.

L'enjeu que représente la compréhension du rapport entre le chercheur et son terrain d'analyse est fondamental. La place occupée par le chercheur, son identification sur le terrain d'investigation, son statut, son rôle, mais aussi son degré de participation sont des dimensions constitutives de la situation de recherche. Elles ont par conséquent un effet sur la nature des données collectées. Dans la relation avec son terrain d'investigation, le chercheur doit avoir conscience des types de réaction ou comportement que sa présence peut susciter. Il lui est bien sûr très difficile, si ce n'est impossible, d'identifier les différentes représentations qu'il suscite auprès des acteurs du terrain qu'il est amené à rencontrer ou simplement à croiser. Ceci étant,

[92] En témoigne notamment la tenue du colloque « Travail, santé, précarité. Les transformations contemporaines des métiers des secteurs de la santé et du social à l'épreuve du sens » à l'Institut Régional du Travail Social (IRTS) des Hauts-de-France du 15 au 17 mars 2017, colloque organisé avec le concours de plusieurs laboratoires de recherche, en particulier le CIREL. Cet événement a fait suite à un programme de recherche mené par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs, recherche au cours de laquelle la participation du chercheur au sein de la cité fut interrogée. L'engagement de ce « chercheur citoyen » ne se contente pas de contempler les réalités sociales qu'il examine, mais s'efforce de les transformer en association avec les acteurs de son terrain d'investigation.

sa posture doit prendre en considération les éléments objectivables associées à sa présence dans l'espace social analysé.

Comme bien des sphères d'activité, le travail de recherche commanditée constitue un champ multiréférentiel impactant les orientations et choix opérés par le chercheur. La mise en réflexion de ces références constitue un substrat pour déterminer sa posture, substrat dont nous relèverons trois particularités en considération des développements précédents. **(1)** D'abord, *la référence au champ scientifique* pour la conduite des travaux constitue la caractéristique première de la posture du chercheur. Son activité s'inscrit dans une logique d'action adossée à une culture académique et méthodologique qui se décline selon son ancrage disciplinaire, et dont le chercheur se veut à la fois le dépositaire et le continuateur. **(2)** Ensuite, *la réponse à une expectative sociale*. La nature et les différents paramètres de la commande, tels qu'ils sont formalisés à l'attention du chercheur, relèvent d'un autre cadre prescriptif du travail de recherche. Celui-ci fait partie, nous l'avons vu, d'un système d'attentes plus large que nous avons appelé « expectative sociale » et dont l'identification par le chercheur peut avoir des conséquences sur sa posture. Ce système forme une attente fonctionnelle des résultats obtenus produisant un effet d'aiguillage des orientations de travail du chercheur. Ainsi, outre la conformité à des critères de validité scientifique, le chercheur est inscrit dans une visée d'efficacité ainsi que le souligne Thomas Dumet (2012, p. 13) : « L'application d'une définition « professionnalisante » de l'activité de recherche pose en effet la question de sa dépendance aux impératifs de production et d'utilité économique qui sont, dans une très large mesure, ceux du travail ». Le chercheur doit alors veiller, et c'est toute la difficulté de l'exercice, à ne pas soumettre sa démarche aux attentes du commanditaire, à ne pas subordonner le travail de recherche aux besoins de l'action. **(3)** En troisième lieu, *l'intégration dans un système de relations*. Les chercheurs en sciences humaines et sociales se distinguent des autres disciplines à travers la nature de leur rapport à l'objet de recherche. Celui-ci est en effet caractérisé par l'étude de l'activité et de la condition humaine, des parcours de vie qui en découlent et des rapports sociaux des individus et groupes d'individus qui l'animent. Nous l'avons vu précédemment, le système relationnel au sein duquel la recherche est menée forme des manifestations d'attente et des espaces de rencontres à travers lesquels le chercheur négocie les conditions et les orientations de son enquête. Son identification par les acteurs est alors déterminante dans le déroulement des relations entretenues tout au long de la recherche et vient questionner sa posture d'investigateur.

5.1. Une identification confuse

Notre recrutement par l'EPSM-LM nous a conduit à partager le quotidien d'acteurs de la santé mentale tout en constituant un cadre statutaire et symbolique autour de notre présence au sein de l'organisation. Ces dispositions sont à la fois perçues et interprétées par les acteurs du terrain d'investigation et agissent sur l'identification sociale du chercheur, soit le sens donné par ces derniers à notre présence sur le terrain d'enquête. Le plus souvent, les acteurs en question n'ont pas connaissance du dispositif CIFRE et par conséquent ignorent les conditions de notre venue au sein de l'établissement. Pour préciser ce point, nous poursuivrons ce développement en recourant à l'emploi du « je » expérientiel et réflexif dans le but de restituer des éléments traversant la recherche car avant tout vécus par le doctorant.

> Il n'était pas question de dissimuler les raisons de ma présence au sein de l'EPSM-LM. L'enjeu était surtout de prévenir la méfiance que peut susciter l'arrivée d'un observateur extérieur recruté par la Direction des soins. Mon identification au sein de l'établissement s'est souvent manifestée sous la forme négative. Je ne suis en effet ni soignant, ni professionnel administratif, ni même agent logistique de la fonction publique hospitalière. Je prépare une thèse de doctorat mais ne suis pas pour autant interne en médecine et ne me destine pas à la profession médicale. Cette particularité a surpris un certain nombre de mes interlocuteurs qui n'avaient pas connaissance de la possibilité de porter le titre de « docteur » autrement que pour exercer la médecine. Cette dissociation entre le doctorat et la médecine a alors laissé place à une confusion dans la détermination de mon identité sociale au sein de l'organisation. Qui est cet individu ni médecin, ni infirmier, ni même ici pour concourir au travail soignant ?
>
> Je ne l'ai pas compris tout de suite, mais il me fallait une « fonction ». L'enjeu n'en était pas de définir mes droits et mes devoirs, mais de faciliter la compréhension de ma présence par les acteurs du terrain. La fonction qui m'a été attribuée était celle d'« attaché d'administration hospitalière »[93]. Cette appellation m'a permis d'entrer dans les « grilles » statutaires de l'organisation. Un badge portant mon nom suivi de cette dénomination m'a été remis lors de mon arrivée à l'EPSM-LM. Je l'ai très peu porté, pour ne pas dire jamais. Il me semblait en effet que cette désignation strictement statutaire - je ne remplissais en rien la fonction d'un attaché d'administration hospitalière - ne faisait que renforcer la confusion de mon identification sur le terrain d'investigation par les professionnels de l'établissement[94]. C'est du moins ce que j'ai déduit des froncements de sourcils interrogatifs de mes interlocuteurs à l'évocation de cette fonction associée à mon travail de recherche.
>
> Pour me désigner, les appellations d'« étudiant » ou de « doctorant » n'ont pas paru suffisantes à mes interlocuteurs du fait que je travaillais, au sens où j'exerçais une activité salariée, au sein de la Direction des soins. Ignorant la nature du dispositif qui me liait à l'établissement, plusieurs personnes rencontrées m'identifiaient comme un stagiaire, ce qui ressortait lors d'échanges ordinaires : *« Alors, tu es content de ton stage ? »* ; *« tu restes avec nous jusqu'à quand ? »*. Ces questions étaient tout à fait significatives du fait que j'étais d'abord envisagé comme quelqu'un « de passage ». D'ailleurs, l'évocation des trois années (soit la durée minimum d'une thèse) caractérisant la durée de mon contrat au sein de l'établissement interpellait souvent mes interlocuteurs. Trois années, cela paraissait bien long pour un stage ! Dès lors, du point de vue de ces derniers, la question de mon rôle au sein de l'institution redevenait indéterminée, inhabituelle, anormale même.

[93] Cf. annexe II.

[94] On pourrait également s'interroger sur les représentations des patients rencontrés. Dans le cadre de mes activités au sein de l'établissement, j'ai réalisé des enquêtes de « satisfaction » auprès de patients portant sur la qualité de leur prise en charge à deux niveaux : sur les conditions de prise en charge dans un cadre de restriction de leurs libertés et sur la qualité des repas. Dans cette optique, j'ai eu de nombreux entretiens avec des patients qui, lorsque je pénétrais dans l'unité de soins me prenaient souvent de prime abord pour un médecin.

> Au fur et à mesure du temps passé, j'ai senti que les professionnels sur place s'habituaient à ma présence. Ils semblaient avoir plus ou moins compris que je préparais une thèse, parfois « un mémoire », en « Sociologie » sur « les infirmiers ». Les mieux renseignés savaient que ma thèse en « Sciences de l'éducation » portait sur « la » professionnalisation. Un jour, au cours d'un échange informel, une personne en charge de la gestion des plannings m'informa que j'apparaissais dans la base de données de la Direction des ressources humaines sous l'appellation « chargé de recherche clinique ». Je fus tout à fait surpris. De toutes les appellations qui m'avaient été jusqu'alors attribuées, celle-ci était sans doute celle correspondant le plus à la nature de mes activités au sein de l'EPSM-LM. Ceci étant, l'utiliser n'aurait pas atténué la confusion de mon identification. En effet, la « clinique », du point de vue des acteurs du monde hospitalier, est souvent envisagée comme une pratique spécifique aux activités médicales et paramédicales[95].

Cette identification confuse met en exergue le caractère « étranger » (nous reviendrons sur le choix de ce terme) de notre rapport à la communauté professionnelle investiguée. Cette absence d'appartenance n'est pas anodine. Elle nous a « naturellement » amené à porter un regard extérieur sur les dynamiques sociales observées. Cette extériorité, cette différence de point de vue, semble avoir donné lieu à une mise en intrigue portant sur la nature de notre activité au sein de l'organisation. Si l'incertitude qui en résulte a pu susciter tantôt de la curiosité, tantôt de l'indifférence, elle peut aussi avoir généré de la méfiance chez certains professionnels que nous avons approchés. Si les acteurs du terrain n'ont pour la plupart aucune connaissance du dispositif CIFRE, ils n'en identifient pas moins le chercheur comme un « étranger » mandaté par la Direction[96] et engagé dans un travail de connaissance des pratiques sociales à l'œuvre. Cette présentation du cadre de la recherche laisse supposer que les acteurs adopteront « naturellement » et même légitimement une posture défensive à l'égard du chercheur, ce qui rend difficile l'accès à la réalité des acteurs du terrain. C'est pourquoi, il est indispensable pour le chercheur d'entrer en relation avec ces acteurs en agissant sur ces représentations de manière à faire émerger une confiance suffisante pour amener le terrain à « parler ». Nous prendrons ici comme exemple l'organisation des entretiens de recherche.

---

[95] Notons en effet que si le terme de « clinique » nous vient de la médecine pour désigner la pratique « qui s'occupe du traitement des maladies considérées individuellement » (Danvers, 2010, p.105), il s'est par ailleurs décliné plus largement dans des approches analytiques des trajectoires personnelles et professionnelles des personnes, notamment dans la recherche en éducation et formation (Danvers, 2010). Cette ouverture de perspectives est soulignée par Christophe Niewiadomski (2010, 2012) qui, pour sa part, développe une « clinique narrative » envisagée dans une perspective psychosociale, c'est-à-dire adossée à un champ théorique pluridisciplinaire permettant d'articuler la compréhension entre « la réalité subjective du sujet et la réalité objective des faits sociaux » (Niewiadomski, 2012, p. 130). Pour Mireille Cifali, la clinique n'est pas l'apanage d'un champ disciplinaire et s'inscrit davantage dans la posture de recherche. Cette démarche « n'appartient donc pas à une seule discipline ni n'est un terrain spécifique ; c'est une approche qui vise un changement, se tient dans la singularité, n'a pas peur du risque et de la complexité, et co-produit un sens de ce qui se passe. Elle se caractérise par une nécessaire implication ; un travail sur la juste distance ; une inexorable demande ; une rencontre intersubjective entre des êtres humains qui ne sont pas dans la même position ; la complexité du vivant et le mélange imparable du psychique et du social » (Cifali, 1996, citée par Monceau, 2015, p. 215).

[96] Nous l'avons évoqué précédemment. Suite à notre recrutement, nous avons été affecté à la Direction des soins de l'établissement, espace de coordination des soins paramédicaux se situant, dans l'organisation hospitalière, au sommet de la hiérarchie paramédicale.

5.2. Une stratégie de mise en œuvre des entretiens de recherche

La voie empruntée par le chercheur pour accéder à son terrain est significative. S'agit-il d'une entrée que l'on pourrait qualifier trivialement de passage « par le bas » ? Le chercheur s'emploie ainsi à créer un contact direct avec les acteurs auprès desquels il souhaite recueillir son matériau d'enquête, ceci sans autorisation ni contrôle des voies hiérarchiques. Ou bien prend-elle la forme d'une entrée « par le haut » ? Autrement dit, le chercheur est introduit au sein du terrain par les acteurs détenteurs du pouvoir au sein de l'institution. Dans ce sens, la mise en relation avec les acteurs qui la composent peut s'inscrire dans une logique de défiance vis-à-vis des intentions du chercheur. Cette alternative se pose en substance dans l'agencement des conditions de recherche et fut particulièrement sensible dans la réalisation de nos entretiens de recherche.

> En intégrant l'EPSM-LM dans le cadre du dispositif CIFRE, j'ai d'abord pensé que le plus difficile, en termes d'intégration d'un terrain de recherche, était passé. J'allais cependant découvrir peu à peu que chaque pas en avant au sein de l'organisation ferait l'objet d'une négociation supplémentaire, ceci à différents niveaux. La seule organisation des entretiens de recherche avec des infirmiers prit beaucoup de temps car la planification d'un entretien avec un infirmier mobilisait plusieurs acteurs. Il me fallut avant tout le « feu vert » du commanditaire avant de pouvoir pénétrer dans les services de soins, condition incontournable de ma rencontre avec des soignants. Ce dernier s'est en effet montré soucieux de l'accueil de ma démarche par les professionnels de l'EPSM-LM, en particulier des membres de l'encadrement. Toute rencontre avec un(e) infirmier(e) devrait d'abord passer par une présentation de mes intentions de recherche en réunion aux membres de l'encadrement supérieur. A la suite de cette présentation, chaque rendez-vous convenu avec un(e) infirmier(e) serait organisé par la médiation d'un cadre de santé ou d'un cadre supérieur. Je n'eus alors presque jamais de contact direct avec ces infirmiers avant de les rencontrer en entretien.
>
> Ce procédé entraîna une triple difficulté. D'abord, l'organisation des entretiens prit du temps de sorte que les premiers entretiens menés auprès de professionnels furent possibles dix mois après mon arrivée au sein de l'organisation[97]. Ensuite, en raison de l'impossibilité de communiquer avec les professionnels rencontrés en amont des entretiens, les infirmiers n'avaient que très peu d'informations sur les raisons de notre rendez-vous, ou du moins celles-ci étaient très sommaires. Lorsque je rencontrais une personne pour l'interviewer, je lui demandais si elle connaissait les raisons de notre rencontre. J'obtenais des réponses diverses : « Non, on ne m'a rien dit » ; « Oui, vous venez de la Direction des soins et vous allez me poser des questions sur la professionnalisation » ; « Je crois que c'est pour un mémoire pour la fac ». Enfin, le fait d'être introduit par la Direction et par l'encadrement m'a conduit dans certains cas à me retrouver face à des professionnels « sur la défensive » vis-à-vis des questions que je serais amené à poser. Même s'il était convenu entre les cadres et moi que les entretiens ne constituaient pas une obligation de service pour les infirmiers mais devaient se dérouler uniquement sur la base du volontariat, il m'est arrivé de rencontrer des professionnels manifestant une certaine réserve vis-à-vis de mes questions et de mon dictaphone, objet de défiance potentielle par excellence.

[97] La question s'est posée de rencontrer les professionnels en dehors du temps de travail, ceci pour au moins deux raisons. Premièrement, convenir d'un entretien directement avec le professionnel aurait permis de m'assurer de sa disponibilité, de lui donner davantage d'initiative dans l'organisation de l'entretien (date, horaire, lieu), mais aussi d'assurer moi-même la présentation de la démarche de recherche au professionnel, et donc du cadre de l'entretien. Deuxièmement, sortir du temps et du lieu de travail aurait renforcé le caractère non formel de l'entretien avec pour enjeu de « libérer l'échange ». J'ai cependant très vite écarté la possibilité de rencontrer des professionnels hors du temps de travail. En tant que salarié de l'établissement affecté à la Direction des soins, il m'était en effet très délicat de les solliciter en-dehors du cadre de leur travail, sans que cela ne soit perçu comme un manquement éthique au respect du temps de repos du salarié.

Au vu des conditions d'organisation de l'entretien, nous avons accordé une importance particulière aux instants désignés ici comme les *pré-entretiens* et *post-entretiens*. Le premier renvoie à la situation de rencontre avec le sujet et aux premiers échanges avec celui-ci alors que l'entretien n'a pas encore démarré. Le second concerne la situation faisant immédiatement suite à l'entretien, c'est-à-dire à partir de la coupure du dictaphone ou bien par une formulation par le chercheur marquant la fin de l'échange.

Le **pré-entretien** constitue un temps de l'enquête de terrain d'importance stratégique. En effet, en considération des agencements caractérisant l'entretien, il nous a semblé essentiel de créer les conditions de l'échange sans lesquelles on peut supposer que le sujet s'exprimera avec une certaine réticence pour les raisons évoquées précédemment. Comme nous n'avions pas eu précédemment l'occasion de rencontrer la majorité des professionnels interviewés, l'enjeu était avant tout de préciser le principe et le fonctionnement de l'entretien, mais aussi de « briser la glace » avec pour objectif de libérer la parole. Ainsi, après avoir précisé à la personne l'objet de notre recherche doctorale, l'absence de toute évaluation individuelle à son égard et le caractère volontaire de sa participation à l'entretien, nous avons systématiquement entrepris d'établir un « contrat » entre l'interviewé et le chercheur. Pour cela, nous avons soumis à l'interviewé une charte déontologique[98]. Celle-ci contenait un certain nombre de clauses constituant un cadre pour l'entretien auquel le chercheur et la personne interviewée acceptent de se soumettre. La charte était alors signée par l'interviewé et par nous avant de démarrer l'entretien.

Le **post-entretien** nous est apparu également nécessaire pour la qualité de l'enquête de terrain. Une fois l'entretien de recherche terminé nous prenions en quelque sorte la « température » de l'échange. En effet, le fait d'arrêter le dictaphone (dans les cas où ce dernier avait été utilisé, c'est-à-dire la majorité d'entre eux) modifiait le cadre de l'échange et favorisait l'ouverture d'une discussion plus « informelle ». Ainsi, nous posions systématiquement une question du type : « ça a été ? » ou « l'enregistrement ne vous a pas gêné ? ». L'ouverture de ce type d'échange post-entretien nous a permis d'écouter le ressenti immédiat de certains professionnels juste après l'entretien. L'enjeu pour nous était de relever des indices sur le vécu, par l'interviewé, de la situation d'entretien et, indirectement, de notre posture de chercheur. Dans la plupart des cas, les professionnels ont manifesté un sentiment neutre ou positif quant

[98] Cf. annexe III.

au climat de l'entretien[99]. Plusieurs ont manifesté un intérêt pour celui-ci comme espace d'expression réflexive les amenant à s'exprimer sur leur expérience. Ce post-entretien nous a permis d'apprendre que certains infirmiers ont échangé entre eux au sujet de cette situation d'entretien. Nous avons en effet évoqué précédemment les conditions selon lesquelles nous avions rarement la possibilité d'accéder directement aux professionnels pour préparer le cadre de l'entretien. Or, il nous est apparu que certains professionnels en attente de notre rendez-vous questionnaient leurs collègues ayant déjà vécu cet entretien de recherche. Pour les cas nous ayant été rapportés, ces échanges entre infirmiers avaient tendance à rassurer les personnes face à la perspective de l'entretien. La difficulté associée à l'organisation de nos entretiens trouvait en partie un remède dans cette dynamique qui, paradoxalement, nous échappait totalement.

Conclusion : des traits caractéristiques de notre posture de recherche

Notre expérience de recherche nous a montré que si l'intégration institutionnelle du doctorant au sein de l'organisme commanditaire semble suggérer un accès facilité à son terrain, ce regard nécessite d'être nuancé et que la question de la présence et de l'identification du doctorant au sein de l'espace concerné se pose avec vivacité. Les particularités de notre recherche développées jusqu'ici nous conduisent à dégager trois traits distinctifs de la posture adoptée en adaptation à l'ancrage institutionnel de notre travail. Elle prend la forme d'une posture hybride partagée entre différents systèmes de références. Ce premier caractère en appelle un second. Notre présence sur le terrain d'enquête est traversée par la figure de l'« étranger » au sens de Schütz (2008). Enfin, notre posture nous a pour partie légitimé pour intervenir auprès d'acteurs de l'organisation étudiée et assumer une part de notre activité comme présentant des effets transformateurs.

[99] Notons cependant qu'il est arrivé à une infirmière interviewée de se montrer critique envers notre démarche qu'elle a vécue comme intrusive. Nous ne sommes pas parvenu à expliquer ce sentiment, mais avons toutefois relevé des postures défensives chez deux autres professionnelles exerçant dans la même unité de soins. Cela nous conduit à formuler l'hypothèse que cette défiance est issue d'une dynamique inscrite dans l'histoire du système relationnel caractérisant cette unité de soins et qui peut conduire à une méfiance construite en réponse à des modes de fonctionnement institutionnels. Ce phénomène pourrait alors dépasser le seul cadre des relations interindividuelles entre chercheur et sujets.

1. Une posture hybride

La double nature caractérisant notre posture de chercheur se situe dans l'articulation de deux niveaux. D'abord, celui du statut de doctorant comme acteur se professionnalisant au sein du champ de la recherche. Ensuite celui du chercheur en sciences humaines et sociales engagé à la fois dans une objectivation de son travail tout en s'efforçant de répondre à une recherche commanditée.

Au terme d'un développement méthodologique consacré à l'intervention sociologique dans les organisations, F. Piotet et R. Sainsaulieu (1994) proposent une typification de la figure du « sociologue d'entreprise ». Les auteurs repèrent alors l'hybridité caractéristique de son positionnement. L'élaboration de son rapport au terrain d'enquête s'effectue simultanément à deux niveaux :

> Celui de l'intervenant ponctuel dont la fonction diagnostic et pronostic exige une grande capacité de distanciation critique pour apporter une observation, parfois gênante, mais qui renouvelle la compréhension sociale des membres de l'entreprise ; celui de réformateur-développeur capable de collaborer effectivement avec les acteurs pour susciter et aider à produire les transformations attendues (Piotet et Sainsaulieu, 1994, p. 367).

Le dispositif CIFRE, nous l'avons vu, encadre le partenariat dans lequel s'inscrit notre recherche. Sa structure nous amène à endosser un double rôle. D'une part, celui d'acteur de l'organisation intégrant certains de ses systèmes d'interactions dont nous nous efforçons de comprendre les normes, les règles et les codes ponctuant la vie quotidienne, ainsi que les éléments historico-culturels qui les sous-tendent. Mais tout en essayant de nous fondre dans ce système interactionnel, nous nous sommes paradoxalement employé à le garder à distance pour mieux le convertir en objet d'analyse. Nous adoptons alors ce que nous qualifions de posture « hybride » pour désigner sa nature composite à la manière de Bruno Latour qui décrit ainsi sa propre posture et celle de son équipe de recherche :

> Nous nous appelons, faute de mieux, sociologues, historiens, économistes, politologues, philosophes, anthropologues. Mais, à ces disciplines vénérables, nous ajoutons à chaque fois le génitif : des sciences et des techniques. […] Hybrides nous-mêmes, installés de guingois à l'intérieur des institutions scientifiques, mi-ingénieurs, mi-philosophes, tiers instruis sans le chercher, nous avons fait le choix de décrire les imbroglios où qu'ils nous mènent (Latour, 1997, p. 10).

Cette situation « décalée » a impliqué, nous l'avons souligné, une identification confuse de notre rôle au sein du terrain d'investigation. Cette imprécision entraîne la définition d'une seconde caractéristique de notre posture de recherche, celle de l'« étranger ».

2. Une identification du chercheur inspirée par la figure de l'« étranger »

La figure de l'« étranger » (*stranger*) élaborée par Alfred Schütz (2008) est tout à fait éclairante pour comprendre l'activité du chercheur introduit dans un groupe dont il n'est pas le membre, mais s'efforce de le devenir. Cette représentation se distingue ici de celle racontée par Albert Camus dans *l'Etranger* (1942) ou encore de celle théorisée par Howard S. Becker (1985). La première est construite autour de l'idée de rejet par l'observateur de l'ensemble des normes de fonctionnement de la société dans laquelle il vit. Ce conte philosophique entend mettre en évidence qu'un tel détachement du protagoniste vis-à-vis des codes sociaux conduit à légitimer sa condamnation à mort. Quant à la seconde, l'étranger (*outsider*) est identifié par son comportement déviant vis-à-vis des normes sociales comme affirmation d'une appartenance à un groupe.

De son côté, l'« étranger » de Schütz désigne un individu se confrontant à un « système de connaissances » partagées par un collectif différent de son groupe social d'origine. Ce faisant, il « tente d'interpréter le modèle culturel d'un groupe nouveau et de s'orienter à l'intérieur de celui-ci » (Schütz, 2008, p. 217). Mais « comme tout phénomène du monde social, précise Schütz, [ce modèle culturel] se présente différemment au sociologue et à l'individu qui pense et qui agit à l'intérieur de lui » (Schütz, 2008, p. 219). Pour Schütz, le « système de connaissances » d'un groupe social s'appuie sur des référents culturels (institutions, valeurs, lois, coutumes, etc.) formant un modèle « incohérent », « inconsistant » et « seulement partiellement clair », mais qui se présente au sens commun comme un tout harmonieux et stable favorisant l'intercompréhension des individus vivant à l'intérieur de celui-ci. Schütz écrit dans ce sens que :

> Tout membre né ou élevé à l'intérieur du groupe accepte le schéma standardisé prêt à l'emploi du modèle culturel mis au point pour lui par ses ancêtres, ses professeurs et les autorités comme un guide indiscuté et indiscutable dans toutes les situations qui se présentent couramment dans le monde social. […] C'est une connaissance de recettes auxquelles on accepte de faire confiance pour interpréter le monde social et pour traiter avec les êtres et les choses en vue d'obtenir les meilleurs résultats dans chaque situation en effectuant le minimum d'effort qui permet d'éviter les conséquences indésirables (Schütz, 2008, p. 222).

Or, comme il puise ses repères de représentation du monde dans un registre différent, l'étranger « ne partage pas les présupposés fondamentaux » de ce nouveau groupe et « devient essentiellement l'homme qui doit mettre en question presque tout ce qui semble aller de soi pour les membres du nouveau groupe » (Schütz, 2008, p. 224). C'est dans ce sens que le regard porté sur le monde de la psychiatrie et de la santé mentale n'a cessé de nous interroger. La

structure de l'organisation des soins, les rapports entre les acteurs, l'identité collective revendiquée, le rapport au patient ou encore le cadre juridique sont autant d'éléments témoignant d'un système socio-professionnel à la fois élaboré et complexe. Il est en même temps caractérisé par des contradictions[100] apparaissant parfois comme des évidences aux acteurs socialisés et vivant à l'intérieur. Même si certaines incohérences sont identifiées par ces acteurs, elles sont souvent placées sous silence ou partagées à voix basse dans un huis clos. Ce faisant, elles demeurent inscrites dans le quotidien du travail soignant.

Les codes culturels intériorisés par les acteurs sociaux nécessitent alors un effort continuel d'entendement pour le chercheur n'appartenant pas au groupe social étudié. Bien que notre partenariat avec l'EPSM-LM nous a permis de fréquenter sur une durée prolongée des professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale, de comprendre une part de leur système de connaissances, nous n'avons pour autant jamais fait l'expérience de la pratique qui est la leur. Par conséquent, nous avons conservé ce caractère étranger associé notamment à un effort supplémentaire pour vivre et comprendre les allants-de-soi vécus par les professionnels. Cet exercice pourrait être comparé sur bien des points avec la pratique d'une langue étrangère dont les référents syntaxiques sont constamment en conflit avec les habitudes d'expression associées à la langue maternelle du locuteur.

3. Une intervention par la formation

Nous l'avons vu précédemment, si le rapport du chercheur s'inscrit dans une visée à la fois compréhensive et explicative des dynamiques sociales et psychosociales, le chercheur peut aussi se placer dans une optique de transformation de l'activité au travail, ceci en prenant position dans le débat social. Notre qualité d'« étranger » étant admise par nos interlocuteurs au sein du terrain d'études, ceux-ci ont régulièrement qualifié notre posture de « candide ». Loin de manifester la moindre condescendance à notre égard, cette appellation visait davantage à valoriser le potentiel de la situation de recherche résidant dans le regard extérieur que nous venions apporter. On entrevoit toutefois à travers ce qualificatif une certaine revendication du champ professionnel de la psychiatrie et de la santé mentale comme une spécialité disciplinaire

[100] Pour illustrer ces « contradictions », on peut relever en exemple l'existence d'injonctions paradoxales caractérisant le fonctionnement organisationnel. Celui-ci est d'un côté orienté par un système managérial inscrivant notamment dans ses valeurs la prise d'initiative individuelle comme une qualité attendue au travail. D'un autre côté, il est régulé par un système hospitalier maintenant la prédominance de la décision hiérarchique et la culture du contrôle dans la conduite de l'activité.

n'étant pas accessible au premier venu et relevant d'une culture professionnelle suffisamment « ésotérique » pour nécessiter un apprentissage sérieux pour qui voudrait en saisir des bases élémentaires.

Mais ce regard candide était par ailleurs associé à la figure de l'« étranger » que nous venons de décrire. La culture « étrangère » apportée résidait dans notre posture de jeune chercheur en Sciences de l'éducation avec un intérêt particulier pour les questions de formation et de professionnalisation. Cet ancrage nous a légitimé du point de vue des tuteurs pour élaborer une séquence de formation construite sur la base des observations de leurs activités. Cette représentation nous attribuant la capacité d'articuler recherche et formation a donné à notre posture de recherche une portée interventionniste que nous ne revendiquions pas lors des débuts de notre recherche. Avec Jean-François Marcel, on attribuera à cette intervention quatre fonctions centrales permettant de donner une « forme » spécifique au travail de recherche, « une forme qui s'avère identitaire pour les sciences de l'éducation » (Marcel, 2015a, p. 223). Les activités de « recherche-intervention » peuvent être caractérisées selon cet auteur à travers des prépositions que l'on peut leur associer. Il s'agit de mener une recherche « avec », « pour », « sur » et « par ».

La forme de l'activité **« avec »** est typique de la posture de recherche en sciences humaines et sociales. Le chercheur ne peut faire fi des acteurs rencontrés dont le vécu et les interactions constituent la matière première de son enquête. La recherche **« sur »** relève de l'objet d'étude défini par le chercheur. Le travail ici mené porte « sur » la professionnalisation infirmière en psychiatrie et santé mentale. L'usage de la préposition **« pour »** renvoie aux objectifs de la recherche telle qu'ils sont formulés par le chercheur et/ou le commanditaire. Il s'agit ainsi d'une recherche « pour » évaluer un dispositif. Enfin, ce qui se réfère au **« par »** renvoie, selon J.-F. Marcel à une dimension pouvant constituer une spécificité des Sciences de l'éducation. La demande de formation des tuteurs associée au caractère de la recherche « par » conduit à envisager l'activité du chercheur comme ayant une portée éducative au sens où elle associe communication des savoirs et éducation. Cette articulation implique, ainsi que le précise J.-M. Barbier, des activités de communication animées d'une « intention d'influence sur les constructions de sens d'autrui » (Barbier, 2008, p. 51). Mais pour J.-F. Marcel, cette normativité n'est pas unilatérale. A l'instar de Paolo Freire, cet auteur attribue un rôle actif au sujet de la recherche dans une perspective à la fois participative et émancipatrice :

> Le but n'est pas d'enseigner quelque chose à un interlocuteur mais de trouver avec lui les moyens de transformer le monde dans lequel il vit, de lui donner le temps et les moyens de « se conscientiser ». […] La conscientisation alimente et s'alimente à la mise en expérience d'une autre vision du monde, dans et par l'action : c'est dans l'interaction entre expérience et conscientisation que s'élaborent les nouveaux savoirs (Marcel, 2015a, p. 226).

Cette perspective implique ainsi deux niveaux normatifs associés à des fins de connaissance et de transformation du monde, celle du chercheur et celle du sujet inscrit dans sa recherche.

Résumé du chapitre 2

Cette recherche commanditée est menée dans un cadre partenarial organisé et régulé *via* le dispositif CIFRE dans lequel elle s'inscrit. Trois acteurs s'associent pour la mettre en œuvre : le doctorant (porteur du projet de recherche et auteur de la thèse), l'EPSM Lille-Métropole (établissement commanditaire et co-financeur de la thèse) et le CIREL (laboratoire garant de la formation du doctorant et de la scientificité du travail mené). La recherche commanditée s'attache à répondre à des attendus scientifiques (critères épistémiques) et apporter des éclairages pour l'action au sein du terrain d'investigation (critères pragmatiques). Ces deux niveaux d'attentes questionnent l'implication du chercheur qui, tout en s'efforçant d'approcher son terrain d'investigation pour le connaître, s'attache paradoxalement à le mettre à distance pour le convertir en objet d'analyse et préserver le caractère indépendant de sa recherche. Cette question de l'intervention s'inscrit dans un débat vif au sein des sciences humaines et sociales, notamment en Sociologie. Celui-ci interroge la vocation de la recherche, entre comprendre pour expliquer et comprendre pour transformer. La question de l'intervention est couplée à celle de l'identification du chercheur au sein de son terrain d'investigation. Dans ce travail, celle-ci est associée à l'idée d'« étranger » résultant d'une posture « hybride » (acteur évoluant dans un champ de pratiques et chercheur s'attachant à le mettre à distance). Une telle identification a semblé légitimer, du point de vue de certains acteurs du terrain, une intervention du chercheur par la formation.

Chapitre 3

Les questions de professionnalisation au prisme du travail éducatif

Introduction : une question d'éducation ?

L'entrée en matière proposée précédemment (cf. chapitre 1) montre en substance comment l'évolution de l'institution psychiatrique, des pratiques soignantes et des modalités de formation des infirmiers en psychiatrie ont suscité une volonté des pouvoirs publics d'amener les établissements de santé mentale à organiser un dispositif de formation et tutorat à destination de leurs infirmiers nouvellement recrutés. D'emblée, les notions d'*institution* et de *travail* comme entrées pour analyser les questions de professionnalisation semblent alors émerger de ce contexte. D'institution, en effet car l'agencement du DPT montre, au-delà des exigences organisationnelles locales, une volonté de rétablir ce qui a été supprimé par voie de décret, c'est-à-dire un espace-temps formel de formation, de transmission de savoir(s) et de socialisation des infirmiers amenés à œuvrer spécifiquement en psychiatrie et santé mentale. De travail aussi. D'un côté parce que ce dispositif de professionnalisation est déployé selon une certaine idée de ce qu'est ou doit être le travail infirmier en psychiatrie, point de vue considérant nécessaire l'organisation d'une formation spécifique. D'un autre côté, parce que la mise en œuvre du DPT fait émerger une forme de travail au sein de la profession infirmière qui ne relève pas du soin, mais d'un *travail éducatif à visée professionnalisante*.

La référence à l'idée d'« éducation », appliquée ici au champ professionnel, s'entend à travers les deux étymologies du terme : *educere* (signifiant *ex-ducere*), c'est-à-dire « conduire hors de soi-même pour aller au-delà de ». Mais aussi *educare*, qui veut dire « nourrir », « élever », comprend l'idée de « donner un apport extérieur qui aide à la transformation et la maturation » (Drouin-Hans, 1998, p. 9). Ce double sens traduit bien, selon nous, la démarche des organisateurs du DPT vis-à-vis des néo-infirmiers, mais aussi de certaines dynamiques actives dans le quotidien du travail soignant. Nous y reviendrons. Notre intention est ici d'éclairer la façon dont les notions de travail et d'institution s'articulent dans des visées professionnalisantes, ceci aussi bien dans un domaine ciblé (les soins en psychiatrie et santé

mentale), qu'au sein d'un groupe social identifié (les infirmiers œuvrant spécifiquement dans ce champ de pratiques).

Pour cela, il importe avant toute chose d'éclairer certains termes de la rhétorique mise en avant par les promoteurs du dispositif (pouvoirs publics, organisation, groupe professionnel). L'usage de termes comme « professionnalisation » ou « tutorat » ne sont pas neutres. Celui d'« évaluation », énoncé par le commanditaire de cette recherche, ne l'est pas plus. Leur mobilisation s'inscrit dans une **sémantique institutionnelle prescriptive**. Celle-ci se traduit généralement par un discours sur la « qualité ». Elle est portée par la préoccupation de « tout savoir, tout contrôler, tout prévoir » (Charlot, 2008, p. 167). Nous la distinguons ici d'une **« sémantique de l'action »**, c'est-à-dire qu'elle se rapporte à des significations relevant de registres « représentationnel », « affectif » et « expérientiel » des acteurs sociaux. On distinguera ces deux domaines du discours de celui d'un usage du terme professionnalisation comme concept, comme objet d'analyse des pratiques sociales développé dans une **« sémantique d'intelligibilité des actions »** (Barbier, 2000). Celle-ci constitue un discours analytique s'efforçant d'éclairer des logiques (psycho)sociales à l'œuvre dans les dynamiques observées. Ce chapitre vise à préciser certains termes relevant de ces sémantiques et mis en avant par les acteurs de notre terrain d'investigation, ceci de manière à les mobiliser comme entrées conceptuelles pour orienter l'analyse.

Dans cette optique, **(1)** nous préciserons en premier lieu l'idée de professionnalisation, les sens auxquels celle-ci peut nous renvoyer et la manière dont nous nous en saisirons comme éclairage analytique. **(2)** Par la suite, nous nous arrêterons sur la question de l'institution, essentielle nous semble-t-il, pour éclairer la nature du mouvement dans lequel semble s'inscrire le DPT. **(3)** Puis, nous proposerons un premier angle interprétatif des pratiques sociales à l'œuvre à l'aune du DPT. Nous nous saisirons de l'idée de travail éducatif pour caractériser l'activité par laquelle est investie, dans le contexte des soins en psychiatrie, la relation entre travail et formation. **(4)** Enfin, nous terminerons ce chapitre par une réflexion nécessaire sur les enjeux associés à l'idée d'évaluation et les orientations vers lesquelles l'identification de ces enjeux nous conduit.

1. De quoi « professionnalisation » est-il le nom ?

Ce terme est aujourd'hui mobilisé dans le langage courant et porteur d'une connotation positive suggérant aussi bien des trajectoires individuelles ascendantes, le renforcement des liens entre

la formation et le marché de l'emploi ou encore l'amélioration de processus dans les organisations. Le vocable est parfaitement répandu et institué dans le champ de la formation des adultes dans lequel il est associé aux idées de parcours professionnel et de droit individuel[101]. Il en va de même dans le champ de la santé au sein duquel le mot « professionnalisation » est mobilisé dans des textes observant et légiférant sur l'organisation des professions paramédicales (c'est le cas par exemple du rapport Berland *et al.*, 2007 et de l'arrêté du 31 juillet 2009[102]). Sur notre terrain d'investigation, nous l'avons vu, le terme désigne un dispositif de formation prescrit et adressé aux infirmiers nouvellement recrutés au cours de la première année suivant leur entrée dans l'établissement. Il s'agit d'une session de spécialisation en lien avec le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

1.1. Une catégorie de pratiques transformatrices des espaces de travail et de formation

Dans le registre de l'action, Richard Wittorski (2009, p. 783-784) distingue au moins trois sens du vocable professionnalisation. (1) Il s'agit d'abord, pour cet auteur, d'un élan de constitution des professions tel que celui-ci a été analysé par une branche de la Sociologie anglo-saxonne[103]. (2) Il peut ensuite être entendu comme une « mise en mouvement » des sujets au sein d'organisations dont le travail s'est flexibilisé au gré des évolutions du travail caractérisant l'évolution de l'entreprise libérale dans le tournant des années 1970-1980. (3) Enfin, le terme suggère la « fabrication d'un professionnel par la formation ». C'est principalement à partir de ce troisième sens que la rhétorique des promoteurs (côté pouvoirs publics et organisation) d'une formation complémentaire et d'un tutorat à destination des infirmiers en psychiatrie s'est développée[104]. Ceci étant, nous verrons tout au long de ce travail que la mise en œuvre du DPT est motivée par des questions associées aux deux premiers sens portant à la fois sur l'évolution du groupe professionnel des infirmiers en psychiatrie (cf. chapitre 6) et la mobilisation des sujets destinataires des actions de professionnalisation (cf. chapitres 7, 8 et 9).

---

[101] Cela ressort en particulier dans la loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie et dans celle du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

[102] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier.

[103] On peut se référer ici aux écrits de Raymond Bourdoncle (2000), Catherine Paradeise, (2003), Florent Champy (2009), ainsi que de Claude Dubar, Pierre Tripier avec Valérie Boussard (2011).

[104] Ces intentions ont particulièrement été exprimées à travers le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, ainsi que dans la circulaire du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

Les questions de professionnalisation semblent ainsi se poser dans les espaces de travail, de formation, dans les parcours des personnes, mais aussi dans une logique globale. Didier Demazière (2009, p. 86) s'appuie sur les travaux de Harold Perkin pour généraliser ce phénomène. Pour ce dernier, « ce sont les univers du travail dans leur ensemble qui se professionnalisent, voire la société toute entière ». Pour cet auteur, la professionnalisation renvoie à la capacité des travailleurs à définir le contenu de leur travail. Cette dimension autonome est régulée par un processus dialectique entre l'injonction organisationnelle à professionnaliser l'activité (*from above*) et la revendication de reconnaissance et de pouvoir d'agir de la part des travailleurs (*from within*). Ainsi, pour D. Demazière, la professionnalisation renvoie à « la diffusion de normes de professionnalité sous la double impulsion de demandes de reconnaissances de travailleurs et de formulations d'exigences de la part de leurs partenaires » (Demazière, 2009, p. 88).

Cette mouvance généralisée semble alors s'inscrire dans une recherche systématique de performance et d'efficacité qui, du point de vue de la formation, se traduit notamment par un développement accru d'une dimension professionnelle dans les formations initiales. Cette tendance est fort bien décrite par Marc Durand que nous nous permettons ici de citer longuement :

> On désigne ainsi un mouvement planétaire qui concerne toutes les pratiques humaines (jusqu'au plus intimes), et prend les traits d'une recherche systématique d'efficacité et d'efficience. Pour notre propos, cela se traduit par des caractéristiques telles que : rationalisation ; optimisation ; contrôle des procédures de production ; organisation du travail basée sur des règles explicites ; recherche de reconnaissance sociale des métiers et exigence de qualification des opérateurs ; certification de ces qualifications et des modes de production ; explicitation des compétences et des savoirs nécessaires pour la réalisation du travail ; méthode de gestion rationnalisées des ressources humaines et matérielles ; comptabilisation de l'expertise de et dans l'entreprise à la colonne des actifs ; mise en œuvre de démarches et procédures qualité ; méthodes systématiques de reporting, etc. Le versant formation de ce mouvement, également très puissant, se caractérise lui par : une systématisation des formations professionnelles initiales (notamment avec une institutionnalisation des dispositifs duals ou par alternance) ; une diversification des fonctions de la formation continue allant de l'ajustement aux progrès technologiques et aux procédures innovantes de management, à l'accompagnement des transitions de carrières et aux reconversions de tous ordres ; le recours à des référentiels de compétences ; l'insertion dans les organigrammes d'une fonction « formation » assurée par la DRH (Direction des Ressources Humaines) ou des organisations externes aux entreprises. Ce mouvement se caractérise également par une conception utilitariste de l'action humaine considérée comme dirigée vers des bénéfices égoïstes, la marchandisation des compétences des opérateurs globalisées sous les concepts de ressources humaines et capital humain, une vision managériale et utilitariste de l'apprentissage (Durand, 2012, pp. 20-21).

On perçoit ici dans quelle mesure la dynamique de professionnalisation s'étend au tissu social dans son ensemble, mobilisant ainsi des entités collectives et individuelles. Les dimensions comptables, gestionnaires et managériales apparaissent par ailleurs comme des inspiratrices

puissantes dans le déploiement de ce mouvement. Celui-ci a particulièrement investi les métiers dits de l'interaction humaine, ce que soulignent Philippe Maubant et Thierry Piot :

> Il est question, pour ces métiers, de « ré-ingénierisation », ce terme, joint à celui de professionnalisation, apparaissant comme une nouvelle *doxa*, qui sous l'apparence de l'objectivité, véhicule des postures idéologiques qui parfois semblent incapables de se penser elles-mêmes et réfutent toute critique au prétexte qu'elle serait contraire aux idéaux de la modernité et donc archaïque… […] [Ces métiers] sont désormais organisés en fonction de référentiels d'activités et de compétences qui ont pour fonction annoncée d'apporter plus de clarification et de formalisation (Maubant et Piot, 2011, pp. 7-8).

Les phénomènes associés aux dynamiques de professionnalisation, mais aussi de développement professionnel (nous allons revenir sur cette notion), s'inscrivent dans un processus socio-historique que l'on peut qualifier de « post-modernité » (Lyotard), d'« hypermodernité » (Aubert), de « modernité avancée » (Delory-Momberger) ou de « seconde modernité » (Piot) (Delory-Momberger, 2009 ; Piot, 2009 ; Niewiadomski, 2012). Ces différentes notions convergent pour désigner tout à la fois un tournant et une exacerbation du mouvement de modernité. Si l'on peut désigner ce dernier comme l'ère initiée par le Siècle des Lumières et marquée par la Révolution française et la Révolution industrielle, la modernité se développe autour du primat de la raison, du triomphe de la science et d'une montée de la rationalisation de l'activité humaine. Dans ce contexte prédomine un fonctionnement social fondé sur les institutions (Famille, Etat, Ecole, Travail, etc.) qui constituent les repères d'un modèle organisant la société et intériorisé par les individus. La postmodernité[105] peut être pour sa part succinctement caractérisée comme l'accumulation de phénomènes entrainant d'une part l'exacerbation de ce rapport à l'activité humaine (par exemple : renforcement d'une logique instrumentale et gestionnaire[106], accélération de l'activité, flexibilisation du travail) et d'autre part, un délitement des institutions (Dubet, 2002) (par exemple : fragilisation du salariat, redéfinition de la famille, affaiblissement des références idéologiques aussi bien religieuses que politiques, etc.) de sorte que la condition de l'individu contemporain résonne à travers les

[105] Pour simplifier la lecture de notre propos, nous conserverons ce terme parmi les différentes expressions évoquées précédemment.

[106] Ce mouvement se traduit dans plusieurs champs de pratiques (santé, éducation, consulting), notamment en France, au Royaume-Uni, au Canada et aux États-Unis. A ce titre, Kevin, T. Leicht, Tony Walter, Ivan Sainsaulieu et Scott Davies (2009) montrent par exemple qu'en l'espace de trente ans, le travail des professions libérales a été confronté à une augmentation de l'exigence d'efficience (*efficiency*) et de justification de l'action menée (*accountability*). Cette exigence appelée « nouvelle gestion publique » (*New public management*) se caractérise comme « une tentative de soumettre les activités bureaucratiques de gouvernance centralisée et locale à des pratiques de prise de décision basées sur le marché et utilisées dans le secteur privé » [traduction que nous proposons à partir de l'anglais : « *an attempt to take centralized and local government bureaucratic activities and subject them to marked-based decision-making practices used in private industry* » (Leicht *et al.*, 2009, p. 582)]. Pour les auteurs, il existe un lien entre la prédominance des environnements influencée par les idéologies néolibérales, ainsi que les réponses organisationnelles spécifiques apportées aux contextes professionnels propres à chaque pays.

notions d'incertitude et de réflexivité. Incertitude en effet, car les structures sociales ne constituent plus des repères stables sur lesquels l'individu peut définir et orienter sa trajectoire de vie. Réflexivité aussi, c'est-à-dire « être en regard de soi-même, s'analyser, prendre des décisions » (Kaufmann, 2004 cité par Piot, 2009, p. 261), devient alors une condition nécessaire car le sujet social est confronté à l'injonction de déterminer lui-même ses propres repères. Il doit alors définir et rechercher les conditions de son épanouissement personnel. Ainsi :

> Soumis à des injonctions paradoxales toujours plus nombreuses, profondément indécis dans son rapport aux autres et à lui-même, perpétuellement à l'écoute d'un « soi incertain », l'individu se doit désormais de conquérir son identité dans un contexte mouvant et fluide alors que son existence se trouve de moins en moins prédéfinie par ce qui l'a précédé (Niewiadomski, 2012, p. 51).

Dans cette optique, bien que l'activité humaine ne s'y résume pas, le travail professionnel n'en est pas moins devenu la sphère incontournable de légitimation pour tout un chacun de son utilité sociale. En conséquence, l'idée de professionnalisation questionne l'implication et l'engagement des individus dans les espaces de travail (Mias, 2010). Les champs de l'éducation et de la formation ne font pas exception. Les pratiques s'y associant semblent de plus en plus assorties de cette logique utilitariste de l'activité humaine. Celle-ci se traduit en particulier par l'injonction toujours plus forte d'une « adéquation » entre les espaces d'éducation, de formation et de travail entérinée par le modèle de la compétence (Maillard, 2007 ; Champy-Remoussenard, 2008, 2015 ; Piot, 2009) de sorte que le concept de professionnalisation s'impose comme un « principe organisateur du champ éducatif » (Champy-Remoussenard, 2010a, p. 23) dont la compétence[107] constitue un objet d'acquisition désormais central.

La professionnalisation renverrait alors à des stratégies et à des processus de transformation (voulue ou subie ; d'ordre économique, social et/ou identitaire) d'un individu ou d'un groupe social et se positionne comme principe organisateur de plusieurs champs de pratiques au sein desquels le travail est envisagé comme central. P. Champy-Remoussenard (2012b, p. 154) définit cette centralité du travail comme « l'hypothèse que l'activité professionnelle est centrale

[107] Signalons ici la dimension multiréférentielle de la compétence pouvant en rendre confuse la signification. Cette notion peut désigner un objet d'acquisition en lien plus ou moins étroit avec la situation de travail (Leplat, 1995, 1997). Elle est souvent mobilisée pour désigner une qualité intrinsèque de l'individu (Zarifian, 2009), mais constitue également un moyen de qualifier les situations et les collectifs de travail (Sorel et Wittorski, 2005). Précisons que la compétence ne se limite pas à des considérations techniques en lien avec la situation de travail, mais constitue un instrument de négociation reposant sur les liens entre savoir et pouvoir dans les organisations (Montmollin, 2001). Notons enfin que l'idée de compétence est traversée par des enjeux de reconnaissance identitaire (Wittorski, 2009).

dans l'organisation globale des activités humaines dans notre société » et peut être associée avec « un puissant désir/besoin social de connaissance et de reconnaissance du travail humain ».

1.2. Un champ d'analyse aux multiples objets

L'intérêt pour la professionnalisation comme objet de recherche s'est par ailleurs manifesté au sein de plusieurs champs disciplinaires.[108] Il a donné lieu au développement de nombreux concepts révélant une intention scientifique de toujours mieux connaître les milieux professionnels, les mutations dont fait l'objet l'activité de travail, la manière dont les individus s'impliquent, se transforment et se développent en relation avec leur contexte professionnel et la part de la formation des adultes dans ces dynamiques (Wittorski, 2007 ; Mias, 2010 ; Champy-Remoussenard, 2015). A la lumière de ces concepts Christine Mias (2014b, p. 352) note que « la professionnalisation peut être […] considérée comme un objet de débats, de controverses, entretenus sur les terrains scientifiques et sociaux par ses traductions disciplinaires diverses souvent liées à sa polysémie ». Cependant, sa clarification semble être conditionnée par la capacité de chercheurs d'horizons différents à se montrer « suffisamment polyglottes pour pouvoir effectivement comprendre et parler, un peu, eux-mêmes, les langages disciplinaires de leurs coéquipiers » (Mias, 2014b, p. 353).

Dans le registre de l'analyse de l'action, le concept de professionnalisation se décline de différentes façons. Raymond Bourdoncle (2000) en identifie plusieurs objets. (1) Il parle de professionnalisation de l'activité, c'est-à-dire sa formalisation en vue d'être enseignée, transmise, convertie en référentiel. (2) La professionnalisation du groupe exerçant l'activité désigne l'évolution de celui-ci dans la sphère sociale à travers par exemple la création d'une association professionnelle, un code de déontologie ou l'obtention d'un monopole d'exercice d'une activité. (3) La professionnalisation des savoirs désigne l'abstraction des savoirs professionnels, organisés et classés selon des critères d'efficacité. (4) La professionnalisation des personnes exerçant l'activité porte tout à la fois sur l'acquisition de savoirs et de compétences et la construction d'une identité professionnelle. (5) La professionnalisation de la

[108] Parmi lesquels figurent la Sociologie, les Sciences de gestion, ainsi que les Sciences de l'information et de la communication. Les Sciences de l'éducation ont quant à elles particulièrement investi cette question, ce dont témoignent la publication du *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (Jorro, 2014b), ainsi que celle d'un recueil de textes fondamentaux issus des travaux portant sur l'analyse des questions de professionnalisation (Wittorski, 2016).

formation désigne la manière d'élaborer la formation afin de rendre des individus opérationnels pour exercer une activité économique précise.

L'étude des processus de professionnalisation peut conduire à qualifier l'activité par laquelle les acteurs professionnels investissent les milieux et contextes de travail, par laquelle ils s'y repèrent, s'orientent et s'efforcent de contrôler leurs actions, et par laquelle aussi ils s'emploient à expliciter et produire du sens à partir de ces dernières (Lac, Mias, Labbé et Bataille, 2010 ; Mias, 2014a). Cette perspective étant indissociable de la question du sujet (Astier, 2008 ; Sorel, 2008), les notions de construction identitaire, d'expérience et de réflexivité prennent alors place dans la compréhension des processus de professionnalisation (Wittorski, 2007, 2008b) et viennent par ailleurs complexifier l'analyse des formes d'engagement de ces sujets dans les espaces d'apprentissage (Kaddouri, 2006, 2011).

Les processus de professionnalisation interpellent alors la notion de développement professionnel. Celle-ci est étroitement associée à l'évolution caractérisant la postmodernité. Elle associe tout aussi bien les notions de compétence (efficacité au travail et formalisation des ressources) et celle d'identité professionnelle impliquant une construction de sens en lien avec, premièrement, les représentations de l'individu au sujet de l'histoire et de la mémoire de son groupe professionnel d'appartenance (Mias, 2010) et, deuxièmement, l'activité de travail animant un sujet en harmonie, en tension ou même indifféremment des actions de professionnalisation déployées (Kaddouri[109], 2001, 2006 ; Wittorski, 2007 ; Piot, 2009). Thierry Piot (2009, p. 260) résume cette idée selon laquelle « l'activité d'une personne au travail synthétise, à chaque instant, des éléments tenant aux compétences qu'il met en œuvre et à l'identité professionnelle qu'il mobilise ».

Traiter des questions de professionnalisation conduit alors à explorer un versant de la complexité humaine (Clénet, Maubant et Poisson, 2012), c'est-à-dire à mobiliser, pour son

[109] Il convient de préciser qu'au lieu de parler d'« identité », Mokhtar Kaddouri (2001, 2006) suggère le concept de « dynamique identitaire » pour situer cette question davantage dans le registre de l'action (le sujet est en perpétuel construction, déconstruction et reconstruction de soi) que dans celui de l'analyse catégorielle (risque d'étiquetage, éventuellement de stigmatisation). Ces « dynamiques identitaires » émergent à la fois dans une perspective biographique (construction identitaire à travers la trajectoire personnelle de l'individu) et interactionniste (construction identitaire au travers des dimensions relationnelles). L'auteur les définit ainsi : « les dynamiques identitaires […] sont constituées de l'ensemble des tensions et des interactions entre les différentes composantes de l'identité. Elles traduisent l'orientation identitaire dans laquelle sont les individus à un moment donné de leur vie. Une telle orientation, et les orientations qui la sous-tendent, donnent lieu à une (ou des) stratégie(s) identitaire(s), ensemble d'actes mais aussi de discours qui les accompagnent ayant pour fonction, selon les cas, de réduire, de maintenir ou d'empêcher l'avènement des écarts entre « identité héritée » et « identité visée », ou entre « identité pour soi » et « identité pour autrui » » (Kaddouri, 2001, p. 164).

analyse, les notions d'identité, de profession, d'activité, de pratique, de savoir, d'expérience, etc., ceci de manière interconnectée. L'enjeu est alors de mettre en lumière les liens entre les processus de professionnalisation et les contextes dans lesquels émergent la relation dialogique entre l'individu et le collectif, mais aussi la signification de ces liens pour le sujet en voie de développement professionnel. L'enjeu d'une approche complexe serait alors de comprendre les « implexes » humains, c'est-à-dire « les processus majeurs reliant et produisant du sens » (Clénet *et al.*, 2012, pp. 16-17).

Les processus de professionnalisation s'inscrivent dans des rapports « inter-scalaires » et dans les éventuelles tensions que ce rapport peut générer (Piot, 2015). Plusieurs auteurs se sont en effet employés à étudier, selon différentes échelles, le concept de professionnalisation. Pour comprendre à la fois la professionnalisation des activités formatives et des activités professionnelles, Pascal Roquet (2012) suggère d'articuler trois niveaux d'analyse. (1) Un niveau *macro* renvoyant à la construction historique et sociale des savoirs de l'activité, (2) un niveau *méso* analysant les dispositifs institutionnels de formation et de travail et (3) un niveau *micro* portant sur le vécu des sujets et des dynamiques individuelles. Dans une perspective *micro/méso*, le concept de professionnalisation peut alors désigner une mise en relation des espaces de travail et de formation à travers laquelle se manifestent dans l'agir des dynamiques d'évolution cognitives associées à la formation et auxquelles sont articulés des enjeux identitaires (Sorel et Wittorski, 2005 ; Kaddouri, 2006, 2011 ; Wittorski, 2007, 2008b). Il s'agirait alors d'un rapprochement des personnes et des situations de travail, d'une articulation du développement des compétences avec des actions spécifiques en contexte professionnel, mais également d'une recherche de reconnaissance de la professionnalité (Sorel, 2008). D'un point de vue *méso/macro*, le concept peut se rapporter à une transformation collective des groupes professionnels pouvant avoir un caractère endogène (revendiqué par les travailleurs eux-mêmes), ou exogène (imposé par l'organisation) (Demazière, 2009, 2012).

De manière générale, et dans une perspective éducative et de formation, la professionnalisation constitue un concept analyseur des relations entre éducation, formation et travail. Celles-ci renvoient à l'articulation entre les besoins auxquels cette association cherche à répondre, ses processus de mise en œuvre et ses modes de reconnaissance (Champy-Remoussenard, 2008, 2015). C'est dans cette optique que nous nous attacherons à examiner le déploiement du DPT, initiative locale que nous envisagerons comme un mouvement d'institutionnalisation d'une relation entre travail et formation.

2. L'institutionnalisation d'une relation entre travail et formation

2.1. Quelques précisions sur la notion d'institution

Si une notion renvoie aux idées générales caractérisant un objet donné, celle d'institution est quelque peu diffuse et se décline de manière considérablement polysémique dans le registre du langage courant. Qu'entend-on seulement par « institution » ? Le terme permet le plus souvent de désigner les organes structurant les sociétés et les actes qui l'ordonnent. L'origine latine du vocable (*institutio, institutionis*) se rapporte à différentes fonctions d'organisation d'une société donnée. Elle suggère ainsi l'idée de « disposition, [d'] arrangement » (assurant une fonction de structuration sociale), mais aussi d'« instruction, [d'] éducation » (fonction de formation et de socialisation) ou encore de « principe, [ou] système » (fonction de fondement des valeurs et de fonctionnement social). L'institution renvoyait ainsi à la fin du XVIIIe siècle à l'« ensemble des structures fondamentales d'organisation sociale »[110].

On relèvera dans cette acception un double contenu sémantique. (1) L'idée d'institution comporte d'abord une *acception fonctionnelle* désignant l'« action d'instituer, d'établir », c'est-à-dire de conférer un statut légal et officiel à quelque chose. C'est l'action instituante. Dans notre contexte d'investigation, celle-ci renvoie à la remise du diplôme d'infirmier officialisant l'autorisation d'exercice de celui ou celle qui l'obtient. Cette acception renvoie tout aussi bien à la décision médicale qui prescrit ou prolonge des soins psychiatriques impliquant une restriction de liberté de l'intéressé. L'institution renvoie ici à une action ratifiant un processus de passage vers un état légitimé. (2) Elle relève aussi d'une *acception structurelle* et désigne le « résultat de cette action », ce qui est institué. Dans ce sens, l'usage du mot sert à désigner un « organisme public ou privé, régime légal ou social, établi pour répondre à quelque besoin déterminé d'une société donnée »[111]. Pour reprendre les exemples précédents, le diplôme d'infirmier permet à une société de se doter d'un corps social dont la fonction est de prodiguer des soins paramédicaux. La prescription médicale de soins sous contrainte place pour sa part le patient sous un régime spécifique régulant son droit d'aller et venir, ceci dans un cadre légal déterminé. Considérant ces deux acceptions, on notera que l'institution assigne des statuts et fonctions organisant les rapports sociaux (par exemple infirmier/patient ; tuteur/tutoré).

[110] CNRTL, récupéré le 17 juin 2015 de http://www.cnrtl.fr/etymologie/institution.
[111] *Idem*.

A partir des travaux de Castoriadis portant sur la relation entre instituant et institué, les tenants du courant de l'analyse institutionnelle (Lapassade, Oury, Lourau) ont développé la notion d'*institutionnalisation*. D'un côté, l'institué désigne ce qui est établi. De l'autre, l'idée d'instituant regroupe les initiatives, les forces, les dynamiques s'employant à remettre en cause et modifier ce qui est institué (Hess, 2013). La notion d'institutionnalisation renvoie à ce qui résulte de cette dialectique. Ce processus est animé d'une tension perpétuelle entre l'émergent et l'établi et caractérisé par une volonté de dépasser cette opposition. L'institution est de ce point de vue « le produit d'une confrontation permanente entre l'institué (ce qui est déjà là, ce qui cherche à se maintenir) et l'instituant (forces de subversion, de changement) » (Hess, 2013, p. 184). De ce point de vue, on peut interroger la place du DPT dans le contexte de l'EPSM-LM et l'envisager *a priori* comme la manifestation locale d'une intention de remettre en cause les modalités actuelles de formation des infirmiers amenés à exercer en psychiatrie et santé mentale. Sans écarter cette idée - que nous examinerons d'ailleurs par la suite (cf. chapitre 6) - l'institutionnalisation de pratiques locales de formation peut être vue sous un autre angle.

En effet, nous l'avons signifié précédemment, certains auteurs voient dans notre monde contemporain un affaiblissement des repères institutionnels (notamment Dubet, 2002). D'autres en revanche envisagent leurs fondations en d'autres espaces. On peut dans ce sens remarquer que les processus d'institutionnalisation sont inscrits dans les trajectoires personnelles à partir du moment où ceux-ci sont vécus par des individus qui tentent de résoudre les tensions, issues de cette dialectique telles qu'elles se manifestent dans leur quotidien par des stratégies variables (affrontement, évitement, surinvestissement dans l'activité, dissimulation, repli, etc.). Pour Christine Delory-Momberger (2009), les institutions trouvent leur foyer dans des espaces immatériels, indépendamment de lieux consacrés. Elles dépassent les frontières territoriales et idéologiques et sont concentrées dans les trajectoires individuelles. L'auteure qualifie cette configuration de « condition biographique », base d'expression des fonctions instituantes et fondement de la formation sociale de l'individu. Ce modèle n'est pas envisagé comme le déclin d'une société, mais davantage comme un réagencement des modèles créateurs de lien social et dont le parcours individuel serait à la fois le témoin et l'expression : « c'est l'individu qui devient l'institution » (Delory-Momberger, 2009, p. 20). Nous l'avons vu par exemple avec l'évolution du champ de la santé mentale, le modèle de prise en charge est de plus en plus axé sur le parcours du patient et sur l'élaboration de son projet de soins. C. Delory-Momberger défend ainsi l'idée selon laquelle la *biographisation* ne serait pas le « lieu » de construction du

lien social, mais un processus de construction de sens convoquant des espaces signifiants inscrits dans le parcours de l'individu et dans son processus d'individuation.

Arrêtons-nous un instant pour examiner la question du DPT à l'aune de cette approche tout à fait singulière. Si l'on considère avec l'auteure que les repères sociaux ne se trouvent pas tant dans des « lieux » définis que dans les composantes du parcours des individus, on peut s'interroger sur la multiplicité des espace-temps, des contextes et des situations dans lesquels se joue le développement professionnel et la construction du rapport au métier (nous reviendrons sur cette notion). Autant dire que le dispositif en question ne serait qu'une goutte d'eau dans l'océan de l'expérience humaine. Cela le rend-il pour autant insignifiant ? Nous ne le pensons pas, mais nous attacherons toutefois dans les pages et chapitres qui suivent à tenter de préciser sa portée.

2.2. Le dispositif comme processus instituant ?

L'idée de dispositif exprime la réalisation d'intentions institutionnelles par une réponse sociotechnique à un besoin spécifique identifié. Cette affirmation demande quelques précisions. La première sera d'ordre sémantique. L'usage du mot « dispositif » se caractérise par la pluralité des éléments qu'il concentre, que l'on parle d'objets techniques, d'actions politiques institutionnelles ou sociales ou encore de stratégies organisationnelles. L'origine étymologique du mot nous renvoie au latin *dispositum*, forme nominale du verbe *disponere* signifiant « disposer »[112] et suggérant une idée d'agencement, de disposition ou encore d'organisation. La conceptualisation du dispositif par Foucault relève bien cette dimension :

> Un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques ; bref, du dit aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même c'est le réseau qu'on établit entre ces éléments (Foucault cité par Agamben, 2014, p. 8).

Cette définition nous amène à une seconde précision, d'ordre conceptuel cette fois et de laquelle ressortent trois idées directrices. (1) Tout d'abord, le dispositif relève d'une nature composite résultant d'une combinaison de plusieurs éléments humains, idéels, matériels, infrastructurels ou discursifs hétérogènes. (2) Il présente ensuite une part d'implicite. On distingue entre le « dit » et le « non-dit » des intentions déclarées donnant lieu à la mise en place de dispositifs,

[112] CNRTL, récupéré le 17 juin 2015 de www.cnrtl.fr/etymologie/dispositif.

mais qui n'excluent pas l'existence d'objectifs cachés ou du moins non formalisés. (3) Enfin, il s'agit d'un « réseau » entendu comme l'articulation de cet ensemble d'éléments hétérogènes, plus ou moins explicites, donnant sa forme au dispositif.

Le dispositif s'inscrit dans un mouvement d'institutionnalisation (engagée dans la dialectique institué/instituant). Cela implique que les institutions ayant impulsé son existence déterminent les objectifs recherchés dans sa mise en œuvre. Ce faisant, il entend agir sur l'activité future des sujets auxquels il s'adresse et constitue en cela :

> L'instrument d'une intention (politique, économique, culturelle, éducative, thérapeutique, judiciaire, religieuse), conçu dans une visée de *conformation*, positive ou négative, du sujet individuel aux nécessités et aux contraintes de la vie en société, notamment de ses institutions (Albero, 2010, pp. 53-55).

Ainsi, la conception d'un dispositif de professionnalisation passe par la détermination d'un référent pour la « fabrication d'un professionnel », pour reprendre l'expression de R. Wittorski (2009). Dans ce sens, le travail humain puisant des ressources dans les apports du dispositif trouve dans ce dernier des ressources et des repères pour l'action, mais aussi une façon d'envisager le travail (ici le travail soignant) agissant comme un cadre prescripteur de son activité. Cette prescription est induite par un travail éducatif organisé dans le cadre du DPT et agissant comme un processus d'acculturation à la fois professionnel et organisationnel.

Pour Giorgio Agamben en effet, le dispositif présente une intention d'interférer, d'agir, d'ordonner l'activité humaine ou de produire des connaissances sur cette activité quel qu'en soit le but. Cet auteur entend par là « tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants » (Agamben, 2014, p. 31). Ainsi, les impulsions données par le dispositif agissent sur le travail de manière normative, orientations pouvant entrer en tension avec l'activité de l'individu, celle qui est observable, mais aussi ses dimensions non-visibles, non-dicibles, voire dissimulées. La prescription d'actions, de modèles et de représentations prédéterminées est alors en confrontation permanente avec les constructions de sens subjectives, les trajectoires individuelles et les enjeux personnels qu'elles impliquent (Boudjaoui et Leclercq, 2014). Si dans ce sens un dispositif de formation pousse l'action normative jusqu'à l'assujettissement, il traduit alors un renoncement au développement individuel et se convertit en une « « technologie du pouvoir » au service d'un processus de domination » (Albero, 2010, p. 53).

A ce titre L'observation des dispositifs reposant sur l'activité humaine a permis à Brigitte Albero (2010) de distinguer trois dimensions continuellement actives et inhérentes à la nature du dispositif : l'idéel (l'ensemble des idées, valeurs, normes, idéaux partagés et porteurs de l'existence du dispositif), le fonctionnel de référence (sa concrétisation, sa mise en pratique et son ingénierie) et le vécu (l'interprétation subjective de l'expérience du dispositif, ceci dans sa relation aux autres acteurs le composant). Ces trois dimensions sont en négociation continuelle de sorte qu'un dispositif, en particulier de professionnalisation, n'est jamais figé une fois pour toute et se voit continuellement animé par des tensions entre ces trois composantes. Il est ainsi en questionnement systématique et en perpétuelle déconstruction-reconstruction. L'auteur précise qu'une telle dynamique « use dans la durée les acteurs sur le terrain au point de les conduire au découragement, [caractéristique] structurelle et non pas accidentelle » (Albero, 2010, p. 58) des dispositifs reposant sur l'activité humaine.

Nous nous inspirerons par la suite de ces pistes analytiques proposées par B. Albero. Plus précisément, nous examinerons d'abord la dimension idéelle en nous efforçant de situer le dispositif dans le contexte d'évolution de la formation des infirmiers en psychiatrie (cf. chapitre 6). Par la suite sera étudiée la manière dont ce DPT s'inscrit (ou ne s'inscrit pas) dans le vécu des acteurs auxquels il est adressé (cf. chapitre 7). Enfin, nous nous intéresserons à sa dimension fonctionnelle pour comprendre certaines de ses dynamiques de mise en œuvre (cf. chapitre 8). Nous suivrons ces pistes à l'aune de la notion de « travail éducatif », considérant qu'elle revêt une part importante des activités associées au DPT, mais qu'elle concerne plus largement d'autres sphères d'activité, hors DPT, qui n'en sont pas moins opérantes dans la construction du rapport au métier.

3. La portée du travail éducatif dans la construction du rapport au métier

Situé au cœur de notre recherche, le travail éducatif constitue tout à la fois un versant de l'activité porteuse du DPT et un objet d'analyse que l'on peut désigner sans réserve comme substrat des questions qui nous mobilisent ici. Nous appellerons « travail éducatif » une part de l'activité humaine adressée à autrui, enfant ou adulte, que l'on cherche à transformer en intervenant sur son rapport à soi, aux autres et au monde et en créant des situations suscitant « le renouvellement des significations de [son] expérience » (Dewey, 2011, p. 415). Une activité menée à des fins éducatives n'est jamais neutre. Elle s'adosse ainsi à un système de

valeurs pouvant donner lieu à une orientation pédagogique, entendue comme un « champ d'axiologie pratique » (Charlot, 2008, p. 164), et dont les fins oscillent entre l'émancipation d'un sujet (visée d'humanisation) et la recherche à le conformer à un système d'attentes sociales (visée de socialisation) (Pourtois et Desmet, 2002). Ce domaine de la pratique repose ou du moins interroge un champ de savoirs spécifique à l'« éducateur » dont une large part est peu visible et peu communiquée (Mialaret, 2011). De manière contemporaine, le travail éducatif est tiré par des principes organisateurs du champ social et des modèles renforçant une logique de performance et d'évaluation de ses résultats, ceci dans des contextes pluriels (Niewiadomski et Champy-Remoussenard, sous presse). La puissance des enjeux de professionnalisation est tout à fait symptomatique d'une orientation prescriptive donnée au travail éducatif (Maillard, 2007 ; Champy-Remoussenard, 2008, 2010a).

Dans le contexte ici investigué, notre intérêt se porte essentiellement sur les manifestations du travail éducatif comme activité prenant part à la construction du rapport au métier des néo-infirmiers en psychiatrie. La commande sociale à l'origine de cette recherche a demandé une évaluation de cette activité formalisée à travers l'existence du DPT et organisée par l'établissement à des fins de professionnalisation de ses destinataires (cf. chapitre 2).

Nous appelons « rapport au métier » la relation qu'un sujet construit, entretient ou développe avec un métier[113], le monde et les activités lui étant associés. Lorsque le sujet est lui-même membre d'une communauté professionnelle, le rapport au métier se forge à travers l'appropriation subjective des règles, de la culture, des savoirs, des pratiques et des codes qui lui sont spécifiques. Le rapport au métier résulte de la perception, la compréhension, l'interprétation de cet ensemble par le sujet et des dynamiques identitaires auxquelles ces processus donnent lieu. Il se manifeste à travers des modes d'expression variables de l'activité (implication, appropriation, engagement, évitement, etc.) chez le sujet qui élabore son « être au métier ». Ce rapport se développe alors au fil de la pratique et de l'expérience professionnelles du sujet ainsi que des apprentissages qu'elles génèrent.

Nous faisons l'hypothèse que l'étude du travail éducatif, dont les néo-infirmiers sont les destinataires, nous conduira à observer et écouter d'autres registres de l'activité à l'œuvre dans

[113] Précisons ici que le métier, en tant qu'objet d'étude sociologique, renvoie tout à la fois (1) à une spécificité culturelle (le métier est étroitement associé à un savoir et à une histoire), (2) à une caractéristique identitaire (l'exercice du métier présente un investissement subjectif) et (3) à un mode d'organisation sociale (le métier constitue un repère de l'organisation sociale du travail) (Osty, 2003).

l'élaboration du rapport au métier de ces infirmiers. Les pages qui suivent chercheront à préciser ce qui, selon nous, structure ce travail éducatif, ceci pour mieux définir ses voies d'exploration.

3.1. Comprendre le travail pour comprendre le travail éducatif

3.1.1. Une activité centrale oscillant entre souffrance et satisfaction

Le travail éducatif est avant tout un « travail ». Les racines latines auxquelles renvoie ce terme, *tripalium* ou *trepalium*, substantif désignant un instrument de torture ; mais aussi *labor*, donnant labeur en français, *labour* en anglais ou même *labor* en espagnol, suggèrent une idée de souffrance, de peine, de fatigue. Cette perspective étymologique rappelle que la désignation du travail s'est constituée comme un phénomène social générateur de souffrance. On peut associer cette idée à l'effort, consenti ou contraint, qui le caractérise ; ou encore à l'accouchement pendant lequel une femme est dite « en travail », la parturition se déroulant elle-même dans un espace dit « salle de travail ». Cette représentation associée à l'idée de souffrance semble pourtant contradictoire, paradoxale même (Gaulejac, 2011b), avec l'idée selon laquelle le travail, entendu comme activité laborieuse et éventuellement professionnelle, serait source d'épanouissement et de réalisation de soi. La centralité caractérisant de nos jours le travail (Castel, 2009) oscille en effet entre l'expression d'une souffrance et la recherche de satisfaction (Labbé et Champy-Remoussenard, 2013).

De cette contradiction découle une certaine complexité dès lors qu'il s'agit de saisir précisément le rapport humain entretenu avec l'activité de travail. Celui-ci, loin de se limiter à sa fonction productive de biens et de services, tient en effet une place centrale dans la compréhension et l'interprétation des rapports sociaux et des dynamiques de construction de soi. Cette prédominance, cette centralité du travail se caractérise notamment par la perméabilité de la frontière entre sphère professionnelle et sphère privée. L'activité salariée et les processus d'évaluation dont elle fait l'objet s'installent alors dans l'espace personnel voire intime des individus au détriment, dans bien des cas, de la santé des personnes, notamment sur le plan psychique (Dejours, 2000, 2003 ; Rapport DREES, 2017).

Le travail éducatif n'échappe pas à la contradiction que nous venons de souligner. Elle présente même des effets collatéraux impliquant aussi bien l'auteur du travail que son destinataire. Le premier, comme nous venons de le relever, oscille entre souffrance (effort, frustration,

épuisement, etc.) et satisfaction (sentiments du travail bien fait, de reconnaissance, plaisir dans la relation éducative ou de formation, etc.). Le second est pour sa part mis à contribution dans la mesure où le travail éducatif porte sur sa propre transformation. La définition de la prescription du travail, sa mise en œuvre et son évaluation présentent alors potentiellement des conséquences sensibles, pour le destinataire, sur le plan social, personnel, voire existentiel.

3.1.2. Une activité en transformation

Le travail en tant qu'activité a connu une période de transformations considérables en passant d'abord d'une ère dans laquelle l'industrie dominait à une tertiarisation de l'activité, puis à une appropriation de la logique d' « entreprise » par les organes du secteur public, ainsi qu'à une augmentation de la bureaucratisation, du contrôle et de la surveillance de l'activité. Ce mouvement est analysé par Yves Schwartz (2000) à travers trois tendances. **(1)** La première relève d'une parcellisation du travail associée à une quantification des tâches qui s'inscrivaient autrefois dans la globalité d'un service. **(2)** La deuxième se fonde sur une définition de l'activité de travail comme une dialectique entre, d'un côté, une dimension autonome, un usage de soi par soi au travail relevant du travail réel et, d'un autre côté, une dimension hétéronome, un usage de soi par autrui défini par le travail prescrit. Y. Schwartz note dans ce sens un déplacement de la prescription et de la rationalisation du travail déléguées au niveau de l'usage de soi par soi. Richard Wittorski (2007) associe cette évolution à une flexibilisation des personnes entérinée par le modèle de la compétence. **(3)** La troisième observe que les contours des structures traditionnelles liées au travail ont tendance à se redéfinir, tout en perdant de leur visibilité et de leur évidence. Robert Castel (2009) a dans ce sens mis en lumière les mouvements de décollectivisation ayant caractérisé les groupes de travail qui puisaient historiquement leur force représentative dans l'union des travailleurs. Schwartz résume ces évolutions par l'idée que ce que l'on entend désormais par « travailler » se transforme de plus en plus en une activité consistant à « gérer » :

> L'expression connote bien un déplacement du centre de gravité des activités, moins physiques, moins couplées au rythme d'un moyen de travail évoquant par contre une inscription dans le temps moins codifiable, une succession de choix et de (micro)-décisions à prendre, sur la base de données plus globales aux contours mal définissables (Schwartz, 2000, p. 281).

Les apports de Schwartz montrent que si le travail présente une nature ordonnée, organisée, individuellement ou collectivement, et anticipée par des procédures et des méthodes, sa mise

en œuvre réelle se joue à l'échelle humaine, au travers notamment du « corps-soi »[114] dont l'activité, elle-même productrice de normes, reconfigure continuellement la dimension rationnelle du travail. Celui-ci présente ainsi une part active, si ce n'est déterminante, dans la construction et la réalisation de soi, aussi bien dans une perspective existentielle que dans un rapport tourné vers le monde (Schwartz, 2000). A la lumière de ces évolutions, on observera que si le travail éducatif institué dans le cadre du DPT fait l'objet d'une anticipation, d'une organisation collective, d'une procédure précise et s'inscrit dans un ensemble culturel préexistant à l'activité, sa mise en œuvre présente potentiellement des traits moins explicites résultant des interactions, des arrangements entre acteurs, des tensions et stratégies à l'œuvre dans la relation éducative.

3.1.3. Un processus de socialisation

Les liens entre travail et socialisation sont tout à fait étroits (Dubet, 2002). Cette relation est d'autant plus forte que le travail, en particulier le travail salarié, a pris une importance exacerbée dans l'organisation de l'espace social, se positionnant alors comme élément incontournable de l'intégration sociale au travers de mécanismes d'affiliation (Castel, 1995) pour lesquels la vie professionnelle détient un certain monopole. A ce titre, les mots de Serge Moscovici (2000, cité par Mias, 2010, p. 208) sont tout à fait évocateurs : « Quoi que l'on dise, dans notre société, ce qui fait que quelqu'un participe socialement, c'est le travail ». Les dimensions institutionnelles telles que nous les avons évoquées précédemment ne peuvent exister indépendamment de l'activité humaine. Au travers de ce que nous avons évoqué jusqu'ici, le travail peut être envisagé comme une activité constitutive de l'essence humaine à travers laquelle l'être perçoit, comprend, s'approprie et aménage - ou tente d'aménager - son milieu et son rapport au monde. Mais si l'on peut désigner le travail comme une mobilisation de l'homme dans l'organisation utilitaire de sa condition, on peut aussi l'envisager comme un processus social organisateur des relations entre les individus.

[114] Pour Y. Schwartz, la subjectivité dans l'activité implique un ensemble de choix effectués par l'individu pour faire face au télescopage de prescriptions antinomiques. Or, l'acte de travail mobilise différentes parties constituant le « soi » : le corps (partie du vivant), l'être social (négociant avec le milieu), l'être psychique (singularisé par l'histoire personnelle). C'est pourquoi Y. Schwartz parle pour sa part de « corps-soi » plutôt que de subjectivité, pour désigner cet élément interne à l'activité et à l'expérience, celui-ci se caractérisant par sa nature énigmatique et ne se laissant pas objectiver (Schwartz et Durrive, 2003).

Ce second point est capital dans la mise en œuvre d'une activité à visée éducative. Nous l'avons vue précédemment, la part pédagogique du travail éducatif cherche en effet un équilibre entre une visée émancipatrice et un objectif de socialisation du sujet (Pourtois et Desmet, 2002). Cette question est particulièrement sensible du point de vue des promoteurs du DPT. Celui-ci traduit en effet l'intention (organisationnelle et professionnelle) d'assurer une transmission culturelle et technique des spécificités de la psychiatrie à destination des néo-infirmiers, c'est-à-dire à « mettre à disposition des « nouveaux venus » le patrimoine des acquis des générations antérieures » (Astier, 2008, p. 64). On voit ici dans quelle mesure le travail éducatif peut viser l'acculturation de celui qui en est le destinataire, l'apprentissage d'une configuration sociale spécifique (ici, celle d'un champ professionnel), ceci à partir de construits sociaux « déjà-là ».

3.2. Le caractère spécifique des activités adressées à autrui

Le travail éducatif s'inscrit dans le champ des métiers de l'interaction humaine et, plus précisément, ceux relevant d'une activité adressée à autrui. Dans cette optique, le travail adressé à autrui revêt une dimension particulière dans la mesure où la personne constitue l'objet du travail. C'est de cette façon que nous le distinguerons du travail visant à produire un service *pour* autrui. Ainsi, on n'intègrera pas dans une même catégorie le travail infirmier et celui du chauffeur de taxi. Ce dernier prend en charge la demande d'autrui et doit fournir un résultat conforme à la volonté de son passager. Si le métier de taxi apporte les conditions de l'activité, celle-ci est dirigée, prescrite par le passager. Le travail éducatif intervient quant à lui directement auprès de l'élève, du stagiaire, du tutoré ou du nouveau professionnel comme objets du travail. Si le corps, le psychisme et l'esprit de ces derniers concentrent une partie des moyens du travail, ils en sont en même temps la finalité. Le destinataire du travail est aussi, au même titre que l'enseignant ou le formateur, sujet de l'activité et de l'expérience liée au travail. Son corps, son psychisme et son esprit sont en effet mis à contribution.

T. Piot (2009, p. 267) propose de caractériser le travail de l'interaction humaine au travers de trois caractéristiques. (1) Les activités de travail *avec autrui* qui sont pensées à la fois sur le plan de l'action et de la construction identitaire au regard d'un collectif de travail et reposant sur une forte coordination. (2) Les situations de travail *pour autrui*. Cette dimension implique une double compétence : compétence sur l'objet du travail (rationnalisée, codifiée) et « compétence relationnelle et communicationnelle ». (3) Les situations de travail *adressées à*

autrui. Ces dernières sont caractérisées par l'intention explicite de contribuer à la transformation du destinataire du travail « avec l'adhésion plus ou moins explicitée des personnes ». Dans cette même optique, Philippe Maubant et Lucie Roger définissent les métiers adressés à autrui comme des « activités qui requièrent l'adhésion du sujet, objet de l'intervention et qui visent sa transformation, comme les métiers d'interactions humaines : enseigner, former, soigner, accompagner, aider, conseiller, assister, animer… » (Maubant et Roger, 2012, paragr. 1).

Le travail adressé à autrui comporte invariablement une tension entre la part de sa dimension prescrite, faisant l'objet d'une formalisation et d'une rationalisation des tâches (« rationalité objective »), et la part de résistance suscitée par la nature humaine de l'objet du travail, ce dernier se caractérisant selon des dynamiques complexes et multidimensionnelles associés à une trajectoire personnelle. Ainsi, les processus rationnalisés et codifiés selon une démarche ergonomique trouvent leur limite dans les incertitudes caractérisant les comportements humains et les interprétations y étant liées (« interprétation subjective ») (Piot, 2009).

Le travail adressé à autrui implique un double niveau de compétence : la compétence associée à l'objet du travail et les compétences relationnelles favorisant l'alliance d'autrui dans la mise en œuvre du travail (Mayen, 2007 ; Piot, 2009). La seconde implique une relation, une communication entre l'enseignant et l'élève ou entre le tuteur et le tutoré, que celle-ci soit verbale ou para-langagière. Contrairement au menuisier qui travaille le bois, le tuteur et l'enseignant sont amenés à interagir avec le tutoré ou l'élève de manière à les amener à s'engager dans l'activité, à obtenir leur confiance et à favoriser leur coopération[115]. Une activité adressée à autrui sans le consentement de son destinataire relève d'un acte de violence (légitimé ou non), d'une atteinte à la liberté et éventuellement à la dignité. Contrairement au rapport de l'ingénieur à l'objet, celui dont le travail est adressé à autrui a besoin de la réaction de son objet de travail qu'il ne peut connaître à l'avance. Il peut l'anticiper, poser des hypothèses, mais celle-ci est par nature imprédictible[116].

[115] Cette dimension est par exemple incontournable dans l'idée que les Compagnons du devoir et du tour de France se font de la transmission du travail (Champy-Remoussenard et Malicot, 2015).

[116] C'est particulièrement le cas en psychiatrie et santé mentale où les soignants sont amenés à agir auprès des personnes souffrant d'affections psychiques, ce qui implique chez ces dernières une part importante d'expressions inattendues. La relation entre le patient et le soignant en psychiatrie se caractérise par une dimension particulièrement incertaine, dans la mesure où celle-ci est susceptible d'être traversée par nombre d'éléments perturbateurs : le caractère non consenti des soins prodigués au patient, les différentes crises pouvant frapper celui-ci, l'état de dissociation psychique pouvant l'affecter, la survenue de situations de violence, etc.

Nous caractériserons alors le travail adressé à autrui à travers quatre dimensions. **(1)** D'abord, il s'inscrit dans deux registres indissociables du travail (Mayen, 2007). Le premier concerne l'intervention sur l'objet de l'activité. Il s'agit du patient auquel l'infirmier destine les soins ou du tutoré à qui s'adresse le travail du tuteur. Le second registre concerne la dimension relationnelle. Se joue à travers celle-ci la confiance et la coopération de celui à qui s'adresse le travail. Ce second point est, tout autant que le premier, déterminant dans l'efficacité de l'activité fondée sur une éthique du travail bien fait. **(2)** Ensuite, son activité relève d'une « rationalité faible » et dont les métiers associés ont paradoxalement vu les pratiques évoluer dans une mouvance de rationalisation exacerbée, conséquence de la postmodernité (Piot, 2009). **(3)** C'est une activité développée à travers quatre types de ressources (l'expérience, autrui (*alter*), les normes et prescriptions, l'environnement) (Lescouarch et Adé, 2015 ; Piot, 2015). **(4)** Elle relève enfin d'un ensemble d'activités, de postures, d'attitudes peu visibles (Piot, 2009).

Les métiers de la relation tendent à se professionnaliser dans un contexte où une demande sociale de plus en plus forte exige de questionner la pertinence des savoirs professionnels, ce qu'avancent Philippe Maubant et Lucie Roger. « En interrogeant cette pertinence […] au regard d'une visée d'expertise, d'efficacité, de rationalité et d'efficience, on cherche aussi à interroger la place sociale et politique qu'occupent ces professions » (Maubant et Roger, 2012, paragr. 7). Dans notre contexte d'investigation, cette mise à l'épreuve des professionnels va de pair avec un renforcement de la prescription et du contrôle institutionnel, accentué par le processus de « modernisation » hospitalière (Dubrion et Bertézène, 2013), entraînant un changement conséquent dans les métiers de la santé et de fait, dans la relation entre soignants et patients. La compréhension et l'actualisation des savoirs à l'œuvre dans l'acte professionnel doit échapper, pour P. Maubant et L. Roger (2012, paragr. 7), à la stricte technicité de l'analyse. Ils appellent dans cette optique à l'élaboration d'une « épistémologie de la pratique professionnelle », dont l'un des enjeux résiderait certainement dans la compréhension des dimensions difficilement visibles, éventuellement dissimulés, des activités adressées à autrui, que l'on parle de soin ou de travail éducatif.

3.3. Des dimensions mal visibles du travail

Les recherches en analyse de l'activité sont mues par une volonté de mieux la connaître et de produire des savoirs issus de cette mise en lumière. Cette intention relève d'un enjeu social fort et associé à une évolution généralisée des champs professionnels et de leurs métiers. Les

évolutions du travail ont suscité l'intérêt approfondi de différents courants d'analyse issus de champs disciplinaires distincts (Champy-Remoussenard, 2005). Certains, comme la « Clinique de l'activité », sont parvenus à mettre en évidence une part du « réel de l'activité » au travers de pratiques d'observations « autoconfrontées ». D'autres, comme celui de « l'Entretien d'explicitation et de la psychophénoménologie », ont élaboré une approche exploratoire du discours sur cette activité. Les différents courants centrés sur l'analyse de l'activité convergent cependant sur la difficulté d'accéder aux dimensions non-visibles que recèle le travail, à l'implicite, à l'incorporé, au non-dit ou encore au dissimulé[117]. Ces dimensions « cachées » constituent ainsi une difficulté et un véritable défi dans la quête de connaissance ou de reconnaissance du travail (Champy-Remoussenard, 2014b, 2017).

Traiter des dimensions cachées du travail revient implicitement à reconnaître l'existence d'un écart entre d'un côté la prescription du travail, les normes, les règles, les protocoles, tout ce qu'Y. Schwartz regroupe sous le concept de « normes antécédentes » (Schwartz, 2000, 2014 ; Schwartz et Durrive, 2003, 2009) et de l'autre côté ce qui relève du travail réel. C'est la part effectivement réalisée résultant de la redéfinition (incontournable) de la tâche et de son exécution par l'auteur de l'activité (Leplat, 2011). L'Ergonomie, suivie de la Psychologie du travail se sont attachées à montrer la tension irréductible existant entre ces deux dimensions, à tel point que l'affirmation d'une différence entre prescrit et réel relève pratiquement du truisme pour les chercheurs s'intéressant de près ou de loin au travail comme concept. Y. Clot va plus loin en énonçant la notion de « réel de l'activité ». C'est ce qui relève du travail réalisé, mais aussi du travail non réalisé qui n'en présente pas moins une existence subjective : « le réel de l'activité, c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir - les échecs -, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense ou qu'on rêve pouvoir faire ailleurs » (Clot, 2011, p. 119).

Enquêter sur le travail caché, c'est entériner la position selon laquelle l'être humain au travail est par nature normatif. Cette considération implique qu'il est :

> Impossible et invivable que chacun d'entre nous, comme travailleur, agisse, dans le milieu considéré, comme un strict exécutant de ces normes antécédentes. Il y a toujours retravail, reconfiguration, réinvention, même minuscule, de ces normes qui ont été instituées sans prendre en compte - et en un sens, c'est normal - les singularités de chaque situation, la singularité de notre rencontre ici et maintenant (Schwartz, 2014, p. 3).

[117] Ce point a notamment été discuté par des représentants de plusieurs de ces courants réunis lors du Colloque International en Sciences de l'Education « L'activité en débat. Dialogues épistémologiques et méthodologiques sur les approches de l'activité ». Villeneuve d'Ascq : Université de Lille 3. 14, 15 et 16 janvier 2015.

Cependant, dans les champs de pratiques professionnelles, cette position ne relève pas nécessairement de l'évidence et ne s'entend pas toujours du point de vue d'acteurs engagés dans une logique de résultat. Il s'ensuit que tout écart à la prescription peut potentiellement être interprété comme une preuve d'incompétence ou de comportement subversif vis-à-vis de l'autorité déterminant la prescription du travail. On comprend alors les réticences qu'éprouvent potentiellement les individus à parler ouvertement de certains aspects de leur activité professionnelle.

Dès lors, l'intention de connaître voire de révéler une part du travail caché relève d'une approche sensible. Ce point doit impérativement questionner le chercheur sur les enjeux liés à l'intelligibilité, mais surtout aux révélations que peuvent faire ressortir ses investigations. P. Champy-Remoussenard précise sur ce point que :

> Les enjeux du dévoilement du caché dans le travail sont particulièrement liés au fait que la production de connaissance sur le travail fait, actuellement, l'objet d'une forte demande sociale. Cette demande pose avec une particulière acuité les problèmes associés à l'intention scientifique d'éclairer ce qui dans le travail humain reste dissimulé, quelles que soient les causes et les fonctions de cette dissimulation (Champy-Remoussenard, 2014a, p. 40).

Connaître la part de l'activité humaine peu accessible au regard du chercheur pose ainsi une question éthique. Cette part mal visible est susceptible de contenir un espace de liberté d'agir de la personne au travail. La mise au jour de cette marge de liberté donne potentiellement lieu à une régulation voire à une dépossession de cette activité, affectant directement les stratégies mises en œuvre par l'individu « démasqué ». Si l'activité caché fait l'objet d'une dissimulation volontaire, elle peut être qualifiée de « clandestine » (Wittorski, 2014). Mais cette clandestinité du travail peut relever de pratiques reconnues dans un champ défini par les collectifs de travail qui attestent de son efficacité, mais que pour autant, sa nature rend difficile voire impossible à admettre explicitement et officiellement :

> Les dimensions clandestines [...] sont indispensables au bon déroulement du travail collectif. C'est leur statut même dans les situations qui conduit à parler de clandestinité parce qu'elles s'avèrent constitutivement quasi impossibles à officialiser, à formaliser, à se trouver traduites en prescriptions et à être reprises dans la formation formelle. Elles ne sont pas clandestines dans les situations de travail, ni dans l'organisation du travail collectif. Dans un entre soi et dans l'informel, dans les nécessités quotidiennes de réalisation de la tâche, au sein des collectifs de travail, ces aspects des pratiques sont connus et légitimes (Champy-Remoussenard, 2014a, p. 49).

La question est de savoir si ces dimensions cachées ou mal visibles du travail présentent des spécificités s'agissant de travail adressé à autrui, en particulier de travail éducatif. Autrement dit, présentent-elles des traits qui les distinguent d'autres types de travail ? Nicole Mencacci (2014, pp. 78-79) prend l'exemple de la ruse mise en œuvre par un enseignant pour inciter ses

élèves à chercher la solution d'un problème. Il leur « ment » de manière ostensible en leur disant qu'il n'existe peut-être pas de solution, mais que l'unique moyen de le vérifier est de regarder le problème « de près ». Tout en étant mi-dupes, mi-incrédules, les élèves intrigués entrent avec l'enseignant « dans le jeu pour la mise au travail » favorisé par « la création, *hic et nunc*, d'un espace commun de confiance et de jeu consenti, plus ou moins consciemment ». La ruse ici mobilisée relève d'une technique éducative non conforme aux savoirs, postures et techniques habituellement transmis dans les instituts de formation, mais paraissant ici se révéler efficace. On notera que le travail éducatif est dans cet exemple marqué par la mise en œuvre de cette ruse dont les élèves manifestent une part d'incrédulité. A ce titre, N. Mencacci (*Op. cit.*, p. 78) écrit que « si une ruse est éducative, alors les élèves et les formés n'en sont pas entièrement dupes. Sinon, elle ne l'est pas ». Le travail caché présente ici une part spécifique. Le chercheur trouvera des éléments d'éclairage sur l'activité en établissant si le rapport du destinataire à la part cachée à l'œuvre dans la situation. En est-il le complice ? En est-il le dupe ? Pour l'auteure, la réponse à cette question vient aussi poser celle de « la posture éthique » de l'auteur du travail. A ce titre, T. Piot souligne que « le travail ne peut se faire valablement […] sans une co-opération éclairée de celui qui se transforme par le travail qui lui est adressé ».[118] Ce propos sur les dimensions cachées du travail nous conduisent à formuler l'hypothèse selon laquelle une large part de la construction du rapport au métier s'effectue au détour de situations spécifiques dont l'aspect significatif est inaccessible à l'observateur. Certains vécus sont tus voire dissimulés, bien qu'ils soient pleinement inscrits dans la construction de sens réalisée par le (néo-)professionnel (cf. chapitres 7 et 9).

Enfin pour terminer ce chapitre, nous traiterons de la question de l'évaluation. La commande sociale associée à notre travail exprime en effet, nous l'avons dit précédemment, une attente d'« évaluation » du DPT (cf. annexe II). Or, l'idée d'évaluation est fortement marquée axiologiquement. Elle se rapporte à un ensemble de pratiques sociales non neutres et traduit un rapport au travail (en tant qu'activité à évaluer) spécifique. C'est pourquoi, il nous apparait incontournable d'examiner ce que revêt cette question avant de l'appliquer au travail éducatif dans le contexte des infirmiers en psychiatrie.

[118] Citation extraite de Durat, L., Goigoux, R., Olry, P., Piot, T. et Triby, E. (2015). L'expansion des approches de l'activité dans les Sciences de l'éducation. Table ronde animée par B. Albero et F. Maillard. Colloque international en Sciences de l'Education « L'activité en débat. Dialogues épistémologiques et méthodologiques sur les approches de l'activité ». Villeneuve d'Ascq : Université de Lille 3 (France), 14, 15 et 16 janvier.

4. L'évaluation : un processus axiologiquement marqué à questionner

La commande sociale dont fait l'objet notre recherche porte sur l'évaluation de l'offre de professionnalisation élaborée et mise en œuvre au sein de l'EPSM-LM. Ainsi formalisé (cf. annexe II), cet objectif de recherche nécessite alors d'interroger la notion d'évaluation et de préciser la part qu'elle occupe dans notre investigation. Il ne s'agira pas ici de l'examiner avec la profondeur qu'elle mérite en tant que pratique diversifiée associant des enjeux de jugement et de (re)connaissance sociale de l'activité, le plus souvent liée au travail. Notre intention sera d'abord de porter un regard critique sur les implications du succès de l'évaluation dans les usages sociaux, en particulier dans le champ de la formation. Nous verrons que son recours est le plus souvent sous-tendu par une logique de contrôle ainsi qu'une conception utilitariste de l'activité. En recourant à la notion d'« enquête » deweyenne (cf. chapitres 4 et 5), nous proposerons par la suite une démarche d'évaluation « signifiante »[119] se distinguant de dispositifs « classiques » et cherchant à évaluer, non la formation, mais les dynamiques de professionnalisation, de développement professionnel et de construction du rapport au métier, ceci en prenant comme point de départ les représentations professionnelles (Mias, 2010, 2014a ; Mias et Bataille, 2013) des acteurs y étant associés.

4.1. Retour sur une pratique à succès

La culture de l'évaluation n'a jamais été aussi forte, de sorte qu'elle est peu à peu devenue un élément incontournable de notre vie quotidienne. Elle impacte aussi bien l'activité des organisations en quête de qualité *du* et *au* travail dont les enjeux sont multiples (performance, santé, sécurité, gestion des risques, etc.), que celle de tout individu utilisateur des services de distribution d'énergie, de réseaux de télécommunication ou encore de transports urbains. Qui ne s'est jamais vu proposer de renseigner une enquête de satisfaction suite à la prestation d'un service ? Le recueil de l'avis de personnes ayant « testé » une prestation ou un produit avant d'y avoir recours, ceci par l'intermédiaire d'applications numériques, fait désormais l'objet de pratiques courantes redéfinissant la nature même des rapports intersubjectifs[120]. Facilités par

[119] L'idée d'une évaluation signifiante sera explicitée dans le chapitre 5.

[120] Sur ce point, nous renvoyons le lecteur à l'article de Pierre-Antoine Chardel, « Pratiques sociales et (inter-)subjectivation à l'ère numérique », publié dans le carnet de recherches *Sociologues dans la cité. Carnets de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française*. Récupéré le 24 mai 2016 de https://sdc.hypotheses.org/pratiques-sociales-et-inter-subjectivation-a-lere-numerique.

l'évolution des technologies numériques et de l'économie digitale, ces phénomènes de changement des relations entre consommateurs, producteurs de biens et prestataires de services[121] donnent alors une place prépondérante à la question de l'évaluation comme forme d'un travail assuré ordinairement par des utilisateurs de services, et ce de manière non rétribuée (Valenduc et Vendramin, 2016). L'évaluation constitue ainsi aujourd'hui une pratique sociale ubiquitaire significative de notre quotidien au point de donner lieu à une recherche systématique de connaissance et de quantification de la valeur du travail (Cassin, 2014).

Dans le champ de la formation des adultes, l'engouement que connaît l'évaluation relève sans conteste d'un ensemble de pratiques étroitement associées à une exigence toujours plus importante à l'égard de la qualité du travail éducatif. Elle est en outre animée par des enjeux de reconnaissance de l'appropriation d'un genre professionnel ou encore la perception d'un êthos professionnel (Jorro, 2009, 2014a, 2015). L'intérêt pour l'évaluation de dispositifs de formation, éventuellement de professionnalisation, a donné lieu à une effervescence intellectuelle produisant une littérature abondante dont plusieurs travaux convergent autour de la réflexion menée sur l'idée que des valeurs émergent de l'activité (Barbier, 1985) et que toute démarche d'évaluation est amenée à interroger et à fonder ces valeurs (Ardoino et Berger, 1989). Ainsi, en ce qui concerne le DPT, son évaluation peut par exemple conduire à la mise en évidence de savoirs spécifiques aux infirmiers en psychiatrie, à leurs modes de circulation et de transmission, mais aussi à la reconnaissance d'une part de ces savoirs. Certains travaux mettent par ailleurs en avant l'idée que si un processus d'évaluation permet de juger du développement professionnel d'un individu, il peut en même temps contribuer à ce développement mais aussi en être le frein (Jorro, 2007, 2015 ; Paquay, Van Nieuwenhoven et Wouters, 2010).

Appliquée à la formation, l'évaluation constitue un objet d'étude complexe et ambigu porté par une recherche d'objectivation illusoire dont il est essentiel de se départir (Hadji, 1995). Cette pratique sociale continue de questionner le champ des sciences humaines et sociales et faire l'objet de réflexions et d'études toujours plus approfondies[122]. Car si l'on peut relever une

[121] On parle parfois de phénomène d'*ubérisation*, extension du nom de l'entreprise proposant des dispositifs numériques de mise en relation entre des conducteurs réalisant un service de transport et des usagers de ces services. Cette forme de travail constitue le terrain d'un débat de fond portant sur les évolutions et la réglementation de l'activité de travail suscitant une controverse animée et parfois violente. Or, il y a précisément dans le service proposé par Uber un évaluation directe et immédiate par l'usager.

[122] Les publications récentes de travaux portant spécifiquement sur l'évaluation des dispositifs éducatifs et s'efforçant d'outiller aussi bien le champ de la recherche que les espaces organisationnels constituent un indicateur

véritable inflation des pratiques d'évaluation de la formation, c'est bien souvent dans le cadre d'une optique managériale relayant une recherche toujours croissante de normalisation de l'activité et de certification des pratiques organisationnelles. Cette tendance témoigne du passage d'une éducation permanente portée par une recherche de progrès social et d'épanouissement personnel - du moins dans les discours de ses promoteurs - à un outil d'optimisation des organisations faisant face à un environnement concurrentiel et incertain. Ce changement du rapport à la formation s'étend alors à celui des valeurs qui l'habitent (Lenoir, 2004). Dans cette partie seront d'abord relevées quelques logiques dans lesquelles s'inscrivent désormais les pratiques d'évaluation. Celles-ci répondent en effet à une recherche de contrôle social de l'activité, à une conception utilitariste où les moyens sont envisagés comme des fins, ainsi qu'à un irrésistible besoin social de déterminer, de contrôler et maîtriser la valeur de l'activité humaine à partir d'indicateurs quantitatifs (Gori, 2011).

4.2. Une recherche de contrôle social du travail

L'activité socio-économique du XXe siècle d'après-guerre fut caractérisée par la montée de l'entreprise libérale. L'enjeu de ce développement résida d'abord dans sa capacité à produire en masse (années 1950-1960) avant d'adopter des modes de fonctionnement permettant de faire face aux contraintes environnementales caractérisant son milieu (à partir des années 1980-1990). Cette période fut alors marquée par la tentative de dépasser le modèle taylorien, sans pour autant réussir à rompre avec celui-ci, et de faire évoluer les modes d'organisation et de régulation du travail (Francfort, Osty, Sainsaulieu et Uhalde, 1995 ; Stroobants, 2013). Les organisations ont alors peu à peu cultivé un modèle d'offre en « flux-tendu » caractérisé par nombre d'évolutions : le développement de tâches polyvalentes, du travail collectif et des groupes de projets, la généralisation du modèle de la compétence, mais aussi la considération du travail comme espace de formation. Cette énumération n'est bien-sûr pas exhaustive. Toujours est-il que ces évolutions furent étayées par la promotion de logiques de fonctionnement telles que la flexibilité, la gestion des risques ou encore la « qualité totale ». La place de l'individu dans l'organisation fut alors redéfinie avec l'objectif de rendre ce dernier plus flexible, plus compétent et plus à même de prévenir et d'agir face aux inattendus et

significatif de l'intérêt persistant pour cette question. Nous citerons à titre d'exemples le numéro 23 de la revue *Question Vives* (2015) ainsi que le hors-série numéro 8 et le numéro 208 d'*Education permanente* parus en 2016. Chacune de ces publications est consacrée à la place de l'évaluation dans les champs de l'éducation et de la formation.

incertitudes caractérisant le quotidien de l'entreprise (Wittorski, 2001, 2007 ; Stroobants, 2013).

Les effets de ces évolutions se ressentirent dans les champs éducatifs et de la formation professionnelle. La question de l'articulation entre travail et formation fut alors peu à peu déclinée au travers d'un besoin dans les différents mondes professionnels d'une demande accrue d'« adaptabilité maximale » (Champy-Remoussenard, 2012b) des pratiques de formation aux besoins du marché de l'emploi. On entrevoit ici les causes d'une prévalence de l'idée de professionnalisation. Cette flexibilisation du travail, P. Champy-Remoussenard (2012b) lui attribue une dimension paradoxale : si en effet son existence est fondée sur l'intégration des incertitudes et du risque dans les activités professionnelles, elle n'en renforce pas moins les pratiques de contrôle des activités, en particulier au moyen de l'évaluation :

> Il s'agit de maitriser le travail humain, et donc de le contrôler pour le maitriser. L'évaluation qui sert ce contrôle se réclame de logiques de recherche d'excellence, de qualité totale, de zéro défaut. Une montée en puissance de la logique d'évaluation et de contrôle du travail qui explique qu'on s'intéresse à l'activité dans la perspective souvent d'une réduction de l'écart en son déploiement la prescription de bonnes pratiques et des normes. Il est à noter que cette surenchère à l'évaluation et au contrôle tend également à valoriser de façon très forte les formes de formalisation[123] du travail (Champy-Remoussenard, 2012b, p. 166).

Les dispositifs d'évaluation mis en place sont alors le reflet d'une recherche toujours plus importante de connaissance de l'activité et s'inscrivent le plus souvent dans un climat de contrôle de cette activité ainsi que des personnes (Lenoir, 2004 ; Champy-Remoussenard, 2010a, 2012b ; Jorro, 2015). Connaissance certes, en raison des vertus formatrices du travail désormais reconnues et d'une recherche systématique d'optimisation des *process* d'action poussée par les démarches rationnelles dites de qualité. Mais aussi contrôle, parce que l'organisation du travail est déterminée selon une logique de déploiement des moyens en vue d'atteindre une fin. Dans ce sens, la vérification de l'adéquation entre activité et objectifs visés par l'organisation est accentuée par une préoccupation de retour sur investissement (*Return on investment* - ROI) et/ou de légitimation des actions menées. Pourtant, l'évaluation recèle d'autres logiques internes à l'organisation qui sont bien à l'œuvre comme l'avance Hughes Lenoir :

> Bien souvent, sous couvert d'un discours rationnel soucieux de « ressources » et de « capital » humains, ces méthodes [favorisées par les pratiques d'évaluations de gestion et de management des ressources humaines] ne visent qu'à renforcer le contrôle sur les personnes, et leur effet réel tend à les infantiliser, à les soumettre à l'arbitraire d'une pseudo-objectivité, et à renforcer les habitus

[123] Autrement dit, les enjeux de plus en plus forts de connaissances du travail tendent à accroître la demande d'analyse de l'activité dans une perspective de rationalisation des pratiques professionnelles.

> d'acceptation des jugements de valeur acquis durant la phase de scolarisation, tout en voilant les enjeux réels de l'évaluation d'entreprise qui ne vise qu'à légitimer les positionnements sociaux, les réorganisations autoritaires et les processus d'exclusion (Lenoir, 2004, pp. 58-59).

Mais si cette montée de l'évaluation est fortement encouragée et même prescrite par les pouvoirs publics et notamment par ses différentes délégations territoriales (conseils régionaux et généraux, acteurs chargés de la gouvernance publique dans des champs spécifiques d'activités, etc.), on notera par ailleurs que son succès est associé à l'existence d'un marché de l'évaluation et donc à la formation d'acteurs individuels et collectifs ayant des intérêts marchands dans la promotion des pratiques évaluatives (Perrenoud, 2010). Autrement dit, outre les discours managériaux favorisant une approche rationnelle de l'activité humaine, il serait inexact de penser que l'évaluation est mise en œuvre dans le seul souci de qualité du travail et se décline selon des critères strictement objectifs et impartiaux. Cette dernière remarque entend insister sur l'idée qu'une évaluation n'est jamais neutre et que les enjeux l'animant ne sont que rarement explicites dans les discours revendiquant son bien-fondé.

4.3. Une conception utilitariste de l'activité humaine

Ainsi, la logique de contrôle est adossée à une conception fortement utilitariste de l'activité humaine envisagée comme *un moyen pour atteindre une fin* selon des processus déterminés à l'avance. Dans un essai portant sur le statut social de la culture envisagée comme le terrain de conflit entre l'art et la politique, Hannah Arendt (1972) souligne le problème pour tout art d'être envisagé selon des critères d'utilité. Les outils, le matériau, les personnes en permettant le processus de production ou de fabrication deviennent alors :

> De simples moyens pour la fin et sont justifiés en tant que tels. Les fabricateurs ne peuvent s'empêcher de considérer toutes choses comme moyens pour leurs fins ou, selon le cas, de juger toutes choses d'après leur utilité spécifique. Dès que ce point de vue est généralisé et étendu à d'autres domaines que celui de la fabrication, il produit la mentalité banausique[124] (Arendt, 1972, p. 276).

Pour H. Arendt, cette visée utilitariste est engendrée par le politique (l'homme d'action) qui s'attache à juger ce qu'il fait selon des critères identiques d'après lesquels on juge le résultat d'une fabrication : « la mentalité de la fabrication a envahi le domaine politique [soit la sphère

[124] On entend par là un rapport utilitariste au travail.

de l'action], dans une mesure telle qu'il va de soi pour nous que l'action, encore plus que la fabrication, est déterminée par la catégorie des moyens et des fins » (Arendt, 1972, p. 277-278).

Cette réflexion sur le jugement de l'utilité de l'action appliquée à la culture s'étend à l'analyse du travail humain dès lors que celui-ci est envisagé comme une ressource mobilisable en vue d'atteindre des objectifs déterminés, soit selon un rapport de moyens pour la fin. Cette perspective utilitariste trouve une assise intellectuelle dans la théorie du capital humain (Becker, 1994) et une traduction organisationnelle dans les pratiques managériales de révision générale des politiques publiques[125] (RGPP) (Gaulejac, 2011b). Il en résulte une culture traversant les organisations, notamment publiques, fondée sur le primat du résultat, le plus souvent chiffré, ceci quelle que soit la nature du travail humain concerné. Il s'agit d'une volonté de promouvoir un modèle d'action collective caractérisé par des notions à connotation positive telles que la performance, l'innovation ou la compétitivité. Notons cependant que les discours issus de cette tendance ne reflètent pas autant qu'ils l'avancent la qualité du travail. Ils auraient même tendance à nuire à l'activité si l'on suit Philippe Zarifian. Ce dernier considère en effet que :

> [La culture du résultat] reste prisonnière d'une vision instrumentale, contrainte par une obligation de résultat que la direction de l'entreprise croit pouvoir définir à l'avance. Elle confond entre effets, résultant d'une causalité, et résultats, résultant d'une prescription[126]. Cette vision, loin de renforcer l'action professionnelle des individus, l'affaiblit, associée à l'illusion que l'on puisse, dans l'univers actuel, prédéterminer des résultats précis. L'initiative, centrée sur les effets utiles et sensibles aux événements, permet d'anticiper et de rectifier avec souplesse et intelligence, là où la prescription de résultats fige l'action, la bride et l'épuise, avec une chance notable de se tromper de cible ou d'être en retard sur le réel (Zarifian, 2009, pp. 159-160).

Dans sa traduction organisationnelle, cette logique de résultat est portée par une conception, nous l'avons dit, des moyens mobilisés pour la fin. Elle entraîne alors une multiplication des injonctions « par le haut », ceci souvent dans une visée de professionnalisme (Boussard,

---

[125] Dans le secteur public, l'évaluation institutionnelle s'est peu à peu généralisée sous l'impulsion du *New Public Management* (NPM), s'imposant de plus en plus aux individus, aux organisations ou encore aux groupes professionnels comme outil de rationalisation de l'activité. Ses promoteurs légitiment l'évaluation au travers d'un discours avançant la nécessité de performance et d'efficience des organisations, tout en renforçant la « maîtrise » des dépenses. Avec la loi organique n°2001-692 relative aux lois de finances (LOLF) du 1er août 2001, les pouvoirs publics ont institué le principe d'évaluation des services publics en les soumettant à une logique de performance. Cette évolution eut alors pour effet de limiter les intermédiaires entre la « mesure » de l'activité des organes administrant les questions de bien commun et la prise de décision politique (Ogien, 2014).

[126] Pour préciser ce point, prenons l'exemple des démarches de certification auxquelles sont soumis les établissements de santé. Au cours de notre enquête de terrain, nous avons échangé avec une secrétaire préparant l'évaluation. L'une des étapes de préparation consistait à assurer la traçabilité d'une part de son activité. Elle nous a alors expliqué avoir passé une commande de fournitures par courriel. Le processus de certification prescrivait alors d'imprimer les bons de commande pour témoigner de leur traçabilité : « je ne le fais jamais [explique la secrétaire], sinon je perdrais un temps fou. En plus, j'ai tout dans mon ordinateur. Maintenant, on me demande d'imprimer des bons de commande, pour prouver des choses que je ne fais pas. Je veux bien, mais j'ai passé la matinée là-dessus. Et pendant ce temps, le reste n'avance pas ». Ici, on voit comment le résultat produit est généré par la prescription, bien que celle-ci soit contradictoire avec l'activité ordinaire de la secrétaire.

Demazière et Milburn, 2010) bâtie sur l'association entre « qualité » du travail et « maîtrise des dépenses ». C'est le cas en particulier pour l'hôpital public (Dubrion et Bertézène, 2013). Les comportements humains sont alors caractérisés par un souci de poursuivre une *logique adéquationniste*, c'est-à-dire de conformité à des objectifs établis sur le rapport entre coût et qualité du travail, primant sur la recherche du sens de l'activité. La quête de qualité et de performance se traduit alors le plus souvent par une injonction à se conformer à des référentiels dont les effets ne sont pas sans affecter sensiblement les vertus créatrices de l'activité et en même temps le sens pouvant lui être associé (Cassin, 2014). Dans cette mouvance, l'évaluation est souvent individualisée, présentant alors des effets délétères sur les personnes causés par une charge mentale forte (Dejours, 2003 ; Lenoir, 2004) et n'est pas sans affecter en particulier le rapport à l'apprentissage et l'engagement des personnes en formation.

Cette impulsion a cependant pour effet, dans bien des cas, d'entraver la réalisation de ce que les travailleurs considèrent comme du « bon travail ». Cette observation va de pair avec l'idée qu'il existe un lien entre qualité *du* travail et santé *au* travail. C'est sur cette relation que s'appuie la thèse défendue par Yves Clot (2010) selon laquelle le travail empêché et dénaturé présente des conséquences pathogènes pour les travailleurs. Pour cet auteur, les organisations sont marquées par un élan politique et sociale hygiéniste se traduisant notamment par la propagation de « bonnes pratiques »[127] (côté institutions prescriptrices) et la promotion toujours plus importante du « bien-être » au travail. L'intention de ce mouvement est alors d'agencer les pratiques professionnelles de manière optimale en limitant les incertitudes liées à l'activité. La généralisation de ces « bonnes pratiques » entraîne cependant un effet pervers que Y. Clot constate à travers la non prise en compte de la singularité caractérisant les situations ordinaires de travail ainsi que les clés de l'efficacité qu'elles peuvent contenir. Conjointement, elles occultent la subjectivité du travail ce qui a pour effet d'affecter le pouvoir d'agir des professionnels et, par voie de conséquence, fragiliser leur santé.

[127] La notion de « bonnes pratiques » formulée ici constitue une représentation du travail élaborée à partir de situations abstraites et intégrée par les institutions à la prescription du travail pour répondre à des situations concrètes. Cependant, ces modèles pour l'action sont caractérisés par leur neutralité car ils sont conçus de manière décontextualisée. Or, l'auteur du travail investit les situations avec ses connaissances, ses valeurs, son expérience, il « déneutralise » le milieu pour reprendre l'expression d'Y. Schwartz (Schwartz et Durrive, 2003). Ce faisant, le modèle peut se révéler inopérant et contraire à ce que l'auteur du travail considère comme du « bon travail » dans la situation précise où il se trouve.

4.4. Une irrésistible quantification des données de l'évaluation

Cette culture du résultat est étroitement associée à la recrudescence des pratiques d'évaluation (Jorro et Mercier-Brunel, 2014 ; Jorro, 2015) dont les méthodes se caractérisent le plus souvent par une approche privilégiant la quantification des données au détriment souvent d'une analyse des processus de fonctionnement des dispositifs de formation mis en œuvre (Massé, 1991 ; Younès, 2010).

Sur le plan méthodologique, on peut expliquer cette préférence pour les données chiffrées par la capacité qu'elles offrent d'étendre la portée de l'évaluation à un large ensemble d'individus destinataires de formations et dont la réponse à un questionnaire ou un test de niveau favorise un traitement plus rapide et moins complexe que ne l'exige une approche qualitative. Cette dernière est en effet plus dense et plus longue dans le traitement des données. De plus, son approche présentant dans bien des méthodes (comme l'observation ou l'entretien) une part irréductible de subjectivité, elle demande généralement des éléments de justification spécifiques intégrant une analyse réflexive du chercheur, c'est-à-dire prenant comme objet ses propres postures et perceptions.

A l'inverse, les chiffres présentant une réalité extérieure à l'évaluateur, ceux-ci sont généralement perçus comme présentant une certaine objectivité et comme résultant d'une approche rigoureuse que la subjectivité de l'évaluateur affecterait dans une moindre mesure. Notons toutefois que les données quantitatives n'en relèvent pas moins d'une production humaine. Elles présentent dans ce sens leur part d'arbitraire que ce soit dans la définition des critères de recueil et d'analyse, dans le codage et l'interprétation des données, ou dans les fins que l'on vise à travers leur manipulation, ce que ne manque pas de souligner Anne Jorro (2015, p. 43) : « Le langage chiffré autorise, par le jeu de la rationalité du langage, une gestion des systèmes et des individus ». Jugeant démesurée et parfois injustifiée la fréquence de ce recours à des données « dures »[128], Raymond Massé (1991) parle alors de « fétichisation » pour caractériser le « culte » observé à l'égard des chiffres. Cet auteur plaide alors pour une approche évaluative ne prétendant pas à l'universalité, favorisant davantage l'interaction entre le chercheur (dans le cas d'une évaluation par la recherche) et son terrain d'investigation, mais

[128] Il s'agit de l'expression employée par Raymond Massé pour désigner les données quantifiées qu'il oppose par ailleurs aux données « molles ».

aussi l'usage d'outils d'évaluation choisis en adéquation avec la finalité et l'objet de l'évaluation.

Il ne s'agit pas ici de décrier les méthodes quantitatives qui, si elles sont menées rigoureusement, produisent des informations particulièrement éclairantes sur des tendances sociales structurelles. Leur utilité ne fait aucun doute. Du moins, nous ne nous attacherons pas à démontrer le contraire. Mais leur usage confère aux chiffres une autorité sans que pour autant ne soient visibles leurs conditions et contextes de production, ni même nombre de processus sociaux à l'œuvre au sein même des catégories qu'ils décrivent statistiquement (Fassin, 2000). Cette autorité, en particulier héritée de l'approche managériale dite par objectifs, s'est étendue tout au long de la seconde moitié du XXe siècle et s'est imposée de manière à transformer le sens du travail, ceci avec pour effet pervers notamment de créer l'amalgame entre indicateur et objectif (Supiot, 2015).

Notre critique réside par ailleurs dans le choix systématique de la quantification alors même que cette démarche n'est pertinente que de manière variable. Si, par exemple, une évaluation quantitative peut révéler le taux de présence à une formation, il est plus difficile de comprendre les raisons ou les causes expliquant un taux plus ou moins élevé de participation. Il est toujours possible de catégoriser les causes des absences des participants, il est plus difficile dans cette optique de comprendre les conditions d'existence, les processus de régulation, de négociation, les ajustements intersubjectifs à l'œuvre donnant lieu à l'absence ou la présence d'une personne. S'il existe un idéal méthodologique, il réside très certainement dans l'articulation de méthodes aussi bien qualitatives que quantitatives (Massé, 1991 ; Younès, 2010) associée à la confrontation des points de vue (praticiens, chercheurs, partenaires) et d'une considération pour les dimensions tant synchroniques que diachroniques dans lesquelles s'inscrit l'objet de l'évaluation.

Conclusion : vers une évaluation « signifiante » du travail éducatif

Nous avons vu que les pratiques associées à l'évaluation de la formation impliquent un questionnement de fond concernant la connaissance et la valorisation du travail humain. Dans les pages qui suivent, nous nous attacherons à montrer en quoi l'expérience constitue une part indissociable de la compréhension du travail et des phénomènes que l'on peut y associer, tant sur le plan personnel que social. Un tel regard implique d'examiner, à travers le vécu

expérientiel du sujet, les questions auxquelles il est confronté, les ressources qu'il mobilise, les choix qu'il opère, mais aussi les moyens qu'il développe. Cette posture analytique cherche à repérer les constructions de sens que le néo-professionnel opère au fur et à mesure que le métier « rentre ». Pour ce faire, le sujet est lui-même auteur d'une activité (que nous associerons par la suite à la notion d'« enquête » développée par Dewey) au cours de laquelle il explore, interroge, analyse et interprète les éléments constitutifs de son quotidien professionnel, processus que le travail éducatif s'efforce d'accompagner et d'orienter. L'enjeu n'est donc pas ici de connaître le processus par lequel des savoirs transmis sont par la suite appliqués en situation de travail, si tant est que les savoirs constituent des objets sociaux « applicables », mais davantage de comprendre le sens que le nouvel infirmier attribue à son vécu professionnel et la manière dont le travail éducatif est partie prenante de l'apprentissage du métier. Cette démarche que nous allons développer au cours de ce travail, nous la qualifierons par la suite d'évaluation « signifiante »[129].

[129] Cette notion sera précisée au chapitre 5.

Résumé du chapitre 3

Ce chapitre propose un cadre théorique interprétatif des questions de professionnalisation posées par la mise en œuvre du DPT. L'idée de professionnalisation est abordée comme une catégorie de pratiques largement étendue. Elle présente un effet transformateur des espaces de travail, d'éducation et de formation, animé de l'intention d'articuler étroitement ces trois champs. Dans une ère de postmodernité, cette tendance se décline au niveau individuel, ce qui conduit à interroger l'implication et l'engagement des personnes vis-à-vis des exigences de professionnalisation toujours plus centrales dans les préoccupations sociales. Ce chapitre aborde le DPT comme la création d'un espace-temps relationnel entre travail et formation des nouveaux infirmiers en psychiatrie et santé mentale. La notion de travail éducatif est ici mobilisée dans la sphère de la relation entre travail et formation pour désigner l'activité plus ou moins formalisée contribuant à l'élaboration du rapport au métier. Le travail éducatif est d'abord décliné comme travail (à la fois activité caractérisée par sa centralité, activité en transformation et processus de socialisation) relevant du champ des activités adressées à autrui et comportant des dimensions pas ou peu visibles. La commande sociale associée à cette recherche exprimant une attente d'évaluation du DPT, la question de ce que revêt l'idée d'« évaluation » est par ailleurs traitée. Celle-ci est associée à des pratiques ubiquitaires témoignant souvent d'une volonté de connaître et de contrôler le travail ainsi qu'à une conception utilitariste et une tendance à la quantification primant souvent sur le sens du travail. Dans cette thèse est alors proposée une évaluation du travail éducatif menée à partir de l'expérience qu'en fait le sujet, le sens qu'il construit dans son rapport au DPT et dans son rapport au travail éducatif plus largement. On parle ici d'« évaluation signifiante » pour désigner la quête de connaissance de cette mise en sens.

DEUXIEME PARTIE

Orientations épistémologiques et méthodologiques

Chapitre 4
L'expérience aux fondements de la compréhension des effets de l'activité

Chapitre 5
Vers une démarche d' « enquête » comme voie d'évaluation signifiante

Chapitre 4
L'expérience aux fondements de la compréhension des effets de l'activité

Introduction : l'expérience comme richesse sémantique et analytique

En introduction de cette partie, nous précisons au lecteur que le propos tenu dans ce chapitre est animé par l'intention de proposer une conceptualisation de l'expérience afin d'y adosser la suite de notre démarche. Pour cela nous nous autoriserons, dans le développement qui suit, à prendre une distance avec notre terrain d'investigation pour introduire des éléments structurant de notre ancrage épistémologique et méthodologique. Le chapitre 5 permettra par la suite une appropriation des idées développées ici, ceci pour préciser à la fois la méthode et l'instrumentation mobilisées pour notre investigation de terrain.

En envisageant l'expérience depuis le milieu du XXe siècle comme une ressource incontournable de l'apprentissage des adultes en formation, le champ des analyses de l'activité professionnelle fait de ce concept une véritable référence (Zeitler et Barbier, 2012). Pour des raisons aussi bien de « gestion des compétences », de transmission intergénérationnelle du travail ou de reconnaissance individuelle, la dimension expérientielle propre à chaque individu suscite un intérêt de plus en plus prononcé et même institutionnalisé. La loi du 17 janvier 2002,[130] à l'origine de la validation des acquis de l'expérience (VAE), symbolise de manière forte la reconnaissance individuelle fondée sur l'articulation entre expérience, connaissances et compétences. Dans le contexte qui nous mobilise, on notera que le DPT a été bâti autour de l'idée que l'intégration des nouveaux infirmiers doit favoriser le « partage » et même la « transmission des expériences » professionnelles, envisagés sous la forme d'un « tutorat de proximité », ce dernier impliquant l'analyse par « le tuteur et la personne tutorée [de] situations vécues dans un cadre identique le plus concrètement possible ».[131] Ce point exprime

[130] Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Ce texte institue la validation des acquis de l'expérience (VAE), droit individuel permettant l'obtention d'un diplôme, titre ou certificat de qualification professionnelle (CQP) inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP), délivrés sur la base de l'expérience du candidat (articles 133 et 134), c'est-à-dire, lui accordant une dispense totale ou partielle de suivre la formation conduisant à la certification visée.

[131] Extrait du Plan de Santé Mentale 2005-2008 (p. 49) formalisant l'intention de mettre en œuvre un dispositif national de renforcement de la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie. Il est ainsi étroitement associé aux

l'importance institutionnellement reconnue pour un néo-infirmier de se confronter à des « situations » de travail et de mettre en œuvre, à partir de celles-ci, une démarche réflexive adossée aussi bien à l'expérience de son tuteur qu'à la sienne.

L'expérience apparaît ainsi sous un regard positif tout à la fois comme une ressource *de* et *pour* l'activité et comme le résultat d'un apprentissage par le vécu. La mobilisation et la communication de l'expérience sont ainsi mis en avant comme des enjeux forts d'optimisation, de transmission, mais aussi de connaissance du travail, aussi bien pour les professionnels que pour les chercheurs en sciences humaines et sociales. Les premiers sont depuis toujours confrontés au problème de conservation, de valorisation et de transmission des savoirs expérientiels (Jodelet, 2013). Les seconds se concentrent particulièrement sur la compréhension et l'interprétation des processus permettant d'accéder à l'expérience, animés par une volonté d'en connaître les « contenus ». Ces deux aspects nécessitent une véritable exploration pour qui veut examiner la complexité des liens entre vécu et apprentissage. J.-M. Barbier et R. Wittorski notent dans ce sens que c'est dans le :

> Périmètre élargi [de l'expérience] que se développent les multiples formes d'analyse, d'évaluation et d'ingénierie des pratiques, de reconnaissance et de validation des acquis expérientiels, d'écriture sur le travail, de production d'outils personnalisés, de formation-action ou de recherche-action (Barbier et Wittorski, 2015, p. 8).

Ces auteurs insistent ainsi sur la place prépondérante de l'expérience dans les pratiques de formation des adultes, mais aussi dans les questions se posant pour l'avenir de ce champ. Or, les enjeux que concentrent l'expérience entraînent la tentation de la formaliser voire de la *chosifier*, ceci pour en favoriser la visibilité, quitte à la dénaturer, pour en accroître la valeur.

Mais l'expérience relève d'une réalité vécue qu'il est difficile de mettre en lumière de par l'immensité d'un contenu à la fois intangible, souvent invisible et en constante redéfinition. Edgar Morin (1999, p. 46) écrit que « notre réalité n'est autre chose que notre idée de la réalité ». Trop diffuse pour pouvoir être systématiquement perçue, la réalité réside dans un « *continuum* dont la seule consistance tient à la corrélation de facteurs entre eux - […] enchaînement conséquent, global et s'auto-déployant, dont « je » est le produit successif » (Jullien, 2009, p. 14). Ceci fait de l'expérience un objet d'analyse dynamique et complexe dont la part cachée, soit la plus grande part, échappe aussi bien à l'analyste qu'à l'individu sujet de

---

préconisations énoncées par la note de cadrage du 8 juillet 2004 relative à la mise en place d'un dispositif régional d'appui à la conception et à la mise en œuvre de la formation hospitalière prioritaire visant « la consolidation et [l']intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie ».

cette expérience. Le projet d'objectivation de l'expérience semble alors incompatible avec son essence si l'on suit Frédéric Yvon (2015, p. 198), pour qui l'« on ne peut réifier l'expérience sans la dénaturer. « L'expérience ne se touche pas du doigt » : elle n'est jamais achevée, mais constamment menacée par des entreprises d'achèvement ». Cette remarque questionne directement les dispositifs d'évaluation cherchant à formaliser l'expérience à des fins de connaissance de celle-ci et amène à reconsidérer ce qui se joue dans la communication de l'expérience.

L'idée est ici d'interroger la place de l'expérience en tant que réalité vécue et transformatrice de soi et du monde en l'associant à des processus de socialisation et de développement professionnels des infirmiers. Les questions ici posées sont les suivantes : en quoi le travail éducatif contribue-t-il à convertir l'activité vécue en ressource pour le travail infirmier en psychiatrie et santé mentale ? Comment les actions de professionnalisation impulsées par l'organisation se concrétisent-elle dans l'expérience des acteurs ? Pour tenter d'apporter quelque éclairage que ce soit, la première étape, incontournable, est alors de caractériser la portée de la notion d'expérience, ceci dans le but d'en distinguer des éléments constitutifs actifs dans l'apprentissage et le développement des personnes, mais aussi dans l'élaboration de ressources pour l'activité future.

1. « Expérience », de quoi parle-on ?

Signaler la dimension polysémique du terme « expérience » relève pratiquement du truisme. Il est pourtant indispensable de caractériser la notion afin d'en préciser ici la portée. Commençons par considérer les expressions **(1)** « faire l'expérience de », **(2)** « avoir de l'expérience » et **(3)** « vivre une expérience ». On note immédiatement que le vocable revêt un sens particulier dans chacune d'entre-elles.

La première expression, **(1)** « faire l'expérience de » (*activité*), relève davantage d'une « épreuve destinée à vérifier une hypothèse ou à étudier des phénomènes »[132]. Cette tournure se situe dans le registre de l'expérimentation, du test visant à provoquer un événement et à en observer les effets. L'expérience présente ici une dimension active et intentionnelle. Elle est monnaie courante dans les pratiques sociales caractérisant le domaine scientifique, mais pas

[132] CNRTL, récupéré le 11 février 2015 de http://www.cnrtl.fr/definition/exp%C3%A9rience.

seulement. Cette acception de l'ordre de l'essai ou de la mise à l'épreuve du corps, de la matière ou du phénomène est inscrite dans les pratiques sociales des plus inédites aux plus ordinaires. Par exemple, le traitement médicamenteux d'un patient en psychiatrie peut démarrer par la prescription d'une molécule présentant un effet limité avec pour intention, dans un premier temps, d'observer comment le patient réagit à ce traitement avant d'ajuster celui-ci. Outre la pratique professionnelle, on retrouve ce sens de l'expérience dans les comportements humains de la vie quotidienne tels que celui d'un enfant jetant une pierre dans l'eau pour la faire ricocher ou simplement observer le mouvement ondulatoire provoqué ; celui d'un individu changeant de lieu avec son téléphone portable pour améliorer la qualité de réception d'un appel ou encore celui d'un interlocuteur manipulateur qui « prêche le faux pour savoir le vrai ».

(2) La seconde expression, « avoir de l'expérience » (*résultat de l'activité*), se rapporte à la désignation d'un ensemble de connaissances accumulées au travers du vécu, d'une « instruction acquise par l'usage de la vie »[133]. Notons qu'« avoir de l'expérience » prend une dimension singulière selon le détenteur de l'expérience. Cette attribution se fonde par exemple sur l'âge avancé d'une personne et pourra avoir une portée descriptive générale concernant son vécu. Mais si cette qualité est définie en fonction d'un pratique sociale, professionnelle ou non, alors elle sera à comprendre en considération d'un système spécifique de références et connaissances propre au champ de pratiques concerné. Souvent connoté positivement, l'« expérience » est alors ici particulièrement assimilable à la *matière première* nécessaire à tout processus de transmission intergénérationnelle. Parler d'un infirmier expérimenté dans le champ de la psychiatrie suggère par exemple une aptitude de ce professionnel à repérer et interpréter des signes cliniques en situation de soins. Des capacités et des savoirs bien différents seront associés, par exemple, au conducteur de train « expérimenté ».

Enfin, la troisième expression, **(3)** « vivre une expérience » (*situation inédite*), transmet l'idée d'une découverte qui, selon le domaine auquel on l'applique, peut désigner une situation sans précédent s'inscrivant éventuellement dans un processus initiatique. Si l'on décline cette acception au prisme des questions des relations entre éducation, formation et travail, on peut citer comme exemple la pratique du stage dont l'une des caractéristiques est d'organiser des situations de travail inédites en vue de préparer élèves et étudiants au monde professionnel ou bien chercher à professionnaliser des individus, en particulier en les amenant à « vivre » des

[133] *Idem*.

milieux professionnels autres[134] et rechercher « une confrontation à quelque chose de nouveau, comme rupture avec le cours habituel des choses » (Roelens, 2009 citée par Starck et Champy-Remoussenard, 2013). C'est en effet l'une des intentions sociales du stage que de modifier les repères habituels de l'activité, de manière à donner lieu à une expérience inédite et singulière. Ces différents sens identifiés et précisés, on comprend mieux que l'expérience concerne une variété de registres, que ceux-ci se situent dans le champ de l'action, de l'éprouvé ou de la connaissance. Si chacun présente une signification distincte, les trois ne sauraient s'exclure. Ils renvoient tous à une mise en relation entre l'activité et ses conséquences, que ce soit sur l'objet de l'activité ou sur le sujet engagé dans l'activité. Dans une analyse sémantique du substantif « expérience », André Zeitler et Jean-Marie Barbier (2012) s'appuient sur les apports de Dewey pour suggérer de partir de l'activité comme entrée pour caractériser l'expérience. Ils désignent le concept à la fois comme un processus et comme un produit. Dewey définit dans ce sens deux dimensions de l'expérience. En premier lieu figure la part active du sujet transformant le monde par son activité (*experimenting*), sens relevant du registre de l'action. En second lieu, il distingue une dimension passive, à savoir ce qui est de l'ordre de l'éprouvé par le sujet au travers des transformations que l'environnement opère sur lui (*experiencing*). Ce second sens relève, pour sa part, du vécu (souligné par Bourgeois, 2015).

On notera ainsi l'effet réciproque, intrinsèque au concept d'expérience, par lequel le sujet et l'environnement se transforment mutuellement au travers de l'activité. Il s'agit alors de considérer à la fois « ce qui arrive au sujet et ce qui arrive à l'environnement dans leurs rapports réciproques par la médiation de l'activité » (Zeitler et Barbier, 2012, p. 107). Cette caractérisation nous conduit à distinguer trois invariants permettant ici de stabiliser notre conception de l'expérience. (1) D'abord, nous avancerons que l'expérience ne peut être expérience que si elle est associée à un sujet. (2) Ensuite, l'expérience est systématiquement précédée, composée et suivie de l'activité. L'expérience ne peut en effet être expérience sans un rapport à l'activité. (3) Enfin, pour qu'il y ait expérience, l'activité du sujet doit donner lieu à une construction de sens.

[134] On pense ici notamment à des dispositifs tels que celui mis en place par le Centre d'Etudes et de Ressources pour les Professeurs de l'Enseignement Technique (CERPET), permettant à des enseignants de vivre une expérience d'une année en entreprise (Deville et Starck, 2013 ; Zaid et Champy-Remoussenard, 2016 ; Deville, sous presse).

2. Sujet, activité et sens comme composantes de l'expérience

2.1. L'expérience : entre ressource *pour* et résultante *de* l'activité

Pour Dewey, l'activité constitue ainsi une composante essentielle de l'expérience : « Toute expérience est une force propulsive » (Dewey, 2011, p. 475). Aussi, si le concept résonne de manière diffuse dans le vécu, sa manifestation - que ce soit dans sa phase d'élaboration ou dans sa mobilisation comme ressource - est perceptible dans le champ de l'action. L'individu est un « agent », son expérience implique « initiative, intrusion dans le monde des choses et dans le monde des êtres, et modification incessamment active de ces mondes » (Meyerson, 1948 cité par Jodelet, 2006, p. 242). Le questionnement de l'expérience semble ainsi ne pouvoir se dissocier de celui de l'activité humaine, mouvement dynamique et continu résultant de la condition vitale de l'être humain.

Mais cette activité n'est pas aisément caractérisable ni délimitable, ceci bien qu'elle constitue un objet d'étude saisi de manière spécifique par différents courants d'analyse du travail (Champy-Remoussenard, 2005). La signification du terme « activité » - pour autant qu'il soit explicitement désigné - est en effet variable d'un auteur à l'autre et rend difficile toute tentative d'en faire un objet d'analyse immuable aux contours précis. Que l'on parle de pratique, d'action, d'acte ou de situation, l'idée d'activité semble associable à chacune de ses notions au point qu'elle leur est sous-jacente. Concernant la notion d'expérience, disons-le d'emblée, nous considérerons avec Dewey qu'elle est indissociable de celle d'activité. Si en effet, l'expérience relève du vécu de l'humain, du faire, de l'épreuve, de l'éprouvé, ou encore de la réflexivité, ces considérations sont étroitement associées, nous semble-t-il, à l'activité comme :

> Un « tout organique » dans lequel sujet et environnement de même que sensations, pensée et action, ou affects, cognition et comportement, sont indissociablement « couplés » et en constante interaction dans le cadre de l'action exercée par le sujet en situation en fonction d'un but (Bourgeois, 2015, p. 19).

Les configurations institutionnelles favorisant et concrétisant des intentions de professionnalisation donnent forme(s) et activent un système de normes régulateur des rapports sociaux au travail, mais aussi de la définition d'un projet de soi dans une dimension professionnelle. Or, si l'on postule avec Canguilhem (1966) que l'individu est lui-même *normatif*[135], on réfutera l'idée que les normes institutionnelles déterminent les intentions, les

[135] Pour Georges Canguilhem (1966), c'est par l'activité que l'individu s'adapte aux conditions de son milieu, mais aussi produit des normes lui permettant d'établir un rapport d'équilibre avec ce milieu et définir son individualité.

comportements et la construction de sens de l'individu dans son inscription et sa participation au sein des institutions. Il s'agit alors de considérer que l'expérience concentre cette rencontre entre les normes construites socialement et les effets normatifs de l'activité individuelle, rapport donnant lieu à un processus de *renormalisation* au fil de l'activité (Schwartz, 2000, 2014 ; Schwartz et Durrive, 2003, 2009). Autrement dit, la relation entre le vivant et son milieu réside ainsi dans une co-(dé)construction continue et en constant renouvellement.

Ainsi, dans un contexte soignant, un infirmier agit en considération de certains protocoles préconçus, dont l'existence précède la situation de travail le mettant en relation avec le patient. Mais quelles que soient les anticipations des situations, celles-ci ne peuvent être tout à fait préalablement déterminées pour deux raisons : d'une part, le travail effectivement réalisé ne peut se résumer à une stricte application du prescrit, la tension entre travail prescrit et travail réel étant irréductible et au cœur de l'activité. D'autre part, la particularité du travail adressé à autrui réside dans le principe d'agir *sur* et *avec* des organismes vivants eux-mêmes normatifs et donc, quelque part, eux-mêmes prescripteurs. Or, si l'anticipation organisationnelle des situations conduit à refouler l'élan vital des sujets, que ce soit le professionnel ou le destinataire du travail soignant, le risque est de déposséder ces sujets de leur capacité (voire de leur besoin) d'initiative et d'occulter l'élan vital qui les caractérise au risque de l'aliénation.

Ce point pose la question des voies de communication de l'expérience et de transmission du travail, ceci en relation étroite avec les besoins émanant des situations. L'activité et l'expérience, nous insistons sur ce point, sont indissociables et surviennent de manière synchrone. Si l'activité constitue un mouvement vital, l'expérience en est en quelque sorte la mémoire incorporée, partiellement conscientisée. Elle contribue à son interprétation et sa mise en réflexion. Elle en est par ailleurs la ressource permettant à la fois son anticipation et son orientation en situation. L'activité est alors l'ensemble des phénomènes et mécanismes animant l'individu et contribuant à son expérience, mais aussi puisant des ressources dans cette dernière. Dans ce sens, toute élaboration, toute mobilisation ou toute communication de l'expérience a

---

Cette aptitude normative peut être résumée dans l'idée que « la vie est par elle-même création » (Le Blanc, 2015, p. 41) et que cette création est productrice de valeurs opérant tant sur ce qui forme l'environnement que sur l'expérience individuelle du sujet : « La vie n'est pas indifférente aux conditions dans lesquelles elle est possible […] la vie est polarité et par là même position inconsciente de valeur […] La vie est en fait une activité normative […]. Au sens plein du mot, normatif est ce qui institue les normes » (Canguilhem, 1966 cité par Le Blanc, 2015, p. 56). A la suite de Canguilhem, Yves Schwartz et Louis Durrive (2009, p. 253) voient dans l'activité un « élan de vie et de santé ». Elle se rapporte ainsi à une dimension de l'agir dans laquelle le sujet confronte les normes environnementales à sa propre « puissance normative » (Durrive, 2015), autrement dit à l'élan et la force issus de sa nature biologique en interaction avec son milieu et engagée dans une activité transformatrice de ce milieu (Canguilhem, 1966).

lieu *dans, par* et *pour* l'activité. Ainsi donc, mobiliser l'expérience comme entrée analytique implique d'emblée un rapport indissociable avec **l'activité humaine** et ne peut donc être, par nature, déterminée *a priori* suivant des schémas structurels préconçus. Les degrés de liberté dont dispose le sujet au travers de la manière dont les structures sociales investissent son activité, et sont investies par elle, suggère l'existence d'enjeux théoriques, pratiques et même politiques significatifs.

2.2. L'expérience : un rapport au sujet

Le DPT est adressé aux néo-infirmiers envisagés comme des acteurs sociaux qui contribuent au fonctionnement d'une organisation hospitalière et participant de l'activité d'un groupe professionnel. Dans cette optique, ces nouveaux professionnels peuvent être envisagés, à la manière des tenants de l'analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977), comme des acteurs « dont le comportement […] contribue à structurer un champ, c'est-à-dire à construire les régulations. […] Ces acteurs sont dotés de rationalité, même si elle est limitée, ils sont autonomes et entrent en interaction dans un système qui contribue à structurer leurs jeux » (Bernoux, 2009, p. 155).

Cette « rationalité limitée caractérise l'acteur comme une entité capable d'agir « autrement » que dans le champ d'action potentiel que lui prêtent les structures sociales. En cela, il se singularise (Martuccelli, 2005, 2010). Il semble exact de considérer l'environnement comme une force contingente exprimée dans l'activité. Mais la notion de singularité interroge la manière dont l'individu élabore son parcours de vie dans un rapport aux structures sociales vis-à-vis desquelles il oscille entre assujetissement et émancipation. Dans le cadre du DPT, il importe alors d'examiner comment des intentions de professionnalisation (de l'organisation et de la profession) peuvent être mises en perspective avec les intentions d'un sujet néo-infirmier qui vit le rapport au dispositif et qui *se* professionnalise. Le « sujet », pour Michel Agier, est :

> Celui qui s'exprime dans un espace qui est un espace d'échange, un espace social et un espace politique. C'est cet espace qui correspond dans le langage d'Hannah Arendt à ce qu'on appelle la Cité, l'espace intermédiaire entre les humains, entre toutes les différences de l'humain (Agier, Gaulejac, Martuccelli et Villers, 2010, p. 24).

L'expérience est indissociable d'une référence au sujet. Elle l'habite et le transforme au fur et à mesure de son vécu. Autrement dit, il n'y a d'expérience qui ne soit vécue par un sujet. Ces deux éléments (l'expérience et le sujet) seront alors systématiquement associés, ceci quels que

soit le sens et la valeur donnés à la notion d'expérience. Insistons alors sur un point fondamental, celui de distinguer le sujet de ce que Garfinkel (2007) a désigné comme un « idiot culturel » (*cultural dope* ou *judgmental dope*) en référence à la figure parsonienne de l'individu qui reproduit de manière conforme les structures sociales préétablies selon un mécanisme déterministe. La notion même de sujet met une distance avec cette perspective sociologique, donnant à l'individu un pouvoir d'arbitrage dans l'agir face à la pluralité des possibilités s'offrant à lui. Même si les contraintes sociales s'imposent au sujet, leur intrication donne souvent lieu à des logiques contradictoires que celui-ci tente de résoudre, ou du moins de rendre vivables les contradictions suscitées. C'est dans cette entreprise, dans cette pratique du social, que se joue le devenir individuel, que se déroule l'expérience et que se forme la subjectivité (Martuccelli, 2005 ; Jodelet, 2006). Le rapport au sujet constitue une entrée analytique qui n'est pas sans poser un certain nombre de questions, si ce n'est de difficultés, en particulier dans une démarche s'appuyant pour partie sur des références d'inspiration sociologique.

La place du sujet est en effet mise à l'épreuve par la tradition sociologique, celle-ci s'étant développée, de Durkheim à Bourdieu, en excluant toute théorie du sujet, ce qu'illustre Bernard Charlot : « On peut analyser en termes d'habitus le rapport au savoir d'un groupe mais pas celui d'un sujet appartenant à ce groupe. L'habitus […] est du psychisme de position – du psychisme en tant qu'il est pensé à partir d'une position sociale, et uniquement à partir de cette position » (Charlot, 1997, p. 40). François Dubet (1994) propose de dépasser cette logique déterminant le sujet selon des catégories d'appartenance et désigne l'ensemble social, non comme un tout unifié, mais comme un système mu par des logiques de socialisation et de subjectivation. Si la socialisation, pour F. Dubet, se rapporte à l'expérience et à l'intériorisation des normes et des modèles sociaux, la subjectivation désigne le processus par lequel l'individu articule une diversité hétérogène de logiques sociales de manière à élaborer une unité personnelle. Il se démarque ainsi des modèles sociaux et donc, des processus de socialisation.

Pour B. Charlot (1997) cependant, ce développement du sujet n'est pas à distinguer de la logique de socialisation. L'individu ne s'écarte pas des configurations sociales qu'il intériorise. Il se les approprie, mais sans opérer de dissociation entre la part du social qui l'habite et celle qu'il habite :

> Le sujet s'approprie le social sous une forme spécifique, y compris sa position, ses intérêts, les normes et les rôles qu'on lui propose ou impose. Le sujet n'est pas une distance vis-à-vis du social, il est un être singulier qui s'approprie le social sous une forme spécifique, transmise en représentations, en comportements, en aspirations, en pratiques, etc. En ce sens, le sujet a une réalité

> sociale, qui peut être étudiée, analysée autrement qu'en termes de différence ou de distance (Charlot, 1997, p. 47).

Danilo Martuccelli, pour sa part, insiste sur la capacité et la volonté de tout un chacun d'être et de faire « autrement », d'emprunter les voies socialement partagées dans une optique de se singulariser, « de parvenir à la réalisation singulière de soi » (Martuccelli, 2010, p. 51). Ce regard donne un statut particulier à l'expérience vécue devant être envisagée non comme une déclinaison des logiques de socialisation, mais comme une mise en sens de celles-ci.

> Ce qu'il faut viser […], c'est un regard capable de rendre compte sociologiquement d'expériences qui, tout en s'éprouvant comme intimes, subjectives ou existentielles, sont non seulement partie prenante de la vie sociale, mais aussi, et de façon bien plus importante, des éléments incontournables de la compréhension des phénomènes sociaux (Martuccelli, 2010, p. 115).

Aussi, cette perspective subjective, et même singulariste, est déterminante dans l'analyse des processus de professionnalisation, quel que soit le métier concerné. L'appropriation pour un sujet des codes et normes professionnels relève d'une nature spécifique prenant sens dans une sphère professionnelle socialement définie (ici, les soins en psychiatrie et santé mentale) mais aussi en fonction de l'inscription de tout développement, tout événement ou toute situation dans le vécu du sujet.

2.3. Du vécu expérientiel à la construction de sens

La considération du sujet dans un rapport à son activité, nous conduit à nous intéresser à ce qui constitue le vécu expérientiel et les dimensions multiréférentielles que comporte cette part de la vie. Chez Dewey, le « vécu de l'activité » correspond à l'idée d'une transaction entre le sujet et son environnement entraînant un résonnement (mais aussi un raisonnement) intérieur. Nous paraphrasons ici Denise Jodelet qui considère l' « expérience vécue » comme : « la façon dont les personnes ressentent, dans leur for intérieur, une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent » (Jodelet, 2006, p. 239). Cette auteure distingue alors deux étapes caractérisant particulièrement l'expérience vécue. La première relève du vécu émotionnel éprouvé par un sujet qui relève de « l'état ressenti par la personne correspondant à son envahissement par l'émotion, mais aussi un moment où elle prend conscience de sa subjectivité » (Jodelet, 2006, p. 241). La seconde réside dans une part cognitive du vécu et relève d'un construit nécessairement social. Comme le relève aussi E. Bourgeois (2015), la

dimension cognitive de l'expérience constitue la part de l'activité mentale et discursive permettant à l'être humain, à partir de son activité, d'établir un lien entre lui et le monde par une construction de connaissance pouvant être mobilisée dans une situation présente ou à venir.

En substance l'expérience vécue est étroitement associée à une construction de sens résultant de l'activité et réalisée dans un cadre structuré socialement en lien avec des connaissances disponibles (Schütz, 2008). Cette construction de sens signifie que « le sujet établit, par la pensée, un lien entre son action et ses conséquences éprouvées comme telles » (Bourgeois, 2015, pp. 17-18). E. Bourgeois souligne alors qu'il n'y a, pour Dewey, d'expérience qui ne passe par cette mise en relation qui présente une double fonction : la *signification* et la *direction*. La première implique pour le sujet d'élaborer sa capacité à inférer sa conception du monde qui l'entoure. Il établit un lien entre son action et son effet, il n'a plus besoin de refaire telle expérience déjà réalisée pour en connaître l'effet (un enfant n'a pas besoin de se brûler deux fois pour savoir que la flamme de la bougie est brûlante). La seconde, la direction, entraîne la mise à jour d'une « dimension interprétative » (Zeitler, 2013), c'est-à-dire un repère que l'acteur définit à partir d'une situation ainsi que les orientations qui s'ensuivent. Le sujet peut alors se définir des buts, évaluer sa capacité à les atteindre et évoluer dans « un monde relativement prévisible » (Bourgeois, 2015, p. 18). E. Bourgeois résume ainsi la condition de l'homme telle qu'elle est avancée par Dewey comme étant celle d'« un être capable de donner du sens à ses transactions avec le monde, de se donner des buts et de les réaliser » (Bourgeois, 2015, p. 19).

L'analyse du vécu personnel dans une optique de comprendre le monde implique alors d'examiner les structures et phénomènes sociaux telles qu'ils sont expérimentés par les individus. Dans une société donnée, ceux-ci sont en effet en constante négociation avec diverses configurations sociales, mais que chacun est amené à s'approprier, à mettre en sens en lien avec son parcours biographique, son système de pensée et ses propres interprétations du monde. Peut-on en définitive juger de l'effet formateur d'une action organisationnelle (ici le DPT) en se fondant sur sa réalité subjectivement vécue ? La réponse à cette question n'est pas simple parce qu'elle en pose instantanément une autre : comment accéder au vécu subjectivement significatif tout en mettant en œuvre une méthode scientifiquement recevable ? Comment la valider empiriquement de manière à en faire matière à jugement de l'action collective ? En d'autres termes, comment produire de la connaissance à partir de l'expérience ? Pour traiter ces questions, nous chercherons un appui dans les apports du courant de pensée pragmatiste.

3. Le point de vue pragmatiste : l'expérience comme réalité fonctionnelle

3.1. Expérience et réalité

Parmi les réflexions les plus anciennes concernant les rapports entre expérience et connaissance figure sans doute la question de laquelle des deux précède l'autre. La philosophie empiriste (en particulier Locke suivi par Hume) estime que toute connaissance n'est accessible autrement que par une expérience préalable. C'est la « perception » du monde extérieur et la sensation produite qui permet à l'être humain d'élaborer une « réflexion », c'est-à-dire un raisonnement construit sur ce rapport aux « objets extérieurs » et permettant l'élaboration des idées et de la connaissance. A partir de là, la capacité de l'être humain à connaître, à raisonner et à imaginer se cultive nécessairement par l'expérience (Barberousse, 1999).

Si cette perspective empiriste s'est efforcée de définir la dimension épistémique des idées en les fondant sur l'expérience, la philosophie pragmatiste reprendra cette orientation, mais rejettera son caractère idéel pour en déterminer la nature fonctionnelle, utile et efficace. Ce courant verra ses principes explicités en particulier sous la plume de William James dans un ouvrage intitulé *Pragmatism : a new name for an old way of thinking* (1907). Il s'efforce d'y préciser le courant de pensée dont il se propose en quelque sorte d'être le modéliste et le porte-voix. Il n'en revendique pas pour autant la paternité qu'il attribue à Charles Sanders Peirce. James définit alors le pragmatisme non comme un dogme, mais davantage comme une « méthode » à partir de laquelle :

> Les théories deviennent par conséquent des instruments, et non des réponses à des énigmes, sur lesquelles nous pouvons nous reposer. […] [Le pragmatisme est une] attitude consistant à détourner le regard des choses premières, des principes, des « catégories », des prétendues nécessitées ; et à se tourner vers les choses dernières, les fruits, les conséquences, les faits[136] (James, 1907, p. 54-55).

James considère ainsi que les grandes orientations construites à partir de considérations scientifiques trop abstraites pourraient n'être que des « approximations » et que la « vérité » réside dans les liens que nous faisons entre nos différentes expériences constituant un tout, et non une succession d'événements. En référence aux apports de Schiller et Dewey, James affirme que :

[136] Traduction que nous proposons de l'anglais « *Theories thus become instruments, not answers to enigmas, in which we can rest* […] [*Pragmatism is an*] *attitude of looking away from first things, principles, 'categories', supposed necessities and of looking towards last things, fruits, consequences, facts* » (James, 1907, p. 54-55).

> « La vérité » présente dans nos idées et nos croyances signifie la même chose que ce qu'elle signifie pour la science. Cela […] ne signifie rien d'autre sinon que [nos] idées (elles-mêmes n'étant rien si ce n'est des parties de notre expérience) deviennent vraies seulement dans la mesure où elles nous aident à entrer dans une relation satisfaisante avec d'autres parts de notre expérience[137] (James, 1907, p. 58).

Toute idée peut alors prétendre trouver une traduction fonctionnelle au travers de l'expérience.

Ce point de vue inclut les croyances qui sont alors considérées comme une cause à même d'orienter et d'anticiper le déroulement de l'expérience. C'est peut-être ce statut de la croyance qui distingue le mieux les courants empiriste et pragmatiste. Pour James, les croyances constituent un système de valeurs opérant dans la vie réelle (*concrete life*). Cela implique que les croyances peuvent constituer une part de vérité dans la mesure où elles contribuent à donner une signification aux actes, au travers par exemple des sentiments suggérant la satisfaction ou l'accomplissement (Hookway, 2008). Ces idées sont alors vraies d'un point de vue, et seulement de ce point de vue, précise James. Elles sont vraies au regard de leur implication fonctionnelle, dans une perspective « instrumentale » (*true instrumentally*). Aussi peut-il être tentant d'assimiler l'expérience au vécu dans la mesure où l'on voit en quoi ces deux dimensions sont consubstantielles. Cela présenterait néanmoins le risque, aussi bien théorique que pratique, d'entrer dans des considérations où tout serait « expérience », tendance susceptible d'entraîner un appauvrissement du concept (Schwartz, 2004), mais aussi qui pourrait suggérer une dimension exclusivement utilitaire du vécu.

Dewey envisage l'expérience comme une réalité à part entière, qualité relevant pour E. Bourgeois (2015) d'un véritable « statut épistémologique » de l'expérience. Cette perspective implique pour cela de revenir sur la dissociation entre subjectivité et réalité. Dewey considère en effet que « les choses sont l'expérience qu'on en fait »,[138] autrement dit que « chaque expérience est une réalité en soi » (Bourgeois, 2015, p. 15). Ainsi, tout en s'en démarquant, Dewey prolonge la perspective empiriste. Bourgeois résume de cette manière l'orientation prise par le philosophe :

> [Dewey] rejette […] l'idée qu'il y aurait une réalité, d'un côté, des points de vue subjectifs (des « récits », dit-il) sur celle-ci, de l'autre, certains récits pouvant ainsi être plus « réels » que d'autres, selon qu'ils se

[137] Traduction que nous proposons de l'anglais « '*truth*' *in our ideas and beliefs means the same thing that it means in science. It means […] nothing but this, that ideas (which themselves are but parts of our experience) become true just in so far as they help us to get into satisfactory relation with other parts of our experience* » (James, 1907, p. 58).
[138] Traduction de l'anglais « *Things are what they are experienced as* » proposée par E. Bourgeois (2015, p. 15).

> rapprochent plus ou moins de cette réalité objective. Chaque expérience est une réalité en soi, aucune n'est plus « réelle » que d'autres (Bourgeois, 2015, p. 15).

Ces considérations de Dewey s'inscrivent dans la perspective des bases élaborées par Peirce. Celui-ci avait en effet initié le courant pragmatiste, ainsi que l'a précisé James, dont les bases axiologiques peuvent être résumées par ce principe fondateur appelant à « considérer les effets, pouvant être conçus comme ayant des incidences pratiques, que nous concevons qu'a l'objet de notre conception. Alors, notre conception de ces effets constitue la totalité de notre conception de l'objet »[139] (Peirce, 2002, p. 248). En dépit de la promotion d'une posture subjective avancée dans cette maxime, il ne s'agit pas d'une position subjectiviste, mais bien pragmatiste. Ce n'est pas une théorie du sujet qui est ici en jeu, mais l'interprétation des éléments du monde à partir des effets qu'ils produisent sur le monde. Les choses ne sont pas ce qu'elles sont, mais ce qu'elles produisent. Dans ce même sens, une idée ne sera pas valorisée selon si elle est vraie ou fausse, mais d'après sa portée opérante sur le monde.

Ceci étant, si le point de vue du sujet prime pour déterminer l'ordre des idées, il n'en reste pas moins que l'expérience s'inscrit dans un système relationnel duquel elle ne peut être dissociée. Dans son introduction à l'article de Dewey, *La réalité comme expérience* (2005), Gérôme Truc insiste sur la nature « incomplète » de l'expérience, impliquant une association avec d'autres expériences comme constitutive de la réalité :

> Chaque expérience, parce qu'elle est incomplète, en appelle d'autres, qui la vérifient et ce faisant, la complètent. La réalité est donc de part en part expérimentale : *seule*[140] la multiplication des expériences, « l'accumulation des détails », peut nous permettre de connaître d'une manière toujours plus complète la réalité du monde qui nous entoure (Truc, Introduction à *La réalité comme expérience* [Dewey, 2005, p. 86]).

Si expérience et réalité constituent alors deux dimensions distinctes, elles n'en sont pas moins inséparables et même associées. Plus encore, elles sont consubstantielles si l'on suit Dewey pour qui l'« esprit »[141] se situe à l'interface du rapport entre réalité et expérience. Ces trois éléments constituent alors les composantes d'un tout « hétérogène » bien qu'indissociable.

> C'est cela, non la réalité, qui est responsable de la transformation ; c'est cela qui d'une certaine manière modifie la réalité et en tire l'expérience, l'expérience résultante étant hétérogène à la réalité

[139] Traduction proposée par Claudine Tiercelin de l'anglais : « *Consider what effects, which might conceivably have practical bearings, we conceive the object of our conception to have. Then the whole of our conception of those effects is the whole of our conception of the object* » (Peirce, 2002).
[140] C'est l'auteur qui souligne.
[141] Dewey parle d'« esprit », mais aussi de « conscience » et d'« âme-substance » (Dewey, 2005).

> dans la mesure où l'esprit, le sujet ou la substance qui intervient est interjective par nature, et soudaine et erratique dans ses opérations (Dewey, 2005, p. 88).

Ainsi, la réalité telle qu'elle nous apparaît ne saurait être identifiée autrement que par sa manifestation auprès de la conscience, perception entraînant une expérience (même partielle) de cette réalité, qu'elle soit corporelle, affective, conative ou cognitive (Bourgeois, 2015). Réciproquement, l'expérience ne peut se forger qu'au travers d'une perception de la réalité qui elle-même est complétée par d'autres expériences. Ainsi, si le vécu du sujet, pris comme une totalité, ne peut être intégralement assimilé à ce qui relève de son expérience, cette dernière est élaborée à partir du vécu comme une sorte de matière première de l'expérience. Reste à en préciser les éléments constitutifs lui donnant une valeur particulière, autrement dit ce qui en fait la qualité. Dewey propose de la déterminer sur la base de certains « critères ».

3.2. Les « critères » de l'expérience de Dewey

L'expérience, nous l'avons évoqué, est souvent envisagée dans une optique positive comme la source d'un savoir-faire avancé, d'une sérénité face à l'incertitude dans des situations confuses - « indéterminées » dirait Dewey - ou encore d'une certaine assurance dans la mise en œuvre de l'activité. Dans le champ professionnel, par exemple, il est souvent présumé que le rapprochement intergénérationnel favorise la transmission du travail dont la ressource première serait l'expérience des plus anciens. Il est par ailleurs courant chez les infirmiers en psychiatrie de mentionner ces « anciens » et leur « sens clinique » comme véritable référence et source d'inspiration dans l'apprentissage du métier (cf. chapitre 8). Ainsi, ce rapprochement favoriserait le développement professionnel des plus jeunes. Dewey précise cependant qu'il est des expériences négatives affectant le vécu du sujet et susceptibles d'entraîner un rapport au monde moins favorable que précédemment à telle ou telle expérience vécue. Dans cette optique, il qualifie d'« erronées » (*wrong*) les expériences entraînant des inaptitudes des sujets à raisonner ou à agir. D'où l'importance de la façon dont les apprentissages sont réalisés, dont les enseignements sont menés. Dewey considère en effet que :

> La difficulté ne vient pas de l'absence d'expérience, mais du caractère erroné et déficient de l'expérience actuelle considérée dans sa relation avec l'expérience ultérieure. Il ne suffit pas d'insister sur la nécessité de l'expérience, ni même sur l'activité qui s'y déploie. Tout dépend de la qualité de ladite expérience (Dewey, 2011, p. 467).

Cette « qualité » de l'expérience est aux fondements de la question éducative située au cœur du propos de Dewey. Celui-ci tente alors une conceptualisation en vue de comprendre la manière dont l'individu construit et se (pré)munit dans son rapport au monde.

Pour cela il distingue d'un côté une « éducation traditionnelle », « dogmatique », exerçant une « coercition extérieure » sur les processus éducatifs et agençant les manières d'atteindre des objectifs déterminés extrinsèquement au sujet de l'éducation. Il oppose ce modèle à l'« éducation progressive » fondée sur l'idée d'un apprentissage puisant ses ressources dans l'expérience personnelle du sujet (Dewey, 1997). Ce second modèle implique de rejeter toute forme éducative définie extérieurement à la situation. Il n'en reste pas moins que si l'on écarte les mécanismes de régulation sociale à l'œuvre dans l'éducation traditionnelle, se pose alors la question d'identifier les processus organisant l'expérience, les modes de régulation et de contrôle qui lui sont intrinsèques et à même d'en déterminer la valeur. Si en effet ces critères ne sont pas définis extérieurement, comment les caractériser au sein de ce que Dewey appelle l'« intérieur » de l'expérience ? Il estime alors que l'action éducative a besoin d'une théorie de l'expérience. Il en définit dans cette optique trois critères indissociables : la continuité, l'interaction et la situation.

Le premier critère mis en avant par Dewey est celui de **(1) la continuité**, caractère incontournable de l'expérience qui en fait avant tout un processus. Chaque expérience implique une transformation du sujet, de sorte que celui-ci évolue peu à peu au fil de son existence. Celui-ci n'est alors jamais totalement le même que lors d'une action antérieure. Il s'agit alors de considérer que dans chaque expérience résonne des expériences précédentes et que toute expérience aura un effet sur celles restant à venir. Ainsi donc, l'expérience ne peut être envisagée comme une construction ou un objet, mais comme un flux vital en constante recomposition. Néanmoins, explique Dewey, ce « continuum expérimental » (*experiential continuum*) est beaucoup trop vaste et diffus pour suffire à étudier les vertus formatrices de l'expérience. Dans cette seule logique, toute expérience pourrait être envisagée comme vecteur d'apprentissage, ce qui ne renseignerait en rien sur leur qualité. Pour que cette continuité constitue un critère utile, il convient alors d'identifier les dimensions mettant en exergue une distinction entre « les expériences qui ont valeur éducative et celles qui n'en ont pas » (Dewey, 2011, p. 471). Cette « discrimination » est alors décelable dans l'activité, dimension susceptible de donner forme aux variations du vécu ainsi qu'aux transformations du monde, permettant

alors une évaluation de l'expérience au travers de « sa direction et son point d'application » (Dewey, 2011, p. 475).

La continuité ne constitue un critère pertinent que dans la mesure où elle est l'associée **(2)** à l'**interaction**. La qualité de l'expérience ne porte en effet pas uniquement sur des considérations intra-individuelles constitutives de toute trajectoire biographique au travers de son inscription dans le temps, mais résulte également d'une relation entre un sujet et son environnement[142]. Ainsi, ce que nous pourrions appeler la continuité vitale du processus biographique d'un sujet est articulée à des discontinuités survenant au gré d'interactions vécues par ce même sujet. Ainsi, c'est dans un univers strictement relationnel que tout individu est amené, au cours de son existence, à s'inscrire dans des processus de socialisation, notamment professionnelle, par lesquels le sujet fait l'expérience de la vie sociale au travers d'une succession de situations.

C'est ainsi que nous introduisons ce que nous désignerons comme le troisième critère énoncé par Dewey, mais qui n'est autre que la combinaison des deux premiers. Il s'agit de **(3)** la **situation**. Le fait pour un sujet d'être engagé dans une situation implique nécessairement qu'il se situe dans une interaction, que ce soit dans une relation avec des personnes, des objets ou des idées. Ces interactions sont par ailleurs articulées en considération du principe de continuité énoncé précédemment. Nous reprendrons à ce tire une illustration proposée par Dewey : si la continuité constitue la longitude de la vie, l'interaction en est la latitude[143]. La situation se situe alors à la croisée de ces deux dimensions. Elle correspond à l'agencement d'éléments formant un tout sur la base duquel se déroule le vécu tout en se confrontant à des *discontinuités*. Pour mieux comprendre ce à quoi renvoie la notion de situation, Dewey en propose une approche négative, ce à quoi elle ne renvoie pas :

> Ce que désigne le mot « situation » n'est pas un objet ou un événement isolé ni un ensemble isolé d'objets ou d'événements. Car nous n'expériençons ni ne formons jamais de jugements à propos d'objets et d'événements, mais seulement en connexion avec un tout contextuel. Ce dernier est ce qu'on appelle une « situation ». [Celle-ci] est un tout en vertu de sa qualité diffuse immédiatement perceptible. […] il est unique ; il fait de chaque situation une situation individuelle, indivisible et induplicable (Dewey, 1993, pp. 127-130).

[142] Cette condition d'une transaction entre sujet et environnement sera en particulier traduite par R. Wittorski (2007, 2008b), qui en fait l'un des principes majeurs caractérisant les processus de professionnalisation.

[143] Cette perspective latitudinale est notamment opérationnalisée dans les travaux de Danilo Martuccelli (2010, 2013), approche à partir de laquelle cet auteur propose une méthode d'analyse « extrospective » centrée sur la manière singulière dont les individus s'approprient des éléments structurels constitutifs du social. Martuccelli s'intéresse en particulier à ce phénomène de « singularisation » à l'œuvre lorsque l'individu est mis à l'épreuve dans sa trajectoire de vie.

L'association entre continuité et interaction se manifeste inévitablement au travers de situations. Ce point est particulièrement explicite chez Dewey :

> Les idées de situation et d'interaction sont indissociables. Une expérience est toujours ce qu'elle est du fait de la transaction ayant lieu entre un individu et ce qui, sur le moment, constitue son environnement, que ce dernier se rapporte aux personnes avec lesquels il discute autour d'un thème ou d'un événement - le sujet dont il est question faisant aussi partie de la situation – ou aux jouets avec lesquels il joue, au livre qu'il est en train de lire […], ou aux matériaux d'une expérience qu'il est en train d'effectuer[144] (Dewey, 1997, pp. 43-44).

Les dimensions relationnelles et les différents environnements qu'habite le sujet de l'expérience (et par lesquels ce même sujet est en quelque sorte lui-même habité) constituent des ressources (potentielles ou effectives) pour l'activité.

Arrêtons-nous un instant sur ce qui caractérise l'environnement[145]. Il peut aussi bien s'agir d'autrui, des agencements sociaux, des conditions climatiques, que de l'imagination de l'individu. Le champ professionnel, et notamment la psychiatrie et la santé mentale, est caractérisé par son histoire, par des histoires ou encore des discours sur ce domaine professionnel, dimensions très sensibles d'un champ de pratiques à l'autre. Or, ces éléments sont les constituants d'une mémoire collective faisant partie de l'environnement.

Dans ce sens, il ne peut y avoir d'expérience vécue qui ne présente une part du collectif. C'est pourquoi, parler d'expérience implique dans notre propos un rapport personnel, individuel, mais aussi une dimension collective qu'il nous faudra considérer si nous prétendons étudier les effets éducatifs et formateurs de l'expérience. Si comme nous l'avons avancé précédemment, il ne saurait y avoir d'expérience sans sujet, il peut alors sembler contradictoire de parler d'expérience collective lorsqu'on considère le vécu individuel. Mais « nous vivons [répondrait Dewey], du berceau à la tombe, dans un monde de personnes et de choses qui, dans une large mesure, est ce qu'il est à cause de ce qui a été fait et transmis à la génération présente par les activités antérieures » (Dewey, 2011, p. 476).

---

[144] Traduction que nous proposons de l'anglais : « The conceptions of situation and of interaction are inseparable from each other. An experience is always what it is because of a transaction taking place between an individual and what, at the time, constitutes his environment, whether the latter consists of persons with whom he is talking about some topic or event, the subject talked about being also a part of the situation; or the toys with which he is playing; the book he is reading […]; or the materials of an experiment he is performing » (Dewey, 1997, pp. 43-44).

[145] Si Dewey met principalement en avant la relation du sujet à son environnement, celui-ci peut être élargi en l'associant à la notion de contexte. Cette dernière suggère ainsi de tenir compte d'une configuration plus étoffée des circonstances composant les situations et interactions.

La situation concentre alors une pluralité de dimensions les unes en interaction avec les autres. Elle est en quelque sorte le théâtre d'une relation transactionnelle entre sujet et environnement, ce dernier comportant des composantes aussi bien synchroniques que diachroniques au travers desquelles s'expriment potentiellement le collectif, que ce soit à travers l'histoire de la profession, des règles institutionnelles ou du collègue interagissant dans la situation. La coordination de ces éléments constituent autant de ressources, d'outils, mais aussi d'obstacles et d'embûches avec lesquels l'individu négocie dans ce processus expérientiel qu'est l'« enquête ».

3.3. L'« enquête » comme mode opératoire des dynamiques expérientielles

Si l'expérience comme *objet* de recherche constitue une entrée pour comprendre l'activité et les dynamiques (psycho)sociales en résultant, elle est également partie intégrante du *processus* de recherche à travers lequel se construit cette compréhension. Autrement dit, un chercheur mettant l'« expérience » au cœur de ses observations et analyses fait simultanément l'expérience des situations de recherche composant son déroulement. La notion d'« enquête » (*inquiry*), avancée par Dewey, envisage l'activité dans ce sens. C'est-à-dire qu'elle implique aussi bien les investigations de type scientifique que les processus de « sens commun », ces deux notions étant distinctes, mais indissociables : « Toute enquête procède à l'intérieur d'une matrice culturelle qui est en dernière analyse déterminée par la nature des relations sociales. L'objet de l'enquête physique à n'importe quel moment tombe dans un champ social plus large » (Dewey, 1993, p. 589).

L'« enquête » constitue chez Dewey un processus fondateur de l'expérience, oscillant entre continuité et discontinuité. Dans son prologue de la *Logique*, Gérard Deledalle (1993) repère chez Dewey deux dimensions de l'expérience : l'une, nous l'avons vu, est de l'ordre de la continuité. On entend par là son caractère routinier, habituel et qui s'inscrit dans une logique de fonctionnement ordinaire (versant naturaliste). L'autre, nous l'avons également évoquée, est de nature discontinue. Les interruptions qui la ponctuent sont caractérisées par le doute, par l'incertitude affectant le flux d'activité du sujet. Il y a donc « enquête » dès lors que le sujet ressent le désordre et agit de manière à rétablir une dynamique continue (versant instrumentaliste) : « L'enquête est la transformation contrôlée ou dirigée d'une situation indéterminée en une situation qui est si déterminée en ses distinctions et relations constitutives qu'elle convertit les éléments de la situation originelle en un tout unifié » (Dewey, 1993, p.

169). La connaissance n'est autre pour Dewey que l'aboutissement de l'enquête. Elle constitue la dimension « instrumentaliste » de l'expérience, par opposition à son « versant naturaliste » (Deledalle, 1993).

L'enquête relève ainsi d'une caractérisation de l'activité humaine « courante » et se situe au fondement de l'élaboration de l'expérience et de la connaissance. L'identification des « situations indéterminées » que Dewey qualifie de « perturbées, ambigües, confuses, pleines de tendances contradictoires, obscures, etc. » (Dewey, 1993, p. 170) constituent le point de départ de l'enquête et donnent lieu à un questionnement, à un processus de traitement et à l'élaboration de ressources pour l'activité présente et future. Joris Thievenaz (2012, pp. 71-72) résume ainsi ce processus : « La conduite d'une activité d'enquête en tant que démarche de problématisation permet d'analyser les opérations à travers lesquelles le sujet construit l'espace du problème et se crée à cette occasion de nouvelles ressources pour le résoudre et poursuivre son action ».

Cette activité *en quête* de détermination, Dewey (1993) la séquence en quatre étapes :

- **L'« institution d'un problème »**. C'est l'activation de l'enquête. Cette opération convertit la situation indéterminée en « situation problématique ». Ce moment de l'enquête est loin de n'être que rhétorique. Il est déterminant dans la formalisation de la question que pose la situation indéterminée, mais aussi, dans la direction que va prendre l'enquête. Si cette première étape semble *a priori* relever d'une relative simplicité, elle peut se montrer insidieuse dans la mesure où la détermination du problème préexiste souvent à la situation. En effet, dans sa relation au patient, le soignant en psychiatrie va puiser des éléments de compréhension et d'interprétation d'une situation dans ce qu'il connaît de l'histoire du patient, dans des repères culturels de sa profession, mais aussi dans des éléments de structuration de l'activité issus de construits organisationnels. Si ces dimensions participent de la formation et de l'expérience garants de la compétence du soignant, on peut néanmoins leur suspecter un effet secondaire indésirable, celui de la prédétermination d'une situation par des critères définis extrinsèquement à celle-ci. Le risque concret d'une surdétermination par des éléments extérieurs à la situation serait de porter une attention moindre à la dimension singulière caractérisant le vécu de telle ou telle pathologie et de tendre vers la standardisation diagnostique. Or, l'enquête envisage bien l'institution d'un problème par le sujet vivant la situation et non l'activation d'un processus prédéterminé à partir de référents extérieurs à la situation.

- **La « détermination de la solution du problème »**. Pour identifier les voies possibles de résolution du problème, il est primordial que ce dernier soit bien posé. Plusieurs opérations sont alors nécessaires : au travers d'un travail d'« observation », le premier point consiste à identifier les « éléments constitutifs » de la situation apparaissant comme des éléments « stables ». Si ces derniers sont constitutifs de la situation indéterminée, ils permettent d'en relever les régularités et donc les bases de traitement du problème[146]. Ces observations constituent les « conditions factuelles » du problème permettant une anticipation du traitement à y apporter. Plus ces éléments factuels seront éclairés, plus précise sera la solution proposée : « Parce que l'enquête est la détermination progressive d'un problème et de sa solution possible les idées diffèrent de degrés selon l'étape de l'enquête à laquelle on est parvenu » (Dewey, 1993, pp. 174-175). Cette étape de l'enquête est peut-être celle qui se rapproche le plus d'une pratique disputée par les professions médicales et paramédicales, celle de la clinique. En effet, l'observation et l'écoute quotidienne constituent des voies de connaissance du comportement d'un patient jugées par nombre de soignants comme indispensables à la prononciation d'un diagnostic éclairé et à la prise de décision thérapeutique. Les infirmiers, en particulier ceux exerçant dans des structures temps plein, revendiquent cette spécificité. Si par exemple un médecin rencontre un patient en entretien pendant dix minutes à raison de deux à trois fois par semaine, il manquera très probablement d'indices pour statuer sur l'état du patient. Le cadre de l'entretien médical est en effet trop restrictif, en termes de temps, pour avoir une vision éclairée de l'évolution de la pathologie du patient. Considérant les enjeux de l'entretien dit médical, ce dernier peut en effet chercher à dissimuler certains aspects de sa pathologie ou modifier son comportement. Les infirmiers considèrent généralement être, avec les aides-soignants, les mieux placés pour éclairer l'état du patient en s'appuyant sur son comportement au quotidien. A-t-il mangé ? A-t-il manifesté des contrariétés au cours de la semaine ? Combien de cigarettes a-t-il fumé aujourd'hui ? A-t-il reçu de la visite dernièrement ? C'est à partir de ces détail de la vie quotidienne que le(la) soignant€ observateur construit son avis sur les suites à donner au suivi d'un patient.

[146] Pour préciser ce point, Dewey (1993) prend comme exemple une situation au cours de laquelle la sirène d'alarme d'un bâtiment retentit alertant sur le début d'un incendie, alors qu'une foule s'y trouve réunie. Ici, la situation indéterminée concerne la possibilité d'évacuer le lieu pour se mettre à l'abri, ceci en considération du mouvement de foule imminent. La question ici posée par Dewey (1993, pp. 173-174) est la suivante : « sortira-t-on sain et sauf ou bien s'écrasera-t-on aux issues pour finir par brûler vif ? ». Les moyens d'enquêter ici s'appuient sur des éléments déterminés comme par exemple le feu, les agencements du lieu, en particulier la disposition des issues conduisant vers la sortie, ou encore le comportement des personnes présentes dans la situation.

- **Le « raisonnement »**. L'articulation (parfois simultanée) des deux étapes précédentes donne lieu à une activité réflexive de l'enquêteur à partir de laquelle on relève un certain nombre de significations. Il devient possible de formuler une « proposition » en vue de déterminer la situation. Celle-ci doit cependant être élaborée au regard du « système de significations » auquel elle appartient. Dans ce sens, la réponse apportée par un(e) soignant(e) dans une situation spécifique se déroulant dans un environnement hospitalier diffèrera d'une situation similaire dans un lieu distinct comme par exemple le domicile du patient. En dépit de leur nature abstraite, parce qu'appartenant à la sphère des idées, les significations relayées au travers du discours, donnant ainsi forme au raisonnement, contribuent à orienter la pratique. Cette mise en discours « dirige les activités qui, une fois menées à terme, fournissent la matière de la preuve dont on avait besoin » (Dewey, 1993, p. 177).

- **Le « caractère opérationnel des faits-significations »**. L'enquête relève d'une continuité. Elle est donc « progressive ». C'est pourquoi, il convient de considérer que la « détermination » d'une situation ne vient pas mettre fin à l'enquête, elle en modifie les configurations. Elle génère un « nouvel ordre de faits » (Dewey, 1993, p. 179). La formulation d'une proposition (ou d'une hypothèse) constitue alors une lecture nouvelle de la situation donnant lieu à de nouvelles observations et donc d'autres significations. On notera que, d'une situation à l'autre, certaines significations peuvent présenter une certaine fragilité selon la nature de l'interaction. C'est le cas pour un infirmier en psychiatrie dont l'une des priorités consiste probablement à établir un climat de confiance avec son patient. Cette « alliance thérapeutique » constitue un état d'avancement de l'« enquête » menée par un professionnel sur son patient et réciproquement, en vue de déterminer, par exemple, les conditions relationnelles entre les deux individus. Le sens donné subjectivement par chaque acteur d'une situation est déterminant dans la relation de soin. La caractérisation du comportement du soignant par le patient amène ce dernier à accepter ou non l'administration de certains soins de sa part. Mais cette alliance peut potentiellement se convertir en défiance, et donc revenir au stade indéterminé, si le soignant sort du système de significations que le patient définit comme acceptable.

4. Questionnement de l'expérience comme concept appliqué : critiques et perspectives de l'approche de Dewey

4.1. Une critique politique et morale

Dewey n'a eu de cesse de marteler l'enjeu démocratique concentré dans la considération de la valeur intrinsèque de l'expérience :

> Est-ce que la volonté réciproque de liberté individuelle, de décence et de bienveillance dans les rapports humains ne revient pas, en fin de compte, à cette conclusion que de tels principes supposent une plus haute qualité de l'expérience chez un plus grand nombre que les méthodes de violence et de coercition [*repression, and coercition or force*] ? […] Si l'on répond oui (et personnellement, je ne vois pas qu'on puisse justifier autrement sa préférence pour la démocratie et pour l'humain), la raison dernière de l'accueil fait à l'éducation progressive, - qui tient à la confiance qu'elle garde dans les méthodes humaines et dans sa parenté avec la démocratie - doit être cherchée dans la discrimination[147] établie entre les valeurs inhérentes à différentes expériences[148] (Dewey, 1997, pp. 34-35).

Au travers de cette revendication, Dewey assume le franchissement d'un véritable Rubicond idéologique en éducation. L'apprentissage doit avoir une valeur subjectivement signifiante favorisée par une pédagogie axée sur l'activité et les expériences du sujet. On parle de méthode « *Learning by doing* » (apprendre en faisant). C'est en agissant en interaction avec le monde l'environnant que le sujet peut comprendre l'utilité de ce qu'il apprend. La pédagogie de Dewey consistant à placer l'activité du sujet au centre du dispositif éducatif constitue l'un des fondements des méthodes dites actives (Altet, 1997). La pédagogie de Dewey repose ainsi sur l'idée que les objectifs de l'éducation résident dans les processus mêmes de l'éducation : « Je crois donc que l'éducation est un processus de vie et non une préparation à la vie future »[149] (Dewey, 1897, p. 78).

Cette perspective éducative remet en cause les structures scolaires dominantes jugées coercitives par Dewey (1997) et dont l'action assujettissante laisse peu de place au développement individuel. La mise en pratique de sa pensée - fondée sur la valeur intrinsèque

---

[147] Terme à entendre au sens deweyen d'une distinction entre les expériences ayant une valeur éducative et les autres.

[148] Traduction proposée dans l'ouvrage présenté par Denis Meuret et Joëlle Zask (Dewey, 2011) à partir de l'anglais « *Does not the principle of regard for individual freedom and for decency and kindliness of human relations come back in the end to the conviction that these things are tributary to a higher quality of experience on the part of a greater number than are methods of repression and coercition or force ?* […] *If the answer to these questions is in the affirmative (and personally I do note see how we can justify our preference for democracy and humanity on any other ground), the ultimate reason for hospitality to progressive education, because of its reliance upon and use of humane methods and its kindship to democracy, goes back to the fact that discrimination is made between the inherent values of different experiences* » (Dewey, 1997, pp. 34-35).

[149] Traduction que nous proposons de l'anglais : « *I believe that education, therefore, is a process of living and not a preparation for future living* » (Dewey, 1897, p. 78).

de l'expérience - rencontra un franc succès questionnant fondamentalement le fonctionnement de l'école entre appareil d'instruction et lieu de construction personnelle. La théorie donna lieu à la controverse dès lors qu'elle fut appliquée dans le champ social à la sphère éducative. Cette pédagogie du *Learning by doing*, à la fois active et libertaire, influencera nombre de praticiens de l'éducation au cours du XXe siècle, en particulier dans les écoles américaines jusque dans les années cinquante[150].

La mise en pratique des idées de Dewey ne fut alors pas sans rencontrer une critique intellectuelle vive et parfois incisive, en particulier sur les plans politique et moral. Sous la plume de Hannah Arendt notamment, Dewey[151] fut rendu responsable de la « crise de l'éducation » (Arendt, 1972), et plus précisément des troubles alors dénoncés et critiqués par l'auteure affectant la culture scolaire du système éducatif américain. Ce faisant, Arendt reprocha aux pragmatistes leur influence sur l'évolution des modes d'apprentissage au mépris des savoirs disciplinaires, ceux-ci largement laissés de côté dans la formation des professeurs, entraînant pour l'auteure des effets délétères affectant à la fois la qualité des enseignements, l'autorité et même la légitimité des enseignants. Cette absence de considération des disciplines, Arendt l'explique par le succès de la pensée et des techniques pédagogiques dites modernes et influencées par le pragmatisme dont l'intention était alors de « substituer, autant que possible, le faire à l'apprendre » (Arendt, 1972, p. 235). Notons que les décennies suivant l'essai d'Arendt verront la réforme du système éducatif américain avec le retour de pratiques *académiques* structurées à la fois autour de la formation disciplinaire, mais aussi sur la transmission de valeurs morales. Ce dernier point peut être associé au contexte de Guerre froide et de lutte idéologique contre toute forme de soviétisme (Lombard, 2003).

Près d'un demi-siècle après Arendt, Henry T. Edmondson s'en prendra également à Dewey en publiant un véritable réquisitoire (Edmondson, 2006) contre les effets de sa pédagogie que l'auteur qualifie de « nihilisme éducatif » (*educational nihilism*) (Edmondson, 2006, p. 34). Celui-ci dénonce alors l'hégémonie d'une pensée ayant perverti les valeurs morales investissant l'école, en particulier autour de pratiques fondées sur une idée erronée à la fois de l'éducation traditionnelle et de la religion, tous deux envisagés par Dewey comme des instruments de

[150] La création en 1956 du *Council on Basic Education*, association à finalité éducative, fut caractéristique d'un rejet des pratiques éducatives inspirées par les écrits de Dewey et d'une promotion du retour de l'école comme lieu d'instruction et de transmission de valeurs morales. Devant ce constat, Jean Lombard (2003, p. 50) précise cependant que les pratiques remises en cause, notamment par Hannah Arendt, résultèrent pour beaucoup de « dérives », d'« interprétations » et de « déformations » de la pédagogie de Dewey.

[151] La lecture critique de l'essai d'Hannah Arendt (1972) donne le sentiment au lecteur que l'argumentaire développé par l'auteure dénonce la pédagogie de Dewey, bien que cette dernière ne le désigne pas nommément.

coercition. Edmondson ne considère ainsi pas la pensée de Dewey comme une approche pédagogique, mais comme une véritable agression intellectuelle, voire une imposture. L'idée d'une pédagogie « active » est en effet hors de propos si l'on suit Edmondson pour qui :

> Trop d'hypothèses portant sur les termes et les concepts ont été admises naïvement. Par exemple, l'hypothèse progressiste centrale - selon laquelle il existe une opposition entre apprentissage « actif », ce qui est bien, et un apprentissage « passif », ce qui est mal - est probablement injustifiable. Comment un élève peut-il apprendre quoi que ce soit s'il n'est pas dans une posture active ? Cela étant le cas, les classes traditionnelles ont toujours été composées d'apprenants actifs[152] (Edmondson, 2006, p. 96).

Ainsi, la critique d'Edmondson attribue non seulement à Dewey la responsabilité du repli de valeurs éducatives socialement structurantes, mais remet également en cause le fondement intellectuel même de sa pédagogie.

Nous nous sommes autorisé cette digression avec pour intention d'illustrer combien une théorie appliquée de l'expérience, telle qu'a pu être éprouvée celle de Dewey, peut concentrer non seulement des débats théoriques, mais aussi des enjeux sociopolitiques et moraux. Ces controverses participent alors d'une dialectique entre des extrémités idéelles renvoyant à des conceptions opposées que le discours, aussi bien social que scientifique, s'attache à faire dialoguer.[153] Au-delà des idées, les controverses animant l'existence sont alors concentrées dans l'expérience élaborée au cours de la vie de chaque individu, offrant une réponse singulière aux questions sociales et existentielles posées dont la mise en évidence outille une compréhension de la condition humaine. Les Sciences de l'éducation s'attachent dans ce sens à examiner, notamment mais pas exclusivement, cette condition à l'aune de son rapport au savoir[154], de ses mécanismes de construction, circulation et transmission, ceci en s'appuyant notamment sur les liens entre activité et expérience. C'est dans ce sens qu'il nous semble utile d'interroger et de mobiliser les travaux de Dewey, eux-mêmes issus d'une pensée soucieuse des processus de développement personnel contenus dans le *continuum* de l'expérience.

---

[152] Traduction que nous proposons de l'anglais : « *Too many assumptions about terms and concepts have been accepted uncritically. For example, a central progressive assumption, that there is an opposition between « active » learning, which is good; and, « passive » learning, which is bad, may be indefensible. How does a student learn anything if he is not in an active posture? That being true, traditional classrooms have always been populated by active learners* » (Edmondson, 2006, p. 96).

[153] On le voit ici notamment avec l'opposition entre pédagogie « progressiste » et pédagogie « traditionnelle » que Dewey oppose entre elles. De façon concomitante, d'autres logiques sont classiquement opposées de manière à structurer l'analyse : l'émancipation et l'assujettissement de l'individu, la théorie et la pratique, le déterminisme et l'individuation, les fins et les moyens ou encore la sphère publique et la sphère privée, etc.

[154] On entend par « rapport au savoir » l'ensemble des liens que le sujet entretien avec les savoirs, relation à travers laquelle il apprend, construit, développe, ressent, transforme singulièrement son rapport au monde (Beillerot, Blanchard-Laville et Mosconi, 1996 ; Charlot, 1997).

4.2. Quelques difficultés inhérentes à l'approche de l'enquête

Nous ne chercherons pas ici à déterminer si Dewey avait raison ou tort de favoriser le *faire* comme première voie d'apprentissage, même si à certains égards, la valeur de l'expérience peut être examinée sans se borner à ses liens avec l'apprentissage comme le présente Dewey (Bourgeois, 2015). Notre intention sera ici essentiellement d'envisager sa démarche à la manière pragmatiste, c'est-à-dire dans sa dimension fonctionnelle et dans une perspective de recherche.

Des processus d'enquête sont activés tout au long du vécu. Si nous nous focalisons sur la situation d'un individu hospitalisé en psychiatrie, le type d'enquête menée par ce patient prendra alors une dimension tout à fait spécifique. Celle-ci fait ressortir une limite à l'approche de Dewey qu'il nous faut considérer. Les circonstances amènent l'équipe soignante à placer cette personne en « isolement », voire sous « contention »,[155] autrement dit à contraindre son activité, quel sens prendra l'expérience pour ce sujet en restriction de liberté ? La réponse à cette question résulte de l'association d'une quantité pléthorique de variables multidimensionnelles[156] caractéristiques du vécu du sujet, point mis en exergue par Dewey. Mais le fait même que l'équipe soignante opère la mise en contention du patient impacte totalement l'expérience de celui-ci dans la transaction sujet-environnement. L'enquête (celle de sens commun menée par le patient) semble ici compromise dans la mesure où autrui intervient et modifie (ici radicalement) la teneur de la relation en dissipant toute possibilité d'agir, toute « puissance normative » (Durrive, 2015) du sujet qui devient alors objet de la situation. Nous avons volontairement pris cet exemple extrême, quoique correspondant à une réalité du travail en psychiatrie, pour illustrer l'impact de l'activité d'autrui sur la relation entre sujet et environnement(s). L'enquête menée par un sujet, quel qu'en soient le contexte ou la situation en jeu, décrit ainsi un processus minimisant l'idée selon laquelle la condition vécue est intimement liée à l'effet du rapport à autrui dans l'activité et dans le processus de construction de sens. La part d'autrui dans l'interaction est ainsi trop peu conceptualisée et n'intervient donc théoriquement pas dans la situation. On peut faire un reproche similaire à Kolb (1984) qui, en dépit des apports de son modèle de l'*experiential learning*, néglige l'activité

[155] Bien qu'appartenant au langage courant, ces termes relèvent de processus spécifiques en psychiatrie. Il s'agit donc de vocables employés par les professionnels qui, par ailleurs, excluent d'autres termes tels que « réclusion » ou « enfermement », probablement en raison de la force et du caractère connoté de ces mots.

[156] Dewey fait d'un principe majeur l'idée selon laquelle l'expérience présente plusieurs dimensions : cognitive (« *cognition* »), affective (« *emotions* », « *feelings* »), conative (« *will* ») et corporelle (« body »). Elles se caractérisent par leur caractère indissociable comme constitutif de la nature de l'expérience. Elles caractérisent l'« activité du sujet en situation » (Bourgeois, 2015, p. 16).

d'autrui, mais aussi l'environnement considéré comme une complexité mue par l'intrication d'activités. En effet, il n'y a pas l'environnement d'un côté et l'activité d'un sujet de l'autre mais une perpétuelle association au cours de laquelle l'un transforme l'autre et réciproquement.

Une autre critique que nous souhaitons formuler concerne le séquencement de l'activité tel que l'expose Dewey dans son élaboration de « l'enquête » et qui produit un « découpage » quelque peu artificielle de l'activité. On peut justifier celui-ci par le souci de conceptualisation. Ceci étant, le modèle peut se heurter à l'activité du fait de sa disposition en une suite consécutive des opérations, ceci au risque d'exclure tout lien entre, par exemple, l'*institution du problème* et l'élaboration des *faits-significations* impliquant la recomposition des situations. Ne peut-on envisager de situation qui n'implique l'*institution d'un problème* que le sujet pourrait associer à une expérience antérieure lui rappelant que la situation se constitue autour d'un problème insoluble ? Par exemple, si un enfant ayant mangé une glace en réclame une seconde qu'il se voit refuser, va-t-il apprendre qu'il s'agit d'un acte éducatif, éventuellement motivé par des enjeux liés au budget familial ou bien va-t-il vivre ce refus comme une injustice ? De cette manière, qu'est-il amené à apprendre ? L'expérience élaborée ici va-t-elle l'amener à développer des stratégies en vue d'obtenir cette seconde glace ? Dans cet exemple, on envisage l'expérience faite par un enfant contraint par des normes définies par ses parents et qu'il ne peut modifier de par sa condition en tant qu'enfant. Cette seconde critique n'est pas tant celle de l'approche de Dewey que celle de l'usage qui pourrait en être fait et des risques liés à l'interprétation des déterminations établies lors du processus d'enquête.

Conclusion : quel accès au travail de l'expérience ?

Les travaux portant sur l'expérience sont pléthoriques. Paradoxalement, la notion n'en demeure pas moins difficile à saisir, certainement du fait de sa nature multidimensionnelle, de par également son perpétuel renouvellement et en raison enfin de sa nature invisible, intangible et même silencieuse. Tout l'exercice consiste ici à faire de cette notion difficilement saisissable un objet de recherche, c'est-à-dire défini et décrit à partir du discours scientifique. L'expérience est envisagée à la fois comme une ressource pour l'action tout en outillant les moyens de sa propre transformation. C'est dans ce sens que certains auteurs parlent de « travail de l'expérience » (Barbier et Thievenaz, 2013). Par cette expression, on peut alors entendre un premier sens, celui se rapportant à l'activité du sujet adossée à son vécu et ce qu'il en mobilise

ou pas. Un second sens renvoie à la recomposition de l'expérience elle-même par le sujet et les dynamiques identitaires associées à cette opération (Pastré, 2015). Le travail de l'expérience désigne alors le processus par lequel celle-ci est mobilisée comme outil à des fins de transformation d'elle-même et pour favoriser l'élaboration de nouvelles ressources. A. Zeitler (2013, p. 244) envisage ainsi le travail de l'expérience comme un « processus de construction et de transformation des habitudes par l'enquête [au sens deweyen], tandis que le produit de cette enquête est constitué des habitudes d'activité en tant que potentialité d'action pour une classe de situations ». Ainsi, dans l'optique de proposer tout énoncé évaluatif portant sur les déploiements et effets du DPT, il sera utile, et même incontournable, d'explorer tout à la fois le vécu du travail éducatif ainsi que ses conséquences sur le travail infirmier.

Mais le travail de l'expérience relève pour sa plus grande part d'un ensemble de dynamiques non visibles quoique tout autant constitutives de l'expérience professionnelle. Parmi elles, A. Zeitler (2013, p. 243) en repère une particulièrement discrète qu'il nomme « l'activité indifférenciée ». Celle-ci se caractérise en effet comme la part du vécu que « la personne vit sans pouvoir l'évoquer ni la commenter ». Pour autant, elle n'en est pas moins potentiellement constituante du vécu significatif pour le sujet. Les transformations issues de cette part non perçue de l'expérience agissent sur le monde de manière progressive et accompagnent discrètement l'évolution de la vie quotidienne. Elles sont décrites par François Jullien comme des « transformations silencieuses » (Jullien, 2009). Le point le plus difficile à déterminer réside en effet probablement dans le « silence » caractérisant la partie la plus importante des dimensions expérientielles souvent non conscientisées et parfois refoulées :

> Le premier mouvement est de sous-estimer cette expérience que l'on porte comme une évidence, mais aussi parce qu'elle est cultivée sous forme clandestine, dans les interstices de l'organisation du travail qui la considèrent comme des résidus menaçant le bon fonctionnement des ateliers. Ce regard est souvent intériorisé par les travailleurs qui, de surcroît, manquent de mots pour la décrire (Yvon, 2015, p. 197).

On comprend alors que les incertitudes et les dimensions cachées susceptibles de résister ou d'échapper à l'analyse tant de l'activité que de l'expérience sont nombreuses. Ces parts difficilement accessibles constituent un véritable enjeu pour la connaissance du travail humain, en particulier du travail éducatif et des valeurs qui en émergent. Ces dimensions mettent véritablement à l'épreuve les méthodes d'analyse s'efforçant d'y accéder (Champy-Remoussenard, 2014b, 2017). Dans une perspective évaluative, sans doute pouvons-nous insister sur cette difficulté et sur les enjeux présents dans les situations d'entretiens de recherche, au cours desquelles les sujets de l'expérience, acteurs des « enquêtes » constitutives

du cours de leur vie, sont amenés à mettre en mots ces dimensions non-visibles et pourtant tout à fait significatives de l'apprentissage du métier.

Résumé du chapitre 4

Le choix est fait dans cette recherche d'examiner le travail éducatif à l'aune de l'expérience, notion largement mobilisée dans les pratiques de formation des adultes. L'expérience est souvent associée au projet de l'objectiver, de la formaliser pour la connaître. Mais cette démarche est rendue difficile par sa nature complexe et dynamique. L'expérience est avancée dans ce chapitre comme une dimension résultant de l'activité, ceci tout en constituant une ressource pour celle-ci. Le concept est par ailleurs envisagé comme indissociable de la notion de sujet, de sorte que les dynamiques de professionnalisation sont considérées comme pouvant être singulièrement appropriées dans la construction personnelle de soi au travail. Ce faisant, le vécu expérientiel est associé à une mise en sens à partir de laquelle le sujet établit un lien entre lui et le monde. Pour examiner ces dimensions, le choix est fait de recourir au courant pragmatiste, en particulier la théorie de l'« enquête » de Dewey, pour étudier la manière dont le sujet examine des « situations indéterminées » vécues dans le courant de l'activité, et s'attache à apporter des réponses aux problèmes qu'il y repère. On parle alors de « travail de l'expérience » pour désigner la manière dont l'expérience est ressource à la fois pour l'action et pour sa propre recomposition. Une telle dimension, aussi bien non visible que silencieuse, n'en demeure pas moins difficile à observer.

Chapitre 5

Vers une démarche d'« enquête » comme voie d'évaluation signifiante

Introduction : le choix d'une approche qualitative

Nos choix méthodologiques reposent sur une démarche *résolument* qualitative. Nous entendons par-là favoriser le recueil d'un matériau textuel, fondé sur l'observation et le récit de professionnels comme voie d'accès au sens donné par ces derniers au vécu de leur parcours. L'adverbe est ici souligné pour signaler que si cette posture de recherche est adoptée par un certain nombre de chercheurs en sciences humaines et sociales, elle fait aussi l'objet d'un positionnement épistémologique et d'une démarche méthodologique se démarquant d'une recherche systématique d'accès à la compréhension des activités humaines par la quantification. Cette tendance, souvent motivée dans les organisations par une logique gestionnaire dominante, est animée par une quête de transmission de l'information à visée technique et instrumentale, ceci au détriment de la parole comme source de révélation de la pensée (Gori, 2011). Ainsi, notre démarche porte moins sur la quantification et la mesure de dynamiques sociales que sur l'étude du sens qu'on peut leur donner.

C'est à travers la mise en forme et l'examen de ce sens que nous proposons d'accéder à des données ancrées dans notre terrain d'investigation. Si les chiffres permettent de préciser un certain nombre de considérations (quantité de formations réalisées, de professionnels formés, taux de présence en formation, taux de satisfaction, etc.), ils ne mettent pas en lumière certains éléments essentiels à la compréhension de phénomènes et processus sociaux (les raisons poussant à la création d'un dispositif de professionnalisation, les mobiles et motifs d'implication d'un néo-professionnel dans son tutorat, etc.). Une démarche qualitative prend du temps et constitue une approche lourde en termes de traitement. Elle nécessite une forte disponibilité des acteurs du champ investigué. Cette question de la disponibilité est devenue une préoccupation latente dans les pratiques sociales, affectant celles liées à la recherche en sciences sociales. A ce titre, le champ de la santé mentale n'est pas épargné (Demailly, Dembinski et Déchamp-Le Roux, 2014).

L'analyse qualitative implique un choix d'investigation, celui-ci ne pouvant être exhaustif en raison même de sa nature. L'« esprit humain » dans toute sa complexité en constitue le soubassement, cherchant à faire le lien entre soi, autrui et le monde, à dégager des significations puisées dans l'interprétation de situations du quotidien, de témoignages, de pratiques sociales caractérisées, ceci en considération de leur contexte. C'est sur cette idée que Pierre Paillé et Alex Mucchielli concluent leur traité méthodologique d'analyse qualitative :

> C'est l'esprit humain qui met en œuvre l'analyse qualitative, et si l'on savait définir et circonscrire l'esprit humain, l'on saurait avec précision ce qu'est l'analyse qualitative. Mais l'esprit humain, c'est ce qu'il y a de plus énigmatique et tout à la fois de plus fascinant et de plus impressionnant dans l'aventure humaine. On ne comprendra donc jamais totalement le fonctionnement de l'esprit, car, pour ce faire, il faudrait pouvoir se situer en marge de l'esprit, et, bien sûr, nous aurions alors une vue « objective » de ce système complexe de compréhension et de construction de sens, mais comment se situer en dehors de l'esprit ? (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 301).

Sans pouvoir répondre à cette interrogation, il importera toutefois dans les lignes suivantes de préciser brièvement les idées ayant fait émerger les sciences prenant l'« esprit » comme objet de recherche. C'est notamment le cas des approches dites compréhensives.

1. L'approche compréhensive comme ancrage méthodologique

1.1. L'expérience comme point de départ des « sciences de l'esprit »

Si la compréhension en sciences humaines et sociales relève d'une posture épistémologique véritablement spécifique, la perspective compréhensive suggère des approches différentes, ce qui rend à la fois son objet et sa méthode difficiles à saisir. Pourtant, bien qu'étant les dépositaires de sensibilités distinctes, les auteurs fondateurs des sciences compréhensives n'en sont pas moins complémentaires. Les défis auxquels a été confrontée cette interdépendance théorique ont essentiellement résidé dans un souci de clarifier un positionnement épistémologique opposé aux approches positivistes,[157] ainsi que d'en préciser les méthodes d'investigation. Le projet de Max Weber fut par exemple de prolonger les travaux de Wilhelm Dilthey, ceci tout en s'efforçant d'en approfondir la démarche méthodologique qu'il jugeait insuffisamment rigoureuse (Kaufmann, 2011). C'est dans ce sens que Weber partira des apports psychologiques de Dilthey pour fonder une Sociologie compréhensive. De même, les travaux

[157] On pense en particulier ici à l'école du « positivisme logique », représentée notamment par Rudolf Carnap, dont les orientations scientifiques se sont efforcées de mener des travaux « à l'abri de toute spéculation métaphysique indue » (Barberousse, 1999, p. 72).

de Schütz viendront compléter ceux de Weber en approfondissant la notion de « sens » pour comprendre les interprétations humaines des phénomènes se manifestant à eux. Il fondera à partir de là le versant phénoménologique des sciences sociales (Schütz, 2008).

Les approches compréhensives prennent comme point d'ancrage les représentations humaines construites à partir de ce qu'un sujet interprète des mondes sociaux qui l'environnent, des liens qu'il fait entre les signes qui se présentent à lui et leurs signifiés. Nous emprunterons dans ce sens à Edgar Morin une illustration nous paraissant particulièrement éclairante :

> Si je vois un enfant en pleurs, je vais le comprendre, non en mesurant le degré de salinité de ses larmes, mais en retrouvant en moi mes détresses enfantines, en l'identifiant à moi et en m'identifiant à lui. Autrui n'est pas seulement perçu objectivement, il est perçu comme un sujet auquel on s'identifie et qu'on identifie à soi, un *ego alter* devenant *alter ego* (Morin, 1999, p. 52).

Les approches compréhensives prennent pour point de départ les travaux de Dilthey portant sur l'étude des faits de société à partir de la conscience qu'en ont les hommes. Il chercha ainsi à développer une intelligibilité des faits sociaux en les distinguant des phénomènes naturels et en les rendant entendables à partir d'une herméneutique de soi, une science de l'interprétation de l'expérience vécue. L'activité de la conscience en est indissociable, point sur lequel a insisté Angèle Kremer-Marietti qui, dans une analyse des travaux de Dilthey, précise que :

> Toute expérience ne trouve sa cohésion originale et, par cela même sa valeur, que dans les conditions de notre conscience, à l'intérieur de laquelle elle se produit. […] Le monde ne nous est pas donné immédiatement sous forme de représentation, mais sous forme de vie et par l'intermédiaire de notre expérience qui nous donne, outre notre « unité vivante », d'autres unités vivantes et le monde extérieur ou le milieu qui est le nôtre. Ainsi l'expérience d'un sujet englobe l'expérience de soi-même et des objets (Kremer-Marietti, 1971, pp. 7-8).

Dilthey ouvre ainsi la perspective selon laquelle la compréhension du monde implique avant tout sa conscientisation sur la base de l'expérience qui en est faite. De son point de vue, les sciences de la nature se manifestent en extériorité par rapport à l'activité humaine, alors que les « sciences de l'esprit »[158] trouvent :

---

[158] Dilthey a fait de ce point l'un des principes fondateurs des sciences humaines qu'il désignait alors comme les « sciences de l'esprit » : « Les sciences de l'esprit ont comme donnée globale l'objectivation de la vie. Mais dans la mesure où l'objectivation de la vie accède pour nous à la compréhension, elle contient partout, comme telle, la relation de l'extériorité à l'intériorité. Cette objectivation est donc partout, dans la compréhension, rapportée à l'expérience vécue, où son contenu propre se dévoile à l'unité vitale et permet de comprendre celui de toutes les autres » (Dilthey cité par Apel, 2000, p. 16). Dilthey distingue ainsi les sciences prenant pour objets les phénomènes naturels des sciences consacrées à la connaissance de l'être humain : « A côté des sciences de la nature s'est développée spontanément, à partir des problèmes de la vie elle-même, un groupe de connaissances, qui, en raison de leur communauté d'objet, sont liées les unes aux autres. Ces sciences sont l'histoire, l'économie politique, les sciences juridiques, politiques, l'étude de la religion, de la littérature et de la poésie, des arts

> Leurs racines dans les profondeurs de la conscience que l'homme a de lui-même […]. L'homme trouve dans cette conscience de soi-même le sentiment que sa volonté est souveraine, qu'il est responsable de ses actes, qu'il peut tout soumettre à sa pensée, […], et que ces facultés le mettent à part du reste de la nature (Dilthey cité par Watier, 2002, pp. 18-19).

Dilthey considère ainsi que l'historicité des choses et des construits sociaux doit être examinée du point de vue de l'expérience vécue individuellement dans la mesure où le sujet est acteur, voire auteur de l'histoire elle-même : « La première condition de possibilité de la science de l'esprit consiste en ce que je suis moi-même un être historique, en ce que celui qui explore l'histoire est le même que celui qui fait l'histoire » (Dilthey cité par Apel, 2000, p. 17).

1.2. « Comprendre » le sens de l'activité humaine : quelle méthode ?

La distinction entre sciences naturelles et sciences de l'esprit va ainsi trouver ses fondements en considérant la conscience que l'être humain a de lui-même. Dans son *Introduction à la sociologie compréhensive*, Patrick Watier (2002) précise alors que le rapport du chercheur avec son champ d'investigation diffère selon si l'on mène une recherche en sciences de la nature ou bien en sciences humaines. Dans le second cas, le chercheur entretient une relation contiguë avec son objet de recherche. Il en fait l'expérience, une expérience différente de celle qu'il peut avoir des phénomènes naturels. Ces derniers se définissent en effet en extériorité du chercheur : « Je n'ai pas conscience de ce qui concerne la partie naturelle de mon être, un assemblage de cellules ou encore un couplage de neurones, alors que j'ai une connaissance tout à fait particulière de ce qu'est une souffrance, un sentiment, un désir, une intention, une satisfaction » (Watier, 2002, p. 24). Autrement dit, si l'homme peut être étudié comme objet des sciences de la nature sous ses aspects anatomiques ou génétiques, les sciences humaines portent sur « la conscience que les individus ont de certains phénomènes », dimension appartenant à « l'expérience vécue » (Watier, 2002, p. 24).

L'auteur résume de façon fort claire les implications du positionnement épistémologique de Dilthey qui « s'appuie sur l'expérience que le sujet a de lui-même pour établir une différence entre faits qui supposent un rapport à soi, et, faits pour qui une telle possibilité est exclue » (Watier, 2002, p. 19). Une telle distinction se décline alors dans la méthode spécifique aux sciences de l'esprit auxquelles on ne saurait appliquer, selon Dilthey, les méthodes d'analyse

---

plastiques et de la musique, des visions philosophiques du monde et des systèmes, enfin la psychologie. Toutes ces sciences se rapportent au même grand fait, le genre humain. Elles décrivent et racontent, jugent et forment concepts et théories en rapport à ce fait » (Dilthey cité par Watier, 2002, pp. 17-18).

de la nature. Il insiste par ailleurs sur la nécessité pour les sciences de l'esprit de mettre au point des méthodes spécifiques en considération de la spécificité de leur objet qu'il désigne comme des « ensembles interactifs »,[159] c'est-à-dire les processus et produits de l'activité humaine ainsi que les valeurs, les normes et les fins qui la composent.

L'activité humaine se situe ainsi aux fondements de la compréhension par l'être humain des activités vécues par d'autres, ceci à deux niveaux dont P. Watier précise la distinction :

> La compréhension, le fait que les hommes dans leur vie courante comprennent les activités d'autres individus, est une condition ontologique de l'existence sociale en même temps que la méthode appropriée des sciences humaines. C'est grâce à la compréhension que la vie sociale est possible, mais la compréhension ne caractérise pas seulement l'existence ordinaire, elle est le noyau grâce auquel les sciences de l'esprit interprètent leur objet (Watier, 2002, p. 26).

Ce double registre est comparable à celui qui caractérise l'« enquête » deweyenne (Dewey, 1993), abordée précédemment et sur laquelle nous reviendrons dans ce chapitre. La compréhension est en effet inhérente à l'activité humaine dans son déroulement ordinaire d'une part, et un procédé d'analyse en sciences humaines d'autre part. Ce qui distingue ces deux niveaux est leur finalité : quand la première sert l'individu à s'orienter dans la vie et dans les mondes sociaux auxquels il est associé, la seconde se donne pour tâche une plus grande connaissance du genre humain dans sa manière de vivre, de penser ou d'échanger.

Ainsi, **la compréhension comme méthode d'analyse des sciences de l'esprit s'efforce d'examiner les dimensions subjectivement significatives de l'activité que les acteurs sociaux construisent à partir de leur parcours de vie.** C'est dans une démarche de psychologie descriptive que Dilthey propose de comprendre les spécificités de l'activité mentale humaine, et en même temps, ce qu'elle a de récurrent d'un homme à l'autre. Il s'appuie pour cela sur l'« empathie » à travers laquelle le chercheur s'emploie littéralement à comprendre ce qu'éprouve un sujet, sans pour autant avoir vécu les mêmes événements que ce dernier. Dilthey entend alors décrire les perceptions individuelles des situations et des activités, conscientisées ou non. La démarche consiste à suivre le sujet et retracer les éléments de compréhension de son parcours dans une négociation entre les objectifs du chercheur et l'exploration biographique que chaque sujet voudra bien partager. Dilthey jette ainsi les bases

[159] P. Watier définit ce concept de Dilthey comme un « lieu » qui « se distingue de la nature parce qu'en lui se produisent des fins et des valeurs, il accomplit des opérations particulières et celles-ci sont réalisées par des individus ; que nous prenions la vie économique, le droit, l'éducation, la science, l'art, la politique, la philosophie, les relations sociales, nous retrouvons chaque fois un enchevêtrement de valeurs, de normes et de fins. […] Ces ensembles interactifs sont des produits et des résultats des actions des individus qui se fixent des fins et posent des valeurs, mais ces ensembles sont susceptibles de s'objectiver ou de s'autonomiser » (Watier, 2002, p. 34).

d'une approche compréhensive qui s'attache à étudier le monde au travers des « sciences de l'esprit », c'est-à-dire au travers de la conscientisation du monde à partir de la condition humaine.

Partant de cette idée, Weber a « extériorisé » la démarche en proposant des référents pour l'analyse avec la notion d'« idéaltype » elle-même revue par Schütz qui préfèrera parler de « typification » (Schütz, 2008). Comme nous l'avons évoqué précédemment, les théories de Dilthey furent prolongées par Weber. Pour ce dernier, l'interprétation directe des comportements humains n'est pas suffisante pour être validée de manière empirique. Si l'activité peut renvoyer à des explications, des motifs d'agir paraissant évidents, il se peut que les intentions ou les enjeux à l'origine de l'activité échappent à la compréhension. Cette limite affecte particulièrement l'observateur « étranger » (cf. chapitre 2). Ainsi pour Weber, la compréhension ne relève pas d'une démarche psychologique s'intéressant à « n'importe quelle « disposition intérieure » ou comportement extérieur » (Weber, 1992, p. 305), mais doit s'expliquer selon des critères rationnels. Il préfèrera alors parler d'« explication compréhensive » (*verstehende Erklrung*).

C'est sur cette base qu'il élabore une « Sociologie compréhensive » cherchant à définir objectivement le sens donné à l'action dans le comportement humain. Weber s'attache alors à déplacer l'objet de l'analyse en prenant ses distances avec la seule conscientisation par le sujet de son expérience vécue et porte l'activité au cœur de l'investigation. Pour autant, la définition que Weber donne de l'activité n'occulte pas la question du sens subjectivement donné au déroulement des choses. Au contraire, celle-ci demeure indissociable de toute compréhension :

> Nous désignerons toujours par « activité » […] un comportement compréhensible, ce qui veut dire un comportement relatif à des « objets » qui est spécifié de façon plus ou moins consciente par un quelconque sens (subjectif) « échu » ou « visé ». […] L'activité spécifiquement importante pour la sociologie consiste en particulier en un comportement qui (1) suivant le sens subjectif visé par l'agent est relatif au comportement d'autrui, qui (2) se trouve co-conditionné au cours de son développement par cette relation significative [*sinnhafte Bezogenheit*] et qui (3) est explicable de manière compréhensible à partir de ce sens visé (subjectivement) (Weber, 1992, p. 305).

L'intention d'une Sociologie compréhensive est alors de mettre l'activité au cœur de la recherche et de fonder l'investigation sur l'interprétation du sens qui lui est subjectivement donné par son auteur, ceci à l'aide de référents objectivement déterminés. L'objectif de la démarche consiste alors à déterminer le sens donné par un « sujet » néo-infirmier à son développement professionnel, celui-ci pouvant être interprété à la lumière de schéma structurels qu'il emprunte pour construire son rapport au métier.

On s'interrogera alors sur les phénomènes de subjectivation personnelle à l'œuvre, c'est-à-dire d'engagement et de réalisation de soi dans un rapport à l'action collective et la déclinaison de ce lien dans une dialectique entre projet de soi et projet d'autrui pour soi, entre émancipation et assujettissement de l'individu comme voie de subjectivation (Martuccelli, 2005 ; Niewiadomski, 2012). Cette orientation investigatrice se traduit ici par la compréhension de la manière dont le sujet néo-infirmier donne vie à des dynamiques de professionnalisation, ceci tout en élaborant un rapport singulier au métier d'infirmier en psychiatrie, métier dont il apprend les ficelles au fur et à mesure d'expériences subjectivement significatives du travail soignant.

Le fondement de notre recherche se situe ainsi dans l'expérience d'une forme d'organisation sociale (le métier) telle qu'elle est vécue et partagée par les acteurs du champ étudié. Il s'agit d'appréhender cette expérience au regard d'un contexte diachronique en lien avec lequel se construit l'individu au travail. Pour comprendre ce vécu, nous avons examiné la dimension historico-sociale du travail infirmier en psychiatrie (cf. chapitres 1 et 6) que l'on mettra en perspective avec les parcours biographiques qui l'animent (Schurmans, 2008). Ces précisions sur la compréhension en sciences humaines nous conduisent à revenir à la question de l'évaluation abordée plus tôt (cf. chapitre 3) afin de proposer une association entre les deux notions pour fixer l'axe méthodologique de notre travail.

2. Une évaluation signifiante

Y. Clot et P. Zarifian affirment la nécessité de « soigner le travail », notamment en s'attachant à préserver la capacité de l'individu de « bien faire » son travail comme condition *sine qua non* de « bien-être ». Continuellement élaborée selon des objectifs de performance et mesurée d'après des critères chiffrés, nous l'avons vu, l'évaluation laisse en général de côté le travail réel (Clot et Zarifian, 2009 ; Clot, 2010). Trop souvent mise en œuvre et vécue comme un dispositif de contrôle, les instigateurs des démarches d'évaluation font la plupart du temps l'économie de chercher à comprendre les processus d'évolution et de transformation du travail humain. L'acteur, souvent envisagé comme le destinataire (voire le réceptacle) des contenus de formation, se voit évalué selon des critères impersonnels impliquant une charge mentale forte et présentant des effets délétères sur le plan humain (Dejours, 2003 ; Clot, 2010).

Cela pose la question de la place du sujet destinataire d'une action de professionnalisation et de son rôle dans le processus d'évaluation. Nombre de travaux ont mis en avant des modèles d'évaluation de la formation[160] offrant aux commanditaires de ce type d'approche une palette méthodologique structurée et éprouvée. Mais l'approche technique de ces modèles, aussi élaborée soit-elle, laisse peu de place à l'association du sujet dans l'évaluation des effets de la formation. La dimension singulariste à partir de laquelle se développe le travail de l'expérience est pour sa part absente des modèles définis. Cela surprend peu si l'on ajoute que la relation entre les espaces de formation et de travail est envisagée selon un rapport adéquationniste (cf. chapitre 3), les uns comme lieux d'acquisition de savoirs et de compétences, les autres comme lieux d'application de ces acquisitions. H. Lenoir (2004, p. 63) suggère de renoncer aux dispositifs hétéro-évaluateurs conçus pour satisfaire une demande d'évaluation aboutissant le plus souvent à un camouflage de la valeur et du sens par des élaborations techniques consistant essentiellement en « un leurre ou un refuge permettant d'éviter de penser l'évaluation ». Il apparaît alors opportun d'élaborer une démarche d'évaluation tenant compte de la singularité des parcours individuels, des situations vécues, des aspirations du sujet et du sens qui émerge de ces dimensions.

L'*évaluation signifiante*, démarche que nous proposons ici, repose pour sa part sur une méthode d'écoute et d'observation, plus ou moins orientées selon la « grille de lecture » de l'évaluateur, ici le chercheur. C'est une évaluation car il s'agit de produire un discours sur la valeur observable d'une expérience réalisée (ici, celle du DPT). Nous la qualifions de signifiante, car cette démarche érige le discours sur le sens subjectivement construit en indicateur, lequel est estimé méthodiquement examinable pour établir une lecture objective de certaines réalités sociales. Le rôle du sujet ne consiste alors pas à démontrer son acquisition ou sa mise en pratique de telle ou telle ressource extraite de la formation. Sa position relève davantage de celle de l'« informateur », pour reprendre la terminologie de J.-C. Kaufmann (2011), dont l'activité narrative va guider le chercheur dans l'exploration de la réalité sociale ordinaire et de ses processus de construction. Cette « enquête » du chercheur sur l'expérience vécue par le sujet est menée au gré d'une autre « enquête », menée elle, par l'informateur. Il s'agit d'une *enquête sur soi* comme professionnel en développement ou comme individu revenant sur les étapes de son itinéraire vitale et professionnelle. Constitué d'éléments invariablement hétérogènes, un tel

[160] Sur ce point, on peut consulter avec intérêt les contributions de Daniel Gilibert et Isabelle Gillet (2010) et de Jonathan Pottiez (2012). La première propose une analyse psychosociologique et comparative de trois modèles d'évaluation de la formation. La seconde se place du point de vue des Sciences de gestion et synthétise les difficultés organisationnelles auxquelles sont confrontées les démarches d'évaluation de la formation.

récit rassemble et conjugue des éléments donnant une représentation spécifique de l'expérience vécue, ceci à partir des mondes sociaux dans lesquels évolue le sujet et des systèmes de significations avec lesquels il se repère :

> Les rapports sociaux et les espaces qui leurs correspondent ne sont plus conçus comme le fait de déterminations externes, ni même comme résultant de l'intériorisation de normes collectives, ils font l'objet d'une élaboration et d'une productivité individuelle, ils participent du processus de construction du moi et de l'existence (Delory-Momberger, 2009, p. 23).

Précisons que cette démarche analytique consistant à suivre le sujet n'a pas vocation à provoquer une substitution des rôles. C'est bien le chercheur qui mène l'entretien et travail avec le sujet à faire émerger des données de terrain. Matthew B. Miles et A. Michael Huberman invitent dans ce sens à une certaine vigilance :

> La personne qui décrit son monde quotidien découvre de nouvelles relations et de nouveaux modèles en cours d'entretien ; le chercheur qui de temps en temps résume ou réfléchit tel un miroir ce qui vient d'être dit, condense en réalité et interprète ce flux de signification. Comme le suggère Kvale, les données ne sont pas « collectées » mais « co-produites ». Emettons une mise en garde : la même chose se produit lorsque la question lors de l'entretien est bien plus structurée et centrée. Ne nous laissons donc pas déposséder de tout « contrôle » ou « précision » pour notre instrumentation – tout en nous souvenant que le soin apporté à la conception de l'entretien peut faire la différence au niveau de la qualité des données recueillies et des analyses conduites (Miles et Huberman, 2003, p. 72).

L'exercice narratif est alors orienté selon les intentions évaluatives du chercheur. Les contenus énoncés ne sont toutefois pas imposés par ce dernier, ceci pour deux raisons ayant guidé notre investigation. La première relève d'une position **éthique**, liée à la recherche en sciences humaines et sociales, considérant que tout n'est pas racontable et que tout ne doit pas être raconté même si le sujet est parfois amené à partager des dimensions intimes de son vécu, ceci pour éclairer certains éléments de son parcours. En outre, une certaine éthique de l'évaluation implique d'associer le sujet et le chercheur et non d'assujettir le premier à la quête de résultat du second. La seconde est **méthodologique** et réside dans la relation entre le chercheur et l'informateur[161]. Cette relation procède d'un travail en interaction avec autrui, ce qui implique notamment de rechercher une qualité de l'échange permettant d'« obtenir et garder la confiance d'autrui, à conduire des conversations exemptes de malentendus ou de non-dits » (Piot, 2009, p. 263).

Cette condition relationnelle présente une part incertaine et délicate du travail de recherche, d'autant que la relation entre chercheur et informateur est souvent de court-terme et qu'elle peut

[161] Nous ne parlons pas d'« enquêté », ceci en accord avec l'idée évoquée plus-haut selon laquelle, l'informateur est lui-même dans une certaine mesure enquêteur.

être agencée selon des éléments ou instruments gênant la co-construction relationnelle (cf. chapitre 2). C'est le cas lorsqu'un chercheur possède un statut inscrit dans un cadre institutionnel significatif pour l'informateur, créant par exemple un rapport hiérarchique ou une asymétrie symbolique entre les deux acteurs. C'est le cas également si le chercheur utilise, lors d'un entretien, un dictaphone susceptible d'entraîner une gène pour l'informateur et affecter le rapport de confiance entre ces deux acteurs. Il est alors probable que l'informateur mette fin à l'échange ou bien dissimule sa défiance et poursuive sa narration en s'attachant à se conformer à une doxa institutionnelle, ceci en dissimulant des éléments qu'il envisage comme pouvant nuire à autrui ou à lui-même. La qualité des données de recherche s'en verrait alors considérablement altérée.

Il apparaît cependant difficile de réunir ces conditions relationnelles en élaborant un dispositif d'évaluation définissant des critères exclusivement impersonnels (nous revenons par la suite sur le choix de ce terme) et s'imposant tels quels à l'informateur. La démarche d'*évaluation signifiante* résulte alors d'une intention, côté chercheur, de laisser place à l'émergence d'indicateurs que sa posture et/ou son expérience personnelle ne lui permettent pas de prédéterminer. Ce faisant, il s'efforce d'avoir un regard sur les différents éléments révélés par l'informateur émergeant de la relation dialogique établie, par exemple, lors d'un entretien de recherche. Il s'agit d'éviter que les données collectées dans le processus d'évaluation ne soient étouffées ou refoulées à cause de critères trop contraignants, alors même que ces données sont susceptibles de constituer des indicateurs éclairants sur l'objet de la recherche et révélateurs de la réalité du travail. S'appuyant sur les travaux d'Ardoino et Berger, A. Jorro est tout à fait claire à ce sujet :

> [Une évaluation] criblée de normes et d'indicateurs ne [permet] pas de rendre compte de la complexité de l'objet de l'évaluation. […] Seraient alors rendus invisibles les processus de formation par lesquels les acteurs font l'expérience de transformations qui relèvent tout autant de leur image de soi, de leur construction réflexive, que de leurs capacités à agir de façon efficiente en contexte (Jorro, 2015, p. 43).

Mais laisser émerger des éléments pour favoriser l'analyse ne suffit pas. Encore faut-il être en mesure de les saisir pour les examiner et les mobiliser comme données de l'évaluation. C'est pourquoi la démarche d'*évaluation signifiante* ne peut se soustraire à déterminer des référents permettant de donner une orientation à l'investigation menée.

3. La démarche d'« enquête » mise en œuvre

A partir de là, nous examinerons les processus expérientiels tels que nous avons pu les traiter jusqu'ici. Il s'agira tout d'abord de porter un regard sur le DPT et sur ses implications à la fois humaines et organisationnelles. Ce dispositif constitue dans ce sens une expérience, au sens empirique, à travers laquelle on cherche à agir sur l'évolution d'un groupe professionnel composé par les infirmiers en psychiatrie et santé mentale à travers le développement professionnel des « jeunes » infirmiers. Pour l'analyse, nous suivrons Marie-Noëlle Schurmans (2008, p. 101) pour qui l'approche compréhensive « s'ancre dans une dialectique entre terrain et théorie, et elle aborde à la fois les dynamiques de l'histoire collective, celles de l'interaction sociale synchronique et celles des parcours singuliers des acteurs ». Cette mise en perspective du contexte historico-social avec le récit des trajectoires personnelles donne à la dimension expérientielle une place prépondérante dans notre propos. C'est dans cette optique que nous organiserons le recueil, le traitement et la restitution de notre matériau empirique.

Notre démarche s'étend alors sur trois niveaux d'analyse constitutifs de l'enquête. **(1)** Le premier porte sur le contexte de mise en œuvre du DPT dans l'espace social (*niveau macro*). L'existence du dispositif questionne alors les dynamiques identitaires collectives[162] à l'œuvre à travers sa conception et sa mise en place, celles-ci se jouant sur le terrain du rapport au savoir et de la formation professionnelle. **(2)** Le second portera sur la mise en œuvre du DPT impulsée au niveau macro et relayée, éventuellement partagée, par les acteurs de l'organisation en vue d'obtenir une réaction et d'en observer les effets (*niveau méso*). On envisagera alors ce dispositif comme la recherche d'une action *sur* et *par* le groupe social des infirmiers en psychiatrie. **(3)** Enfin, notre compréhension des questions posées par le terrain cherchera des éclairages dans ce que les sujets disent de leur expérience personnelle (*niveau micro*) à la fois en lien avec le DPT, mais plus généralement avec les situations de travail, ceci dans un contexte soignant ou éducatif. Il s'agit d'examiner la manière dont celles-ci sont génératrices d'apprentissage et participent de leur développement professionnel. Il sera alors profitable d'examiner en particulier le rapport au collectif de travail (équipes soignantes, groupe de tuteurs, interactions dans un groupe de formation) et la place de ce dernier dans le développement du sujet lors de situations spécifiques.

[162] La question de l'identité collective sera entendue comme « une intention sociale, venant des groupes qui cherchent à revendiquer une place et à se faire reconnaître dans l'espace social » (Wittorski, 2008a, p. 195).

Ce troisième point entraîne un choix méthodologique précis. Nous terminerons donc cette incursion dans la dimension expérientielle en précisant cette orientation et, par là même, la portée qui sera concrètement donnée à l'expérience dans une perspective de connaissance et de reconnaissance de celle-ci, ceci à des fins évaluatives. Nous reprendrons ainsi à notre compte la démarche d'enquête définie par Dewey (1993) en nous attachant à l'opérationnaliser dans ce sens. Ce point mobilisera à la fois des dimensions longitudinales (issues du parcours de vie des sujets) et latitudinales (c'est-à-dire s'arrêtant sur des situations particulières de ce vécu) significatives dans la compréhension des dynamiques de professionnalisation. Cette exploration de réalités éminemment complexes ne pourra chercher l'exhaustivité, mais s'appuiera sur une grille de lecture mettant en lumière des éléments de récursivité, ainsi que des points de convergence d'un parcours à l'autre.

Enfin, associées au trois niveaux que nous venons de décliner (*macro, méso* et *micro*), quatre voies d'exploration de l'expérience seront alors privilégiées. Elles résultent de l'appropriation que nous faisons de la démarche d'enquête telle qu'elle a été définie par Dewey :

- **La « mise en intrigue »[163] d'une indétermination** (*institution d'un problème*) est une façon de parler de son vécu au prisme d'une question, d'une incertitude ou d'un doute, points d'ancrage nécessaire à l'activation de l'enquête. Cette voie implique, *de la part du sujet*, une narration de son expérience dans une perspective aussi bien longitudinale que latitudinale, ceci en tentant de revenir sur des situations vécues ou des représentations (liées au travail, à la formation ou au tutorat) à travers lesquelles, sans l'avoir nécessairement conscientisé, le sujet a identifié des indéterminations[164] l'ayant amené dans un processus d'enquête. *Pour le chercheur*, cette étape de l'enquête, correspondant par exemple à la question de recherche, est délicate. En effet, la formulation d'une question de recherche posée par le terrain d'investigation implique de réunir des éléments de compréhension suffisant pour questionner le terrain, mais aussi de mettre à distance

[163] Nous empruntons à la pensée de Paul Ricœur pour désigner par-là « la construction d'un scénario qui agence les faits, pour donner une représentation ordonnée par le souci de produire une signification qui autrement serait demeurée inaperçue » (Ricœur cité par Villers, 2009, pp. 85-86).

[164] Rappelons que la notion d'« enquête » chez Dewey est fondée sur l'idée que l'expérience est animée à la fois de continuité et de discontinuité. D'un côté, elle présente un caractère routinier, habituel, ordinaire et se rapporte à des situations déterminées. D'un autre côté, elle est composée d'interruptions se manifestant dans des situations indéterminées. Elles donnent lieu au doute, à l'incertitude et affectent le flux d'activité du sujet. L'« enquête » deweyenne est activée dès lors que le sujet ressent une discontinuité (indétermination, déséquilibre, rupture des habitudes) dans son processus vital et agit de manière à rétablir sa continuité (Deledalle, 1993 ; Dewey, 1993).

les discours, avis, suggestions issues du contexte de recherche et cherchant à orienter sa compréhension du terrain et donc, la manière de l'interroger.

- **Le diagnostic des voies de résolution** (*détermination de la résolution du problème*). Si la narration de mise en œuvre d'un processus d'enquête permet l'identification d'une indétermination, elle amène aussi à en identifier les composantes « stables », soit les ressources mobilisables *par le sujet* pour préserver un certain équilibre dans l'activité. Ces différents éléments précisés, le sujet entrevoit la manière dont il peut traiter les indéterminations conscientisées. *Pour le chercheur*, cette étape constitue le point à partir duquel il va déterminer les éléments (personnes, lieux, instruments, écrits, etc.) lui permettant de traiter la question de recherche posée. Ces ressources et outils constituent des composantes dont il doit apprécier la fiabilité, car elles l'aideront à déterminer ce qui est indéterminé dans le champ de pratiques étudié.

- **L'activité réflexive** (*raisonnement*). Le fait *pour le sujet* d'élaborer son rapport au métier implique pour celui-ci d'être en relation avec autrui (patient, pair, tuteur) et la possibilité de donner lieu à une ou plusieurs réponses aux indéterminations rencontrées. Le caractère opérant de son activité et ce qui en résulte peut amener une mise en lumière de processus de transmission, appropriation, adaptation, compréhension à l'œuvre dans la résolution de ces indéterminations et dans la construction de ce rapport au métier. *Pour le chercheur*, ce point constitue une étape d'articulation, comparaison, association, questionnement et raisonnement des différents éléments issus des étapes précédentes. A partir de ceux-ci, il s'agit de les interpréter pour en déduire des éléments organisant la suite de la recherche.

- **Le balisage du milieu, identification et construction de ressources** (*caractère opérationnel des faits-significations*). La dernière étape de l'enquête constitue un renouvellement du contexte, des situations et donc de l'expérience. A partir de celle-ci, le sujet a élaboré des éléments de réponse aux indéterminations du milieu et dont l'intégration contribuera à une plus grande connaissance de son environnement et de sa capacité à y agir, à y produire des normes. Au fur et à mesure de son activité, le sujet identifie et construit des ressources, il « pose des balises » en quelque sorte, lui permettant de s'orienter et d'agir plus aisément dans son milieu professionnel. *Pour le chercheur*, ce balisage correspond aux éléments de compréhension qu'il parvient à formaliser dans l'exploration de son terrain d'investigation au gré des indices, témoignages, récits, traces et autres éléments qu'il parvient à réunir.

Le tableau 5 (ci-dessous) permet de synthétiser la manière dont s'organise l'enquête scientifique au vu des étapes que nous venons de décliner :

Tableau 5 : Structure de l'enquête scientifique

Dimensions expérientielles / **Etapes de l'enquête**	**Registre de l'action (*experimenting*)**		**Registre du vécu (*experiencing*)**
	Niveau macro	**Niveau méso**	**Niveau micro**
« Mise en intrigue » d'une indétermination *(Institution d'un problème)*	Quelles évolutions historico-culturelles peuvent être associées aux préoccupations de professionnalisation des infirmiers en psychiatrie et santé mentale ?	Quels sont les effets du dispositif sur la construction du rapport au métier des néo-infirmiers intégrant le champ de la santé mentale et de la psychiatrie ?	- Dans quelle mesure le DPT agit-il sur le développement professionnel des néo-infirmiers ? - Quelles autres dynamiques peut-on identifier dans leur élaboration d'un rapport au métier ?
Diagnostic des voies de résolution *(Détermination de la résolution du problème)*	Identifier des éléments conjoncturels influant sur l'évolution de la profession infirmière, en psychiatrie notamment	- Examiner le fonctionnement du DPT - Observer des situations liées au DPT - Echanger avec des acteurs locaux	Comprendre les effets du DPT dans le parcours individuel d'un infirmier ainsi que d'autres éventuelles voies d'apprentissage
Activité réflexive *(Raisonnement)*	Association des éléments précédents avec les expériences narrées des professionnels		Mise en relation de données contextuelles et de récits d'infirmiers
Balisage du milieu, identification et construction de ressources *(Caractère opérationnel des faits-significations)*	Repérage des évolutions du contexte (juridiques, économiques, sociaux, techniques, …) pour situer les préoccupations de professionnalisation infirmière	Mise en évidence des éléments favorisant ou entravant le déploiement du DPT	Repérage du travail éducatif (formel et informel à l'œuvre dans la construction subjective d'un rapport au métier par les néo-infirmiers destinataires du DPT

4. Des référents pour l'« enquête »

L'enquête deweyenne réalisée par un sujet au travail implique de sa part une lecture personnelle des situations dont il s'efforce de résoudre, dans l'activité, des tensions et contradictions liées au métier et à son espace organisationnel d'exercice. Par exemple, si le discours de l'infirmier porte sur la nature de la relation au patient, il ressort que celle-ci est souvent empêchée ou interrompue par les tâches administratives qu'impliquent le travail de l'infirmier. Il ne s'agit pas ici de choisir entre une façon de faire ou une autre. Il s'agit bien d'un conflit entre deux dimensions de l'activité : une part relationnelle, située au cœur des soins en psychiatrie, et une

part administrative inhérente au fonctionnement organisationnel de l'établissement de santé. Il ressort alors l'existence d'un conflit interne à l'activité posant notamment la question de la part que le sujet doit ou peut privilégier. Nous avançons alors que c'est dans ce rapport conflictuel, à travers les arbitrages réalisés par le sujet, que le néo-infirmier construit peu à peu son rapport au métier[165] et, simultanément, contribue à son évolution. Comme l'écrit Y. Clot (2008, p. 258), « le métier […] est *tout à la fois personnel, interpersonnel, impersonnel et transpersonnel*[166]. […] Le métier a plusieurs vies simultanées et c'est ce qui rend possible son développement ». L'auteur désigne ici quatre registres de l'activité traduisant la dimension à la fois personnelle et sociale du métier (Clot, 2007, 2008) :

- **Le registre personnel**. Cette première part du métier se rapporte à la manière dont il est vécu par un sujet. Son exercice fait ici l'objet d'un rapport de soi à soi, d'une « enquête sur soi » à travers laquelle le sujet s'attache à caractériser son rapport au métier dont l'exercice ne peut exister sans lui. Si le métier renvoie à une culture collective, celle-ci fait toujours l'objet d'une appropriation personnelle développée au gré de l'expérience. Chez l'infirmier, ce point pourra concerner son rapport spécifique au patient, la manière avec laquelle il réalise un entretien, ou son appétence pour un courant thérapeutique spécifique (comportementalisme, approche centrée sur la personne, thérapie systémique, etc.).

- **Le registre interpersonnel**. Il s'agit des dimensions intersubjectives constitutives de l'activité. Ce versant questionne la part d'autrui significatif dans le vécu du métier et implique de penser conjointement la relation avec la personne, lorsque celle-ci est l'objet du travail. Cette dimension implique alors aussi bien le rapport au destinataire de l'activité qu'au collectif de travail. Ce registre trouve sa traduction dans les interactions plus ou moins formalisées et la manière dont celles-ci ont un effet sur l'exercice du métier. Ce dernier présentant une forme d'organisation socialisée, il ne peut exister de métier qui ne soit animé de dynamiques interpersonnelles.

- **Le registre impersonnel**. Il s'agit du registre de l'activité professionnelle défini extrinsèquement au sujet et s'imposant à lui. Il comporte l'ensemble des règles et normes constitutives de la tâche. Cette dimension et la part du travail humain formant un tout rationnalisé et prescriptif. Elle révèle en effet une représentation

[165] Notre notion du « rapport au métier » est précisée au chapitre 3.
[166] C'est l'auteur qui souligne.

organisationnelle du métier fondée sur la définition de la tâche. Elle vise à constituer une référence pour le professionnel dont l'activité comporte nécessairement une tension entre cette dimension et son travail réel. A l'hôpital, ce registre se manifeste le plus souvent par des injonctions émises « par le haut », soit par des organes extérieurs à l'organisation tels que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'Agence régionale de santé (ARS) ou encore la Haute autorité de santé (HAS).

- **Le registre transpersonnel**. C'est ce qui renvoie à la culture du métier, à son histoire collective, aux règles qui le régissent, aux façons de faire communément admises. C'est le « genre » professionnel si l'on reprend la terminologie de Y. Clot.[167] L'enquête spécifique au registre transpersonnelle est un processus progressif de connaissance et d'appropriation du métier. Les choix opérés dans l'activité sont arbitrés à la lumière de la culture professionnelle. Elle témoigne par ailleurs d'une revendication identitaire empruntant au métier de référence, à ses caractéristiques historico-culturelles. Concernant les soins en psychiatrie et santé mentale, on s'attache par exemple à limiter l'intervention physique sur les patients dans un souci de rupture avec l'héritage asilaire et en harmonie avec les discours sur la « bientraitance » des patients.[168] Cette part de l'activité fait l'objet d'une négociation entre l'impersonnel et l'interpersonnel, ceci afin de promouvoir de part et d'autre une idée spécifique de la profession infirmière.

Ces quatre registres de référence en clinique de l'activité « cohabitent » dans le discours sur le métier visant à décrire et conceptualiser le travail. Leur particularité est d'être « structurellement conflit » (Clot, 2008, p. 258). L'*impersonnel* et le *transpersonnel* relèvent de la part instituée et établie du métier, alors que le *personnel* et l'*interpersonnel* concernent sa part instituante et interrogent continuellement les deux précédents (Clot, 2008). Ces registres constituent un espace de référence à partir duquel l'enquêteur deweyen exerçant un métier spécifique va puiser les ressources qui lui serviront à « déterminer » telle ou telle situation, à prendre telle ou telle position (cf. schéma 1, p. 194). S'efforce-t-il de se rapprocher au

[167] Le genre se caractérise comme un ensemble de manière de faire caractérisant un champ spécifique d'activités et constituant une référence antérieure à l'action. Il se rapporte à « l'ensemble des activités engagées par une situation, convoquées par elle. Il est une sédimentation et un prolongement des activités conjointes antérieures et constitue un précédent pour l'activité en cours : ce qui a été fait auparavant par les générations d'un milieu donné, les manières dont les choix ont été tranchés jusque-là dans ce milieu, les vérifications auxquelles il a été procédé, les coutumes que cet ensemble rassemble » (Clot, 2011, p. 37).

[168] Notons aussi que les soignants avancent parfois ne pas venir travailler pour recevoir « des coups ». Nous reviendrons sur cette question (cf. chapitre 9).

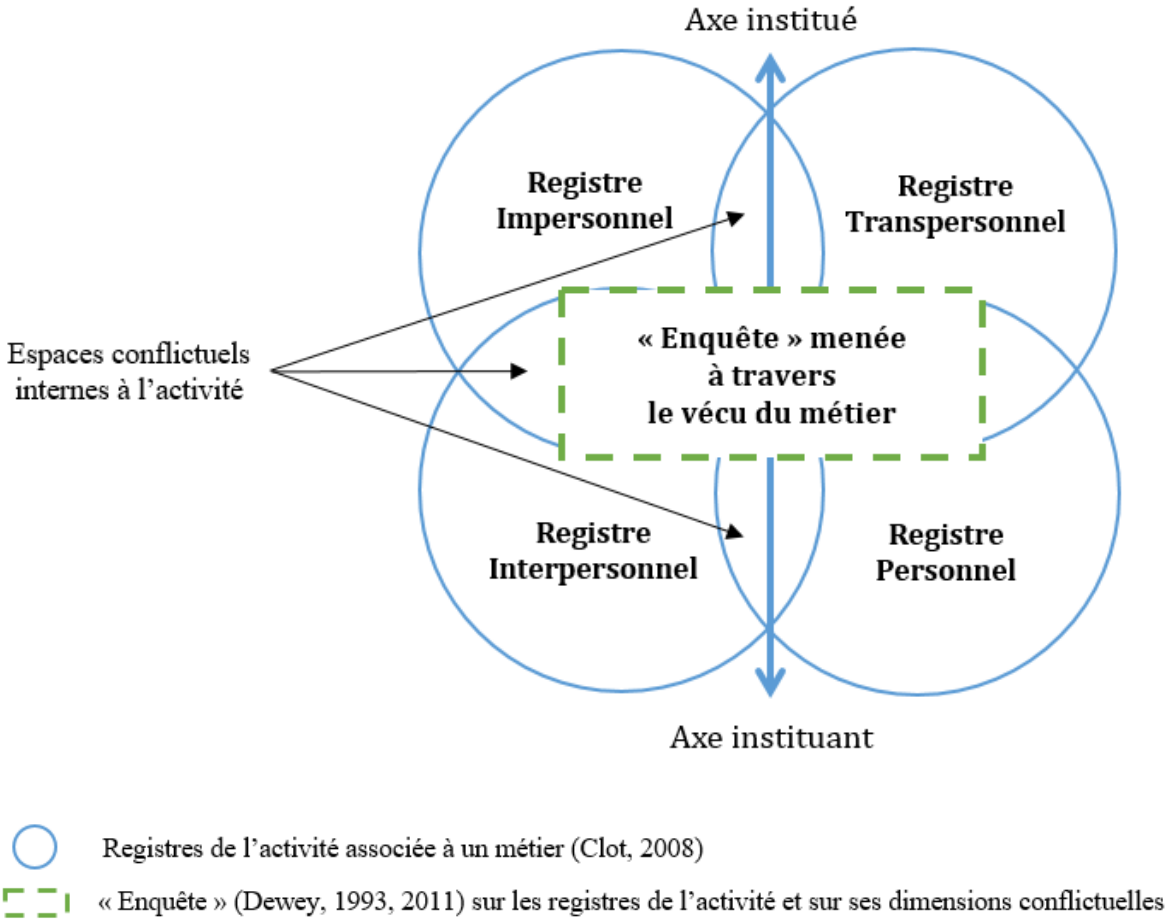
maximum de la prescription du travail ou bien considère-t-il nécessaire de l'ajuster pour traiter des tensions ou contradictions observées ?

L'enquête de « sens commun » porte alors sur la tentative de résoudre le conflit structurel interne à l'activité professionnelle que relève Y. Clot. Bien qu'il ne puisse être résolu une fois pour toute, le sujet auteur de l'enquête s'efforce toutefois de trouver un équilibre satisfaisant entre le registre *personnel* et les autres registres du métier. L'enquête scientifique cherchera pour sa part à déterminer le travail de l'expérience, les indicateurs de développement professionnel à l'œuvre ou encore les processus de professionnalisation actifs et détectables dans l'activité. Autrement dit, l'enquête deweyenne se déroule à deux niveaux. (1) D'abord, celui du sujet de l'activité associée à un métier qui mène une enquête ordinaire, de « sens commun » dit Dewey. C'est dans cette activité que s'expriment les différents registres de l'activité de Clot. (2) Ensuite, celui du chercheur qui analyse le vécu expérientiel du sujet auteur de l'activité et utilise les registres de l'activité de Clot pour constituer une grille de lecture des réalités observées.

Dans le registre de l'agir professionnel, si l'enquête s'arrête, c'est qu'il y a une prise de position de l'individu ou que l'une de ces catégories est mise en retrait en faveur d'une autre. Par exemple, si la dimension *impersonnelle* prend le pas sur le registre *personnel*, on peut interpréter cette tendance comme une hétéronomie du sujet dans l'activité, un renforcement de la prescription amenuisant la capacité d'initiative de la personne au travail. C'est par ses prises de position prenant forme dans l'interaction que le sujet exprime ce qui, pour lui, constitue la valeur de son activité. Les quatre registres seront alors mobilisés dans ce sens comme des référents pour comprendre les orientations prises par le sujet dans un espace de références délimité.

En mobilisant une telle entrée, nous choisissons d'interroger un contexte social et la mise en mouvement qui l'anime. Celle-ci est impulsée, nous l'avons vu, par des visées de professionnalisation associées au travail infirmier en psychiatrie. Pour mener cette *évaluation signifiante*, nous fonderons notre matériau empirique sur la triangulation de plusieurs méthodes de recueil de données. La mobilisation des outils d'enquête que nous allons présenter vise à comprendre dans quelle mesure l'expérience des néo-infirmiers comporte des occasions d'apprendre telles que le favorise un travail éducatif formel (dont fait partie le DPT) ou informel (émergeant notamment du milieu de travail), ceci en considération du contexte historico-culturel dont ils assurent la continuité.

Schéma 1 : L'enquête au cœur du métier



5. Méthode de collecte, instrumentation du recueil et statut des données

L'histoire et la tradition scientifique en sciences humaines et sociales ont apporté au chercheur d'aujourd'hui une quantité considérable de repères à partir desquelles l'analyste s'efforce de définir tant ses propres orientations scientifiques que l'instrumentation à partir de laquelle il construit son corpus de données et analyse ces dernières. Quels que soient les choix réalisés, le chercheur est engagé dans une controverse animée par de nombreux pôles de références. Entre holisme et individualisme méthodologique, recherche fondamentale et recherche appliquée, entre implication du chercheur et mise à distance du terrain, ces oppositions sont différentes expressions d'un débat fondamental entre deux perspectives épistémologiques. La première, tenant du positivisme, avance qu'il n'existe pas de relation entre l'objet et le sujet de la recherche, ce qui garantit une expérience scientifique légitimée par la neutralité du chercheur. La seconde, associée au courant phénoménologique, considère au contraire que les réalités

sociales sont perçues, décrites et examinées de manière indissociable du point de vue du chercheur. Il y a donc selon les promoteurs de ce courant un lien entre l'objet et le sujet de la recherche (Pourtois et Desmet, 2007).

Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet (2007) remarquent que la tradition dans les études en sciences humaines amène les théoriciens à repartir de cette dichotomie pour enfin trancher en faveur de l'une ou de l'autre des deux théories. Ces auteurs s'appuient en particulier sur la pensée de Jurgen Habermas pour proposer une approche dialogique entre ces deux paradigmes. Ils dressent pour ce faire un important tableau de théories mobilisables et de méthodes d'enquête associables pour parvenir à favoriser cette articulation. Il ne sera pas question ici de restituer l'ensemble de ces orientations et propositions, ni même de les reprendre intégralement dans notre propre travail. Une telle démarche reviendrait à calquer la méthode sur le terrain et ne se révélerait finalement ni pertinente, ni justifiable. L'approche de J.-P. Pourtois et H. Desmet nous apparaît néanmoins judicieuse en vue d'aborder la dimension complexe caractérisant un terrain de recherche. C'est pourquoi, nous reprendrons à notre compte certaines de leurs recommandations en procédant par une triangulation des méthodes d'investigation ainsi qu'en privilégiant une approche dialogique des échelles d'analyse mobilisées, ceci au détriment d'une approche dichotomique.

Notre démarche visera alors à comprendre les configurations sociales au travers des singularités auxquelles elles donnent lieu. Ce choix présente une implication majeure : les données qualitatives résultant des investigations mises en œuvre présenteront des validités locales. Par exemple, une circulaire ministérielle présente une portée nationale susceptible de renseigner l'enquête sur un certain nombre de repères pour l'action que préconise le texte. Mais la manière dont les acteurs sociaux s'en empareront trouvera sa traduction dans les pratiques individuelles et collectives variables d'une région à l'autre, d'un bassin à un autre, d'un établissement à l'autre, d'un service de soins à l'autre, d'un individu à l'autre. La compréhension de cette traduction ne cherche pas de généralisation dans le vécu des personnes mais tente de mettre en lumière la façon dont les acteurs sociaux donnent vie aux structures sociales et s'en saisissent de manière singulière (Martuccelli, 2010).

On cherchera, nous l'avons abondamment exprimé, à donner une place prépondérante à la dimension expérientielle au sein de notre recherche. Il convient alors de clarifier la valeur des données recueillies, qu'elles soient issues d'écrits professionnels ou de la parole d'acteurs rencontrés lors de l'investigation. **On considérera dans ce travail comme fondamental ces**

types de sources dont le recueil permet d'accéder à des pans de la réalité vécue. Précisons qu'il ne s'agit pas de minimiser les apports livresques dont la lecture est indispensable pour outiller la compréhension et la mise en question du terrain.

Notre approche compréhensive s'appuiera sur le recueil de deux types de données se distinguant par leur nature. Le premier concernera les *éléments structurels* institués et dont la constitution échappe à l'activité des acteurs garants ou destinataires de la mise en œuvre du DPT. Ces données seront extraites de sources législatives et réglementaires orientant aussi bien l'activité soignante que l'organisation du DPT. On relèvera aussi dans cette catégorie la présence de rapports publics ou d'instructions déterminant les grandes orientations des politiques de santé mentale. Nous nous appuierons également sur des archives comprenant des plans architecturaux de la reconstruction et l'aménagement de ce qui fut l'asile puis l'hôpital psychiatrique d'Armentières. Le second corpus est constitué de *données extraites de l'activité* des acteurs animant le DPT. Il s'agit des observations et entretiens menés sur notre terrain, autrement dit, des données recueillies dans le cadre d'interactions entre chercheur et acteurs du champ investigué.

5.1. Les données structurelles

5.1.1. La consultation d'une littérature grise

Le terme « littérature grise » désigne un vaste corpus qu'il est difficile de catégoriser et de répertorier. Pour le caractériser, nous nous appuierons sur la définition qu'en a proposé Joachim Schöpfel :

> La littérature grise correspond à tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale (Schöpfel, 2012, pp. 19-20).

Les actions mises en œuvre au sein de l'EPSM-LM sont inscrites dans des enjeux de santé publique et, de ce fait, trouvent leur ligne de conduite dans des orientations définies par plusieurs écrits de natures législative, réglementaire, organisationnelle ou professionnelle, élaborés à des fins de définition, d'orientation, de régulation et de médiation des relations humaines. La consultation de ce type de littérature a été particulièrement aidante pour comprendre la culture du champ de la santé mentale et les enjeux de professionnalisation qui

concernent les infirmiers. Si, en effet, il serait erroné de réduire les activités de l'établissement à la mise en œuvre de telles orientations, la consultation de tels textes permet au chercheur d'accéder à des données constituant un cadre de références pour les acteurs du monde social dont il s'attache à comprendre les actions menées localement. Tout en constituant une source incontournable facilitant notamment une analyse diachronique, ce type de document traduit un discours institué et renseigne peu sur les dimensions effectives de l'activité. Pour comprendre les phénomènes sociaux caractérisant l'évolution de la profession infirmière et les dynamiques de développement professionnel à l'œuvre, l'analyse de tels documents institutionnels doit alors être mise en perspective avec des données de nature expérientielle constituées à partir du vécu des acteurs animant les institutions.

5.1.2. La consultation d'archives de l'établissement

L'histoire de l'établissement a vu sa destruction totale sous l'effet dévastateur de la Première Guerre mondiale. Des plans de reconstruction et de modernisation datant de la période d'entre-deux-guerres et d'après la Seconde Guerre mondiale ont été entreposés dans les archives de l'établissement. Ces documents permettent une visualisation de son agencement interne, plus exactement, de ce qu'on a appelé successivement, au cours du XXe siècle, l'« asile d'aliénés » puis l'« hôpital psychiatrique » d'Armentières. Tout en ouvrant une perspective historique locale, la consultation et l'analyse de ces archives donne des indications éclairantes concernant l'organisation de la prise en charge des malades, mais aussi de la vie quotidienne de l'établissement. En effet, si les plans indiquent par exemple les modes de répartition des malades dans les pavillons selon des considérations comportementales (ex : agités, tranquilles, semi-tranquilles, etc.), ils révèlent aussi la présence d'infrastructures (ex : ferme, brasserie, logements du personnel, église, dépôt mortuaire, etc.) destinées à organiser la vie quotidienne d'un lieu clôt fonctionnant, à une époque de donnée, en autarcie. Les investigations menées à partir de ces archives donnent ainsi à voir ce que fut l'établissement d'Armentières à travers l'emploi de ses infrastructures. Aussi riche que soit cette source, elle trouve cependant ses limites dans les angles morts qu'elle laisse au sujet des processus et controverses ayant alimenté l'évolution du site. Pour autant, même si nous ne nous y référons pas directement dans ce travail, ces archives ont néanmoins contribué à notre compréhension de l'évolution des pratiques en psychiatrie au XXe siècle, ce qui fut particulièrement déterminant dans l'écriture de certaines parties ayant une portée historique (cf. chapitres 1 et 6).

5.2. Les données extraites de l'activité

5.2.1. L'observation participante

Cette approche s'impose au chercheur dès lors que ce dernier pénètre dans la sphère active du terrain d'investigation. Il est alors amené à observer les phénomènes sociaux « de l'intérieur », c'est-à-dire qu'il s'efforce de voir et de comprendre les dynamiques, les règles, les rites (sacrés et/ou profanes) ainsi que les codes d'un monde social. Pour cela, l'observateur doit trouver le moyen de mettre en question ce qui pour lui va de soi, autrement dit « se déshabituer à tenir pour naturel ce qui est culturel » (Laplantine, 2002, p. 28). Dans notre recherche, l'exercice est inverse en raison de notre qualité d'« étranger » au sein du terrain d'investigation (cf. chapitre 2). L'observateur assiste dans ce cas au déroulement d'une vie quotidienne dont certains traits lui semblent énigmatiques, mais paraissent aller de soi pour les acteurs du terrain qui les ont intériorisés. La tentative de l'étranger de comprendre la structure et les sens de l'activité relève systématiquement d'un effort particulier que les acteurs du champ étudié n'ont pas besoin de faire. Elle l'amène à entrevoir les spécificités culturelles, mais aussi les contradictions animant le champ de pratiques observé (Schütz, 2008).

Dans la démarche d'observation participante, les pratiques sociales analysés (ici, par exemple, les manifestations du travail éducatif) sont alors à portée des sens de l'observateur (dimension sensorielle) qui analyse ce qu'il perçoit : « Je vois, je sens, donc je remarque, je regarde et je pense » (Laplantine, 2002, p. 107). Sa proximité avec les acteurs au travail lui permet potentiellement de voir par lui-même le déroulement de la vie et d'entendre ce que les acteurs du terrain peuvent en dire. Tout en considérant le caractère brut et authentique des observations directes, cette démarche méthodologique n'est pas sans poser la question de l'identification du chercheur sur le terrain, des relations qu'il entretient avec les acteurs côtoyés et des implications de ces deux points pour les résultats de la recherche. Nous renvoyons ici le lecteur au chapitre 2 qui précise notre positionnement face à cette question. La situation d'observation se distingue par ailleurs de celle de l'entretien, entrée par laquelle l'accès aux données se fait nécessairement au prisme de la narration, impliquant une interprétation de sens (dimension sémiotique) par le sujet, préexistant à l'accès au matériau empirique.

5.2.2. L'entretien compréhensif

L'observation du terrain par le chercheur implique, nous l'avons vu, la rencontre et l'interaction avec des « informateurs » susceptibles d'aider le chercheur dans son exploration du champ de pratiques étudié. Il s'agit moins d'en saisir le regard subjectif comme le reflet d'une réalité sociale que comme la formation de cette réalité à travers sa mise en mots. Nous suivrons J.-C. Kaufmann sur ce point :

> A chaque instant, [l'individu] travaille à la totalité significative qui le regroupe sur lui-même, à l'unification de ses fragments épars […]. Le subjectif ne s'oppose pas à l'objectif, au réel, il est un moment dans la construction de la réalité, le seul où l'individu ait une marge d'invention, moment marqué par la nécessité de la sélection et l'obsession de l'unité (Kaufmann, 2011, p. 60).

Nous avons exploré cette réalité au travers de trente-six entretiens semi-directifs, pour certains exploratoires. Ces derniers ont permis de situer les besoins du terrain de recherche. On peut notamment ici parler de verbalisation de la commande institutionnelle, ainsi que de la description du dispositif de professionnalisation et de ses conditions de mise en œuvre[169]. Les autres entretiens, quant à eux, constituent la démarche que nous avons choisie de privilégier pour comprendre les spécificités du métier d'infirmier en psychiatrie et examiner le rapport des professionnels au déploiement du DPT et, parallèlement, la construction du rapport au métier par les néo-infirmiers et infirmiers ayant été destinataires du DPT.

A travers l'entretien compréhensif, le chercheur est à même d'accéder à des dimensions intimes du sujet (Starck, 2015). Celui-ci est en effet susceptible de révéler certains aspects de son histoire de vie. Il se dévoile à travers, par exemple, l'évocation de rapports familiaux qu'il estime significatifs dans sa construction personnelle, à partir également du récit d'épreuves particulières pouvant dévoiler ses propres faiblesses. Il se livre aussi lorsqu'il verbalise des idées, des ressentis ou des préjugés qu'il éviterait probablement d'exprimer sur son lieu de travail au risque de se discréditer auprès de ses collègues, de sa hiérarchie ou encore d'affecter l'alliance thérapeutique qu'il s'attache à construire avec le patient. Par exemple, dans un entretien avec Benoît, celui-ci nous expliquera être une personne réservée, ce qu'il explique à travers le vécu de son homosexualité. Le cadre de l'entretien compréhensif s'attache alors à créer un rapport d'écoute du chercheur vis-à-vis de son terrain. Ceci étant, on sera attentif aux considérations de J.-M. Barbier et J. Thievenaz (2013) sur le fait qu'on ne peut accéder à l'expérience individuelle par l'entretien, mais à une communication sur cette expérience. Celle-

[169] Cette verbalisation est synthétisée dans les annexes I et II.

ci est alors exprimable au travers de sa mise en mots dans un processus de narration au cours duquel le sujet produit un discours agençant une part des éléments conscientisés de son expérience de manière à donner une suite logique, intelligible et communicable.

Nous avons élaboré le cadre de l'entretien afin d'amener le sujet à s'exprimer sur sa trajectoire de vie, associant des transactions identitaires (pour soi, pour autrui) à des processus biographiques et relationnels (Dubar, 2000). Nous l'avons vu, notre approche s'intéresse au sujet dans la singularité de son parcours, mais aussi à son inscription dans une dimension collective (celle du métier). Nous nous attachons dans ce sens à comprendre comment le sujet apporte des solutions qui lui sont propres à des questions auxquelles est confronté le collectif. Pour cela, notre démarche d'entretien questionne l'interviewé aussi bien dans des perspectives longitudinales (se rapportant à sa trajectoire de vie dans son ensemble) que latitudinales (se focalisant sur une dimension événementielle de l'expérience de l'interlocuteur, en particulier l'expérience au travail) (Martuccelli, 2010, 2013). C'est à partir de ces repères (transactions identitaires pour soi/pour autrui ; perspectives longitudinales/latitudinales) que nous avons élaboré un guide nous ayant servi de support lors de nos entretiens de recherche (cf. annexe IV). Nous avons mené ces entretiens sous trois formes différentes traduisant des intentions distinctes :

- Les entretiens dyadiques. C'est la forme que nous avons mise en œuvre le plus souvent. Elle implique un face-à-face entre le sujet et le chercheur. Elle vise à permettre un cadre suffisamment fermé propice au récit du sujet portant des parts éventuellement intimes inscrites dans son parcours de vie. Nous ne pêcherons pas ici par naïveté en imaginant que le sujet se confie spontanément et sans le moindre filtre au chercheur. Néanmoins notre intention est de favoriser un cadre d'énonciation dans lequel le sujet ne se sent ni contraint, ni jugé. Nous nous sommes dans ce sens engagé vis-à-vis de chaque acteur rencontré sur la base d'une charte déontologique de l'entretien que nous avons conçue et soumise à chacun de nos interlocuteurs (cf. annexe III).

- Les entretiens collectifs. L'intention et la forme sont ici différentes. Il s'agit d'entretiens menés auprès de groupes d'acteurs et dont l'objet a porté sur les observations que nous avons réalisées au cours de la recherche. Ces situations d'entretien collectif se sont déroulées à plusieurs reprises auprès des groupes de tuteurs de manière à confronter nos observations au point de vue des acteurs et à associer ces derniers au dispositif de recherche (cf. chapitres 2 et 8).

- Evoquons ici une troisième forme. Il s'agit des **entretiens triadiques.** Ce type d'entretien semi-directif implique la présence du chercheur et de deux sujets pairs. L'intention de cette méthode a été de faire émerger la discussion suscitée par la présence de deux professionnels. L'objectif de cette démarche était alors de tenter d'identifier ce qui fait débat au sein de la profession. Ce mode de recueil de données n'a cependant été réalisé qu'une seule fois. Nous ne l'avons par la suite pas renouvelé, ceci pour deux raisons. D'abord, la difficulté des professionnels à se rendre disponibles est une caractéristique du terrain à laquelle il nous a fallu nous confronter tout au long de ce travail. Dans ce sens, la possibilité de mobiliser deux infirmiers au même moment sur une durée minimum d'une heure fut très difficile, voire infaisable pour la plupart des unités de soins. Ensuite, l'entretien triadique que nous avons réalisé n'a pas tellement donné lieu à la discussion entre les infirmiers interviewés, mais plutôt à une prise de parole à tour de rôle au cours de laquelle chacun semblait prendre soin d'avoir un discours convergent avec son collègue. Nous n'avons pas comptabilisé l'entretien triadique mené dans les trente-six entretiens évoqués précédemment, son contenu ne nous ayant pas semblé probant pour les raisons que nous venons d'exposer. Nous avons toutefois tenu à préciser notre démarche associée à ce type d'entretien, car même si son contenu n'est pas repris dans nos analyses, la difficulté de le mettre en œuvre nous renseigne sur le rapport du chercheur au terrain d'enquête.

Tableau 6 : Récapitulatif des méthodes de constitution du matériau empirique

	Observation participante	Entretiens compréhensifs		Consultation d'une littérature grise	Analyse d'archives
		Entretiens semi-directifs dyadiques	Entretiens triadiques et collectifs		
Description de la méthode	- *Observations de situations de travail éducatif* ● Animation de journées à thèmes ● Formation des tuteurs ● Echanges de pratiques des tuteurs ● Formations internes adressées à des soignants - *Observations liées aux conditions de la recherche* Situations liées à la mise en œuvre de la recherche et aux relations entre chercheur et terrain de recherche	Entretiens menés par le chercheur auprès d'un professionnel	Entretiens menés par le chercheur auprès de deux professionnels, (nécessairement des pairs) ou d'un groupe (les tuteurs)	Lecture de documents structurant le fonctionnement de l'établissement et du groupe professionnel étudiés (textes législatifs et règlementaires, etc.) ou présentant un effet sur leurs actions (instructions, circulaires, notes de cadrage, rapports, etc.)	Examen et classement d'archives appartenant à l'EPSM-LM[170]
Niveau d'analyse	Micro/Méso	Micro	Micro	Macro	Méso-Macro
Acteurs impliqués	● Néo-infirmiers en psychiatrie ● Tuteurs ● Membres de l'encadrement ● Formateurs ● Participants aux formations observées	● Néo-infirmiers en psychiatrie ● Tuteurs ● Infirmiers expérimentés ● Cadres de santé ● Cadres supérieurs de santé	● Tuteurs ● Membres de l'encadrement infirmier (cadres de santé et cadres supérieurs de santé) ● infirmier(e)s	Auteurs des documents consultés et acteurs se référant à ces écrits	Architectes auteurs des plans et commanditaires (ville d'Armentières, directeur de l'établissement) des travaux à qui furent adressés ces documents
Intérêts de la méthode	Favorise la mise en lumière de la façon dont les acteurs donnent vie au travail éducatif animé d'intentions de professionnalisation	Ces entretiens constituent un discours du sujet sur la réalité vécue permettant d'accéder à un discours sur le sens qu'il attribue aux thématiques traitées		Ce type de recueil de données apporte des éléments objectifs contextuels concernant la culture et les enjeux spécifiques au terrain	Ce type d'analyse ouvre une un regard sur l'historicité locale éclairant différents points du terrain entendu ici comme un ensemble de construits historico-culturels

[170] Les archives consultées comportent essentiellement des plans architecturaux conçus dans la période 1900-1985.

		Les entretiens triadiques présentent potentiellement la particularité de mettre en lumière des éléments de controverse au sein de la profession	d'investigation, mais aussi la place qu'il occupe dans la cité et dans l'action politique	
Limites du matériau	Cette méthode questionne la posture du chercheur, son implication au cours de l'enquête et son identification par les acteurs du terrain étudié (cf. chapitre 2)	La réalité du sujet ne constitue pas une réalité objective. Elle est en outre interprétée au travers de la subjectivité du chercheur et présente une portée généralisatrice limitée Les entretiens triadiques et collectifs présentent un risque d'autocensure des professionnels. Le sujet est en effet susceptible de chercher à ajuster son discours à une conformité à la fois intériorisée et implicitement convenue avec le(s) pair(s) participant au même entretien	Ces documents formalisent un discours public sans pour autant refléter le réel de l'activité animant le terrain d'investigation	Ces archives constituent une source très spécifique (architecture locale) et laissent de nombreuses zones d'ombre, notamment sur leurs conditions de production

6. A propos de la population enquêtée

Le choix d'une population auprès de laquelle enquêter ne peut se faire de manière aléatoire, sous peine d'élargir immodérément le spectre d'analyse et de se perdre dans une immensité de données, ceci avec pour risque de passer à côté de l'essentiel. Conjointement, il est salutaire dans une démarche compréhensive de laisser parler le terrain, de l'observer et de l'écouter en vue d'orienter ses choix sans pour autant se laisser submerger par sa richesse. Le travail d'échantillonnage présente dans ce sens une opération cruciale dans la mise en œuvre du travail de recherche impliquant de suivre certaines orientations (« je veux examiner ça ») tout en effectuant certains choix (« je veux l'examiner de cette façon » ; « je mets cet élément/cette technique de côté »).

Ainsi, l'échantillonnage doit permettre de réaliser une délimitation du terrain d'investigation, tout en élaborant la structure fondamentale d'une recherche qualitative (Miles et Huberman, 2003). Aussi, pour essayer de constituer l'échantillonnage le plus hétéroclite possible, il ne s'agit pas de le composer en « piochant » dans chaque profession médicale ou paramédicale avec pour souci de construire une certaine représentativité de la population hospitalière. Un médecin n'en vaut pas un autre. Il en va de même pour les aides-soignants. *Idem* pour les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Considérer le contraire reviendrait à envisager les individus comme des entités interchangeables dont le témoignage où l'avis serait collecté pour les besoins de la cause. Pour J.-C. Kaufmann, le terme « échantillon » n'est pas adapté à l'approche compréhensive car il implique une idée de représentativité et de stabilité : « Dans l'entretien compréhensif, plus que de constituer un échantillon, il s'agit plutôt de bien choisir ses informateurs » (Kaufmann, 2014, p. 43).

En effet, chaque sujet compris dans la population étudiée se distingue d'un autre selon son activité, ses aspirations et degrés de participation dans l'espace socio-professionnel. L'hétérogénéité des variables traversant la réalité sociale n'est pas à chercher dans le groupe professionnel d'appartenance ou d'origine des sujets, mais se trouve concentrée dans la singularité des expériences individuelles. Les récits, témoignages, jugements constituent alors des indicateurs exprimant la manière dont cette hétérogénéité s'organise singulièrement d'un parcours à l'autre. Nous nous concentrerons dans ce sens sur les représentations construites par les acteurs d'extraction infirmière, c'est-à-dire des individus exerçant ou ayant exercé cette profession. Si cette caractéristique associe structurellement ces personnes, cette délimitation à l'appartenance professionnelle, n'empêchera pas que les cas étudiés se caractérisent par une diversité importante. La population associée au terrain se caractérise par une infinité d'éléments

dont certains sont identifiés par l'observateur (rôle, fonction, sexe, âge, lieu d'exercice, année d'obtention de diplôme, etc.), bien que ce dernier ne puisse soupçonner quantité d'autres.

Conclusion : quelle place de la subjectivité dans la recherche qualitative ?

Pour conclure les précisions méthodologiques exposées dans ce chapitre, notons que les approches compréhensives sont fondées, nous l'avons largement vu, sur l'étude de représentations subjectivement données. De même, l'enquête, le recueil, le traitement et l'interprétation de ces données interroge la portée de la subjectivité du chercheur. C'est pourquoi, il nous semble incontournable de préciser notre positionnement à ce sujet.

La réalité du sujet-chercheur ne constitue pas une réalité objective, autrement dit partagée par tous. En effet, dans un entretien de recherche, l'expérience mise en récit par le sujet a pour destinataire le chercheur qui, à travers son observation, son écoute, son travail d'analyse et de restitution, est aux prises avec sa propre subjectivité. Ces points semblent alors présenter une limite de la démarche de recherche qualitative, ce que n'a pas manqué de souligner Gaston Bachelard : « une connaissance immédiate est, dans son principe même, subjective. En prenant la réalité comme son bien, elle donne des certitudes prématurées qui entravent, plutôt qu'elles ne la servent, la connaissance objective » (Bachelard, 1993, p. 211). Bachelard invoque alors l'idée d'« expérience première » comme « obstacle épistémologique » à surmonter afin de donner une portée objective, et donc scientifiquement recevable, à la pensée du chercheur. Mais si Bachelard opère une mise en garde contre les ressentis immédiats du chercheur en lien avec son expérience d'investigation, il avance parallèlement qu'il s'agit d'un cheminement incontournable à l'élaboration de la pensée scientifique.

La démarche de recherche consiste alors à mettre à distance son propre regard, notamment en le médiatisant à l'aide du regard d'autrui, tout en conscientisant ses propres erreurs. Il avance ainsi qu'« une psychologie de l'attitude objective est une histoire de nos erreurs personnelles » (Bachelard, 1993, p. 240). En suivant Bachelard, on questionnera alors la subjectivité même du chercheur, processus nécessaire à l'objectivation de sa démarche. Si cependant la mise à distance de la subjectivité du chercheur est une condition de la scientificité de sa démarche, la dimension objective de la recherche ne peut être atteinte qu'à partir de cette « expérience première » sur la base de laquelle le chercheur construira son cheminement et parviendra à un

niveau d'abstraction, condition *sine qua non* à *la formation de l'esprit scientifique* (Bachelard, 1993).

S'appuyant sur les travaux des philosophes John Dewey et Hilary Putnam portant sur le rapport entre faits et valeurs, Erick Prairat souligne l'idée que la construction des énoncés scientifiques n'est pas incompatible avec l'expérience vécue. Ces deux dimensions sont, bien au contraire, étroitement liées :

> La science n'est jamais le pur examen logique de faits neutres. Le choix par exemple d'une théorie au détriment d'une autre est bien souvent marqué par des considérations d'ordre axiologique. Une théorie peut être jugée meilleure qu'une autre non pas parce qu'elle est plus conforme à l'empirie, mais parce qu'elle est jugée plus cohérente, plus simple voire plus belle (Prairat, 2013, p. 45).

Dans une réflexion sur les défis méthodologiques et épistémologiques auxquels sont confrontées les démarches de recherche travaillant sur un matériau constitué d'un récit issu de la réflexivité d'un sujet social, Christophe Niewiadomski (2012, p. 84) revient sur les critiques adressées à ce type d'approches comme subjectiviste et incapable de produire un discours de « vérité ». Pour cet auteur, elles sont bercées d'une « illusion positiviste »[171] reflétant une manière de penser le monde « préoccupante, car manichéenne et réductrice ». Il précise alors d'une part les intentions de la recherche biographique et d'autre part les apports de la dimension subjective qui la sous-tend :

> Plus qu'un discours de « vérité » au sens d'une vérité historique stricte des faits rapportés, ce qui nous importe de recueillir dans un récit traduit probablement plus ce qui relève d'une « vérité approchée » venant témoigner de la véracité et de l'authenticité du discours d'un sujet livrant, à un moment donné et dans un contexte donné, un point de vue sur le réel. Nul ne disconviendra que ce point de vue est teinté de subjectivité. Pour autant, cette subjectivité, inhérente au fonctionnement humain et à ses catégories de pensée, n'en est pas moins agissante dans ses conséquences pratiques pour autant que l'interlocuteur soit en mesure de décoder ce qui se joue dans l'ici et maintenant de l'interaction, tant pour le narrateur que pour lui-même (Niewiadomski, 2012, pp. 84-85).

Dans ce sens, si l'on prend l'exemple du courant de la psychothérapie systémique, celui-ci s'est longtemps confronté au problème de « l'auto-référence », concept désignant le phénomène par lequel l'analyse du psychothérapeute est indissociable de la part personnelle dont il nourrit ses interprétations. Pour Mony Elkaïm (1989), ce phénomène d'auto-référence n'est pas à

[171] Cette formulation constitue une réponse à l'« illusion biographique », célèbre expression utilisée par Pierre Bourdieu (1986) pour caractériser les pratiques de recherche dites des histoires de vie et que cet auteur dénonce comme de la « contrebande » circulant dans les mondes savants. Bourdieu réfute alors leur scientificité en leur reprochant notamment d'ignorer les effets des structures structurant (pour reprendre la terminologie bourdieusienne) la vie de l'individu social : « Essayer de comprendre une vie comme une série unique et à soi suffisante d'événements successifs sans autre lien que l'association à un « sujet » dont la constance n'est sans doute que celle d'un nom propre, est à peu près aussi absurde que d'essayer de rendre raison d'un trajet dans le métro sans prendre en compte la structure du réseau, c'est-à-dire la matrice des relations objectives entre les différentes stations » (Bourdieu, 1986, p. 71).

considérer comme un problème, mais comme une ressource propre à l'approche systémique, que l'auteur a notamment pu éprouver dans les thérapies familiales.

Plus encore, Florence Giust-Desprairies (2013, p. 25) estime que la dimension subjective, mais aussi intersubjective, est l'essence même de la nature des sciences sociales : « Les phénomènes subjectifs et intersubjectifs sont porteurs de représentations, d'idéologies, de valeurs, de normes ; en conséquence, ceux-ci ne peuvent être tenus comme hétérogènes aux processus qui déterminent l'appréhension des objets étudiés ». Cette auteure avance alors que la démarche s'imposant au chercheur, en l'occurrence le « chercheur-clinicien », consiste à identifier et analyser le processus conduisant de l'expérience empirique au regard scientifique. D'un point de vue essentiellement ethnosociologique, Daniel Bertaux (2014, pp. 76-77) est quant à lui formel concernant la part que le chercheur met de lui-même dans l'analyse des données de recherche : « Sans subjectivité pas de travail, pas de réflexion, pas de recherche de la vérité, pas de récit. Des matériaux bruts et rien de plus ».

Résumé du chapitre 5

La démarche méthodologique de cette recherche s'appuie sur une approche qualitative mise en œuvre, plus précisément, dans une perspective compréhensive. Celle-ci vise à analyser les effets du DPT à partir d'une « évaluation signifiante », c'est-à-dire prenant comme objet principal le sens donné aux dynamiques de professionnalisation et de développement professionnel par les destinataires du DPT. L'enjeu est de mettre en évidence la manière dont ces derniers envisagent leur rapport au métier. Pour ce faire, le choix est fait de mobiliser l'enquête deweyenne comme processus analyseur de ce sens, ceci à la lumière des différents registres de constitution d'un métier (personnel, interpersonnel, impersonnel, transpersonnel) proposés par Clot. La démarche compréhensive est pour cela menée à partir d'une triangulation d'approches méthodiques se fondant sur la relation entre le chercheur et les acteurs du terrain d'enquête. Ce faisant, ce choix méthodologique interroge la dimension subjective de l'activité du chercheur et ses effets sur la recherche.

TROISIEME PARTIE

Synthèse du matériau recueilli et interprétation des données pour une évaluation signifiante

Chapitre 6
Emergence et expression des préoccupations de professionnalisation des infirmiers en psychiatrie

Chapitre 7
La construction d'un rapport au métier

Chapitre 8
Les tuteurs : garants d'espaces-temps d'apprentissage du métier ?

Chapitre 9
L'expérience de la violence comme objet d'analyse au prisme des relations entre travail et formation

Chapitre 6

Emergence et expression des préoccupations de professionnalisation des infirmiers en psychiatrie

Introduction : la formation comme entrée analytique de l'évolution des infirmiers en psychiatrie

Les dynamiques de professionnalisation des infirmiers en psychiatrie peuvent être étudiées sur un plan macro en considérant plusieurs tendances ayant opéré des transformations majeures sur les pratiques associées à ce groupe professionnel. En nous fondant sur les éléments développés dans la première partie de ce travail, nous en relèverons principalement trois. **(1)** En premier lieu, **la sectorisation et plus particulièrement la recomposition organisationnelle progressive des institutions de prise en charge en psychiatrie qu'a provoqué ce mouvement**. Cette évolution a progressivement transformé la finalité et les pratiques de soins en psychiatrie. Le sociologue et ancien infirmier de secteur psychiatrique Marcel Jaeger (1994, p. 98) y voit un « mouvement de professionnalisation » des infirmiers au sens où l'on peut l'entendre en Sociologie des professions (Champy, 2009 ; Dubar, Tripier et Boussard, 2011). Pour M. Jaeger en effet, les infirmiers en psychiatrie sont concernés par cette évolution que l'on peut décrire à travers trois processus de professionnalisation. D'abord, ce groupe a vu un accroissement conséquent de ses effectifs au cours du développement extra-hospitalier de la psychiatrie, point traduisant pour l'auteur une reconnaissance d'utilité sociale. Ensuite, M. Jaeger voit, dans l'élan de la sectorisation psychiatrique, une valorisation de la fonction de l'infirmier au sein de l'institution à travers le développement d'un rôle propre lié aux soins. Il observe enfin cette évolution à travers la pratique soignante et relève une différenciation des modes d'exercice, en particulier entre l'intra et l'extra-hospitalier. **(2)** En deuxième lieu, **la « modernisation » de l'action hospitalière** mise en œuvre au gré de plusieurs réformes[172] menées surtout depuis les années 1990 et l'introduction progressive de la Nouvelle gestion publique (NGP)[173]. Il s'agit d'un mode de gestion inspiré du secteur privé appliqué au domaine

[172] Nous faisons référence à différents textes visant à organiser et rationnaliser le déploiement de l'offre de soins. Parmi ceux-ci, la loi du 31 juillet 1991 entend renforcer la projection de répartition territoriale des ressources. L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 (l'une des trois ordonnances « Juppé ») vise à « réformer en profondeur » le système d'hospitalisation. Le plan Hôpital 2007 modifie la gouvernance hospitalière et instaure la tarification à l'activité (T2A). Le plan Hôpital 2012 annonce poursuivre « l'effort de modernisation des hôpitaux » entamé par le précédent plan. La loi du 21 juillet 2009 renforce la gestion par l'utilisation d'indicateurs de « qualité » des soins. Enfin, la loi du 26 janvier 2016 redéfinit un cadre organisationnel en annonçant la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT).

[173] Nous avons précédemment évoqué ce phénomène en parlant de *New Public Management*, expression en anglais correspondant à la notion de Nouvelle Gestion Publique.

public de manière à faire entrer ce dernier dans une logique de performance avec pour préoccupation d'améliorer la qualité des soins et de maîtriser les dépenses. Ce double-objectif prend appui à la fois sur des procédures de contractualisation (internes et externes à l'établissement de santé), une délégation de gestion à des cadres intermédiaires et un principe de certification (fondé notamment sur l'évaluation des pratiques professionnelles). Les outils d'évaluation, mobilisés par les organisations publiques et renforcés par les réformes de la fonction publique, influent alors sur l'activité, ceci de manière contraire à la représentation de nombre de ces acteurs comme celle d'un « bon travail » (Dubrion et Bertézène, 2013). L'introduction de la NGP renforce l'idée selon laquelle les professionnels se trouvent confrontés à la mise en œuvre de processus répondant à une logique de résultat affectant alors les professionnels (en particulier ceux dont le travail présente une forte dimension relationnelle), ce qui les conduit à mettre en question le sens de leur travail. Pour autant, la traduction de la NGP dans les pratiques professionnelles n'est pas équivalente d'un terrain d'étude empirique à l'autre. En effet, les professionnels de l'organisation publique sont les acteurs de la mise en œuvre de la NGP, ce qui en amène certains à se l'approprier en quelque sorte et à développer un professionnalisme organisationnel. C'est le cas par exemple des cadres de santé dont une part importante du travail consiste à réaliser des « médiations complexes » sur lesquelles repose le fonctionnement de l'organisation (Demazière, Lessard et Morissette, 2013). **(3)** En troisième lieu, **l'évolution de la formation infirmière en psychiatrie et santé mentale**. C'est le point que nous aborderons plus précisément dans ce chapitre. En effet, la mise en place du dispositif de « professionnalisation et tutorat » (DPT) s'inscrit dans une dimension diachronique liée à l'histoire de la profession qui dépasse les acteurs du dispositif et dont ils sont cependant les contributeurs.

La population infirmière travaillant spécifiquement dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale a considérablement évolué tout au long du XXe siècle. On peut estimer, comme le fait M. Jaeger (1994), que les changements l'ayant caractérisé ont progressivement donné lieu à un mouvement de professionnalisation de ses pratiques associées à la sectorisation et au développement extra-hospitalier[174] (cf. chapitre 1). Mais l'évolution de ce groupe professionnel fut aussi ponctuée par un processus de « déprofessionnalisation », un mouvement de professionnalisation inversé (Maubant, Roger et Lejeune, 2013), traduit par une inflexion de la formation conduisant au diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (DISP). En nous fondant

[174] Cette hypothèse pourrait tout aussi bien être étendue au courant de la psychothérapie institutionnelle en tant que mouvement n'émanant pas de dispositifs institutionnels et ayant impulsé une transformation des pratiques de soins.

sur l'analyse de documents prescripteurs, textes juridiques, instructions et circulaires ayant organisé le champ de la psychiatrie, en particulier la formation de ses infirmiers, notre intention est ici de mettre en lumière la façon dont ont émergé des préoccupations de professionnalisation de ce groupe social et situer le DPT dans son contexte historico-culturel, ceci de manière à identifier certains enjeux auxquels il est rattaché.

Pour ce faire, nous partirons de l'hypothèse que les contenus de programmes de formation des infirmiers en psychiatrie constituent des entrées pour l'analyse de ce que l'on peut interpréter comme des dynamiques de professionnalisation-déprofessionnalisation de ces infirmiers. Nous appelons « contenus de formation » le résultat d'une sélection et d'une organisation de savoirs à des fins de transmission et d'acculturation. Leur élaboration est axiologiquement et politiquement marquée. Dans ce sens, les contenus de formation seront envisagés à travers leur rattachement disciplinaire (leur association à un champ de connaissances délimité), leur ancrage culturel (inscription dans une histoire, un système de relations et de valeurs), ainsi que leur portée contextuelle (correspondance à des besoins sociaux et volontés politiques situés dans le temps).

1. Contexte des premiers élans de formation

C'est sans conteste à travers des initiatives locales qu'a d'abord émergé une volonté de former les gardiens des asiles, puis les infirmiers en psychiatrie. Bien que l'on puisse remonter à 1836 pour retrouver, sous la plume de Scipion Pinel (1795-1859), la trace des premières intentions de former le personnel « subalterne » des asiles, c'est le neurologue anticlérical Désiré Magloire Bourneville (1840-1909) qui fondera les premières écoles d'infirmiers d'asile en 1878 à Paris, une à la Salpêtrière et une autre à Bicêtre. Une part de la société médicale ne manqua pas de critiquer cette initiative voyant d'un mauvais œil ce qu'elle considéra comme « une prime à l'exercice illégal de la médecine »[175], opposition qui n'empêchera pas l'ouverture d'autres écoles en France entre 1899 et 1904. Au cours de cette période, la formation des « garde-malades » constitue une véritable préoccupation pour la communauté des aliénistes et neurologues divisée sur le bien-fondé de former et diplômer son personnel. Finalement, l'arrêté pris le 4 avril 1907 par le Préfet de la Seine tranche la question et institue un diplôme d'infirmier psychiatrique départemental (Jaeger, 1990). Les études conduisant à ce diplôme sont

[175] Journal de médecine et de chirurgie pratique à l'usage des médecins praticiens (cité par Jaeger, 1990, p. 45).

composées de modules « d'administration d'anatomie, de physiologie, de pharmacie et quelques enseignements relatifs « aux soins à donner aux malades » » (Hédoux, Krzyzaniak et Monchaux, 1996, p. 25). Pour J.-L. Gérard (1993), ces premiers pas vers une formation des infirmiers psychiatriques n'expriment pas tant la volonté de mettre des savoirs émancipatoires à leur portée, que celle de cultiver leur docilité :

> Ces prises de positions volontaristes en matière de formation professionnelle peuvent être rapprochées des motifs qui ont promu l'alphabétisation et l'enseignement dès la deuxième moitié du XVIIIe siècle. En effet, on ne peut être dupe du rôle de maintien de l'ordre et d'apprentissage des habitudes sociales joué par l'école. L'enseignement est le véhicule du système de valeurs en place (idéologies) lié au système dominant. Au XIXe siècle, si les gens ne sont pas instruits, la main-d'œuvre sera insuffisamment qualifiée. On comprend de la sorte la nécessité d'un minimum d'instruction, non pour libérer les personnes de leur ignorance, mais pour les faire contribuer au développement du positivisme rayonnant (Gérard, 1993, p. 18).

On voit à travers cette hypothèse combien les intentions de formation de ces infirmiers pouvaient répondre à des enjeux technico-pratiques, sans pour autant être portées par des préoccupations de développement du groupe professionnel.

Ces premiers élans de formation seront localement peu relayés. Mais les effets de la Première Guerre mondiale mettront en exergue l'importance de former les infirmiers. De nouveaux textes réglementaires en témoigneront par la suite. C'est le cas du décret du 27 juin 1922[176] créant un « brevet de capacités professionnelles » et conférant à ses titulaires le titre d'« infirmière diplômée de l'Etat français ». Cette évolution inclut « les diverses infirmières à spécialité restreinte » comme l'« hygiène mentale » (Art. 1er). Mais sa mise en application ne pourra être effective dans les établissements psychiatriques, le décret précisant que la formation doit être suivie dans des instituts régionaux, ceci alors même que les asiles disposaient, lorsque c'était le cas, de structures organisées localement. De ce fait, lors de la détermination et de l'organisation des programmes de formation conduisant à ce brevet furent précisés par l'arrêté du 1er décembre 1926, le texte occulta les asiles d'aliénés et donc son personnel soignant. Il faudra attendre que l'arrêté du 26 mai 1930 revienne sur ce point en posant les directives d'une formation des infirmiers des asiles de 36 mois étalés sur cinq ans (Jaeger, 1990 ; Gérard, 1993).

Malgré ces premières concrétisations, ces différents textes juridiques auront un effet peu retentissant, en raison notamment de la méfiance que pouvait susciter toute idée de formation du personnel infirmier et la difficulté matérielle de sa mise en œuvre :

> En effet, les responsables des hôpitaux sont réfractaires à cette demande. Il faut voir là l'inquiétude de ces derniers devant la percée sociale et le savoir mystérieux que pouvait acquérir l'infirmier en psychiatrie. Les relations avec la hiérarchie risquaient d'être modifiées par l'acquisition de ce savoir.

[176] Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, Article 1er.

> Au demeurant on doit considérer ces propositions de formation comme irréalisables pour l'époque car il était préconisé un encadrement par des moniteurs et monitrices, alors qu'à cette date, il n'existait aucune structure spécifique pour les former. De surcroît les médecins, ayant des pouvoirs très étendus, acceptaient mal qu'une autre catégorie de personnel puisse dispenser un savoir sous quelque forme que ce soit (Gérard, 1993, p. 20).

En 1935, G. Daumézon soutenait sa thèse de médecine consacrée au personnel infirmier des asiles d'aliénés, groupe social dont les caractéristiques lui semblaient fondamentales pour comprendre la vie asilaire et améliorer son fonctionnement : « La question du personnel infirmier paraît, au milieu des problèmes administratifs de la vie asilaire, une de celles dont l'importance et le caractère humain dominent tant le climat de l'asile » (Daumézon, 1935, p. 9). L'auteur relève alors un important besoin[177] de formation du personnel asilaire, ceci tout en constatant qu'une part minoritaire des établissements interrogés organise des cours non sanctionnés dans leurs murs. Ce constat n'exclut cependant pas un intérêt manifeste pour la formation professionnelle révélé par l'étude de Daumézon (1935).

Les réformes menées jusqu'alors par les pouvoirs publics avaient abouti à un décalage notable entre la dimension statutaire et la pratique. En effet, si les infirmiers des asiles d'aliénés disposaient désormais du droit d'accéder à la formation conduisant au brevet d'infirmier, l'organisation de formations dans les établissements asilaires ne permettait pas de constituer une filière conduisant à ce diplôme. Cette situation sera déterminante dans l'émergence d'une rupture entre les infirmières diplômées d'Etat (IDE) et les infirmiers psychiatriques.

En effet, la publication du décret du 18 février 1938 définit la règle selon laquelle tout infirmier ne peut exercer cette profession que s'il est titulaire du diplôme délivré par l'Etat[178]. Cette réforme exclut ainsi le personnel des hôpitaux psychiatriques et conduisit à une impasse pour leurs établissements. D'un côté en effet, les infirmiers en psychiatrie non-titulaires du diplôme perdaient leur autorisation d'exercice. D'un autre côté, l'obligation de les remplacer impliquait de former les personnes nouvellement recrutées. Mais comme la plupart des établissements psychiatriques n'assuraient pas de formation conforme au décret de 1938, le problème demeura entier. Une porte de sortie sera trouvée avec la loi du 15 juillet 1943 et l'arrêté du 25 avril 1944 organisant un régime dérogatoire permettant aux infirmiers psychiatriques d'obtenir sur dossier un statut temporaire. Par la suite, la loi du 21 août 1944 leur octroya une autorisation définitive d'exercer, mais uniquement dans le champ de la psychiatrie. Cette dernière mesure résolut

[177] Les besoins de formation étaient surtout associés aux évolutions techniques des traitements ainsi qu'à une volonté des psychiatres de se doter d'auxiliaires performants, ceci pour entériner leur propre reconnaissance scientifique au sein de la sphère médicale (Jaeger, 1990).
[178] Celui-ci est converti en « diplôme d'Etat d'infirmière hospitalière » par le décret du 10 mars 1942.

l'impasse dans laquelle se trouvait ce groupe professionnel. Ce faisant, il établit une limitation stricte de son champ d'exercice (Jaeger, 1990).

Parallèlement, les psychiatres poursuivaient l'idée que leur propre reconnaissance au sein de la sphère médicale passait notamment par une formation de leurs auxiliaires qui serait équivalente à celle conduisant au diplôme d'Etat. Les traitements biologiques évoluant, il devenait par ailleurs primordial que les infirmiers connaissent et apprennent à les dispenser. Les psychiatres admettaient cependant que le niveau d'instruction des infirmiers des hôpitaux psychiatriques ne leur permettait pas de suivre une telle formation. L'une des pistes privilégiées par certains psychiatres, en particulier P. Bernard, fut alors de renoncer à toute formation équivalente à celle conduisant au diplôme d'Etat et à proposer une formation spécialisant l'infirmier dans son domaine de compétence, la psychiatrie, et l'initiant à la psychothérapie. L'idée n'était pas de faire de lui un psychothérapeute, mais d'en faire un acteur participant à la psychothérapie (Jaeger, 1990).

Dans cette recherche de développement de la formation des infirmiers, on soulignera la contribution significative des Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active (CEMEA). Constitués en 1937 dans la dynamique générée par l'arrivée au pouvoir du Front Populaire et le développement du mouvement d'Education nouvelle, les Centres d'entraînement se sont formés autour d'un projet éducatif militant visant à transformer la nature des relations entre enfants et adultes. La formation des moniteurs et directeurs de colonies de vacances a constitué, dès le début de ce mouvement d'éducation populaire, un terrain de prédilection. Si nombre d'instituteurs ont été sensibilisés aux méthodes pédagogiques favorisées par les CEMEA, celles-ci sont cependant toujours restées en marge ou en dehors de l'Ecole Publique, leur action se développant à destination d'acteurs le plus souvent parascolaires comme les maîtres d'internat ou les éducateurs spécialisés (Vasquez et Oury, 1974).

En 1946, à l'hôpital psychiatrique de Fleury-lès-Aubrais, G. Daumézon fit la connaissance de Germaine Le Guillant, membre permanente des CEMEA et épouse du psychiatre Louis Le Guillant. Lors de cette rencontre, le psychiatre sollicita la militante pour que les CEMEA organisent des stages à destination des infirmiers psychiatriques. Le premier se déroula en 1949 (Le Guillant, 1980). S'ils présentaient un intérêt technique, leur mise en œuvre ne s'y limita pas. Ils étaient par-dessus tout animés du projet d'humaniser les conditions de vie au sein des hôpitaux psychiatriques, ceci en articulant formation et subversion des pratiques établies dans les institutions psychiatriques (Rose, 1999). Ces stages jouèrent dans ce sens une part importante dans ce qui déclencherait progressivement le mouvement de sectorisation (cf.

chapitre 1). C'est du moins ce qu'estime J. Ayme (1980, p. 51) décrivant le projet du mouvement de la psychothérapie institutionnelle et sa volonté de « transformation de l'hôpital psychiatrique en véritable instrument de soins […] ce sur quoi vont porter les premiers stages des Ceméa ».

Cette idée passait par le bousculement des relations entre patients et soignants d'une part, mais aussi entre infirmiers et médecins d'autre part. Dans cette optique, les stages favorisaient la mise en œuvre d'un travail collaboratif écartant tout lien de subordination entre les participants. Ce cadre de travail créa alors un espace relationnel en dehors du système pyramidal prévalant habituellement à l'hôpital psychiatrique et dans lequel infirmiers et médecins furent amenés à interagir. Ces pratiques, vécues comme éducatives par certains et subversives par d'autres (Bonnafé, 1980), cultivèrent l'idée selon laquelle les infirmiers pourraient constituer un corps professionnel qui ne serait pas soumis, mais associé au corps médical, ceci en participant à la psychothérapie. C'est d'ailleurs le groupe d'acteurs (en particulier Bonnafé, Daumézon, G. Le Guillant) ayant impulsé ce travail réalisé avec les CEMEA, qui sera par la suite à l'initiative des rencontres de Sèvres[179] (Fourquet et Murard, 1980) évoqués plus tôt (cf. chapitre 1).

Cette mise en question de la nature des relations, aussi bien soignant/soigné que médecin/infirmier, ne constitue pas l'unique apport de la collaboration avec les CEMEA. Celle-ci donnera lieu par ailleurs à la création d'un bulletin d'information baptisé *Vie collective et traitements* dont le premier numéro paraîtra en décembre 1954. Cette publication devenue par la suite la revue *Vie sociale et traitements* (VST) constitue depuis, et aujourd'hui encore, un support essentiel pour la communication écrite sur les pratiques infirmières en psychiatrie et santé mentale. Outre l'expérience de Fleury-lès-Aubrais et le travail qui s'ensuivit avec les CEMEA, d'autres initiatives locales portée par le volontarisme de certains médecins (notamment F. Tosquelles à Saint-Alban) se concrétisèrent (Jaeger, 1990 ; Henckes, 2007). La disparité des pratiques dans ce sens vint alors renforcer l'idée qu'une unification sur le plan national devenait nécessaire, ceci pour accompagner les progrès techniques des institutions de psychiatrie et pour répondre à leurs besoins de recrutement. Il s'agissait pour cela d'assurer la

[179] C'est en partie dans cette optique que sera réuni le groupe de Sèvres entre 1957 et 1959. Ces rencontres se montrèrent particulièrement significatives du questionnement du rôle de l'infirmier dans la psychothérapie. Les réflexions menées conduisirent à des propositions, ceci après des débats particulièrement vifs entre les participants (Ayme, 1980). Néanmoins, ce groupe se séparera en raison de divergences profondes concernant le rôle et les capacités des infirmiers à participer à la psychothérapie. Les uns, à l'instar du psychanalyste René Diatkine, estimaient que les infirmiers n'étaient pas en capacité de maîtriser les effets des transferts et contre-transferts à l'œuvre dans la thérapie psychanalytique. D'autres, comme J. Oury, considéraient un tel point de vue méprisant vis-à-vis d'un corps professionnel démontrant chaque jour sa valeur en partageant le quotidien des patients. Le désaccord conduisit à l'éclatement du groupe (Henckes, 2007).

cohérence entre des contenus de formation, des examens les sanctionnant et leur conduite vers un diplôme national.

2. Un mouvement de professionnalisation marqué par la formation

C'est en 1955 qu'un arrêté ministériel[180] institue le premier diplôme national « d'infirmière ou d'infirmier des hôpitaux psychiatriques » (Art. 1er). Son programme de formation est composé de 120 cours minimum (Art. 7), dont le volume horaire n'est pas spécifié, étalés sur une période de deux ans (Art. 2). Les cours résident principalement dans un ensemble de savoirs médicaux, psychologiques et pharmacologiques élémentaires :

> Anatomie et physiologie (15 cours). Hygiène (15 cours). Soins médicaux et généraux et petite chirurgie (30 cours). Notions élémentaires de pharmacie (10 cours). Soins particuliers aux malades mentaux. Notions générales de psychiatrie et de psychologie, le rôle de l'infirmier d'hôpital psychiatrique comme auxiliaire du médecin (40 cours). Législation, administration, morale professionnelle (10 cours) (Art. 7 de l'arrêté du 28 juillet 1955).

Ces cours sont associés à des discussions, des exercices pratiques, ainsi qu'à des stages de deux mois minimum permettant aux élèves infirmiers d'« avoir été mis en contact avec toutes les catégories de malades traités dans l'établissement » (Art. 5). Ce programme sera par la suite précisé par l'arrêté du 4 octobre 1958[181]. L'enjeu de cette formation, souhaitée par le corps médical, résidait moins dans une volonté de professionnalisation des infirmiers que dans celle, nous l'avons vu, de se doter d'auxiliaires performants, lesquels deviendraient essentiellement des faire-valoir d'un corps médical psychiatrique jouant sa propre reconnaissance au travers de la formation infirmière (Bonnafé, 1980 ; Jaeger, 1990). Cela passait par l'acquisition, par les infirmiers, de savoirs vulgarisés leur permettant de connaître la culture médicale sans pour autant pouvoir se l'approprier ni se faire reconnaître comme détenteurs de tels savoirs. Ceci étant, la création d'un diplôme national d'infirmier des hôpitaux psychiatriques constitua le point de départ d'un mouvement de professionnalisation impulsé par l'évolution de la formation et par sa généralisation au plan national, qui allait marquer la population infirmière en psychiatrie.

Cet élan ne fut pas sans remettre sur la table la question d'un éventuel rapprochement entre ce corps d'infirmiers et celui titulaire du diplôme d'Etat. En effet, dans une tribune publiée en

[180] Arrêté du 28 juillet 1955. Réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques.
[181] Arrêté du 4 octobre 1958 portant organisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques.

1962, le psychiatre Jean Oulès (1962) défend l'idée de supprimer le diplôme d'infirmier des hôpitaux psychiatriques et soutient « la création d'un diplôme de spécialité dans le cadre du diplôme d'Etat » (Oulès, 1962, p. 219). Il suggère la mise en œuvre d'un tronc commun destiné à l'ensemble de la profession infirmière, qu'il s'agisse par la suite d'exercer en psychiatrie ou dans d'autres champs disciplinaires. Pour lui, une telle réforme des programmes faciliterait la mobilité des infirmiers d'une spécialité à l'autre ou d'un établissement à l'autre. Cette formation globale favoriserait par ailleurs la reconnaissance du champ de la psychiatrie comme une filière médicale à part entière, ce qui rejaillirait parallèlement sur le corps des psychiatres soucieux d'atténuer la distinction entre la filière psychiatrique et les disciplines somatiques. Nous entendrons par « disciplines somatiques » les spécialités médicales associées aux soins du corps (médecine, chirurgie, obstétrique, etc.). Nous les opposerons aux disciplines psychiatriques qui pour leur part relève du psychisme et dont nous avons précédemment précisé le domaine de pratiques (cf. chapitre 1).

Par ailleurs, J. Oulès relève l'asymétrie manifeste entre la valeur donnée au diplôme d'infirmier des hôpitaux psychiatriques et celle attribuée au diplôme d'Etat d'infirmier (DEI). Il souligne en effet la possibilité pour les IDE d'exercer en psychiatrie et d'être titularisés, sans avoir à passer le concours spécifique au champ de la psychiatrie, à la suite d'un stage que l'auteur qualifie de « symbolique » (Oulès, 1962, p. 219). Enfin, le psychiatre repère une distinction sociale entre les deux corps. La formation conduisant au diplôme d'Etat nécessite en effet un financement de trois années d'études. A l'inverse, la formation des infirmiers des hôpitaux psychiatriques est pour sa part rémunérée. Cette asymétrie renforce selon lui la représentation de la psychiatrie comme une filière de relégation dont le personnel serait moins bien doté aussi bien sur le plan intellectuel, que sur le plan social. Cet argumentaire souligne bien à la fois la distinction sociale est statutaire marquant les titulaires du DEI et ceux détenant le DISP, ceci au détriment des seconds.

Avec l'arrêté du 12 mai 1969, la première génération d'infirmiers dits « de secteur psychiatrique » (ISP) vit le jour. Celle-ci se distingua des précédentes à travers sa contribution au développement d'une psychiatrie extra-hospitalière et dans sa capacité à s'organiser pour faire valoir sa spécificité[182], celle d'un groupe professionnel détenteur d'un savoir-faire thérapeutique ancré dans sa pratique. Une forme de reconnaissance sociale de ces infirmiers au

[182] Dans ce sens, en 1974, alors que se réunissait à Auxerre le Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, le collectif d'infirmier formant l'Association pour l'étude et la rédaction du livre des institutions psychiatriques (AERLIP) fera une démonstration de force significative en organisant un contre-congrès à quelques kilomètres seulement (Fourquet et Murard, 1980).

sein de l'institution psychiatrique se manifestera sous différentes formes. A partir de 1970 notamment, des monitrices et moniteurs recrutés dans les rangs infirmiers seront mobilisés pour assurer des enseignements auprès de leurs futurs pairs (Guillemain, 2010), tâche réservée jusqu'alors aux médecins, pharmaciens et surveillants. Mais le plus significatif de cette reconnaissance s'exprimera au gré d'une réforme en profondeur du programme de formation conduisant à leur diplôme, marquée par l'arrêté du 16 février 1973. Cette évolution traduisit un renforcement de la profession à travers trois points. (1) D'abord, sa durée fut portée à 28 mois, contre deux ans précédemment. (2) Ensuite, son programme organisa une alternance entre cours théoriques et stages cliniques. Ce point eut pour effet d'entériner la valeur des apprentissages issus du milieu de travail, ceci tout en favorisant une « intellectualisation » de la formation. (3) Enfin, les contenus de formation ne se limitèrent pas à quelques éléments de savoirs médicaux, mais visèrent à cultiver un esprit d'analyse et de responsabilisation des infirmiers (Gérard, 1993). Jean-Michel débuta sa carrière en 1977 comme élève-infirmier. La formation qu'il reçut était alors très probablement organisée selon la mouture définie en 1973 :

> Y avait un peu de tout dans l'époque. Voilà. Un peu de tout, parce que t'avait encore des anciens formés « ancienne version » et des jeunes comme nous qui arrivions et qui déjà étions taxés de… enfin pas moi parce que j'étais pas encore en formation, mais voilà, par des gens qui parlaient patois et qui les voyaient comme des gens qui arrivaient et qui allaient tout révolutionner, quoi. […] On parlait pas d'école d'infirmière, on parlait du centre de formation. L'école d'infirmière c'était les soins somatiques et c'était à l'extérieur. Là, c'était le centre de formation avec des formateurs psy, de la culture psy, de métier infirmier psy qui formaient à leur tour des futurs infirmiers psy, quoi voilà. Et donc, j'étais élève-infirmier, je rentre le 16 août, payé comme élève-infirmier, je touche ma première fiche de paie fin août.
>
> (Entretien avec Jean-Michel, 57 ans, cadre supérieur de santé, 2 septembre 2014)

On voit ici comment le locuteur insiste sur le fait que la version de la formation qu'il a lui-même suivie est porteuse d'une culture « psy » ayant apparemment agi de manière significative dans son développement identitaire et certainement d'autres nouveaux infirmiers de sa génération. Ce faisant, ce témoignage montre comment une telle évolution progressa au détriment d'autres générations d'infirmiers, en l'occurrence celle ayant connu le premier diplôme national, ainsi que des possibilités de promotion internes rapides au sein du système de l'hôpital psychiatrique dans la période d'après-guerre (Guillemain, 2010). La mise en cause, évoquée par Jean-Michel, d'une génération « qui allait tout révolutionner » marque l'existence à cette époque d'un changement latent, souhaité par certains et redouté par d'autres, dans les manières de voir la psychiatrie et dans les pratiques quotidiennes donnant progressivement forme aux premières initiatives liées au mouvement de sectorisation. Jean-Michel insiste en particulier ici sur le fait d'avoir été rémunéré en tant qu'« élève-infirmier ». Si cette condition peut discréditer car stigmatiser la condition sociale de ces infirmiers (Oulès, 1962), elle est

cependant majeure pour au moins deux raisons. D'abord, l'existence d'un salaire versé à cette époque à des élèves-infirmiers (cette pratique est bien sûr révolue) semblait chercher de manière pragmatique à encourager les candidatures pour inciter à candidater au poste d'infirmier en psychiatrie et le demeurer de façon pérenne. Ensuite, parce que si le salaire versé à ces élèves peut donner lieu à des interprétations variables (valorisant/stigmatisant), cette pratique s'est montrée déterminante dans le choix de certains postulants d'intégrer le domaine de la psychiatrie. C'est le cas notamment d'Eric :

> **Eric** : Et ben écoute, comme beaucoup de personnes de ma génération, […] on est venu souvent en psy parce qu'effectivement il y avait un « taf », un boulot, et que, en même temps, on pouvait suivre la formation d'infirmier et en même temps être salarié. C'était mon cas. À 18 ans, issu d'un milieu social… qui était le mien… j'ai pas eu mon bac à l'époque et j'ai été embauché quand-même comme dessinateur industriel, parce que c'était ma formation […]. J'étais pas mûr pour entrer dans le monde du travail, ou le travail qu'on m'a demandé me convenait pas. Je suis resté une semaine et j'ai arrêté, quoi. Voilà. […] Et j'ai eu l'opportunité à cette époque-là de connaître quelqu'un qui m'a dit : « Tiens, moi je suis d'Armentières. Là-bas si tu veux, tu peux rentrer à l'HP [hôpital psychiatrique]. Tu pourras faire des études d'infirmier et en même temps tu seras salarié ». Et ça c'était le mot-clé puisque je suis rentré à l'EPSM, à l'HP de l'époque, à l'hôpital psychiatrique de l'époque, le 21 octobre 74 comme pré-élève.
>
> (Entretien avec Eric, 59 ans, cadre supérieur de santé, 16 avril 2015)

On entrevoit ici comment la réforme et l'organisation de la formation auront été significatives dans l'insertion professionnelle de jeunes infirmiers, ainsi qu'en témoignent Jean-Michel et Eric. Cette formation continuerait par la suite à constituer un repère pour la profession au sujet de son évolution. C'est ce que nous allons chercher à mettre en lumière au travers des différentes réformes ayant marqué la profession.

3. Des réformes successives des programmes

L'évolution de la formation infirmière au cours des années suivantes allait rouvrir la question du rapport au DEI puisqu'en fin de compte, ce dernier allait devenir l'unique habilitation pour exercer aussi bien dans les établissements de soins généraux que dans les établissements de psychiatrie et santé mentale. La formation des ISP (1973) a marqué une dynamique de professionnalisation du groupe professionnel dans la mesure où ses contenus se sont caractérisés par une spécialisation des savoirs. S'ensuivra un mouvement de déspécialisation qui se traduira dans les contenus de formation. Autrement dit, les réformes de la formation qui suivirent (1979, 1992 et 2009) favorisèrent des savoirs spécifiques aux soins généraux et marginalisèrent progressivement les contenus associés à la psychiatrie. Cette déspécialisation conduisit en 1992 à la disparition du DISP. Nous allons nous arrêter plus précisément sur cette

évolution. Indiquons tout d'abord les cinq textes ayant donné lieu à une modification des programmes qui nous paraissent particulièrement révélateurs des transformations marquantes de la profession :

- L'**arrêté du 16 février 1973**[183] prolonge la formation jusqu'à 28 mois et alterne formation théorique et stages. Cette mouture est la première à rendre obligatoire un stage en hôpital général. L'existence de cours intitulés « Connaître l'homme dans son unité » ou « Aider l'élève à se situer au sein d'une équipe soignante dans la rencontre avec le malade mental » (cf. tableau 7, p. 224) témoignent des préoccupations de développer une prise en charge globale mise en œuvre par une équipe soignante pluridisciplinaire favorisant la complémentarité de ses membres.

- L'**arrêté du 26 avril 1979**[184] allonge encore la durée de la formation jusqu'à 33 mois. Si celle-ci demeure spécifique aux ISP, les contenus du programme (cf. tableaux 8 et 9, pp. 225-226) montrent nettement qu'une place importante est davantage accordée aux approches somatiques.

- Le **décret du 23 mars 1992**[185] institue un diplôme désormais unique pour l'ensemble des infirmiers, y compris ceux qui seraient amenés à exercer en psychiatrie. Il est délivré après une formation de trois ans conduisant au DEI. Celui-ci conditionnera désormais le recrutement d'un infirmier en psychiatrie. Le DISP est quant à lui supprimé ainsi que la formation y conduisant. **L'arrêté du 23 mars 1992**[186] précise le programme de formation dont les contenus propres à la psychiatrie constituent une partie (cf. tableaux 10, 11 et 12, pp. 227-228). Cette mouture est organisée en modules répartis sur trois ans (136 semaines ou 4 760 heures). L'organisation de cette répartition est à la charge des instituts de formation. La formation prend alors une dimension généraliste dont la psychiatrie constitue une spécialité abordée parmi d'autres. Les générations d'infirmiers diplômées depuis cette réforme (la première date de 1994) et s'orientant par la suite vers la psychiatrie, ont reçu une formation au cours de laquelle les savoirs somatiques sont prédominants.

[183] Arrêté du 16 février 1973 portant sur la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.
[184] Arrêté du 26 avril 1979 modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.
[185] Décret du 23 mars 1992 modifiant le décret n°81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.
[186] Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.

- L'**arrêté du 31 juillet 2009**[187] réforme les études infirmières, ceci en les inscrivant dans le système Licence-Master-Doctorat (LMD) instauré dans la continuité du Processus de Bologne[188]. On parle alors d'« universitarisation » de la formation. La durée de formation est maintenue à trois années et le programme de formation[189] (cf. tableau 13, p. 227) est défini en fonction de dix compétences[190] à acquérir. Si une plus grande marge de manœuvre est donnée à l'étudiant dans les choix de spécialisation de son parcours, les apports en psychiatrie sont pour leur part minimisés.

En examinant les programmes de formation qui se sont succédés de 1973 à 2009, on peut opérer une comparaison cherchant à faire ressortir les tendances dominantes ayant porté l'évolution de la formation infirmière en psychiatrie. L'intention de réformer la formation infirmière s'est convertie en conflit interdisciplinaire aboutissant à une diminution de la place donnée aux savoirs spécifiques à la psychiatrie, ceci avant de voir leur évincement progressif dans les programmes de 1992 et 2009 (cf. tableaux 15 [p. 232] et 16 [p. 238]). Par ailleurs, même si le décret de 1992 est souvent cité par les acteurs de la psychiatrie comme l'acte juridique marquant la déspécialisation de la formation des ISP, ce processus a été largement entamé à travers les programmes de formation précédents. En effet, bien qu'apparaisse une combinaison entre savoirs issus de la psychiatrie et savoirs issus des disciplines somatiques dès le programme établi en 1973, c'est à partir de la réforme de 1979 qu'un processus de déspécialisation est observable, ceci aussi bien au niveau des enseignements suivis que des stages cliniques effectués dans le cadre de la formation. C'est sur cette évolution que nous allons à présent insister.

[187] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier.
[188] Impulsé par la déclaration de la Sorbonne (1998) et celle de Bologne (1999), ce processus vise une harmonisation structurelle du système d'enseignement supérieur dans les 46 pays signataires (c'est-à-dire ne se bornant pas à l'Union Européenne) et affiche la volonté de proposer une qualité homogène de formation à l'intérieur de ce système (Musselin, Froment et Ottenwaelter, 2007).
[189] Le programme de formation est défini par les annexes IV et V à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier.
[190] Le référentiel de compétence est précisé par l'annexe II à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier.

Tableau 7 : Programme des études d'infirmier de secteur psychiatrique (1973)

Durée 28 mois	Intitulés des cours	Durée	
		Cours théoriques	Travaux de groupes
Cycle d'initiation	Connaître l'homme dans son unité	40 h	40 h
	Sensibiliser à la vie collective et à la connaissance de soi	-	60 h
	Acquérir des méthodes de travail personnel et de groupe	20 h	50 h
	Aider l'élève à se situer au sein d'une équipe soignante dans la rencontre avec le malade mental	10 h	50 h
	Enseigner ce que sont les soins infirmiers en psychiatrie et en santé mentale	40 h	50 h
	Mettre en valeur la nécessité de la continuité des soins dans les institutions de santé mentale	10 h	30 h
	Durée totale des cours	**120 h**	**280 h**
	Durée de stage	6 semaines (temps complet) dont 16 h consacrées à la thématique portant sur les institutions de santé mentale	
1ère année	Pathologie mentale - Sémiologie psychiatrique - Moyens d'action en santé mentale	220 h (90 h) (130 h)	-
	Hygiène	20 h	-
	Pharmacie	15 h	-
	Etudes des différents appareils	125 h	-
	Déontologie et profession	20 h	-
	Temps réservé au contrôle des connaissances	60 h	
	Durée totale des cours	**460 h**	-
	Répartition des stages - Hôpital psychiatrique - Hôpital psychiatrique (service différent du précédent)	4 mois 5 mois	
	Durée de stage	23 semaines (mi-temps) et 12 semaines (temps complet)	
2ème année	Pathologie mentale - Historique et grands courants - Principaux types de malades - Facteurs étio-pathogéniques - Modalités évolutives - Action en santé mentale	280 h (10 h) (60 h) (70 h) (30 h) (110 h)	-
	Etude des différents appareils	140 h	-
	Législation - Administration - Organisation du travail	60 h	-
	Déontologie et profession	40 h	-
	Temps réservé au contrôle des connaissances	200 h	
	Durée totale	**720 h**	-
	Répartition des stages - En hôpital général - En hôpital psychiatrique 1 - Dans les institutions de secteur - En hôpital psychiatrique 2	6 semaines (temps complet) 18 semaines (temps complet) 6 semaines (mi-temps) 30 semaines (mi-temps)	
	Durée de stage	36 semaines (mi-temps) et 24 semaines (temps complet)	
Contenu total de la formation	**Cours**	**1580 h**	
	Stages cliniques	**59 semaines (mi-temps) et 43 semaines (temps complet)**	

Source : Tableau établi à partir de l'annexe I à l'arrêté du 16 février 1973 portant sur la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.

Tableau 8 : Programme des études d'infirmier de secteur psychiatrique (1979)

Durée 33 mois		Intitulés des cours	Heures	
			Centre de formation	Stage
1ère année	Module 1	**Cycle d'introduction aux soins infirmiers**	960	480
	Stage 1	-	-	160
2e et 3e année	Module 2	**Spécificité des soins infirmiers en psychiatrie :** - Concepts de santé mentale et de maladie mentale - L'infirmier dans sa rencontre avec le malade mental. - Moyens d'accompagnement en santé mentale	200	200
	Module 3	**Soins infirmiers en psychiatrie infanto-juvénile**	200	200
	Stage 2	-	-	160
	Module 4	**Soins infirmiers en psychiatrie générale (I) :** - comportement d'anxiété et d'angoisse - comportement agressif et agité - comportement dépressif - comportement de retrait - comportement délirant et hallucinatoire	200	200
	Module 5	**Soins infirmiers en psychiatrie générale (II) :** - personnes âgées atteintes de troubles mentaux - malades adultes atteints d'arriération mentale - troubles du comportement de la conduite sociale - conduites alcooliques et toxicomaniaques - troubles confusionnels - troubles épileptiques - troubles psychosomatiques	200	200
	Stage 3	-	-	160
	Module 6	**Soins infirmiers en pathologie somatique (1)** : - affections de l'appareil cardio-vasculaire et du sang - affections de l'appareil respiratoire - oto-rhino-laryngologie en ophtalmologie et stomatologie - maladies infectieuses - pédiatrie courante - réanimation	200	200
	Module 7	**Soins infirmiers en pathologie somatique (2)** : - affections de l'appareil locomoteur - principales affections du système nerveux - principales affections de l'appareil digestif - affections de l'appareil urinaire - principales affections de l'appareil génital masculin et féminin - principales affections endocriniennes et nutritionnelles - affections dermatologiques	200	200
	Stage 4	-	-	160
	Module 8	**Introduction à la vie professionnelle :** - Organisation du travail - Notions d'économie de la santé - Approche communautaire de la santé - L'exercice professionnel - Les organismes internationaux	120	40
Total			**2 280**	**2 360**

Source : Tableau établi à partir de l'annexe à l'arrêté du 26 avril 1979 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.

Tableau 9 : Programme des études d'infirmier de secteur psychiatrique (1979)
Répartition des contenus

Module	Durée	Total [hors stages]	Centre[191]	Travaux dirigés Education physique et sportive	Stages	Total [stages compris]	Stages complé-mentaires
Module 1 Cycle d'introduction aux soins infirmiers	36 sem.	960 h	760 h	200 h	480 h	1440 h	2 sem.
Stage 1, temps plein	4 sem.	-	-	-	160 h	160 h	4 sem.
Module 2 [Spécificité du soin infirmier en psychiatrie]	10 sem.	200 h	160 h	40 h	200 h	400 h	10 sem.
Module 3 [Soins infirmiers en psychiatrie infanto-juvénile]	10 sem.	200 h	160 h	40 h	200 h	400 h	
Stage 2, temps plein	4 sem.	-	-	-	160 h	160 h	
Module 4 [Soins infirmiers en psychiatrie générale I]	10 sem.	200 h	160 h	40 h	200 h	400 h	
Module 5 [Soins infirmiers en psychiatrie générale]	10 sem.	200 h	160 h	40 h	200 h	400 h	
Stage 3, temps plein	4 sem.	-	-	-	160 h	160 h	
Module 6 [Soins infirmiers en pathologie somatique I]	10 sem.	200 h	160 h	40 h	200 h	400 h	
Module 7 [Soins infirmiers en pathologie somatique II]	10 sem.	200 h	160 h	40 h	200 h	400 h	
Stage 4, temps plein	4 sem.	-	-	-	160 h	160 h	
Module 8 [Introduction à la vie professionnelle]	4 sem.	120 h	80 h	40 h	40 h	160 h	
Total	**116 sem.**	**2 280 h**	**1 800 h**	**480 h**	**2 360 h**	**4 640 h**	**16 sem. de stages complé-mentaires[192]**

Source : Tableau tiré de l'annexe à l'arrêté du 26 avril 1979 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. Tableau consultable en ligne : http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/programme/isp.htm,[193] consulté le 11 mai 2015.

[191] La dénomination « centre » se réfère aux enseignements théoriques organisés dans un centre de formation.
[192] Les stages complémentaires sont estimés à 640 heures effectuées pendant 16 semaines. Ce volume s'ajoute au total de 2 360 heures de stages, figurant dans le tableau, pour arriver à un volume de 3 000 heures de stages. Ce résultat servira de référence dans le tableau 15 (p. 232).
[193] Ce lien renvoie au travail de Dominique Giffard, infirmier de secteur psychiatrique et auteur de ce site tout à fait riche portant sur la pratique infirmière en psychiatrie et son évolution à travers le temps. Le travail du chercheur consistant à systématiquement vérifier les sources mobilisées ne nous a pas permis de citer cette référence autant que nous l'aurions souhaité. Elle nous a pourtant été particulièrement précieuse. Que son auteur en soit ici vivement remercié.

Tableau 10 : Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (1992)
Les enseignements théoriques des modules obligatoires

Disciplines	Modules	Heures
Sciences humaines	2	160
Anatomie – Physiologie –Pharmacologie	1	100
Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail	1	80
Santé publique	1	80
Soins infirmiers	4	360
Hygiène	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'infection par le V.I.H.	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques et orthopédiques	1	60
Soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques	4	360
Soins infirmiers en pédiatrie et en pédo-psychiatrie	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections endocriniennes	1	40
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections néphrologiques et urologiques	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affection du système nerveux	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancers	1	80
Soins infirmiers aux personnes âgées	1	80
Soins infirmiers aux urgences et en réanimation. Transfusion sanguine	1	80
- Soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques	1	40
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections : - oto-rhino-laryngologiques et en chirurgie maxillo-faciale - stomatologiques - ophtalmologiques - dermatologiques	1	40
Total général	**28**	**2 080**

Source : Tableau tiré de l'annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier, p. 22.

Tableau 11 : Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (1992) Les enseignements théoriques des modules optionnels

Disciplines	Modules	Heures
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques et orthopédiques	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives	1	80
Soins infirmiers en pédiatrie	1	80
Soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques (approfondissement 1)	1	80
Soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques (approfondissement 2)	1	80
Soins de santé primaires et communautaires	1	80
Total général	**2**	**160**

Source : Tableau tiré de l'annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier, p. 23. **Remarque :** le total général de 160 heures repose sur le choix par l'étudiant de deux enseignements complémentaires.

Tableau 12 : Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (1992) Répartition des stages cliniques

Disciplines	Semaines	Heures
1re année		
Médecine	4	140
Santé mentale ou psychiatrie	4	140
Gériatrie ou géronto-psychiatrie	3	105
Santé publique	3	105
Chirurgie	4	140
Total 1re année	**18**	**630**
2e année		
Médecine	4	140
Chirurgie	4	140
Psychiatrie ou géronto-psychiatrie	4	140
Pédiatrie ou pédo-psychiatrie	4	140
Total 2e année	**16**	**560**
Stage temps plein à option	5	175
3e année		
Médecine	4	140
Chirurgie	6	210
Psychiatrie	4	140
Gériatrie ou géronto-psychiatrie	3	105
Santé publique	3	105
Total 3e année	**20**	**700**
Stage temps plein à option dont 2 semaines effectuées de nuit	6	210
Total général	**65**	**2 275**

Source : Tableau tiré de l'annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier, p. 24.

Tableau 13 : Programme de formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (2009)

Unités d'enseignement	Heures		ECTS [194]
	CM[195]	TD[196]	
1. Sciences humaines, sociales et droit	**155**	**100**	**15**
- Psychologie, sociologie, anthropologie	65	25	5
- Santé publique et économie de la santé	40	35	5
- Législation, éthique, déontologie	50	40	5
2. Sciences biologiques et médicales	**390**	**150**	**27**
- Biologie fondamentale	20	5	1
- Cycles de la vie et grandes fonctions	45	15	3
- Santé, maladie, handicap, accidents de la vie	15	15	2
- Processus traumatiques	30	10	2
- Processus inflammatoires et infectieux	30	10	2
- Processus psychopathologiques	60	20	4
- Défaillances organiques et processus dégénératifs	30	10	2
- Processus obstructifs	30	10	2
- Processus tumoraux	30	10	2
- Infectiologie hygiène	20	20	2
- Pharmacologie et thérapeutiques	80	25	5
3. Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes	**100**	**155**	**15**
- Raisonnement et démarche clinique infirmière	20	50	4
- Projet de soins infirmiers	10	30	2
- Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité	20	30	3
- Initiation à la démarche de recherche	40	25	4
- Encadrement de professionnels de soins	10	20	2
4. Sciences et techniques infirmières, interventions	**105**	**325**	**25**
- Soins de confort et de bien-être	6	34	2
- Soins relationnels	7	71	4
- Soins d'urgences	9	33	2
- Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical	19	91	6
- Soins infirmiers et gestion des risques	20	20	2
- Soins éducatifs et préventifs	4	36	4
- Soins palliatifs de fin de vie	10	20	2
- Qualité des soins, évaluation des pratiques	30	20	3
5. Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière	**0**	**235**	**86**
- Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens	0	35	2
- Evaluation d'une situation clinique	0	20	2
- Communication, conduite de projet	0	40	4
- Soins éducatifs, formation des professionnels et des stagiaires	0	40	4
- Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins	0	40	4
- Analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles	0	40	8
- UE optionnelle	0	20	2
- Stage professionnel	60 semaines		60
6. Méthodes de travail	**0**	**85**	**12**
- Méthodes de travail et TIC	0	25	2
- Anglais	0	60	10
Total (hors stage professionnel)	**750**	**1 045**	**180**

Source : Tableau établi à partir de l'annexe IV à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier.

[194] *European Tansfert Credit System* (ECTS).
[195] Cours magistral (CM).
[196] Travaux dirigés (TD).

4. L'affirmation progressive des disciplines somatiques dans les contenus de formation

Le tableau 14 (ci-dessous) compare les thématiques dominantes traitées par les contenus prévus dans les programmes de formation de 1973 à 2009. Pour cela, il se base sur trois catégories constituées à partir des contenus prescrits dans chaque mouture. D'abord, la catégorie des **« heures de cours prescrites <u>spécifiques</u> à la psychiatrie et/ou à la santé mentale »** regroupe les heures de cours à suivre obligatoirement dans ce champ. Ensuite, la catégorie des **« heures de cours prescrites <u>non spécifiques</u> à la psychiatrie et/ou à la santé mentale »** se rapporte à tous les contenus à dominante somatique, ainsi qu'aux autres contenus non spécifiques aux soins (législation, méthodes de travail, etc.). Enfin, ce tableau comprend une troisième catégorie intitulée **« heures de cours à orientation variable »**. Il s'agit des contenus dont la spécificité est optionnelle et laissée à l'initiative de l'élève ou de l'étudiant selon ses objectifs de spécialisation. Ainsi, la catégorie « variable » correspond ici aux contenus susceptibles de porter sur des questions de psychiatrie et de santé mentale ou non (contrôles de connaissances, modules optionnels, etc.).

Tableau 14 : Synthèse comparative des enseignements consacrés spécifiquement à la psychiatrie et/ou à la santé mentale

		1	2	3	4
		DISP (1973)	**DISP (1979)**	**DEI (1992)**	**DEI (2009)**
A	Temps de cours prescrit **<u>spécifique</u>** à la psychiatrie et/ou à la santé mentale (en heures)	690	800	440	80
B	Part spécifique à la psychiatrie et/ou à la santé mentale	43,7 %	35,1 %	19,6 %	4,5 %
C	Temps de cours prescrit **<u>non spécifique</u>** à la psychiatrie et/ou à la santé mentale (en heures)	630	1 480	1 640	1 695
D	Part non spécifique à la psychiatrie et/ou à la santé mentale	39,9 %	64,9 %	73,2 %	94,4 %
E	Temps de cours à orientation **<u>variable</u>** (en heures)	260	0	160	20
F	Part variable	16,4 %	0 %	7,2 %	1,1 %
G	**Total (en heures)**	**1 580**	**2 280**	**2 240**	**1 795**

Dès 1973 (col. 1), on remarque que la psychiatrie est la discipline dominante représentant 43,7 % (B1) des contenus de formation, ceci tout en laissant une part variable significative (F1). La place prise par la dimension non spécifique à la psychiatrie (D1) est presque équivalente à la

part spécifique. La réforme de 1979 (col. 2) renverse considérablement cet équilibre. La durée de la formation évolue, nous l'avons vu plus-haut, passant de 28 à 33 mois. Si à travers cet allongement le temps de cours consacré à la psychiatrie augmente, passant de 690 (A1) à 800 heures (A2), sa proportion, quant à elle, diminue de manière conséquente. Elle représente alors 35,1 % (B2) contre 43,7 % (B1) auparavant. Parallèlement, le temps de cours non spécifique à la psychiatrie fait plus que doubler en passant de 630 (C1) à 1480 heures (C2). Cette durée représente alors 64,9 % (D2) des contenus de formation théorique. En dépit de cette évolution croissante, les programmes montrent que la place donnée à la psychiatrie prévaut encore sur celle accordée aux soins généraux (cf. tableau 8, p. 223). Précisons alors que la réforme de 1979 fait reposer la première année de formation sur un « cycle d'introduction aux soins infirmiers » représentant 960 heures de cours. Ce dernier porte sur une approche globale de l'être humain compris dans ses aspects anatomiques, physiologiques et psycho-sociologiques, ainsi que dans le rapport à son environnement. Une part du cycle est par ailleurs consacrée à une introduction générale aux soins infirmiers. Cette première année constitue alors les prémisses d'une formation essentiellement généraliste. La réforme de 1992 (col. 3) accentuera cette mue en diminuant encore le volume horaire consacré à la psychiatrie. Celui-ci représente désormais 19,6 % (B3) des contenus. Pour un IDE amené à se professionnaliser dans des disciplines somatiques, ce chiffre peut paraître important. Mais pour celui intégrant le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, la proportion semble limitée. Enfin, la mouture de 2009 (col. 4) conduit à une marginalisation des apports en psychiatrie auxquels sont consacrés 80 heures (A4) sur trois ans, soit 4,5 % (B4) des contenus théoriques, ceci avec une part variable peu signifiante correspondant à 1,1 % (F4).

Le tableau 15 (page suivante) compare[197] les spécialités des lieux de stages prévus dans les programmes de formation de 1973 à 2009. Pour cela, il se base sur trois catégories constituées à partir des types de stage à effectuer selon ce que prévoit chacune des moutures. D'abord, la catégorie des **« heures de stage prescrites <u>en</u> psychiatrie et/ou santé mentale »** regroupe les heures de stage à réaliser obligatoirement dans ce champ. Ensuite, la catégorie des **« heures de stage prescrites <u>hors</u> psychiatrie et/ou santé mentale »** se rapporte à tous les contenus à

[197] Pour faciliter la comparaison entre les différentes moutures, le choix est fait ici de convertir l'ensemble des stages en heures. Cette conversion tient compte de la durée légale du travail retenue par les directives des pouvoirs publics lors de la conception des différents programmes. Ainsi, les contenus de 1973 et 1979 sont établis sur la base d'une semaine de 40 heures de travail. Par exemple, le module 1 du programme de 1979 prescrit quatre semaines de stage, cette période équivalant à 160 heures de travail (cf. tableau 9, p. 226). Par la suite, le programme de 1992 spécifie bien que « les stages sont effectués sur la base de trente-cinq heures par semaine » (Annexe à l'arrêté du 23 mars 1992, p. 24). Il en va de même pour le programme de 2009 (Annexe III à l'arrêté du 31 juillet 2009). Par exemple, à partir de 1992, six semaines de stages seront assimilées à 210 heures.

dominante somatique, ainsi qu'à d'autres terrains de stage non spécifiques à la psychiatrie (école, lieu de travail, etc.). Ce tableau comprend enfin une troisième catégorie intitulée **« heures de stage prescrites en <u>contextes variables</u> »**. Il s'agit des stages dont la spécificité est laissée à l'initiative de l'élève ou de l'étudiant selon le projet d'orientation professionnelle visé. Ainsi, La part variable correspond ici aux stages permettant une flexibilité dans le choix du terrain en fonction des souhaits des élèves ou étudiants en matière de spécialisation, ou bien selon les opportunités rencontrées dans le processus de recherche de stage.

Tableau 15 : Synthèse comparative de la part consacrée aux stages effectués en psychiatrie et/ou santé mentale

		1	**2**	**3**	**4**
		DISP (1973)	**DISP (1979)**	**DEI (1992)**	**DEI (2009)**
A	Temps de stage prescrit **<u>en</u>** psychiatrie et/ou santé mentale (en heures)	3 120	1 040	420	175
B	Part prescrite spécifique aux soins en psychiatrie et/ou santé mentale	92,9 %	34,7 %	18,5 %	8,3 %
C	Temps de stage prescrit **<u>hors</u>** psychiatrie et/ou santé mentale (en heures)	240	620	1 120	175
D	Part prescrite hors psychiatrie et santé mentale	7,1 %	20,7 %	49,2 %	8,3 %
E	Temps de stage prescrit en **<u>contextes variables</u>**[198] (en heures)	0	1 340	735	1750
F	Part variable	0 %	44,6 %	32,3 %	83,4 %
G	**Total**	**3 360**	**3 000**	**2 275**	**2 100**

Concernant le programme de 1973 (col. 1), nous avons relevé une quasi-égalité de la part consacrée aux contenus spécifiques et non-spécifiques à la psychiatrie. Mais les stages cliniques ne prolongent pas cet équilibre et la part horaire consacrée aux stages en psychiatrie prédomine très nettement avec 92,9 % (B1) du temps de stage. Notons toutefois que cette mouture comprend 240 heures (C1) de stage à réaliser en hôpital général. Si cette part semble minime, elle est toutefois fortement significative. Il s'agit en effet la toute première organisation prévoyant un stage obligatoire dans un hôpital général pour des élèves ISP. La réforme de 1979 (col. 2) bouscule particulièrement pour sa part la répartition des stages cliniques. D'un côté en

[198] La dimension variable correspond ici aux stages permettant une flexibilité dans le choix du terrain en fonction des souhaits et orientations des élèves en matière de spécialisation.

effet, on remarque une chute considérable des heures à effectuer obligatoirement en contexte psychiatrique en passant de 3 120 (A1) à 1 040 (A2). A l'inverse, les heures à réaliser hors psychiatrie augmentent quelque peu. Mais la véritable originalité de cette répartition est l'augmentation exponentielle de la part des stages à effectuer en contextes variables, passant de 0 % (F1) à 44,6 % (F2) avec 1 340 heures (E2) de stage clinique. Avec la suppression du diplôme d'ISP en 1992, la place donnée aux heures de stages à effectuer obligatoirement en psychiatrie diminue presque logiquement (B2 → B3). On remarquera surtout avec la réforme de 2009 (col. 4) l'importante augmentation de la part variable passant de 32,3 % (F3) à 83,4 % (F4). Ce faisant, cette répartition entend laisser à l'étudiant, ainsi qu'au jeu du rapport entre l'offre et la demande de stage, l'initiative de faire tendre le parcours de formation vers telle ou telle spécialisation.

En somme, on remarque que la mouture de 1973 prévoit une forte spécialisation en psychiatrie dont le stage constitue un instrument essentiel avec 3 120 heures en contexte psychiatrique pour 690 heures de cours théoriques consacrés à cette spécialité. Si, dans cette version de la formation, les soins généraux se situent plus à la marge pour ce qui concerne les stages, ils n'en sont pas moins rendus obligatoires par la réforme de 1973. Ce dernier point peut donner lieu à deux types d'interprétation n'étant pas incompatibles entre elles. L'une verra une première influence des disciplines somatiques traduite par cette obligation, point de départ d'une déspécialisation de la formation en psychiatrie. L'autre considérera cette présence des approches somatiques comme traduisant l'évolution des manières de penser la prise en charge et la tendance vers une approche globale articulant les trois perspectives « bio-psycho-sociale » servant de matrice épistémologique au champ de la psychiatrie (Grunberg *et al.*, 1995).

La réforme de 1979 est particulièrement significative de cette approche généraliste gagnant progressivement la formation des ISP. Si cette évolution transparaît dans l'intitulé des cours, elle est surtout manifeste dans la répartition des stages. Bien que cette formation conduise au DISP, elle ne consacre pas plus d'un tiers de ses apports théoriques à la psychiatrie. La réforme de 1992 accentue par la suite cette tendance en réduisant la part des contenus théoriques et cliniques consacrés à cette discipline. La mouture de 2009 quant à elle vient marginaliser les contenus obligatoires en psychiatrie. Parallèlement, elle augmente considérablement la part variable des domaines dans lesquels doivent être effectués les stages cliniques. Elle renforce ainsi l'individualisation de la formation pratique par l'initiative laissée à l'étudiant d'élaborer son parcours de stage. Ce mouvement de déspécialisation de la formation des infirmiers en psychiatrie a conduit au constat que le manque de préparation en résultant impactait

négativement la qualité des soins et provoquait la fuite de nouveaux professionnels insuffisamment préparés aux spécificités du champ professionnel. Nombre d'acteurs de la santé (en particulier de la psychiatrie) s'accordent sur l'idée dominante qu'une spécialisation des infirmiers en psychiatrie demeure nécessaire, ce qu'a notamment affirmé le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers (CNOI) : « Pour ce qui est de leur formation, il est généralement admis que l'exercice infirmier en psychiatrie relève au minimum d'une spécialisation, voire d'un véritable référentiel de pratique avancée » (CNOI, 2010, p. 23).

5. Un discrédit reposant sur la déqualification des ISP et sur une déconsidération de leur discipline

Nous faisons une digression pour relever un point d'importance concernant cette initiative laissée à l'étudiant infirmier dans ses choix de spécialisation. Il est en effet important de considérer la part des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) (et des acteurs qui les composent) dans cette décision. Certains acteurs de notre terrain ont attiré notre attention sur la déconsidération dont fait l'objet la psychiatrie au sein même des IFSI. Cela ressort particulièrement dans le discours de Justine qui relève une indifférence vis-à-vis de cette discipline au cours de ses études :

> **J. de Miribel** : Si je peux vous poser la question, ça a été accueilli comment par vos proches l'idée de travailler dans le domaine de la santé mentale ? Vous avez été poussée ? Vous avez été confortée dans vos choix ou il y a eu des petites réticences ?
>
> **Justine** : […] Non, du côté de ma famille pas du tout. C'est plus du côté de l'IFSI. C'était pas quelque chose qui était commun quand-même.
>
> **JM** : Ah bon, pourquoi ?
>
> **J** : Ben c'est pas quelque chose… en général, dans les représentations, tout ce qui est santé mentale, c'est des choses qui parfois inquiètent encore un peu. Le cursus en soins infirmiers il est pas principalement centré sur la question de la santé mentale. Donc bon. C'était pas… Après, ça dépendait des formateurs, mais c'est pas quelque chose dont je parlais forcément beaucoup en IFSI, même si moi c'était quelque chose qui m'intéressait. Mais non.
>
> (Entretien avec Justine, 27 ans, infirmière en pédopsychiatrie 5 décembre 2014)

On voit dans cet extrait comment la question de la santé mentale semble passée sous silence au sein de l'IFSI, alors même qu'elle constitue une spécialité potentielle de la formation. D'autres infirmiers ont évoqué une distance prise par certains formateurs avec la psychiatrie et se traduisant par un certain mépris à l'égard de ce champ. C'est le cas en particulier de Chloé et Antoine :

Chloé : Mais, ce qui a été peut-être le plus dur je pense, c'est le regard de mes professeurs par rapport à la fin de mes études.

J. de Miribel : A l'IFSI vous voulez dire ?

C : Oui. Ben, les professeurs comprennent pas des fois pourquoi les étudiants infirmiers partent en psychiatrie. Parce qu'en psychiatrie, il y a beaucoup moins de soins techniques, beaucoup moins de soins d'actes de prélèvement comme les prises de sang ou plusieurs choses comme ça qui est très technique. Ici, j'en pratique pas. Donc… et c'est vrai que pour eux, c'est ce côté-là qui est perdu et qui est un peu bête en début de carrière.

JM : C'est du gâchis ?

C : Voilà, ils pensent un peu ça. Voilà.

(Entretien avec Chloé, 23 ans, infirmière en pédopsychiatrie, 28 janvier 2015)

Antoine : On a fait la remise des diplômes. J'étais major de la promo avec une collègue. On était un garçon et une fille, voilà. Et on était tous les deux orientés vers la psychiatrie. Et on a fait notre mémoire là-dessus, on a fait notre stage préprofessionnel là-dedans. Et moi, ce qu'on m'a dit… les formateurs m'ont dit là-bas : « c'est du gâchis. C'est du gâchis d'aller en psychiatrie ». Pour moi c'était une aberration de pouvoir dire ça. Je comprends pas qu'on puisse dire ça.

(Entretien avec Antoine, 29 ans, infirmier en psychiatrie, 5 juillet 2015)

A travers ces deux extraits, on remarque comment la psychiatrie est envisagée comme une voie de relégation par les professeurs et formateurs. Sans chercher à généraliser trop vite cette déconsidération à l'égard de la psychiatrie à l'ensemble des instituts de formation, il apparaît cependant que de tels processus soient à l'œuvre dans le courant même de la formation infirmière. Ce phénomène disqualifiant la discipline s'est par ailleurs traduit dans l'évolution des programmes de la formation.

Plus précisément, le décret du 23 mars 1992 supprime le DISP, nous l'avons vu, laissant le DEI auquel conduit une formation généraliste comme seule qualification pour exercer le métier d'infirmier. Ce texte est suivi des arrêtés des 30 mars 1992[199] et 11 juillet 1994[200] qui permettent aux titulaires du DISP d'obtenir le DEI « sous réserve d'effectuer et de valider trois mois de stage à temps complet » (art. 1 des deux arrêtés). Par la suite, les arrêtés des 14 janvier 1993[201] et du 2 mai 1996[202] élargissent les lieux d'exercice des ISP. Ces mesures seront abrogées par l'arrêté du 26 octobre 1994[203] qui attribue de droit le DEI aux titulaires du DISP qui en feront

[199] Arrêté du 30 mars 1992 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.
[200] Arrêté du 11 juillet 1994 complétant l'arrêté du 30 mars 1992 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.
[201] Arrêté du 14 janvier 1993 relatif aux lieux d'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique.
[202] Arrêté du 2 mai 1996 relatif aux lieux d'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique.
[203] Arrêté du 26 octobre 1994 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

la demande. Ce texte établit que les professionnels changeant de secteur d'activité sont tenus de réaliser un stage d'adaptation à l'emploi de douze semaine.

En dépit de ces « aménagements » obtenus par les acteurs de la psychiatrie, une décision du Conseil d'Etat abrogera ce dernier texte par une décision du 30 décembre 1996[204], ceci sans revenir sur l'abrogation des précédents. Ces textes consécutifs traduisent la tenue d'un important débat entre le ministère de la santé et nombre d'acteurs de la psychiatrie avec à leur tête le Collectif national de mobilisation en psychiatrie. Ils furent par la suite rejoints par d'autres collectifs en faveur d'une reconnaissance statutaire favorable aux infirmiers titulaires du DISP. Parmi ceux-ci figuraient l'Association des directeurs d'établissements psychiatriques (ADESM), l'association des infirmiers généraux de psychiatrie (ADI), l'intersyndicale des psychiatres, l'Union nationale des famille et amis de malades mentaux (UNAFAM), l'Association Croix-Marine, le Syndicat national des psychologues et la Fédération français de santé mentale[205].

L'issue de ce mouvement a marqué une déqualification sociale de l'ISP qui vint s'ajouter à la fragilisation de la reconnaissance de ses savoirs marquée par la réforme de 1992 et à la déconsidération repérée aux cours de nos entretiens. Ces trois tendances semblent relever d'un processus, plus général, de déprofessionnalisation si on l'examine à partir des observations de P. Maubant, L. Roger et M. Lejeune :

> La remise en cause des savoirs professionnels est une conséquence de processus de déprofessionnalisation. Cette mise en question invite le travailleur à discuter des fondements de sa pratiques. Mais elle a pour effet aussi de bousculer l'identité professionnelle, dont on sait combien elle se forge dans et par une identification du travailleur aux savoirs professionnels mobilisés et par une capacité du travailleur à donner sens à l'usage de ces savoirs dans l'activité. […] Si la déprofessionnalisation se traduit par des formes ou processus de déqualification ou de déspécialisation, cela touche directement les savoirs professionnels, autrement dit, les éléments requis pour agir avec compétence et pour négocier son statut et sa fonction dans l'organisation sociale (Maubant, Roger et Lejeune, 2013, pp. 94-95).

On voit ainsi comment la remise en cause d'une spécificité professionnelle peut être associée à d'autres tendances et phénomènes de manière à évincer un domaine de pratiques spécifique.

[204] C'est ce que rappelle la Circulaire du 21 avril 2000 relative à la situation des infirmiers de secteur psychiatrique, document statuant sur le cas des infirmiers de secteurs psychiatrique s'étant vu attribuer le diplôme d'Etat d'infirmier.
[205] Les acteurs de cette mobilisation sont énumérés dans le n°12 de la revue *Santé Mentale* (novembre 1996, p. 5).

6. Le DPT : une réponse au mouvement de déprofessionnalisation ?

Considérant les difficultés suscitées par le manque de formation spécifique à la psychiatrie, les pouvoirs publics ont publié deux textes avec pour objectif d'impulser un mouvement de formation et de tutorat au sein des établissements de santé :

- **La note de cadrage du 8 juillet 2004**[206] préconise la mise en place, au sein des établissements de santé, d'un dispositif de « consolidation des savoirs » correspondant à une formation de 15 jours visant à accompagner le nouvel infirmier dans son entrée en fonction.

- **La circulaire du 16 janvier 2006**[207] s'inscrit dans la continuité du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008) dont l'une des priorités est de renforcer la formation initiale des infirmiers amenés à œuvrer en psychiatrie. Cette circulaire préconise dans ce sens la mise en place d'un « tutorat permettant au personnel infirmier qui exerce pour la première fois en psychiatrie de bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés ». Ce tutorat implique l'intégration d'un moment consacré à cette activité dans le temps de travail du nouvel infirmier ainsi que la formation de pairs à la fonction de tuteur.

Suivant la logique impulsée par ces deux textes, l'EPSM-LM a développé la mise en œuvre du DPT à partir de 2008 ainsi qu'une formation au tutorat[208]. Les pratiques associées à la formation et au tutorat se déployèrent alors au sein de l'établissement à l'initiative du Pôle formation de la Direction des soins. Son organisation (cf. chapitre 1, tableau 1.3) et ses contenus sont principalement orientés vers des questions propres au champ de la psychiatrie. C'est ce que fait ressortir cette liste d'intitulés extraits du programme de « professionnalisation » mis en œuvre par le Pôle formation et que nous avons regroupés en catégories dans le tableau suivant :

[206] Note de cadrage du 8 juillet 2004 relative à la mise en place 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 ».
[207] Circulaire du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.
[208] Nous revenons sur la question du tutorat plus précisément au chapitre 7.

Tableau 16 : Contenus abordés dans le cadre du « socle de savoirs » du DPT

Catégories	Intitulés des formations
Statut, rôle et fonction de l'infirmier	- Rôle infirmier et décret de compétence - Réflexion sur la représentation de la profession - Evolution des EPSM et du rôle et de la compétence de l'infirmier exerçant en psychiatrie - La place de l'infirmier dans l'équipe pluridisciplinaire
Domaines spécifiques d'intervention	- Sémiologie, psychopathologie : troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité - La prise en charge de la douleur physique et psychique - Conduites addictives - Troubles suicidaires - Pharmacologie/Pharmacologie en situation de détention pénitentiaire - Psychiatrie et périnatalité - Les personnes âgées - Les personnes en situation de précarité et la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) - Hygiène hospitalière
Modes d'intervention	- Prévention - Evaluation de la dangerosité et de l'urgence - Les entretiens infirmiers et les techniques d'entretien/Techniques d'entretien en thérapie brève - Activités, soins à médiation/Utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique - L'éducation à la santé : comment rendre le patient acteur de sa santé ?
Spécificité de la relation thérapeutique	- La relation soignant-soigné (observation, écoute, entretien, gestion des situations de crise, la bonne distance) - La crise (repérages, facteurs et conduites à risques) - La fonction étayante du soin
Cadre juridique de la prise en charge	- Droits et protection juridique des patients
Processus organisationnels, contrôle et régulation des établissements de santé	- Accréditation/certification en santé mentale - La gestion prévisionnelle des métiers des compétences - Formation à l'utilisation des applications informatiques utilisées dans l'établissement (messagerie, dossier du patient informatisé, organisation des régimes alimentaires, etc.)
Vie professionnelle	Prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP)

Source : Pôle formation – Direction des soins de l'EPSM-LM

Cette catégorisation des contenus prescrits dans le cadre du DPT montre que la psychiatrie ne se cantonne pas à une classification nosologique mobilisée pour l'interprétation clinique de troubles psychiques. Le tableau ci-dessus indique que le métier d'infirmier en psychiatrie se rapporte à un champ spécifique de savoirs correspondant à des domaines d'interventions, des techniques de prise en charge ou encore des repères juridiques reconnus par les organisateurs du dispositif comme justifiant le déploiement d'une action de professionnalisation dont fait partie la formation. Au regard des éléments abordés jusqu'ici, on peut formuler quelques éléments interprétatifs concernant la mise en œuvre du DPT :

(1) Le positionnement des pouvoirs publics vis-à-vis de la formation des infirmiers en psychiatrie et santé mentale se caractérise par une certaine ambivalence. Avec ces textes de 2004 et 2006 paraissant s'inscrire en rupture avec la réforme de 1992, l'action publique semble manifester un regain d'intérêt pour la formation des infirmiers en psychiatrie. Une autre circulaire datée du 8 avril 2009[209] constate que « la déclinaison du dispositif de formation et de tutorat des infirmiers nouvellement en exercice en psychiatrie est encore en cours en 2009 [dans de nombreuses régions], sur la base des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) prévus pour la période 2005-2008 ». Cette circulaire énonce en outre une intention d'évaluer les premières expériences liées à ce dispositif en appelant les établissements de santé à faire remonter des données qualitatives concernant sa mise en œuvre. C'est toutefois le dernier texte ayant émané des pouvoirs publics concernant ce dispositif. Le budget alloué pour sa mise en œuvre ne sera quant à lui pas reconduit. Du reste, la réforme des programmes actée par l'arrêté du 31 juillet 2009 réduit encore davantage la place accordée à la psychiatrie dans la formation infirmière. En somme, en minimisant le rôle des IFSI en matière d'apports liés à la psychiatrie, ceci tout en encourageant la formation au sein des établissement de santé, les pouvoirs publics ont progressivement délégué la responsabilité de la formation (et donc sa charge organisationnelle et financière) aux établissements publics de santé mentale. Si l'on considère enfin ces différents textes au prisme de la hiérarchie des normes, on perçoit une volonté forte de minimiser les contenus (théoriques et pratiques) liés à la psychiatrie et une intention velléitaire d'encourager les établissements de santé à reprendre le flambeau. La formation en psychiatrie semble alors être revenue à son état d'avant 1955, lorsqu'elle reposait sur la volonté de quelques acteurs locaux.

(2) Le DPT concentre des objectifs associés au travail infirmier portés par l'établissement. Localement, ce dispositif est pleinement inscrit dans les axes de travail définis par la direction générale de l'établissement. Sa mise en œuvre converge en effet avec plusieurs objectifs définis par différents volets du projet d'établissement[210] : favoriser le développement des compétences et l'accompagnement de projets professionnels, accompagner l'« adaptation à l'emploi » et la transmission de savoirs intergénérationnelle, accueillir et intégrer les nouveaux professionnels, etc. Ces objectifs relevant d'un discours institutionnel traduisent des intentions affichées par l'établissement en matière d'articulation entre les générations et de transmission des savoirs. Il

[209] Circulaire du 8 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.
[210] Cette remarque est fondée sur notre consultation du Projet d'établissement 2012-2017 de l'EPSM-LM.

sera instructif par la suite de les mettre en perspective avec l'analyse du vécu des néo-infirmiers de leur rapport à ce DPT et à leur propre développement professionnel.[211] Quels qu'en soient les résultats, ce dispositif conçu pour jouer l'interface entre formation initiale et adaptation au travail infirmier semble solidement implanté dans les processus organisationnels de l'EPSM-LM.

(3) Le corps des infirmiers en psychiatrie a acquis une relative autonomie dans la définition et l'organisation locale de la formation de ses pairs. Subordonnée à la hiérarchie médicale et administrative, l'activité infirmière se caractérise généralement par une certaine hétéronomie. Pourtant, le groupe professionnel a mis en place, à la faveur du DPT, des espaces autonomes de formation et de réflexion sur sa pratique. Ses organisateurs et intervenants sont pour la plupart issus de la profession infirmière (infirmiers, tuteurs, cadres de santé, cadres supérieurs de santé). Enfin, les contenus de formation sont définis par ces mêmes acteurs, ceci en accord avec le pôle formation de la direction des soins. Les contenus et la qualité de la formation ne fait l'objet d'aucun contrôle extrinsèque par le corps médical ou par l'administration hospitalière. La démarche « qualité » sanctionnée par des organismes externes (Haute Autorité de Santé et ISO) et dans laquelle s'inscrit l'EPSM-LM implique quant à elle d'évaluer la satisfaction des participants aux formations.

(4) Le DPT accentue la dynamique relationnelle entre formation et travail. A travers la création d'un accueil des néo-infirmiers sur la base d'une prescription de formation et tutorat, le DPT ouvre un espace de négociation des relations entre formation et travail. Les infirmiers internes à l'établissement en sont les organisateurs, les régulateurs, mais aussi les développeurs. Ce positionnement apparaît particulièrement favorable à l'apport de contenus de formation adaptés aux besoins et préoccupations liés au travail. A travers l'analyse réflexive menée dans le cadre du tutorat, les espaces de travail sont explicitement envisagés comme des lieux d'apprentissage. Une telle articulation peut cependant se heurter à des difficultés pour au moins deux raisons. D'abord, même si les infirmiers sont des acteurs internes à l'établissement, leur connaissance des pratiques à l'œuvre dans l'établissement est souvent limitée à leur secteur d'exercice. Ensuite, lorsqu'un besoin de formation est détecté « sur le terrain », sa remontée vers les organes décisionnaires n'est pas simultanée. On le voit notamment avec le cas d'Emeline. Cette infirmière, nous a expliqué son projet de proposer une formation à

[211] Nous revenons plus précisément sur ces questions au chapitre 9.

l'ethnopsychiatrie qui traiterait de la relation thérapeutique en considération des caractéristiques culturelles du patient :

> **Emeline** : Il y avait un thème qui m'intéressait. J'avais noté à chaque fois à la fin de mes formations. « Quel thème souhaitez-vous aborder ? ». C'était tout ce qui était ethnopsychiatrie et les prises en charge transculturelles. Et... Ben j'ai fini par me former moi-même en fait, à demander des formations individuelles pour me former. Et aujourd'hui, j'ai proposé à faire, à animer des journées de sensibilisation à l'ethnopsychiatrie. Parce que c'est quelque chose qui est juste indispensable en psy' et pourtant qui est pas proposé en fait. Ça, je trouvais ça un petit peu passer à côté d'une demande qui est énorme, quoi.
>
> **J. de Miribel** : Vous pensez qu'il y a beaucoup de collègues qui seraient intéressés par cette thématique ?
>
> **E** : Ouais. Et je pense que c'est plus que nécessaire en fait. Comme je vous disais tout à l'heure, il y a un patient qui va présenter une tachypsychie [une manifestation anormalement rapide du déroulement de la pensée]. Voilà. De par la professionnalisation, de par mes études, etc., etc., je sais ce que c'est. Il y a un patient qui va me dire : « Je suis possédé par un Djinn. Ma voisine, elle m'a fait manger quelque chose, c'est pour ça ». Des collègues vont mettre ça : « délire mystique ». Sauf que non. C'est pas un délire mystique. C'est un apport qui est nécessaire parce qu'on peut très rapidement faire des erreurs. Qu'est-ce qui est de l'ordre du culturel, qu'est-ce qui est de l'ordre de la patho' ? Voilà, c'est ça. Et je pense que...
>
> **JM** : Et donc la méconnaissance d'une culture peut faire qu'on l'attribue à une pathologie ?
>
> **E** : Oui. Et ça a souvent été le cas. Et c'est souvent le cas encore aujourd'hui. Tout le monde n'est pas formé forcément pour pouvoir faire le lien parfois, mais... Je me dis : « OK, moi je le fais. Tout le monde n'est pas formé à l'ethnopsy' dans tous les secteurs, par exemple ». Et je me dis : « comment ils gèrent ? ». Parce que des patients issus de l'immigration, il y en a beaucoup. Partout. Donc je me dis : « est-ce qu'on n'est pas passé à côté de quelque chose, quoi ? ». […] En fait je l'ai perçu comme ça. Et je l'ai créé dans cette idée-là. C'est ça en fait. Je l'ai créé dans cette idée-là en fait. C'est rapidement... surtout l'année dernière, j'ai pris conscience que, arrivé un moment donné, voilà, les connaissances en psychiatrie, on les a. On a l'efficacité, on a l'autonomie. Sauf qu'on peut... arrivé un moment donné, on peut apporter une plus-value. Et de se dire que cette plus-value, elle est pas exploitée... Donc j'ai mis en place des projets. J'ai mis en place des journées de sensi' à l'ethnopsy'. J'ai mis en place... J'ai voulu mettre en place tout ce qui est du thème de la spiritualité en faisant intervenir des aumôniers pour répondre à une demande. Ben ça fait un an, j'attends toujours. C'est resté... et c'est un peu frustrant en fait. Donc...
>
> (Entretien avec Emeline, 33 ans, infirmière en psychiatrie, 1er juillet 2015)

Cette digression à travers l'expérience d'Emeline indique que la mise en relation entre besoin et offre de formation au niveau local n'est pas un allant-de-soi. La raison de l'absence de réponse donnée à Emeline est ici inconnue. Cet exemple permet toutefois d'illustrer l'existence d'une émulation cherchant à répondre aux besoins de l'activité par la formation et que le DPT constitue un espace que certains infirmiers peuvent/souhaitent s'approprier.

Conclusion : l'investissement de la relation entre formation et travail comme stratégie de (re)professionnalisation

A travers un regard sur l'évolution de la formation des infirmiers en psychiatrie telle qu'elle a été pensée et organisée par les pouvoirs publics, il ressort un mouvement de déprofessionnalisation ayant marqué le groupe professionnel. Cette évolution, nous l'observons à travers un triple processus (déspécialisation, déqualification et déconsidération) ayant affecté ces infirmiers et qu'ont appuyé les réformes successives des programmes de formation initiale :

- **Une déspécialisation de la formation**. La définition des contenus de formation, nous l'avons vu, est marquée par une diminution progressive de la place accordée aux savoirs propres à la psychiatrie, ceci jusqu'à leur évincement. Il en va de même pour les stages cliniques à réaliser dans le champ de la psychiatrie.

- **La déqualification d'une génération**. Si la mise en place du diplôme unique autorise l'ensemble des jeunes diplômés à exercer en psychiatrie au même titre que d'autres types d'établissements, la génération précédente titulaire du diplôme d'ISP s'est vue, après une longue négociation, refuser toute équivalence de diplôme. Ce refus tend à maintenir une hiérarchie de valeur entre les disciplines et à marginaliser une catégorie professionnelle.

- **Une déconsidération de la discipline psychiatrique**. Dans la continuité de ce processus de déqualification, la discipline est marquée par un discrédit, ainsi que nous l'avons relevé dans les discours de Justine, Chloé et Antoine. Si ce phénomène semble se manifester à travers l'espace réduit lui étant accordé dans les contenus de formation, il se manifeste également de manière informelle sur les bancs même de certains IFSI où la psychiatrie semble être envisagée par plusieurs acteurs, parmi lesquels des formateurs, comme une voie de relégation.

La mise en place du DPT traduit une volonté de réponse à ces évolutions. Pour ce faire, des professionnels ont ouvert des espaces de circulation de savoirs et de réflexion sur l'activité soignante. Ces acteurs ont ainsi institué un espace de relation entre travail et formation cherchant à répondre à des enjeux de (re)professionnalisation. Avec le DPT, les infirmiers investissent localement cet espace et se l'approprient à travers un quadruple mouvement. **(1)** D'abord, l'existence même de ce dispositif suggère une remise en cause de la formation initiale. **(2)** Ensuite, l'ouverture d'un espace-temps de formation et de tutorat active en même temps des

processus d'acculturation et de réflexion *sur* et *pour* l'activité thérapeutique. **(3)** Parallèlement, le DPT implique le recrutement interne d'infirmiers pour assurer une fonction de tutorat, activité pour laquelle ceux-ci suivent une formation au sein de l'établissement. **(4)** Enfin, la maîtrise de l'organisation et du déploiement du dispositif permet aux infirmiers de déterminer les savoirs transmis et la manière de les transmettre.

La mise en œuvre du DPT, nous l'avons vu, présente une portée locale. Elle donne aux infirmiers une voie de transmission et de développement culturel local. Remarquons cependant que si son déploiement montre la capacité des infirmiers à déterminer, organiser et développer leur propre formation, un tel dispositif est marqué par une grande fragilité car il ne repose sur aucun fondement légal. Il est alors soumis aux aléas organisationnels et nécessite un effort continu de ses promoteurs pour maintenir ces espaces de circulation des savoirs, d'acculturation et de développement professionnel. Par la suite, les chapitres suivants vont porter un regard sur la manière dont ce dispositif est mis à l'épreuve dans son fonctionnement et comment il est reçu de manière mitigée par ceux qui en sont les destinataires. Tout l'enjeu pour l'analyse est à présent de comprendre dans quelles mesures le rapport dialectique à l'œuvre dans la relation entre formation et travail (cf. chapitre 3) se traduit dans la mise en œuvre du DPT. Nous l'étudierons à travers le travail des tuteurs (cf. chapitre 7) et dans le discours des nouveaux-infirmiers destinataires du dispositif (cf. chapitre 8).

Résumé du chapitre 6

La formation est envisagée ici comme une entrée pour analyser et comprendre les transformations qui ont marqué les infirmiers en psychiatrie au cours du XXe siècle. Pendant cette période, l'un des défis concernant ce groupe social a d'abord été d'instaurer un diplôme national (1955) sanctionnant une formation spécifique à ce corps professionnel et répondant notamment à un enjeu d'affirmation de la profession des psychiatres au sein de la sphère médicale. Cette formation fut par la suite marquée par une période de réformes (1973-2009) témoignant d'une reconnaissance, puis d'un processus à la fois de déconsidération et de déqualification des infirmiers en psychiatrie dans l'espace social. Ce processus résulte en partie d'une concurrence entre soins psychiatriques et soins somatiques observable à travers l'évolution des programmes de formation. Cette dernière fut alors l'instrument d'un mouvement de professionnalisation, puis de déprofessionnalisation des infirmiers en psychiatrie. Le DPT semble alors constituer une stratégie de ces infirmiers de (re)professionnalisation à portée locale, ceci en créant un espace-temps relationnel entre formation et travail, et en l'investissant.

Chapitre 7

La construction d'un rapport au métier

Introduction : le discours sur le rapport au métier

Sans nul doute, la participation au DPT des néo-infirmiers a donné lieu, chez ces derniers, à toutes sortes de ressentis. Pour certains, l'association d'une formation et d'un tutorat a été porteuse d'une véritable découverte du champ professionnel ouvrant alors des perspectives en matière de spécialisation et surtout de construction d'une professionnalité visée. Pour d'autres, le DPT présente peu d'intérêt car il est perçu comme très peu relié au travail quotidien de l'infirmier. Certains jeunes infirmiers ont exprimé quant à eux de l'indifférence vis-à-vis du dispositif, ne se souvenant que vaguement des contenus abordés. Notons enfin que quelques infirmiers n'y ont tout simplement pas participé, ou du moins pas en totalité. C'est notamment le cas des néo-infirmiers n'ayant pu bénéficier d'un tutorat. A partir des éléments développés dans les chapitres précédents, nous nous efforcerons dans celui-ci de mettre en évidence le rapport entretenu par les néo-infirmiers avec le DPT et, plus généralement, le rapport au métier[212] construit par ces derniers au gré de leur parcours.

Afin d'accéder à ce rapport au métier, nous avons **réalisé une analyse interprétative du discours sur le vécu du métier tel qu'il est conscientisé par des néo-infirmiers**. Plus précisément, la démarche ne consiste pas à mettre en lumière le sens construit par le sujet, mais à construire un discours à portée scientifique à propos d'un discours de « sens commun » (Dewey, 1993). Il s'agit bien d'un « discours » et non du sens en lui-même dans la mesure où celui-ci ne permet d'explorer qu'une part de la réalité du sujet.[213] La lecture interprétative ici proposée ne correspond donc pas *stricto sensu* au sens du rapport que les néo-professionnels élaborent avec leur métier (celui-ci n'est pas directement accessible), mais davantage à ce qu'ils en disent, à une interprétation de ce sens fondée sur l'étude de « traces de l'activité discursive » du sujet, ceci considérant que « le sens n'est pas dans le texte, et un texte n'a pas de forme en soi, même s'il contient nombre d'indicateurs pour qu'une lecture soit orientée » (Reinert, 2007,

[212] La notion de « rapport au métier » est définie au chapitre 3.

[213] D. Bertaux (2014, p. 75) repère en effet trois niveaux de réalité à l'œuvre : celle qui est « vécue et agie » par le sujet, celle qui relève de ce qu'il a « dans la tête », ce qu'il « sait et pense », et celle qui correspond à ce que le sujet en dit.

p. 191). Nous procéderons ici en extrayant des éléments issus d'entretiens menés auprès de ces infirmiers et en dégageant des éléments interprétatifs qui serviront de repères pour l'analyse interprétative de ce rapport au métier, au tutorat et la formation. Conscientisée ou non, nous postulons que l'élaboration de ces rapports constitue un ingrédient majeur du développement professionnel.

1. Construction d'une grille interprétative d'entretiens

L'interprétation des données de l'entretien n'est pas chose simple. Comment restituer et thématiser en quelques pages plusieurs heures d'entretiens constitués *a priori* de données hétérogènes ? La méthode ici choisie est double. **(1)** D'abord, nous proposerons une première phase d'analyse instrumentée à partir du logiciel IRaMuTeq, outil dont la fonction est de permettre une analyse de fréquence lexicale, ceci en privilégiant l'approche ALCESTE (Analyse des Lexèmes Cooccurrents dans un Ensemble de Segmentations du Texte Étudié) développée par Max Reinert. Cette méthode d'analyse textuelle produit un classement des formes lexicales récurrentes dans le corpus étudié et établit des relations entre les différentes formes du corpus. Elle propose ainsi des axes interprétatifs du discours étudié. Cette première approche emprunte à la lexicométrie, c'est-à-dire l'« ensemble de méthodes permettant d'opérer des réorganisations formelles de la séquence textuelle et des analyses statistiques sur le vocabulaire d'un corpus de textes » (Lebart et Salem, 1988 cités par Pélissier, 2017, p. 4). Nous nous appuierons pour cela sur la démarche de classification hiérarchique descendante de Reinert pour effectuer une « lecture flottante » du discours des néo-infirmiers sur la construction de leur rapport au métier, autrement dit « l'imprégnation progressive des thèmes d'un discours et de leur discrimination dans un corpus donné » (Reinert, 2007, p. 190). **(2)** Dans un second temps, en partant des classes thématiques dégagées, nous proposerons des pistes d'analyse que nous explorerons dans ce chapitre et dans ceux qui suivront (cf. chapitres 8 et 9).

2. Analyse textuelle du discours de néo-infirmiers

2.1. Démarche d'analyse par classification selon la méthode Reinert

IRaMuTeq est une interface du logiciel R (de traitement statistique des données) développée par Pierre Ratinaud (laboratoire LERASS) et permettant l'analyse d'un corpus textuel.

L'utilisation que nous en aurons ici s'appuie abondamment sur la lecture de la documentation de prise en main proposée par Lucie Loubère et Pierre Ratinaud (2014), ainsi que par Daniel Pélissier (2017). Nous mobiliserons ici la méthode de Reinert consistant à produire une classification hiérarchique descendante (CHD) de formes textuelles extraites du corpus analysé à la suite d'un processus de lemmatisation[214]. La démarche développée par Max Reinert consiste à mettre en évidence les « mondes lexicaux » décelables dans le texte, ce qui revient à :

> Considérer le vocabulaire d'un particulier comme une trace pertinente [de son] *point de vue*[215] […] d'un lieu référentiel et d'une activité cohérente du sujet énonciateur. Nous appelons *mondes lexicaux*, les traces les plus prégnantes de ces activités dans le lexique. […] Les *mondes lexicaux* […] superposent dans un même « lieu », différents moments de l'activité du sujet, différents « points de vue » (Reinert, 1993, pp. 11-12).

Les « mondes lexicaux » désignent ainsi les traces les plus manifestes du système de références ressortant du discours d'un « sujet-énonciateur » :

> Un monde lexical est donc à la fois la trace d'un lieu référentiel et l'indice d'une forme de cohérence liée à l'activité spécifique du sujet-énonciateur que l'on appellera *une logique locale*[216]. Monde lexical, sujet-énonciateur et logique locale sont donc trois aspects d'une même « mise en scène » de l'énoncé (comme le décor, les personnages et l'intrigue peuvent l'être dans une pièce de théâtre) (Reinert, 1993, p. 14).

L'objectif de cette part de l'analyse est de mettre en évidence la manière dont s'organise le discours afin d'identifier ce qui compose les mondes lexicaux des sujets-énonciateurs (ici les néo-infirmiers). On cherche alors, d'une part, à thématiser des éléments de narration puisés dans le corpus étudié en créant des classes lexicales. Nous nous emploierons d'autre part à examiner les relations entre ces différentes classes de manière à produire une interprétation des dynamiques et représentations constitutives du rapport au métier des sujets concernés.

2.2. Caractéristiques du corpus

Pour ce faire, nous avons mené cette analyse à partir de seize entretiens menés exclusivement avec des infirmiers expérimentant ou ayant expérimenté le DPT en tant que destinataires du

[214] Il s'agit d'une prise en compte, pour l'analyse, du radical des mots composant le corpus. Ainsi tout verbe conjugué est analysé à partir de sa forme à l'infinitif, tout substantif est remis au singulier et tout adjectif au masculin singulier. La lemmatisation est effectuée à partir du dictionnaire de référence mobilisé par IRaMuTeq.
[215] C'est l'auteur qui souligne.
[216] *Idem*.

dispositif. Dans ce corpus figurent des néo-professionnels, ainsi que des infirmiers sortis du dispositif, mais l'ayant tout de même vécu.

Tableau 17 : Caractéristiques du corpus choisi

Sujets	Age	Sexe		Spécialité		Type de structure		Vécu du DPT	
		F	M	Psy adulte	Pédopsy	Intra	Extra	En cours	Achevé
1. Adeline	26	1		1		1			1
2. Antoine	29		1	1			1		1
3. Benoît	29		1	1		1			1
4. Camille	26	1		1		1			1
5. Charline	33	1			1		1		1
6. Chloé	23	1			1		1	1	
7. Gaëlle	26	1			1	1		1	
8. Emeline	33	1		1		1			1
9. Emilie	28	1		1		1			1
10. Justine	27	1			1		1		1
11. Nathalie	31	1		1		1			1
12. Nicolas	24		1		1		1	1	
13. Nora	31	1		1			1		1
14. Thibaut	27		1	1			1	1	
15. Tiphaine	29	1		1		1			1
16. Xavier	25		1	1		1		1	
Total		**11**	**5**	**11**	**5**	**9**	**7**	**5**	**11**
		16		**16**		**16**		**16**	

L'encodage de ces entretiens a donné lieu à l'analyse de 120 941 occurrences (c'est-à-dire ici le nombre de mots composant le corpus analysé) comprenant 3 870 formes différentes (nombre de mots apparaissant au moins une fois) et donnant 3 577 lemmes (radicaux extraits de l'ensemble des formes). L'algorithme a par ailleurs découpé le texte en 3 426 segments parmi lesquels 3 370 ont pu être classés (soit 98,37 %), ce qui constitue une très forte représentativité.

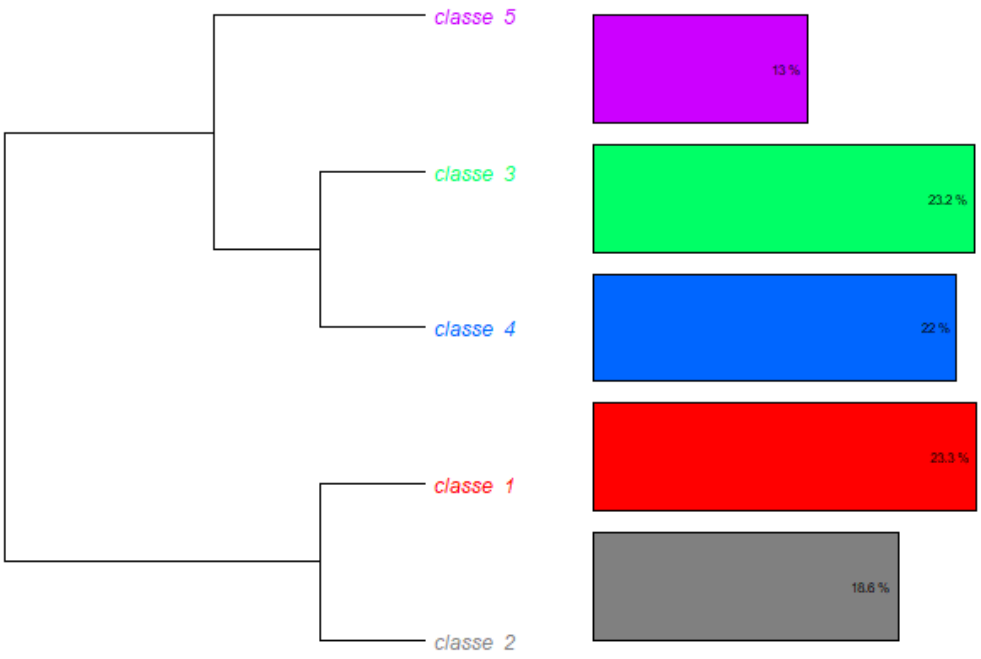
Parmi les formes ressortant de l'encodage, on en relève certaines dont le sens peut varier selon l'usage qui en est fait. Certains termes sont fréquemment mobilisés dans le langage infirmier sans que le locuteur n'en précise systématiquement le sens. Mais pour le néophyte, ceux-ci peuvent prêter à confusion quant à leur signification. L'expression « admission » par exemple, peut désigner l'acte d'entrée d'un patient dans un parcours de soins. Le plus souvent toutefois, il est employé dans le corpus pour désigner l'unité de soins dans laquelle les patients sont accueillis avant d'être orientés vers une structure adaptée à leur état. Le terme « clinique », tel qu'employé dans le corpus étudié, renvoie pour sa part à deux significations sous-entendues dans le discours. La première désigne une unité de prise en charge temps-plein (c'est-à-dire avec hébergement). La seconde concerne la démarche d'observation et d'interprétation de

symptômes par les médecins et infirmiers. Ainsi, ce mot désigne à la fois, selon le contexte, un lieu de soins et une démarche d'analyse. Dans le discours, il est souvent mobilisé par les sujets-énonciateurs dans ce second sens. Enfin, le mot « transmission » est également polysémique. Il est particulièrement mobilisé par les infirmiers pour désigner un temps de réunion institué au cours duquel les équipes soignantes « se passent le relais ». Par exemple, l'équipe d'après-midi relève l'équipe de matin. Au cours de cet échange sont communiquées toutes sortes d'informations concernant le fonctionnement du service et le suivi des patients utiles à l'équipe arrivant pour assurer la continuité du travail soignant. Le terme « transmission » désigne alors le temps consacré à ce passage de relais, mais aussi l'action consistant à communiquer les informations et les écrits résultant de l'intention de transmettre à autrui des actes infirmiers. Cette signification typiquement paramédicale se distingue de la « transmission » entendu comme le « passage » à autrui de savoirs, de valeurs, d'expérience ou plus précisément de travail. Ce second emploi ressort également dans le corpus analysé, bien que de manière plus épisodique.

3. Classification des éléments discursifs analysés

La lecture assistée par IRaMuTeq et menée à partir de la méthode Reinert a fait ressortir dix classes thématiques parmi lesquelles le logiciel a identifié cinq dominantes dans les discours examinés (cf. diagramme 1, p. 250). Les données se séparent en deux parties. Les classes 1 et 2 sont regroupées dans un premier sous-ensemble. Les classes 3, 4 et 5 sont quant à elles associées dans un second. Ce regroupement se décline par ailleurs de manière à établir une proximité entre les classes 3 et 4. La part occupée par chacune des classes dans l'ensemble des segments retenus pour l'analyse varie selon la classe. Regroupant 23,3 % du discours analysé, la classe 1 est la plus représentée. La classe 5 est pour sa part celle occupant le moins de place dans le corpus retenu. Elle constitue 13 % de ce dernier.

Diagramme 1 : Classification hiérarchique descendante (CHD) du discours

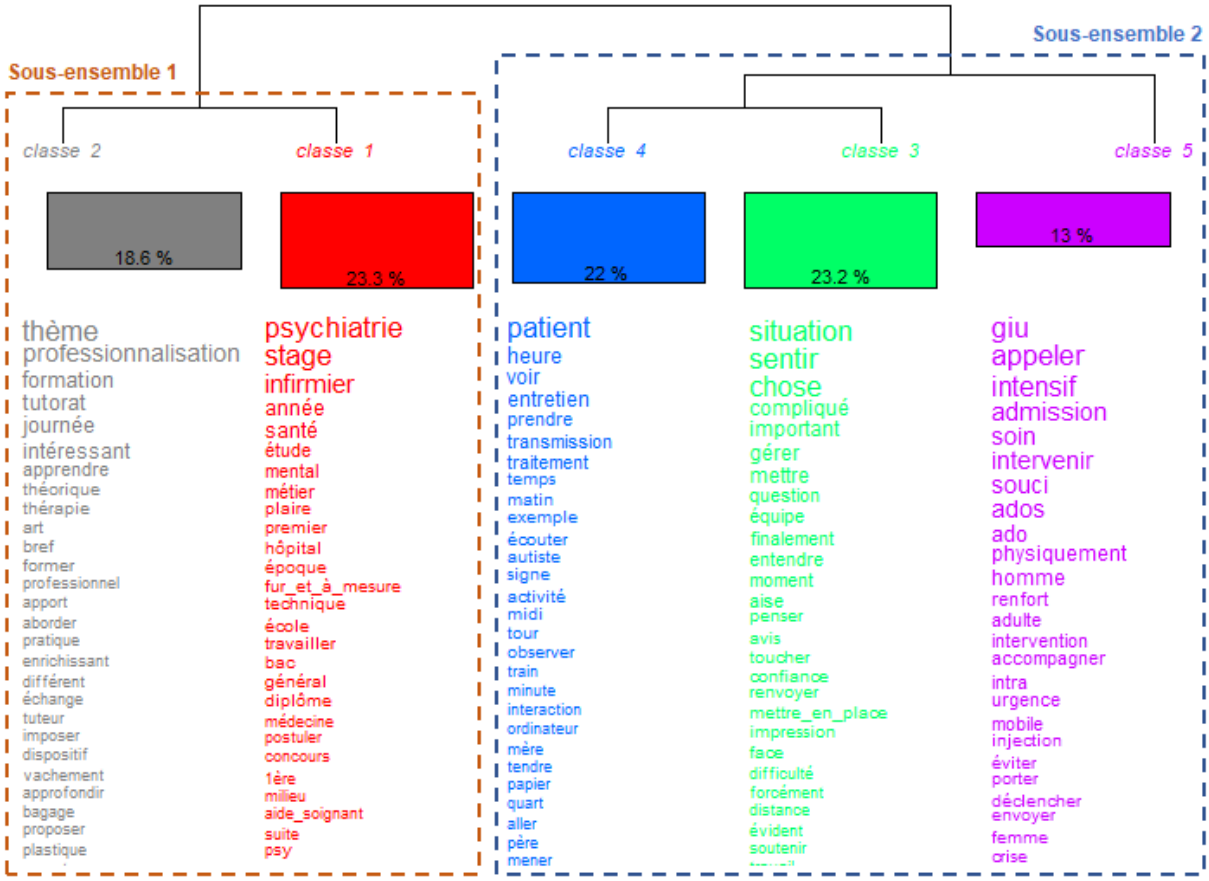


Le dendrogramme suivant (cf. diagramme 2, p. 251) donne une visualisation des lemmes (occurrences lémmatisées) présentant la fréquence la plus importante dans chacune des classes. L'information fournie dans ce second dendrogramme nous permet de thématiser les cinq classes dominant le discours du corpus.

Les deux sous-ensembles représentés semblent établir une distinction entre deux registres de l'activité vécue par les sujets-énonciateurs. Nous pouvons intituler le **sous-ensemble 1 (classes 1 et 2) « parcours d'apprentissage du métier et développement professionnel »**. Il se rapporte au parcours du sujet avant l'obtention de son diplôme d'infirmier et son insertion professionnelle. Il regroupe des termes (classe 1, rouge) se rapportant à des étapes incontournables pour devenir infirmier (« stage », « étude », « diplôme », « concours », « bac ») et les combine avec des termes se rapportant à l'expression d'une projection professionnelle (« psychiatrie », « mental » associé à « santé », « infirmier », « métier », « plaire »). Ce regroupement concerne aussi le vécu des sujet-énonciateurs devenus infirmiers et continuant à se former et participer à des échanges sur l'activité soignante. On retrouve particulièrement (classe 2, gris) des formes associées au DPT (« journée », « thème », « professionnalisation », « tutorat », « tuteur »).

Le **sous-ensemble 2 (classes 3, 4 et 5)** concerne pour sa part **« l'expérience du travail infirmier en psychiatrie »**. Il regroupe des éléments descriptifs de l'activité soignante vécue par les sujet-énonciateurs (« sentir », « observer », « écouter », « penser », « gérer », « intervenir », « accompagner »). Ces derniers se déclinent en lien avec des formes telles que « patient », « ado(s) », destinataires[217] du travail dont il est ici question.

Diagramme 2 : Classification hiérarchique descendante (CHD) associée aux formes les plus fréquentes du discours



Ces deux sous-ensembles se déclinent en plusieurs classes thématiques dont nous avons identifié certains traits caractéristiques. Nous exposons ceux-ci en conservant l'ordre établi dans le diagramme 1 :

[217] Ces deux formes sont étroitement associables car le terme « ado[lescent]s », mais aussi « enfant », employés par les soignants en pédopsychiatrie, équivalent au « patient » pris en charge en psychiatrie adulte. Ces formes lexicales servent à désigner le destinataire du travail soignant.

● **Classe 2 (gris) : formation continue et professionnalisation**. Cette classe est significative du travail éducatif institué après l'obtention du diplôme et l'insertion professionnelle du sujet-énonciateur. Des formes telles que « formation », « dispositif », « apport », « apprendre », « approfondir » ou « enrichissant » indiquent que cet ensemble est porté sur les espaces et les temps institués consacrés au développement des connaissances. Les mots présentant les fréquences parmi les plus importantes de cette classe (« formation », « thème » souvent associé à « journée », « professionnalisation », « tutorat ») montrent la place importante occupée, dans cette catégorie, par les dispositifs d'apprentissages institués par l'EPSM-LM, en particulier le DPT. Des extraits d'entretiens concernés par cette catégorie expriment ainsi un regard du dispositif offrant un aperçu sur différentes manières dont ce dernier est perçu par ses destinataires :

> **Benoît** : C'était une rencontre avec d'autres personnes, nouveaux diplômés, qui sont d'autres secteurs et d'autres services. Et par ce biais-là, c'est vrai que ces journées à thèmes sont intéressantes, justement parce qu'on peut parler de nos pratiques communes et différentes et on voit un petit peu comment on travaille ailleurs.
>
> (Entretien avec Benoît, 29 ans, infirmier, 26 février 2015)

> **Camille** : Tout ça c'est vraiment très intéressant parce qu'au quotidien, on peut vraiment pas le faire. Après je pense que les journées à thèmes peuvent être géniales si elles arrivent très tôt dans notre professionnalisation. […] Quelqu'un qui a déjà un petit peu d'expérience, ne serait-ce que deux-trois ans, on commence à savoir ce que c'est que la schizophrénie. Ou une fois j'avais fait une journée à thèmes sur l'addictologie, ben on nous apprenait qu'il fallait donner du Séresta [anxiolytique] et bien faire boire notre patient. Enfin ça, je suis au courant quoi.
>
> (Entretien avec Camille, 26 ans, infirmière, 2 juillet 2015)

> **Adeline** : Alors sur les journées à thèmes de professionnalisation…. Enfin les journées de professionnalisation, ce serait mentir que de dire qu'elles ont toutes été intéressantes. Je vais pas dire ça parce qu'effectivement, je pense que… Déjà retourner dans ce fonctionnement d'aller à… enfin, j'ai l'impression d'aller à l'école, quoi ; de rester assise toute la journée. C'est assez compliqué. Donc de suivre quelqu'un toute la journée pendant sept ou huit heures, à l'écouter parler, c'est déjà assez compliqué.
>
> (Entretien avec Adeline, 26 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

● **Classe 1 (rouge) : parcours avant l'obtention du diplôme d'infirmier**. Associé à la classe 2 par la CHD, ce groupe lexical recoupe le parcours[218] du sujet avant l'obtention de son diplôme et son insertion professionnelle. Ainsi, des formes tels que « stage », « étude », « diplôme » ou encore « école » sont ici associées à celles d'« infirmier », « psychiatrie » et « métier ». Cette classe se rapporte à l'implication du sujet dans un processus éducatif diplômant et associe ce dernier à des choix de parcours exprimés à travers les verbes « plaire » et « postuler ». L'un des points majeurs ressortant du corpus associé à la classe 1, réside dans l'importance déterminante

[218] La notion de parcours indique dans le discours la référence à plusieurs champs signifiants dans la développement personnel et professionnel du sujet (famille, école, IFSI, etc.).

des stages réalisés lors des études d'infirmièr(e)s pour l'orientation professionnelle. C'est ce qu'expriment ces différents extraits d'entretiens :

> **Tiphaine** : Alors, pourquoi travailler en psychiatrie ? En fait, c'est durant mes stages d'infirmière. En fait, j'ai eu un stage en psychiatrie en deuxième année et en fait, ça m'a vraiment plu, j'ai l'impression que j'étais vraiment dans mon domaine.
>
> (Entretien avec Tiphaine, 29 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

> **Adeline** : C'est le seul stage en psychiatrie que j'ai fait. Et ça a été la grosse révélation pour moi.
>
> (Entretien avec Adeline, 26 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

> **Antoine** : A la base, j'ai fait une 1ère année de médecine avant les études d'infirmier, que j'ai pas… Je voulais m'orienter vers le métier de kiné à la base. […] Et c'est vraiment à mon premier stage de psychiatrie en première année […] Et effectivement, c'était le premier stage où je me suis senti bien. J'y allais vraiment sans traîner les pieds.
>
> (Entretien avec Antoine, 29 ans, infirmier, 16 juillet 2015)

● **Classe 4 (bleu) : description du travail infirmier.** Cette classe lexicale traduit la manière dont le travail infirmier est rythmé par tout un ensemble d'éléments coordonnés autour du « patient ». Ainsi, les formes « entretien », « traitement », « transmission », et « ordinateur » suggèrent des temps incontournables de l'activité quotidienne des sujets. Le regroupement de termes tels que « transmission », « interaction », « entretien » ou encore « écouter » fait ressortir la place importante de la dimension interactive dans le travail infirmier :

> **Emeline** : Les transmissions infirmières. Ou sinon c'est la tête. Beaucoup... on communique pas mal de façon orale entre les collègues en poste. Qu'après les collègues du matin à l'après-midi, là c'est oral et écrit.
>
> (Entretien avec Emeline, 33 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

> **Antoine** : C'est-à-dire que nous, on est avec le patient tous les jours presque. Enfin, on a un regard vraiment quotidien sur son comportement, sur la symptomatologie. Les patients viennent en entretien médical, je sais pas, un quart d'heure, une demi-heure. Enfin ça dépend. Mais sur ce temps-là, le patient peut se contenir ou peut cacher des choses. […] Moi j'avais un patient que je sentais pas du tout parce que la symptomatologie était en faveur d'une décompensation. Et effectivement, en entretien le patient essayait on va dire - les patients connaissent un petit peu le fonctionnement du système - un petit peu à cacher ça. Effectivement, comme moi j'étais présent avec le médecin, j'ai pu expliquer ce que nous on a mis en évidence au quotidien. Et effectivement, le médecin, lui, n'avait pas ce regard-là, vu qu'il avait pas… voilà, nous on n'a pas le même rapport avec le médecin, forcément. C'est pour ça aussi que les réunions de synthèses aussi sont super importantes.
>
> (Entretien avec Antoine, 29 ans, infirmier, 16 juillet 2015)

> **Chloé** : C'est une activité où on passe par la médiation du cheval et les enfants montent sur les chevaux, les brossent, les caressent. […] Et on a des enfants autistes où on voit des réactions assez impressionnantes où des fois ils vont vraiment se coucher sur le cheval, vraiment être en interaction. C'est particulier en fait, il faut le voir pour le comprendre.
>
> (Entretien avec Chloé, 23 ans, infirmière, 28 janvier 2015)

● **Classe 3 (vert) : vécu du travail infirmier**. Ce regroupement comporte un vocabulaire significatif concernant le vécu du travail infirmier tel qu'il est ressenti par les sujets-énonciateurs. Des verbes d'action (« sentir », « mettre en place », « penser », « gérer », « soutenir ») sont associés à la confrontation au quotidien professionnel représenté ici par des termes tels que « situation », « impression », « important », « difficulté », « question » ou « compliqué ». Associant le vécu du sujet et son ressenti, cette articulation est significative d'un discours sur l'expérience du travail infirmier et sur les difficultés, questions et épreuves qu'il suscite.

> **Gaëlle** : Et si les urgences de [Centre hospitalier voisin] nous appellent, on va faire une évaluation, donc, pour les ados. Ouais, il y a des fois où c'est des situations où c'est vachement compliqué. Et d'y être tout seul, même si après on appelle le médecin, on explique un peu la situation, de se dire : « ben ouais, mais est-ce que j'ai pas loupé quelque chose ? ». Et ça, c'est vachement stressant. C'est pour ça que j'aurais besoin de la formation des entretiens infirmiers, je pense.
>
> (Entretien avec Gaëlle, 26 ans, infirmière, 28 janvier 2015)

> **Nora** : J'imagine que ce doit être personnel. On a chacun nos points plus sensibles. La souffrance des enfants et quelque chose qui m'affecte plus, avec lequel j'ai du mal à prendre de la distance. […] Voilà. Après je pense que c'est vraiment très personnel, de l'ordre du contre-transfert. J'arrive pas trop à gérer, pas encore.
>
> (Entretien avec Nora, 31 ans, infirmière, 16 juillet 2015)

> **Justine** : Donc là, de ce côté-là j'étais satisfaite. Et en même temps, la question de travailler en équipe et d'avoir des éclairages sur tout ça, c'est intéressant de pouvoir être en équipe à ce moment-là. Ce qui m'a peut-être le plus interpellé, c'était la question de la gestion de la violence en psychiatrie. Je pense que ça, c'est quelque chose…
>
> (Entretien avec Justine, 27 ans, infirmière, 5 décembre 2014)

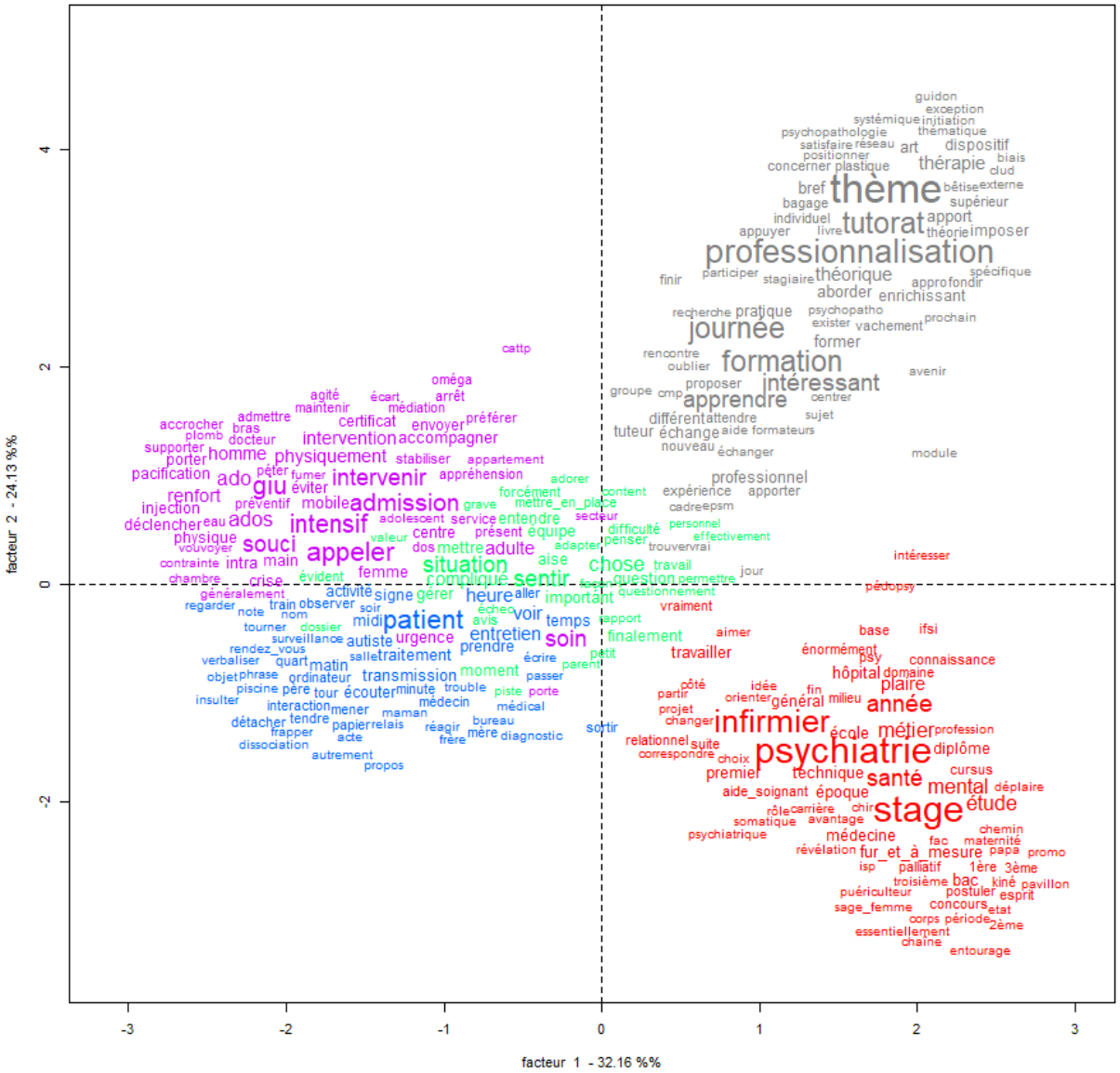
● **Classe 5 (violet) : expression de la violence en psychiatrie.** La classe 5 constitue un groupement thématique spécifique se distinguant très nettement des classes 3 et 4, bien qu'elles soient regroupées dans le même sous-ensemble. Cette classe lexicale est essentiellement portée sur une expression de la violence telle qu'elle se traduit dans le travail en psychiatrie. Ainsi, les formes telles que « GIU » (groupe d'intervention d'urgence), « intensif » (souvent associé à « soin »), « urgence », « intervention » ou « physiquement » expriment un pan du travail soignant en psychiatrie généralement associé à la question de la violence. Alors même que celle-ci n'était pas première dans nos intentions de recherche, la manifestation de cette catégorie nous conduira à lui consacrer un chapitre. Nous faisons le choix de nous concentrer ici sur le rapport entre les classes 1, 2, 3 et 4 et traiterons par la suite plus précisément de la thématique de la violence dans les rapports soignants en psychiatrie (cf. chapitre 9).

Si l'énumération de ces classes lexicales permet de construire une représentation thématisée des éléments du corpus textuel, la CHD n'en produit pas moins une séparation quelque peu artificielle des formes lexicales qu'elle isole les unes des autres. C'est certes ce qui est recherché par tout processus de classification. Il reste que pour étudier le sens et la portée du discours, il importe de repérer les relations existantes entre ces catégories, ceci pour comprendre comment les mondes lexicaux du sujet-énonciateur se coordonnent, se complètent ou s'opposent. La lecture par analyse factorielle de correspondance favorise une telle approche.

4. Lecture de quelques relations entre les classes lexicales à travers une analyse factorielle de correspondance

IRaMuTeQ permet de procéder à une analyse factorielle de correspondance (AFC) du corpus encodé. Autrement dit, l'algorithme opère une synthèse des formes obtenues telles qu'elles ont été classées selon la méthode Reinert. L'AFC produit alors une représentation (cf. diagramme 3, p. 256), ici en deux dimensions, mettant en évidence tout à la fois la fréquence des formes analysées (taille des formes lexicales), la classe à laquelle celles-ci sont associées (couleur), ainsi que la relation des différentes formes lexicales tel qu'elles apparaissent dans le discours et du point de vue singulier du sujet. La représentation proposée ici est de type (facteur 1 (32,16 %) + facteur 2 (24,13 %)), c'est-à-dire qu'elle donne une visualisation des cooccurrences (associations textuelles) de 56,29 % du corpus analysé. Les couleurs ressortant de l'AFC correspondent à celles utilisées par la classification de Reinert (cf. diagrammes 1 et 2) et facilitent la lecture des relations entre les classes constituées (cf. diagramme 3).

Siagramme 3 : Analyse factorielle de correspondance (AFC)



Les relations entre ces dernières sont interprétées à partir du découpage visuel produit par les facteurs 1 et 2 et les oppositions qui en ressortent. Ainsi, le **facteur 1** trace une première démarcation entre les classes 1 et 2 d'un côté, et les classes 4 et 5 de l'autre. On remarque toutefois que la séparation est moins nette pour la classe 3 qui, si elle apparaît avoir davantage de proximité avec les classes 4 et 5, montre des rapprochements avec les classes 1 et 2. Pour sa part, le **facteur 2** opère nettement une séparation aussi bien entre les classes 1 et 2 qu'entre les classes 4 et 5. L'association des **facteurs 1 et 2** montre une association étroite entre les **classes 3** et **4** faisant ressortir dans le discours une préoccupation centrale pour l'activité soignante et les questions qu'elle suscite. On remarque comment les classes 1 et 2 (parcours d'apprentissage

du métier et développement professionnel) sont maintenues à distance de cette articulation (**classe 3 ↔ classe 4**).

4.1. Des relations inapparentes

La catégorisation présente les défauts de ses qualités. Plus que des défauts, il s'agit essentiellement de signaler des risques encourus dans l'interprétation de l'AFC. Une lecture trop hâtive peut conduire en effet à limiter le regard à partir de la classification ici proposée. Cette démarche peut se révéler problématique sur un plan méthodologique aussi bien que social. Nous signalerons ainsi deux précautions à prendre dans l'interprétation.

Partons premièrement de l'exemple de la forme « ado(s) » répertoriée dans la classe 5 (expression de la violence en psychiatrie). Une interprétation trop rapide présente le risque de réduire la prise en charge des adolescents en psychiatrie à des situations associées à des formes lexicales telles que « crise », « urgence », « intervenir » ou encore « injection ». Soyons précis à ce sujet, la violence est une question majeure du travail en psychiatrie. Il ne s'y résume pourtant pas, loin s'en faut. Une lecture attentive remarque d'ailleurs que l'AFC place la classe 3 au centre du repère tracé par les facteurs 1 et 2. Cet emplacement indique les préoccupations premières exprimées dans le discours des sujets-énonciateurs.

En second lieu, précisons que la représentation proposée par le diagramme 3 présente une lecture en « seulement » deux dimensions. On suppose alors qu'il existe des ramifications, associations, oppositions ou tensions demeurant invisibles sur le repère, sa configuration (combinaison des facteurs 1 et 2) n'en permettant pas la lecture. Cette considération est essentielle pour éviter, une fois encore, toute lecture trop rapide. Pour illustrer ce point, remarquons la relation entre les classes 2 (gris) et 5 (violet). Elles sont opposées sur le repère et ne présentent aucune convergence. On pourrait en déduire par exemple que les actions concentrées autour du DPT ignorent les questions liées à la violence, ce qui serait erroné, nous l'avons vu plus tôt (cf. tableau 3, p. 70). Ainsi, de la même façon qu'il y a un lien étroit entre les deux extrémités d'un planisphère, les classes 2 et 5 sont associables dans d'autres dimensions rendues imperceptibles par la représentation du diagramme 3, même si ces relations sont exprimées dans le discours de plusieurs sujets interrogés. Ces deux points que nous venons de souligner ont rendu importante l'écriture du chapitre 9 au cours duquel nous nous attacherons à contourner les obstacles que nous venons ici de souligner.

Considérant ces éléments, la lecture de l'AFC permet toutefois d'établir différentes relations caractérisant le corpus discursif analysé. Nous nous concentrerons sur trois observations ressortant de cette représentation : **(1)** le questionnement dans l'activité mettant le sujet à l'épreuve, **(2)** la séparation, dans le discours, entre travail soignant et travail éducatif institué et **(3)** l'évocation du « tuteur » à la jonction entre l'action et la réflexion sur l'action.

4.2. Le questionnement dans l'activité : entre déséquilibre et recherche d'équilibre

La CHD représentée dans les diagrammes 1 et 2 a fait ressortir une proximité entre les regroupements lexicaux portant sur le vécu du travail infirmier (classe 3) et ses éléments de description (classe 4). Ce rapport est également mis en évidence par l'AFC (cf. diagramme 3) qui fait ressortir un lien étroit entre les classes 3 (vert) et 4 (bleu). L'AFC semble se structurer principalement autour des formes « patient », « situation » et « sentir » faisant ressortir une concentration du discours sur le ressenti de l'action soignante. Autour de ces formes gravitent des verbes d'actions (« gérer », « prendre », « observer », « mettre en place ») témoignant de l'engagement des sujets dans les situations rapportées. On remarque que ce rapport à l'action les interroge et les met éventuellement à l'épreuve (« question », « questionnement », « difficulté », « compliqué »), ce qui pointe par moments un déséquilibre ressenti par les auteurs du discours dans leur rapport à l'action. Celui-ci peut par exemple se traduire par une perte de « confiance » (en soi ou dans la relation au patient) :

> **Chloé** : La peur de pas gérer, de pas savoir gérer, c'est peut-être un manque de confiance en soi.
>
> (Entretien avec Chloé, 23 ans, infirmière, 28 janvier 2015)

L'« équipe » (classe 3) apparaît alors souvent comme une ressource face aux difficultés vécues :

> **Antoine** : Déjà parce qu'on entend quand-même des choses difficiles, on peut vivre des situations délicates. Et je pense que ce qui est mauvais, c'est de se sentir seul face à ça. Se sentir un peu isolé. Le fait d'être en équipe, ça permet aussi un peu de pouvoir des fois se reposer un peu sur les épaules d'autres personnes. Ça fait du bien. Et d'échanger. Vraiment.
>
> (Entretien avec Antoine, 29 ans, infirmier, 16 juillet 2015)

Cette dynamique identifiable au cœur de la relation classe 3 ↔ classe 4 semble en quelque sorte traduire, dans l'agir, des « allers-retours » entre le vécu de l'activité, le ressenti dans le travail et la confrontation à des difficultés et questionnements émergeant dans le quotidien. Le schéma discursif repérant une dynamique entre déséquilibre et recherche d'équilibre peut être interprété

comme l'expression d'une enquête (au sens deweyen, cf. chapitres 4 et 5) menée par les néo-infirmiers et exprimée en substance par les sujets comme un processus typique du quotidien au travail. Nous allons y revenir dans ce chapitre.

4.3. Une séparation entre travail soignant et travail éducatif institué

Nous l'avions déjà repérée à travers la CHD (cf. diagramme 2, p. 251), les classes 3, 4 et 5 concentrent le vocabulaire relatif au vécu du travail soignant en psychiatrie (sous-ensemble 1). Les classes 1 et 2 se rapportent pour leur part essentiellement au travail éducatif institué à des fins de (se) professionnaliser en lien avec le métier d'infirmier en psychiatrie (sous-ensemble 2). Or, le facteur 1 de l'AFC (cf. diagramme 3, p. 256) marque une démarcation entre ces deux sous-ensembles. Cette séparation est cependant différente pour la classe 1 (rouge) et la classe 2 (gris). La première apparaît isolée de l'ensemble du corpus représenté. La seconde montre quant à elle quelques rapprochements, en particulier avec la classe 3 (vert). Cet écart de la classe 1 semble indiquer que les éléments lexicaux la composant renvoient à des étapes de parcours, certes incontournables pour devenir infirmier, mais appartenant à une réalité passée et présentant peu de liens avec les préoccupations spécifiques au travail soignant telles qu'elles s'expriment dans le corpus analysé. Si, pour sa part, la classe 2 semble également éloignée de l'« îlot » lexical composé par les classes 3, 4 et 5, on observe tout de même certaines relations entre les classes 2 et 3. Cette configuration semble indiquer que les mondes lexicaux associés au travail éducatif institué se distinguent de ceux relatifs au travail soignant. Cette séparation pose en particulier la question des dynamiques à travers lesquelles s'apprend le métier.

4.4. Le « tuteur » au carrefour de la relation entre action et réflexion sur l'action ?

Malgré la séparation que nous venons d'évoquer, on remarque que la classe 3 (vert) montre certaines proximités avec la classe 2 (gris). Dans leur zone de rapprochement, on trouve des formes telles que « tuteur », « expérience », « échange », « apporter » ou encore « trouver ». Répertoriées dans la classe 2, ces différentes formes, sont associées à l'activité de réflexion sur le travail, ainsi qu'au sens et aux apprentissages pouvant en résulter. Concentrons-nous sur le terme « tuteur ». L'AFC montre que « tuteur » se situe en marge de la classe 2 et quasiment à la jonction des classes 2 et 3. De plus « tuteur » est significativement éloigné de « tutorat »,

forme située au cœur de la classe 2. Ce positionnement semble refléter que la relation au « tuteur » entretenue par les sujets-énonciateurs est distincte de celle entretenue avec le « tutorat ». Le premier semble associé à des voies d'articulation entre le vécu du travail infirmier et la mise en réflexion de ce vécu. Le second semble plus éloignée de ce registre et davantage associé à celui de la formation professionnelle. On peut alors interroger l'écart représenté par l'AFC entre ces deux classes lexicales, mais aussi celui entre les formes « tuteur » (désignant la personne) et « tutorat » (désignant le dispositif) dans le discours des néo-infirmiers.

La lecture des relations entre les différents regroupements lexicaux permet une première représentation des débats animant l'activité, tels que ceux-ci peuvent s'exprimer dans le discours, et des dynamiques à l'œuvre dans l'élaboration par le sujet d'un rapport au métier d'infirmier en psychiatrie. Dans cette optique, l'articulation des dynamiques désignées dans la **classe 3** (vécu du travail infirmier) et celles relevant de la **classe 4** (description du travail infirmier) seront examinées dans la suite de ce chapitre à partir de la notion d'« enquête ». La nature des relations entre l'expérience du travail infirmier et les dynamiques associées au DPT seront examinées dans le chapitre suivant (cf. chapitre 8). Enfin, dans le dernier chapitre de ce travail (cf. chapitre 9), nous traiterons plus spécifiquement de l'expression de la violence en psychiatrie. Nous verrons alors comment, dans le contexte étudié, la violence peut constituer un concept analyseur utile pour examiner les relations entre formation et travail.

5. L'enquête : une exploration constructive du rapport au métier

L'importante proximité entre les formes lexicales regroupées dans les classes 3 et 4 semble révéler, dans le courant de l'activité soignante, la mise en œuvre d'enquêtes, au sens de Dewey (cf. chapitres 4 et 5). Auteurs de ces enquêtes, les sujets-énonciateurs reviennent sur leur parcours jonché d'indéterminations (incertitudes, confusions, difficultés, tensions, etc.). Certains précisent alors comment ils ont entrepris de les résoudre en apportant un éclairage, une réponse, un équilibre ou comment ils se sont parfois contentés de rendre certaines situations acceptables à leurs yeux. On examinera alors l'hypothèse que ces enquêtes sont porteuses d'une dynamique d'apprentissage, souvent informel, mais profondément actif dans le rapport que les néo-infirmiers élaborent avec leur métier.

L'enquête deweyenne servira ici de fil conducteur pour examiner, au prisme d'éléments de narration, comment le sujet construit et développe ce rapport au métier. En d'autres termes, on

cherche à **comprendre dans quelle mesure les versants de l'expérience infirmière comportent des processus éducatifs, plus ou moins formalisés, orientés vers l'apprentissage du métier et le développement professionnel infirmier**. Pour ce faire, nous mobiliserons des extraits d'entretiens tirés du corpus étudié pour en réaliser une lecture analytique en nous fondant sur le déroulement de l'enquête tel que nous l'avons précisé au chapitre 5, c'est-à-dire à travers quatre étapes : **(1)** mise en intrigue d'un contexte indéterminé, **(2)** diagnostic des voies de résolution, **(3)** activité réflexive, **(4)** balisage du milieu, identification et production de ressources. Ce modèle nous servira de base interprétative des éléments de narration extraits de notre corpus d'entretiens et restitués ici. Il s'agit alors de mettre en évidence ce qui, dans le discours du sujet, témoigne de sa transformation au gré de l'expérience, ceci à partir du sens donné à des situations vécues. Nous allons examiner deux types de situation : l'un étant relatif au travail soignant et l'autre se rapportant au vécu du DPT.

5.1. La construction du rapport au métier en situation de travail soignant

5.1.1. Enquête d'Emeline : « je ne savais pas du tout ce que je devais faire »

Le récit d'Emeline indique très nettement une « discontinuité » survenue dans son quotidien au travail. Rappelons qu'il s'agit, dans la pensée deweyenne, d'une situation provoquant une rupture dans les habitudes du sujet et, subséquemment, l'activation de l'enquête.

> **Emeline** : Par exemple, là c'était une TS [tentative de suicide] d'une dame qui était en train - puisqu'elle était encore consciente et respirait encore un petit peu – en train de se pendre à un porte-serviette. Il y avait des porte-serviettes à l'époque. Mon collègue a su gérer, beaucoup plus ancien. Donc voilà, j'étais surtout assistante de mon collègue puisque je savais pas du tout ce que je devais faire. Et voilà, il a pu me montrer exactement ce qu'il fallait faire à cet instant. Le fait d'avoir... Il me disait : « oui, en psychiatrie on dit toujours : faut pas avoir des trucs dans sa poche. Par contre, faut toujours que t'aies un ciseau ». Le ciseau pour couper le lien en fait. Voilà. Tu trouves un pendu dans une chambre, t'as pas le temps d'aller dans le bureau chercher un ciseau. Faut que tu l'aies sur toi. Donc depuis j'ai un ciseau toujours sur moi en fait. […]
>
> **J. de Miribel** : […] Vous l'avez là, votre paire de ciseaux ?
>
> **E** : Oui elle est là, dans ma poche [elle rit].
>
> (Entretien avec Emeline, 33 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

La situation apparaît ici nettement indéterminée pour Emeline, ce qu'elle verbalise ainsi : « je savais pas du tout ce que je devais faire ». L'intervention de son collègue vient alors résoudre le problème rencontré (interrompre la tentative de suicide) en empêchant une rupture destructrice (décès de la patiente) et critique (sentiment d'échec éventuel de l'équipe soignante). Il rétablit alors un certain équilibre dans la situation de soin. Ce faisant, il prodigue à Emeline

un conseil pour faire face à ce type de situation (tentative de suicide d'un patient par pendaison) formulé en deux temps. D'abord, l'infirmier rappelle le principe selon lequel, en psychiatrie : « faut pas avoir des trucs dans sa poche », ceci pour que ces derniers ne soient pas convertis en objets dangereux. Puis, il complète la règle en ajoutant : « par contre, faut toujours que t'aies un ciseau ». Il introduit alors un second principe venant contredire le premier, mais ne l'annulant pas. L'idée que les ciseaux sont des outils indispensables en situation de soins apparaît comme le principal apprentissage qu'Emeline tire de l'épisode raconté.

La situation semble ici avoir fait évoluer le point de vue du sujet concernant des gestes et conduites à tenir dans l'exercice de son métier. Depuis, Emeline choisit de se munir systématiquement d'une paire de ciseaux, laissant alors de côté le principe initial. Cette nouvelle habitude pourra être renforcée si Emeline est amenée à utiliser cet instrument pour résoudre un nouveau problème (du même ordre ou pas). Au contraire, l'habitude pourrait être abandonnée si elle générait une difficulté dans le travail d'Emeline (par exemple la conversion de cette paire de ciseaux en objet dangereux). Le tableau 18 (p. 263) synthétise la manière dont l'enquête menée par Emeline, dans cette situation précise, a contribué à la construction de son rapport au métier.

Notons que si la survenue du problème a eu pour effet d'activer une enquête menée par Emeline dans la situation racontée, celle-ci ne s'achève pas pour autant avec le sauvetage de la patiente. La tentative de suicide résulte d'un ensemble de facteurs affectant son histoire de vie. Mettre fin à la situation ici examinée permet uniquement d'éviter le décès. Cependant, la compréhension de son geste et la démarche thérapeutique préventive pour éviter la récidive font l'objet d'une enquête dont la configuration vient d'être renouvelée par la situation vécue et que devra mener l'équipe soignante, Emeline comprise. Le phénomène du suicide demeure en effet un risque majeur en psychiatrie et l'usage de la paire de ciseaux par Emeline ne peut suffire à prévenir l'ensemble de ses manifestations. Bien que cet objet favorise une reconfiguration du rapport du sujet à ce phénomène, la potentialité de ce problème demeure importante. Nous supposons même, à l'heure d'écrire ces lignes, que l'enquête d'Emeline sur cette question a progressé, bien qu'elle soit toujours en cours.

Tableau 18 : Enquête d'Emeline

-	***Eléments de narration (situations, parcours, représentations)***	***Interprétation de la situation***	***Construction de sens et d'un rapport subjectif au métier***
Mise en intrigue d'un contexte indéterminé	*« Là c'était une TS [tentative de suicide] d'une dame qui était en train […] de se pendre à un porte-serviette. […] Je savais pas du tout ce que je devais faire »*	Survenue d'un problème vital face auquel Emeline ne sait pas comment réagir	Confrontation d'Emeline au phénomène du suicide en psychiatrie
Diagnostic des voies de résolution	*« Mon collègue a su gérer, beaucoup plus ancien »*	Mobilisation d'un pair comme ressource pour résoudre rapidement le problème	Identification et expérimentation d'une ressource disponible (autrui-pair)
Activité réflexive	*« Il a pu me montrer exactement ce qu'il fallait faire à cet instant. Il me disait : « oui, en psychiatrie on dit toujours : faut pas avoir des trucs dans sa poche. Par contre, faut toujours que t'aies un ciseau » […] pour couper le lien »*	L'intervention du pair contribue à transformer le regard d'Emeline sur la manière de se prémunir face à une situation critique spécifique	Autrui-pair se manifeste ici comme une ressource pour résoudre le problème rencontré ainsi que pour l'activité future
Balisage du milieu, identification et construction de ressources	*« Donc depuis j'ai un ciseau toujours sur moi »*	Emeline se réfère à l'intervention de son collègue pour être en mesure de résoudre elle-même un problème similaire futur	- Le collègue se montre ici déterminant dans l'apprentissage réalisé par Emeline - La prévention du suicide peut se mettre en œuvre individuellement par chaque infirmier dans sa manière d'anticiper ce type de situation - L'instrumentation (ciseaux) devient un moyen spécifique à l'infirmier en psychiatrie pour faire face au risque suicidaire

5.1.2. Enquête d'Antoine : « quand on est jeune professionnel, on a quand-même peur de mal faire »

L'apprentissage du métier implique l'acquisition de certaines dispositions. C'est le cas d'Antoine qui a dû apprendre à avoir confiance dans son propre jugement.

> **Antoine** : La psychiatrie, c'est ce qui m'a plu aussi là-dedans. C'est qu'on travaille beaucoup en équipe. C'est très important. Et moi, il y a des situations où je suis moins à l'aise parce que j'ai moins d'expérience ou alors, ça peut me renvoyer des choses personnelles.
>
> **J. de Miribel** : Vous avez une illustration précise ? Un cas concret ?
>
> **A :** […] J'ai eu un patient à peu près de mon âge, psychotique, qui est venu… Alors, c'était au début quand je suis arrivé ici. Et qui est venu me verbaliser des idéations [des formations d'idées] suicidaires. Et c'était une des premières fois où j'avais vraiment en face de moi un patient qui

verbalisait des idées suicidaires. J'avais en tête des outils, des choses très concrètes que j'ai mises en place. Mais j'étais pas très à l'aise avec ça. Parce que c'est pas évident au départ quand on a un patient en face de soi en extra-hospitalier. Parce que là du coup, on n'a pas de médecin, on doit gérer. Qui me dit : « Voilà, j'ai des pensées, je pense à mourir ». Des choses comme ça. Savoir évaluer et de dire : « Voilà, qu'est-ce que je mets en place ? Est-ce qu'il faut le faire hospitaliser ? Est-ce qu'il faut pas le faire hospitaliser ? » Enfin ce genre de questions-là. Et là, dans ces situations-là, je me souviens qu'à l'époque j'ai interpellé ma collègue en disant : « Voilà, il met ça en avant, j'ai fait les évaluations nécessaires comme je les ai apprises. Ça met ça en avant. Qu'est-ce que tu me conseillerais ? »

JM : Ça mettait quoi en avant ? Vous vous souvenez ?

A : Ça mettait en avant qu'effectivement, il était en crise suicidaire, le patient.

JM : D'accord. Et pourquoi vous hésitiez alors ?

A : En fait, c'est pas que j'hésitais. Je savais ce qu'il fallait faire. Mais quand on est jeune professionnel, on a quand-même peur de mal faire. On a toujours un petit doute. Il voulait pas se faire hospitaliser. Qu'est-ce que je fais ? J'appelle le médecin ? Oui mais… enfin. Et du coup, ça permet d'être plus sûr dans ses choix. Elle m'a dit les choses, exactement ce que j'avais fait ou ce que j'allais faire. Elle m'a conforté dans mon idée. Mais au moins, effectivement, j'avais l'aval de collègues expérimentés et ça m'a mis en confiance. Effectivement, maintenant ces situations-là m'arrivent fréquemment et maintenant j'ai confiance totalement. Je sais ce qu'il faut faire. Mais c'est vrai quand on est jeune professionnel, on a toujours ce petit doute où… ce petit manque de confiance au départ. La confiance, c'est pas évident au début d'avoir confiance en soi, en ses jugements, ses choix.

(Entretien avec Antoine, 29 ans, infirmier, 16 juillet 2015)

L'exemple raconté par Antoine met en avant la question de la confiance en soi et en son jugement comme objet d'apprentissage du métier. La difficulté évoquée ne relève pas d'un manque de ressource pour répondre à une difficulté rencontrée dans la relation soignant/soigné. Il s'agit pour Antoine de s'assurer que la réponse qu'il apporte aux verbalisations du patient est adaptée à la situation. L'avis de sa collègue constitue alors en quelque sorte un « filet de sécurité » permettant à Antoine d'éprouver sa capacité à définir la marche à suivre face à un patient psychotique exprimant des idées suicidaires.

En termes deweyens, la difficulté avancée porte sur une indétermination récurrente vécue par l'auteur de l'enquête (Antoine), alors même que ce dernier produit des éléments de réponse aux intentions verbalisées par le patient. En somme, Antoine mène deux enquêtes simultanément. Dans la première, il s'efforce de définir une réponse à apporter au patient. Par la seconde, il cherche à s'assurer de la pertinence de sa propre lecture de la situation et de la réponse qu'il propose. Dans le premier cas, l'incertitude se joue dans la relation avec le patient pour lequel Antoine s'attache à constituer une ressource pour l'aider à faire face à ses idées suicidaires. Dans le second, l'indétermination relève d'un doute sur la capacité personnelle d'Antoine à répondre de manière adéquate au patient. Pour lever l'incertitude, il sollicite une collègue pour lui apporter son « aval », pour le « conforter » dans les choix réalisés.

Dans cet exemple, même si Antoine semble compétent face à la situation, la sollicitation de sa collègue indique que l'élaboration du rapport au métier a nécessité, dans ce cas, l'appui d'une collègue pour examiner et entériner l'action qu'il choisit de mener. Ce soutien d'une « paire » permet de cautionner ses choix pour l'action, ceci avant qu'Antoine soit en mesure d'évaluer lui-même leur pertinence, ce que la répétition de ce type d'enquête lui a par la suite permis : « Maintenant ces situations-là m'arrivent fréquemment et maintenant j'ai confiance totalement. Je sais ce qu'il faut faire ». Ici, on voit comment autrui-pair constitue une ressource dans cette enquête qui traduit une phase transitoire de l'apprentissage et conduit le sujet à être « en confiance » dans son rapport au métier.

Tableau 19 : Enquête d'Antoine

-	***Eléments de narration (situations, parcours, représentations)***	***Interprétation de la situation***	***Construction de sens et d'un rapport subjectif au métier***
Mise en intrigue d'un contexte indéterminé	*« C'était une des premières fois où j'avais vraiment en face de moi un patient qui verbalisait des idées suicidaires. J'avais en tête des outils, des choses très concrètes que j'ai mises en place. Mais j'étais pas très à l'aise avec ça »*	Survenue d'un type inédit de situation. Antoine sait comment réagir face au patient mais manque d'assurance. Il n'est alors pas certain que sa réponse soit adaptée	Problème de « confiance » dans le choix de la réponse professionnelle que le sujet a lui-même déterminée d'après ses connaissances
Diagnostic des voies de résolution	*« Je me souviens qu'à l'époque j'ai interpellé ma collègue […]. « Qu'est-ce que tu me conseillerais ? » »*	Antoine demande l'approbation d'une collègue concernant son diagnostic et la réponse qu'il envisage d'apporter	L'avis des collègues peut permettre de lever les doutes d'Antoine sur la démarche qu'il a choisie
Activité réflexive	*« Je savais ce qu'il fallait faire. Mais quand on est jeune professionnel, on a quand-même peur de mal faire »*	Le manque d'assurance d'Antoine dans son jugement est associé à un manque d'expérience et non de connaissance	L'assurance et la confiance en soi font partie de l'apprentissage du métier
Balisage du milieu, identification/ construction de ressources	*« Elle m'a conforté dans mon idée. Mais au moins, effectivement, j'avais l'aval de collègues expérimentés et ça m'a mis en confiance. Effectivement, maintenant ces situations-là m'arrivent fréquemment et maintenant j'ai confiance totalement »*	La répétition de situations similaires a permis l'acquisition progressive par Antoine d'une confiance suffisante pour ne plus nécessiter l'approbation de ses collègues	La confiance en soi est un ingrédient significatif de l'apprentissage du métier. Elle se cultive dans la pratique et en interaction avec patients et pairs

5.1.3. Enquête de Chloé : « on n'a pas forcément le temps »

Cet exemple porte sur l'évaluation écrite que doit produire une équipe de pédopsychiatrie après chaque activité réalisée avec les enfants pris en charge. Membre de cette équipe, Chloé raconte comment le manque de temps l'empêche de réaliser cette tâche et la stratégie qu'elle adopte habituellement pour assurer cette évaluation, ceci tout en « aménageant » le protocole :

> **Chloé** : […] Des fois, quand on regarde le protocole, souvent c'est les objectifs, le but, tout ça, le déroulement de l'activité et à la fin, une évaluation. Nous l'évaluation, on n'a pas le temps le soir de mettre des transmissions. Normalement on devrait, à chaque fin de poste, mettre des transmissions sur chaque enfant, sur chaque activité qu'il a faite, tout ça. Mais le problème, c'est qu'on a un manque de temps pour pouvoir les faire. Donc, on les marque sur papier et on fait des mini-synthèses de ce qui s'est passé entre les vacances et on fait des synthèses en vacances, là où on a plus le temps de se poser. Donc, dans l'idéal effectivement, c'est comme le protocole le dit : faire une évaluation après chaque activité et puis voir, en faisant une synthèse de toutes les évaluations, s'il y a une évolution. Mais le souci, c'est que vu le nombre d'enfants et le temps qui nous est imparti, c'est pas possible. Parce que si on fait une activité... Par exemple, en première partie, nous c'est de 13h30 à 14h30, de 15h à 16h, on enchaîne une autre activité. […]
>
> **J. de Miribel** : Et ça vous dérange pas de déroger comme ça à la règle ?
>
> **C :** Un peu. Un peu. Mais après on se rattrape. Par exemple, nous, on essaie de faire au mieux après chaque activité de faire une petite note ou, quand on a du temps, d'écrire ce qu'on a vu ou ce qu'on a pu observer sur l'activité. Donc souvent dans les activités, les collègues se réunissent, on est à peu près 3-4 par activité, tout dépend l'activité, et on dit : « Voilà, j'ai observé ça » et on met toutes les compétences professionnelles ensemble pour marquer toutes les observations. Et ensuite c'est mis, par exemple je pense, je parle pour mon cas à la piscine. Quand on va à la piscine, c'est sur le trajet du retour qu'on écrit les transmissions sur un cahier. Et comme ça on sait qu'on a le cahier. C'est écrit. C'est pas forcément mis sur Cariatides [logiciel de gestion des données médicales du patient] parce qu'on n'a pas forcément le temps, mais c'est écrit sur un cahier. Et quand on a du temps, on reprend toutes les évaluations qu'on a fait après chaque séance et on fait une synthèse qu'on met par exemple : « de tel mois à tel mois, on a fait ça ». Mais on a les écrits de toutes les séances. Et c'est vrai que le problème, c'est qu'on n'a pas forcément le temps de les mettre sur Cariatides. C'est ça peut-être. L'outil informatique c'est très bien, mais ça prend du temps en fait. Donc, après voilà quoi. […]
>
> **JM** : Ça, vous le criez pas sur tous les toits ?
>
> **C :** Ben non, pas forcément. Parce que moi j'aimerais bien que ce soit mis sur Cariatides, mais c'est le manque de temps en fait. Tous les jours on devrait mettre : « Activité, untel, il s'est passé ça, ça, ça ». Mais le problème, c'est qu'on n'a pas le temps de les noter. Donc c'est vrai que c'est noté sur un cahier. Les activités dont je fais partie, je sais qu'on fait les transmissions sur papier et après on remet. Au moins j'ai bonne conscience en me disant que c'est déjà sur papier mais, mais voilà quoi.
>
> (Entretien avec Chloé, 23 ans, infirmière, 28 janvier 2015)

Chloé relate dans cet extrait une organisation mise en place par son équipe afin d'assurer le suivi écrit des activités. Elle explique que, faute de temps, elle ne peut rédiger ce suivi sur le support informatique prévu pour cette tâche (Cariatides) et permettant un suivi administratif. Emeline et ses collègues utilisent alors un cahier leur permettant de consigner leurs observations en vue de les retranscrire plus tard dans Cariatides. On comprend dans le récit de Chloé que ces notes ne sont pas systématiquement reportées dans le dossier informatique : « Mais on a les

écrits de toutes les séances. Et c'est vrai que le problème, c'est qu'on n'a pas forcément le temps de les mettre sur Cariatides ».

Ce système de suivi ne correspond pas en tout point à ce qui est prescrit par l'organisation du travail, ce que Chloé et son équipe devrait faire « dans l'idéal », pour reprendre l'expression employée par Chloé. On voit cependant comment ils « ajustent » la prescription en produisant l'écrit demandé, bien que celui-ci soit peu voire pas retranscrit *via* Cariatides. Cette solution apparaît acceptable pour l'équipe, ce qui résout la tension provoquée par un écart entre travail prescrit et travail réel et restaure, du point de vue de Chloé, un équilibre dans l'activité. Celui-ci est déterminé à travers une organisation informelle de l'équipe soignante dont les membres mettent en commun leurs observations lors de moments de transition entre les activités (par exemple dans les transports en commun). L'enquête de Chloé, consistant à trouver et maintenir cet équilibre, puise alors des ressources dans ce fonctionnement informel, voire « clandestin », du collectif de travail. La transgression de la règle devient ici un moyen de bien faire son travail. Cette posture conduit alors à une adaptation du protocole témoignant d'une appropriation par Chloé de la définition de son travail. Ce « pas de côté » qu'elle s'autorise révèle l'élaboration d'un rapport au métier à travers lequel, aidée par le collectif, elle entreprend de redéfinir le travail si cela se justifie à ses yeux.

Dans cette (re)configuration, l'arbitrage de Chloé, confortée par son équipe (incluant probablement le cadre de santé), est associable à la construction d'une manière d'envisager l'activité dont la part prescrite peut être redéfinie localement. On remarque ici comment le collectif de travail dispose d'un rôle important dans cette redéfinition. La norme définie par ce dernier présente une portée significative dans l'apprentissage du métier. Si ce dernier déployait des solutions pour renseigner Cariatides « coûte que coûte » (comme délaisser quelque peu la relation avec les enfants, s'imposer du temps de travail supplémentaire, etc.), on peut supposer que Chloé aurait construit un rapport différent au métier porté par exemple par l'idée que le protocole constitue la finalité du travail.

Tableau 20 : Enquête de Chloé

-	***Eléments de narration (situations, parcours, représentations)***	***Interprétation de la situation***	***Construction de sens et d'un rapport subjectif au métier***
Mise en intrigue d'un contexte indéterminé	*« Nous, l'évaluation, on n'a pas le temps le soir de mettre des transmissions. Normalement on devrait, à chaque fin de poste, mettre des transmissions sur chaque enfant, sur chaque activité qu'il a faite »*	Si la prescription du travail prévoit que les infirmiers rédigent une évaluation des activités réalisées dans le dossier du patient informatisé (Cariatides), Chloé explique ne pas pouvoir le faire par manque de temps	Vécu d'une tension entre le travail prescrit et la réalité du quotidien provoquant une tension dans l'activité
Diagnostic des voies de résolution	*« Quand on va à la piscine, c'est sur le trajet du retour qu'on écrit les transmissions sur un cahier. […] Et quand on a du temps, on reprend toutes les évaluations qu'on a fait après chaque séance et on fait une synthèse »*	Chloé et son équipe utilisent les espace-temps entre les activités pour rédiger ses écrits de transmission qu'elle consigne alors dans un cahier en attendant de pouvoir les retranscrire dans Cariatides.	Chloé et son équipe choisissent et assument un décalage par rapport au travail prescrit leur permettant de conserver une trace des activités réalisées
Activité réflexive	*« Les activités dont je fais partie, je sais qu'on fait les transmissions sur papier et après on remet. Au moins j'ai bonne conscience en me disant que c'est déjà sur papier »*	Le renseignement de l'évaluation sur le cahier n'est pas conforme au protocole (renseignement dans Cariatides), mais constitue pour Chloé une solution intermédiaire acceptable	Pour bien faire son travail (ici pour avoir « bonne conscience »), le collectif de travail peut procéder à des ajustements locaux selon les situations
Balisage du milieu, identification et construction de ressources	*« Nous, on essaie de faire au mieux après chaque activité, de faire une petite note ou, quand on a du temps, d'écrire ce qu'on a vu ou ce qu'on a pu observer sur l'activité. Donc souvent dans les activités, les collègues se réunissent, on est à peu près 3-4 par activité, tout dépend l'activité, et on dit : « Voilà, j'ai observé ça » et on met toutes les compétences professionnelles ensemble pour marquer toutes les observations. […] C'est pas forcément mis sur Cariatides parce qu'on n'a pas forcément le temps, mais c'est écrit sur un cahier »*	L'utilisation du cahier apparaît comme une habitude intégrée dans le travail de Chloé et son équipe	Le cahier matérialise ici l'ajustement local de l'organisation du travail réalisé collectivement. Cet outil « non officiel » mais institué par le collectif de travail devient une ressource centrale pour l'activité

5.2. La construction du rapport au métier à travers le DPT

5.2.1. Enquête de Camille : « on fait une introspection et on arrive nous-mêmes à trouver les solutions »

L'extrait qui suit porte sur le travail réflexif mené par Camille dans le cadre du tutorat. Le travail de réflexivité mis en œuvre avec sa tutrice lui a semblé profitable au point de regretter que ce type de démarche se borne au DPT et ne soit pas repris dans la pratique des équipes de soins.

> **Camille** : Elle [la tutrice] essaie de parcourir un peu mon parcours pour voir si elle peut rebondir sur des choses. On a déjà rebondi sur pas mal d'événements qui me sont arrivés dans ma petite carrière. Et puis ensuite on a évoqué... en fait, c'est moi qui décide du thème sur le prochain entretien. Donc, la dernière fois on avait fait sur les états limites, *borderline*. Donc c'est génial, parce qu'étant donné qu'on est sur le même pôle, on peut parler des patients qu'on connaît. Donc voilà, on échange sur ça. […] Parce que c'est trois heures, en fait, d'entretien. Donc, c'est super intéressant. J'ai de bons échanges avec elles.
>
> **J. de Miribel** : D'accord. Vous avez « rebondi » sur « des événements » vous avez dit.
>
> **C** : Oui.
>
> **JM** : Je peux vous demander de me donner un exemple ?
>
> **C** : Ben, par exemple je me suis déjà faite agresser ici. Ou des événements entre collègues, des altercations, ou des menaces de patients, ou des difficultés parce que je me suis sentie mise en danger par un patient. Voilà. Ce genre de choses en fait. Donc, elle reprend un peu les choses, on reprend ensemble et le fait de discuter, je m'autocritique en fait. Savoir comment j'aurais pu faire mieux et voilà.
>
> **JM** : Et avec le recul, ça vous a apporté quoi de pouvoir échanger sur ces points-là avec votre tutrice ?
>
> **C** : Ben en fait, moi je trouve ça super enrichissant. Simplement, c'est dommage que ce soit si ponctuel, parce qu'on devrait le faire plus souvent en équipe finalement. Enfin, c'est mon point de vue. Je pense que c'est quelque chose qui devrait être pris en équipe, lors des transmissions par exemple. Si un collègue a été mis en difficulté, c'est le moment justement d'évoquer les choses. Parce qu'en équipe on peut reprendre et... ne serait-ce que relater les faits, finalement, on fait une introspection et on arrive nous-mêmes à trouver les solutions. Donc, bon. Là, c'est super parce qu'on m'offre de le faire, mais je pense que c'est quelque chose à appliquer au quotidien au travail. Je pense qu'ici on a la possibilité de le faire. On manque un peu de temps, mais voilà. On a la possibilité de le faire. Dans l'équipe où je suis maintenant ça va, parce que c'est des infirmières qui ont un peu plus d'expérience que moi, donc c'est super enrichissant parce que je peux échanger. Je pense par exemple à quand j'étais [autre structure de soins intra à temps complet où a exercé Camille], j'étais quasiment une des plus anciennes, ce qui était un peu compliqué parce que du coup j'avais beau expliquer mes problématiques, j'étais dans une équipe où on prenait pas forcément beaucoup la parole. Les gens ne s'exprimaient pas, ne donnaient pas leur avis.
>
> (Entretien avec Camille, infirmière, 26 ans, 2 juillet 2015)

Le vécu du tutorat est qualifié par Camille d'exercice « enrichissant » lui permettant de revenir sur des « événements » de sa « petite carrière » et les mobiliser pour traiter des thèmes de son choix. La néo-infirmière semble établir une relation entre l'action et la mise en sens de l'action, lors d'un temps différé (tutorat), ceci par la médiation de sa tutrice. Ce procédé est approprié par Camille comme une véritable *enquête sur soi* en lien avec le milieu de travail et verbalisé comme telle : « je m'autocritique » ; « on fait une introspection ». Le choix de tels termes est

fort car très probablement pesé de la part d'une professionnelle du traitement psychique. Pour Camille, cet exercice est par ailleurs utile à l'activité : « on arrive nous-mêmes à trouver des solutions ». Il présente ainsi des vertus pragmatiques, ce qui conduit le sujet à suggérer de transposer cette démarche dans le quotidien des équipes soignantes. Tout en faisant cette suggestion et en affirmant « la possibilité de le faire », Camille érige le tutorat et, plus généralement la discussion entre pairs, en véritable ressource pour le travail soignant, ressource qu'elle parvient à exploiter de manière informelle dans son quotidien au travail et dans la relation avec des pairs plus expérimentés qu'elle : « Dans l'équipe où je suis maintenant ça va, parce que c'est des infirmières qui ont un peu plus d'expérience que moi, donc c'est super enrichissant parce que je peux échanger ».

Tableau 21 : Enquête de Camille

-	***Eléments de narration (situations, parcours, représentations)***	***Interprétation de la situation/ du vécu***	***Construction de sens et d'un rapport subjectif au métier***
Mise en intrigue d'un contexte indéterminé	*« On a déjà rebondi sur pas mal d'événements qui me sont arrivés dans ma petite carrière […] Ben, par exemple je me suis déjà faite agresser ici. Ou des événements entre collègues, des altercations, ou des menaces de patients, ou des difficultés parce que je me suis sentie mise en danger par un patient. Voilà. Ce genre de choses en fait »*	Camille utilise le temps passé avec sa tutrice pour mener une réflexion à partir d'événements vécus dans le cadre professionnel l'ayant mise en difficulté	Le retour réflexif (enquête sur soi) dans le cadre du tutorat est mobilisé pour examiner des situations difficiles vécues
Diagnostic des voies de résolution	*« Donc, elle reprend un peu les choses, on reprend ensemble et le fait de discuter, je m'autocritique en fait. Savoir comment j'aurais pu faire mieux et voilà »*	Au cours de la discussion avec sa tutrice Camille interroge de manière critique sa propre pratique	Une réflexion sur l'action est réalisée à travers une réflexion sur soi en situation de travail (démarche réflexive)
Activité réflexive	*« On fait une introspection et on arrive nous-mêmes à trouver les solutions »*	Le retour réflexif accompagné par la tutrice permet à Camille de déterminer des ressources pour l'activité à venir	Cette démarche de réflexivité médiatisée par la tutrice est utile à l'apprentissage du travail soignant
Balisage du milieu, identification et construction de ressources	*« Je pense que c'est quelque chose qui devrait être pris en équipe, lors des transmissions par exemple. Si un collègue a été mis en difficulté, c'est le moment justement d'évoquer les choses. […] On a la possibilité de le faire. Dans l'équipe où je suis maintenant ça va, parce que c'est des infirmières qui ont un peu plus d'expérience que moi, donc c'est super enrichissant parce que je peux échanger »*	L'analyse personnelle de l'expérience devrait, selon Camille, être étendue à la pratique des équipes soignantes, ce qu'elle vit déjà au sein de son équipe de manière informelle	Pour Camille, la discussion favorisant une réflexion sur l'action *peut* et *doit* être mise en œuvre *dans* et *par* les collectifs de soignants

5.2.2. Enquête de Nathalie : « il faut pas rester sur des acquis »

Le propos de Nathalie porte sur le DPT de manière général. Il s'agit, selon elle, d'une véritable chance donnée aux infirmiers en psychiatrie pour développer la connaissance de leur discipline.

> **Nathalie** : Moi je trouve que c'est ça qui est important dans notre métier. Faut savoir ouvrir son esprit à tous les courants de la psychiatrie. On a affaire à des gens qui sont dans un courant plus ACP [approche centrée sur la personne], plus psychanalytique, enfin, il faut être ouvert sur tout. Donc du coup, faut échanger avec les autres, pouvoir avoir tous les outils nécessaires à travailler au mieux chez nous. Je pense qu'il faut pas rester sur des acquis comme ça, qu'une équipe ou qu'un secteur vous apporte. Parce que forcément, c'est facile de se mettre dans un secteur et de suivre un petit peu les démarches du chef de pôle et de se dire : « on fait que comme ça, c'est comme ça ». Je pense qu'on a cette chance, nous infirmiers en psychiatrie, d'avoir cette autonomie de pensée et cette liberté de pensée et de pouvoir observer, d'apporter nos observations aux médecins assez librement quand on a des médecins assez cools. Il y en a qui s'en foutent un peu de ce que pense l'infirmier. Nous ici, on a quand-même cette chance-là de travailler avec des médecins qui sont à l'écoute des équipes infirmières pour la majorité. Donc, du coup voilà, c'est intéressant. C'est enrichissant, on apprend tous les jours par nos patients. On apprend tous les jours par ses échanges et ses collègues sur les autres secteurs, donc faut savoir en profiter de ça. […] Après, il y a des personnes qui ont cette investigation facile naturelle. D'eux-mêmes, ils vont aller chercher ou lire, se documenter. Moi personnellement, je suis pas une amatrice de lecture. J'ai pas le temps, j'ai trois enfants. Je vais pas aller me documenter sur toutes les nouvelles choses qui sont sorties. Mais du coup, moi, ces formations-là que j'avais me permettaient de garder ce tempo, le rythme extérieur où toutes les nouvelles choses arrivaient, se mettaient en place. Et du coup, oui, une ouverture d'esprit certaine que je n'aurais pas si j'avais pas cette formation, enfin. Non, je trouve que c'est capital. Et en tant que jeune infirmier, pour pas tomber là-dedans… Après maintenant, voilà. Même si j'ai plus le tutorat ou quoi que ce soit d'autre, je le fais quand-même de façon naturelle, ne serait-ce que par la formation continue qui nous est quand-même proposée par l'EPSM. Mais aussi par cette facilité de parole que j'ai, ou dès que je vois quelqu'un j'échange et je profite d'appeler un médecin pour échanger sur une situation, etc. Mais en tant que jeune infirmier, on le fait pas. On est intimidé par les médecins. On est intimidé par les anciens. Donc on va pas se questionner suffisamment. On va pas se renseigner suffisamment sur les diverses prises en charge possible pour telle ou telle pathologie. Et du coup, ouais, j'ai peur que ça forme des infirmiers à une façon de faire et pas l'autre et que ça reste trop rigide. En psychiatrie, on peut pas être rigide, c'est pas possible. Chaque patho' est différente. Et même la même pathologie en fonction des patients est différente. Donc on peut pas se rigidifier. Il faut vraiment être très souple.
>
> (Entretien avec Nathalie, 31 ans, infirmière, 2 juillet 2015)

Nathalie avance que chacun doit mener ses propres recherches, sa propre « investigation », mais qu'une telle implication est plus « naturelle » pour certains que pour d'autres. L'enquête menée par Nathalie cherche à déterminer des moyens d'apprendre et de renouveler sa pratique, ceci malgré le peu de possibilité qu'elle entrevoit pour s'investir dans ce sens. Elle estime, pour sa part, ne pas être en mesure de mettre en œuvre une telle démarche spontanément, même si elle exprime avoir un goût pour l'apprentissage qu'elle a cultivé au moyen de la formation. Celle-ci lui apparaît alors indispensable pour diversifier ses connaissances en considération de la diversité des pratiques caractérisant la psychiatrie. Pour Nathalie, on le voit, les formations organisées par l'établissement (notamment dans le cadre du DPT) sont déterminantes pour préserver et développer l'« autonomie de pensée » des infirmiers. Nathalie ne lit pas beaucoup. De plus elle a peu de temps à consacrer à la recherche d'actualité sur sa profession en raison de

ses contraintes familiales. La formation constitue, selon elle, un moyen d'accéder à une certaine « ouverture d'esprit » et cultiver une envie d'apprendre conduisant à discuter et questionner collègues infirmiers et médecins pour apprendre continuellement. Cette capacité à échanger dans le cadre du travail lui permet de se tenir informée de différentes manières de faire et de certaines évolutions du travail infirmier. Cette stratégie d'apprentissage apparaît acceptable aux yeux de Nathalie. Elle lui permet d'actualiser ses connaissances, ceci malgré les limites qu'elle a invoquées pour s'autoformer. Elle insiste enfin sur le rôle central de la formation, dans son parcours, pour développer ce rapport à l'apprentissage et, ce faisant, au métier.

Tableau 22 : Enquête de Nathalie

-	***Eléments de narration (situations, parcours, représentations)***	***Interprétation de la situation/ du vécu***	***Construction de sens et d'un rapport subjectif au métier***
Mise en intrigue d'un contexte indéterminé	*« Il y a des personnes qui ont cette investigation facile naturelle. D'eux-mêmes, ils vont aller chercher ou lire, se documenter. Moi personnellement, je suis pas une amatrice de lecture. J'ai pas le temps, j'ai trois enfants. Je vais pas aller me documenter sur toutes les nouvelles choses qui sont sorties »*	Si certains professionnels présentent de bonnes dispositions (« investigation facile naturelle », « temps ») pour s'autoformer, d'autres ont moins de possibilités. C'est le cas de Nathalie qui invoque notamment des contraintes familiales	Mener des recherches pour faire évoluer sa pratique implique certaines conditions ne permettant pas à Nathalie d'entrer dans cette démarche
Diagnostic des voies de résolution	*« Mais du coup, moi, ces formations-là que j'avais me permettaient de garder ce tempo, le rythme extérieur où toutes les nouvelles choses arrivaient, se mettaient en place. Et du coup, oui, une ouverture d'esprit certaine que je n'aurais pas si j'avais pas cette formation »*	La formation constitue pour Nathalie une ressource majeure pour être aujourd'hui réceptive à la pluralité des pratiques et aux différentes évolutions	La formation permet de développer ses connaissances en psychiatrie, mais aussi de prendre conscience que les pratiques sont multiples et évoluent constamment
Activité réflexive	*« Donc du coup, faut échanger avec les autres, pouvoir avoir tous les outils nécessaires à travailler au mieux chez nous. Je pense qu'il faut pas rester sur des acquis comme ça, qu'une équipe ou qu'un secteur vous apporte »*	Pour Nathalie, l'apprentissage doit être continu et passer par l'échange pour faire évoluer la pratique professionnelle	Outre la formation, les interactions (au travail ou en formation) constituent une ressource pour l'apprentissage en continu
Balisage du milieu, identification/ construction de ressources	*« Même si j'ai plus le tutorat ou quoi que ce soit d'autre, je le fais quand-même de façon naturelle, ne serait-ce que par la formation continue qui nous est quand-même proposée par l'EPSM. Mais aussi par cette facilité de parole que j'ai, ou dès que je vois quelqu'un j'échange et je profite d'appeler un médecin pour échanger sur une situation, etc. »*	Le vécu du tutorat a contribué à développer chez Nathalie une démarche d'ouverture vers l'apprentissage par l'échange ou la formation continue	La formation et le tutorat permettent de cultiver chez les infirmiers une habitude à vouloir apprendre tout au long de leur parcours professionnel

5.2.3. Enquête de Xavier : « je prends ce que vous me proposez et après je ferai le tri »

Le récit de Xavier fait ici ressortir un vécu du DPT comme une offre de formation jugée utile au sujet pour conduire son orientation professionnelle ultérieure :

> **Xavier :** Ah oui, oui. Parce qu'on arrive ici. Ben on est un peu nu. On sort de l'école, on apprend sur le terrain. Et donc on essaie de faire avec. Avec les collègues aussi, ce qu'ils peuvent nous apporter. Et par contre là, ça met vraiment du concret. Enfin, il y a vraiment des apports concrets qui sont là. C'est des techniques d'entretiens éprouvées par exemple. Enfin, je connaissais pas avant tout ce qui était Carl Rogers, voilà. Enfin, des techniques d'entretiens infirmiers qui peuvent être présentes. Des techniques de thérapie comme la thérapie brève, l'approche centrée sur la personne, enfin voilà. Et c'est ici qu'ils commencent un peu à nous parler de tout ça. Et la professionnalisation, pour moi, j'ai vu ça un peu comme une amorce aux différentes formations que l'EPSM peut nous proposer. Admettons, je vais revenir sur la sensibilisation à la thérapie systémique brève. C'était une formation qui se passait... c'était une demi-journée qui se passait pendant la professionnalisation. Donc, on nous a expliqué succinctement la chose, comment cette thérapie se déroulait, et j'ai vu ça en fait comme une amorce. Parce que moi ici, après, quand j'ai fini la professionnalisation, j'ai demandé cette formation-là institutionnelle. Parce que ça m'a intéressé. J'étais... comme je l'ai dit quand je suis arrivé en professionnalisation, ils demandent un peu nos objectifs, tout ça, ce qu'on attend. Moi j'ai dit : « Ben j'ai aucune attente particulière. Je suis ouvert. Je prends ce que vous me proposez et après je ferai le tri ». J'ai vu ça comme ça. Ils nous ouvrent l'éventail de ce que l'EPSM peut nous proposer par la suite. […] Parce qu'ils essaient vraiment de faire un éventail le plus large possible et ça apporte son utilité sur notre orientation après professionnelle, sur les spécificités qu'on peut avoir.
>
> **J. de Miribel** : Et alors vous, en quoi ça vous a aidé ? Parce que tout à l'heure vous m'avez présenté un petit peu un projet professionnel quand même assez réfléchi. Et du coup, est-ce que ce dispositif a alimenté la construction de votre projet ?
>
> **X** : Alors la professionnalisation en elle-même, je dirais « alimenté », je dirais pas à 100 %. Ca a quand même apporté une contribution. Notamment quand on a eu les demi-journées, tout ce qui était psychopatho, pharmaco, tout ça. Après tout ce qui est sur la législation, l'éthique, qui sont abordées aussi en professionnalisation, voilà. C'est des petites briques comme ça qui ont certainement un peu donné un petit peu d'huile au moteur pour que je réfléchisse un peu à tout ça après. Je me suis dit : « Ben tiens, un master je pourrais... Voilà c'est vraiment du travail, des cas cliniques, de la psychopatho, je pourrais approfondir ce domaine de compétences-là », enfin voilà. J'y ai réfléchi certainement de manière inconsciente au début. Puis après quand j'y ai repensé, je me disais : « Ben c'est vrai que ça je l'ai vu en professionnalisation. C'est vrai que c'était pas mal », enfin voilà. Plus en amont. Mais vraiment, vraiment... […] Moi, il y a ça, mais il y aussi l'enrichissement personnel. Au vu du master que j'avais réfléchi, voilà je me consacre pas non plus qu'à la pédopsy dans mes lectures et dans mes recherches, voilà. Comme les différents modes d'hospit', nous c'est du soin libre, avec autorisation parentale ou du représentant légal. Chez l'adulte, voilà, je m'intéresse aussi à tout ce qui est […] DRE [Demande du représentant de l'Etat], voilà tout ce qui était représentant de l'Etat, de la demande du tiers en urgence, voilà, je m'intéresse aussi. Parce que peut-être qu'un jour je serai voué à travailler chez l'adulte. Aussi un besoin personnel de curiosité à combler. Parce que je m'intéresse vraiment au boulot, à la santé mentale comme je disais au tout début, même avant que je commence. Voilà, il y a toujours cette curiosité qui est présente et je me remets toujours en question et j'approfondis toujours ce que je peux approfondir.
>
> (Entretien avec Xavier, 25 ans, infirmier, 19 février 2015)

Ici, le DPT est explicitement décrit comme un outil, un « éventail » utile à la connaissance du sujet concernant les formations existant au sein de l'EPSM-LM et que Xavier pourrait suivre en fonction de ses appétences, ceci après avoir fait un « tri » parmi les perspectives qui lui sont présentées. Le récit de Xavier semble montrer que l'appropriation du travail infirmier est

essentiellement favorisé par la relation avec « les collègues » dans les services de soins. Le DPT constitue, pour sa part, une sorte d'introduction à la formation continue interne à l'établissement : « Avec les collègues […], ça met vraiment du concret. […] Et la professionnalisation, pour moi, j'ai vu ça un peu comme une amorce aux différentes formations que l'EPSM peut nous proposer ».

Ce qui est ici décrit comme une offre de professionnalisation apparaît comme une ressource supplémentaire davantage destinée à la spécialisation du sujet qu'à son adaptation au travail lors de ses débuts professionnels. Xavier exprime un lien fort entre développement personnel et développement professionnel. En effet, son discours sur le renforcement des connaissances est associé à un « enrichissement personnel » le conduisant à mentionner le projet de passer un « master ». L'évocation de ce diplôme est tout à fait significative de l'enquête menée par Xavier. D'une part, elle témoigne de la volonté d'atteindre un niveau de connaissance spécialisé dans son champ de pratique. D'autre part, la filière universitaire exprime indirectement un souhait de mobilité professionnelle de la part de Xavier qui semble animé du souhait de devenir cadre de santé, projet que Xavier a déjà évoqué plus tôt dans l'entretien comme voie d'orientation professionnelle :

> Là, pour l'instant je peux vraiment dire que je suis à l'EPSM parce que j'ai un emploi stable, parce que L'EPSM me propose une évolution de carrière donc là en tant que cadre de santé, par la suite, à moyen long terme. J'ai pas d'autre projet pour l'instant. Pour moi, pour l'instant ça me convient au niveau de l'évolution de carrière. Mais par contre, si au bout de quelques années je vois qu'il n'y a pas beaucoup d'évolution, voire pas, ça me dérangerait pas de partir.
>
> (Entretien avec Xavier, 25 ans, infirmier, 19 février 2015)

Le propos de Xavier montre ici un niveau d'enquête dépassant le cadre de la situation de travail et de la découverte du métier. Elle le conduit à se projeter dans un futur professionnel évolutif. Ici, le DPT apparaît principalement comme un moyen mobilisé dans une stratégie individuelle de développement professionnel au sein de l'institution psychiatrique, évolution possiblement externe à l'EPSM-LM si l'établissement ne parvient pas à répondre aux attentes de mobilité professionnelle de Xavier. Ici, le projet personnel exprimé est convergent avec les activités de l'établissement organisateur du DPT. Mais pour le sujet, ce dernier doit pouvoir apporter une perspective de carrière satisfaisante compte tenu du potentiel amené par la formation. Exprimant son souhait de progression, Xavier exprime sans réserve son implication dans les activités de l'établissement, ceci tant que ce dernier répondra à ses attentes de carrière.

Tableau 23 : Enquête de Xavier

-	***Eléments de narration (situations, parcours, représentations)***	***Interprétation de la situation/ du vécu***	***Construction de sens et d'un rapport subjectif au métier***
Mise en intrigue d'un contexte indéterminé	*« Ben on est un peu nu. On sort de l'école, on apprend sur le terrain. Et donc on essaie de faire avec. Avec les collègues aussi, ce qu'ils peuvent nous apporter […] Et la professionnalisation, pour moi, j'ai vu ça un peu comme une amorce aux différentes formations que l'EPSM peut nous proposer »*	Xavier exprime avoir débuté comme infirmier avec peu de ressources, ce à quoi il s'est efforcé de remédier en apprenant le métier au contact de ses collègues	Lorsque Xavier a débuté, il savait peu de choses sur le métier. Il a alors dû chercher des moyens d'apprendre, notamment au contact de ses collègues. Dans un second temps, la formation apparaît comme une ressource complémentaire à exploiter
Diagnostic des voies de résolution	*« « Ben j'ai aucune attente particulière. Je suis ouvert. Je prends ce que vous me proposez et après je ferai le tri ». J'ai vu ça comme ça. Ils nous ouvrent l'éventail de ce que l'EPSM peut nous proposer par la suite »*	Il perçoit la formation comme une offre dans laquelle il peut choisir les thématiques l'intéressant	Pour Xavier, la formation constitue un potentiel d'apprentissage du métier dans lequel il pourra puiser des éléments de ressource et en écarter d'autres
Activité réflexive	*« Ben tiens, un master je pourrais... Voilà c'est vraiment du travail, des cas cliniques, de la psychopatho, je pourrais approfondir ce domaine de compétences-là »*	Cet apprentissage est associé par Xavier à un ensemble plus large de formations dont il peut bénéficier, de manière à s'engager par la suite dans une spécialisation professionnelle spécifique	L'apprentissage du métier peut faire l'objet d'une spécialisation, éventuellement en passant par la filière universitaire
Balisage du milieu, identification et construction de ressources	*« Je me consacre pas non plus qu'à la pédopsy dans mes lectures et dans mes recherches […] Parce que peut-être qu'un jour je serai voué à travailler chez l'adulte […] L'EPSM me propose une évolution de carrière donc là en tant que cadre de santé, par la suite, à moyen long terme. […] Mais par contre, si au bout de quelques années je vois qu'il n'y a pas beaucoup d'évolution, voire pas, ça me dérangerait pas de partir »*	Xavier voit dans ces apports des éléments pouvant contribuer à son orientation professionnelle au sein de l'institution psychiatrique	La formation est ici envisagée comme un moyen favorisant la mobilité professionnelle interne ou externe à l'établissement

Conclusion : la portée du travail éducatif dans la construction du rapport au métier

La lecture de l'AFC réalisée au prisme des dimensions composant l'« architecture » d'un métier (Clot, 2007, 2008 ; cf. chapitre 5) apporte un éclairage sur la construction du rapport au métier d'infirmier tel qu'il s'exprime dans les discours composant le corpus étudié. Rappelons ici que,

selon Y. Clot, le métier est mis en œuvre au niveau *personnel* et dans une perspective nécessairement *interpersonnelle*. De même, le métier s'inscrit dans un dimension historico-culturelle *transpersonnelle*. L'oublier ou l'ignorer reviendrait à défaire le métier de sa base culturelle. L'éthique infirmière en psychiatrie ne peut, par exemple, se construire sans référence au passé asilaire des institutions psychiatriques. Enfin, le métier comporte une structure *impersonnelle* assurant la continuité d'une situation à l'autre et permettant à la femme ou à l'homme de métier d'anticiper des situations à venir. La part *impersonnelle* de l'activité est définie indépendamment de l'agir du sujet et en amont des situations. L'existence et la pérennité d'un métier sont maintenues par l'équilibre entre ces quatre dimensions. Si l'une est délaissée ou empêchée, le métier se voit alors fragilisé au risque de disparaître.

Nous avons estimé précédemment (cf. chapitre 5) que l'apprentissage du métier implique invariablement, pour le sujet néo-infirmier, d'expérimenter chacun de ces quatre registres. Ainsi, l'enjeu pour le travail éducatif, tel que nous l'avons envisagé dans cette analyse, consiste à agir sur ces quatre dimensions. A partir des cas exposés, on peut alors procéder à une synthèse précisant la place de ces registres dans les différentes « enquêtes » menées. Cette entrée offre une lecture des dynamiques à l'œuvre dans l'apprentissage et le développement professionnel des néo-infirmiers. Les choix effectués par les sujets devant les situations indéterminées relatées sont porteurs de valeurs et procèdent donc d'arbitrages venant (re)définir, à partir de leur expérience, des repères et des ressources pour l'activité. Ces différents choix font ressortir la mise en œuvre d'un travail éducatif plus ou moins formalisé mis en œuvre dans l'activité (cf. tableau 24, p. 279).

Ainsi, à travers les cas étudiés, la **dimension personnelle** s'exprime sous trois aspects. **(1)** D'abord, la **recherche individuelle de ressources** (registre de l'autoformation). L'engagement personnel dans l'élaboration du rapport au métier semble d'abord passer par la recherche de moyens, de supports, de méthodes ou d'aide utiles pour l'activité. Cet aspect de l'enquête ressort en particulier à travers la mobilisation d'outils (cf. cas de Chloé et d'Emeline) se révélant efficaces dans les situations rencontrées. Mais aussi, et surtout, le recours à l'intervention d'un collègue apparaît ici comme une ressource majeure aussi bien pour l'action que pour la réflexion sur l'action (cf. cas de Camille). Dans ce sens, le DPT est ici perçu comme une ressource potentielle favorisant la mise en réflexion du vécu professionnel, mais aussi le développement individuel (cf. cas de Xavier) et collectif (cf. cas de Nathalie) à long terme. **(2)** La dimension personnelle révèle par ailleurs la mise en œuvre d'une **quête identitaire professionnelle**. Il s'agit d'une *enquête sur soi* présentant des enjeux de définition d'un « soi

professionnel » vécu ou projeté et déterminant dans l'engagement[219] du sujet dans la formation et, plus précisément le DPT (cf. cas de Camille et Xavier).

De son côté, le **registre interpersonnel** est ici particulièrement fort, le travail en psychiatrie se rapportant à des métiers de l'interaction humaine. Dans ce sens, la dimension interactionnelle de l'activité présente des caractéristiques que nous avons précisées plus tôt (cf. chapitre 3). Dans les cas examinés, ce registre se manifeste le plus souvent *via* la relation que le sujet entretien avec ses pairs et le(s) patient(s). La part interpersonnelle du métier est envisagée tout particulièrement comme une **ressource**[220] mobilisée dans l'action (collègue) ou dans la réflexion sur l'action (tuteur). La dimension éducative de l'activité prend une tournure à la fois instituée (et donc formelle) et fortuite (informelle). Ce registre interpersonnel apparaît alors d'autant plus incontournable que l'activité associée au métier puise son sens, ses questions, ses incertitudes, ses difficultés, mais aussi ses réponses et ses évolutions dans la relation avec autrui.

La **part transpersonnelle** s'exprime dans le discours comme un ensemble culturel (pratiques, valeurs, codes, etc.) préexistant aux situations rencontrées, que le sujet prend comme référence et à partir duquel il s'efforce de prendre des décisions et des positions dans l'activité. Les choix qu'il effectue passent alors par la considération de « ce qui se fait » au sein du groupe professionnel (cf. cas d'Emeline, de Nathalie et de Xavier) au regard de son histoire, mais aussi des pratiques et des valeurs dominantes le concernant. L'harmonie ou le conflit caractérisant le rapport du sujet à la part transpersonnelle du métier est significatif de la manière dont il apprend le métier. Ce point ressort en particulier à travers le cas d'Antoine qui, en sollicitant sa collègue, mène une enquête au niveau interpersonnel, mais aussi transpersonnel. De par son ancienneté, elle est reconnue par Antoine comme étant en mesure d'entériner ou de rectifier la démarche mise en place par le jeune infirmier. Elle parle en quelque sorte au nom du métier. La dimension transpersonnelle s'exprime par ailleurs dans le discours de Xavier. Ce dernier l'envisage comme un vaste champ disciplinaire qu'il lui faut explorer pour préciser son orientation

[219] L'engagement en formation est significatif du sens que le sujet investit dans un projet de soi plus ou moins conditionné par la participation au processus de formation. Il s'agit d'une « implication active et volontaire, manifestée par une multitude d'actes de décision interactifs et complémentaires qui structurent et sont structurés par la conduite vis-à-vis de la formation, en vue de la réalisation d'un projet personnel » (Kaddouri, 2011, p. 75).
[220] La dimension relationnelle dans le travail soignant peut à l'inverse tout aussi bien contraindre ou empêcher le travail. Elle est donc aussi potentiellement génératrice de difficultés, éventuellement de souffrance et/ou de violence au travail. Nous insisterons sur cet aspect des choses au chapitre 9.

professionnelle. On entrevoit ici comment le travail éducatif (formel ou informel) est investi par cette dimension du métier.

Enfin, le **niveau impersonnel** est souvent, dans les cas examinés, exprimé sous la forme d'une règle préexistant aux situations rencontrées et associé à une tension dans l'activité vécue par le sujet. Le registre impersonnel fait l'objet d'une appropriation par le sujet à partir duquel il se positionne dans l'activité. La stricte application du travail prescrit est chose impossible car contraire à la condition humaine (cf. chapitre 3). Le sujet est alors conduit à se positionner par rapport à ce registre impersonnel de manière à redéfinir la « tâche » (Leplat, 1997), « ajuster » la prescription au contexte rencontré, éventuellement la **transgresser**, non pour la subvertir, mais pour faire face aux indéterminations de la situation et pour réussir à « bien faire » son travail (cf. cas de Chloé).

La lecture effectuée à partir de ces quatre registres de l'activité permet d'identifier un processus éducatif à l'œuvre émergeant des enquêtes réalisées, ce que synthétise le tableau situé à la page suivante. Ce tableau permet de mettre en avant des occasions d'apprendre contenues dans le travail infirmier (dans un contexte de soins ou en formation). Il en ressort une variété des situations au cours desquelles s'apprend et se construit le rapport au métier. Dans ce sens, l'auteur du travail éducatif peut avoir une fonction instituée (tuteur, formateur), mais se trouve aussi, potentiellement et de manière méconnue, dans chaque situation où le sujet met en œuvre une enquête et cherche à identifier des ressources (humaines ou non humaines) pour restaurer un équilibre dans l'activité vécue.

Tableau 24 : Synthèse des formes de travail éducatif observables à partir des enquêtes étudiées au prisme des quatre registres du métier de Clot

Enquêtes analysées	Registre personnel	Registre interpersonnel	Registre impersonnel	Registre transpersonnel
Cas d'Emeline	L'enquête d'Emeline porte sur l'apprentissage en situation	- Interaction avec une patiente mettant Emeline en difficulté - Interaction avec un collègue suscitant l'apprentissage	Référence à un principe en psychiatrie (ne jamais rien avoir dans les poches)	Le collègue transmet à Emeline une manière de faire détournant le principe énoncé (toujours avoir des ciseaux avec soi)
Cas d'Antoine	L'enquête d'Antoine concerne la confiance en sa capacité à évaluer l'état d'un patient verbalisant des idées suicidaires et proposer une réponse adéquate	- Interaction avec un patient conduisant Antoine à mettre ses connaissances en pratiques - Interaction avec une collègue confirmant la compétence d'Antoine et renforçant son sentiment de confiance en lui	Antoine se réfère à des « outils » d'évaluation qu'il connaît pour déterminer la réponse qu'il apporte au patient et l'éprouver auprès de sa collègue	La collègue d'Antoine représente ce que ce dernier « peut » mettre en place. Antoine se fie davantage à son ancienneté qu'aux « outils » mobilisés
Cas de Chloé	L'enquête de Chloé vise à ajuster la prescription du travail de manière à garder « bonne conscience », c'est-à-dire résoudre une tension vécue dans l'activité	Interaction de Chloé avec les autres membres de son équipe permettant de mettre efficacement en place un fonctionnement informel	Chloé s'approprie le travail infirmier en ajustant la prescription	L'activité du collectif soignant prend le pas sur la prescription du travail, ce qui entérine le positionnement de Chloé dans l'activité
Cas de Camille	L'enquête de Camille procède d'une démarche réflexive à partir de situations difficiles vécues	Interaction avec une tutrice favorisant l'analyse de situation par Camille qu'elle convertit en ressources pour l'activité à venir	Le tutorat est prescrit à Camille qui le mobilise pour mettre en place une démarche réflexive	Camille aborde un certain nombre de thèmes spécifiques au métier d'infirmier en psychiatrie
Cas de Nathalie	L'enquête de Nathalie lui permet d'actualiser ses connaissances et suivre l'évolution des pratiques soignantes	Interaction avec des collègues et des médecins permettant l'efficacité de la stratégie d'apprentissage de Nathalie	Les formations prescrites à Nathalie ont permis de susciter chez elle un intérêt pour apprendre continuellement	En discutant, Nathalie parvient à actualiser ses connaissances concernant l'évolution des pratiques en psychiatrie
Cas de Xavier	L'enquête de Xavier consiste à apprendre le métier par la pratique et identifier des voies d'évolution professionnelles par la pratique	Interaction avec les collègues de travail favorisant l'apprentissage du métier	La professionnalisation est prescrite Xavier. Ce dernier entend mettre celle-ci à profit pour évoluer professionnellement	Le champ professionnel constitue un ensemble à explorer pour définir une voie de spécialisation

Résumé du chapitre 7

Le vécu du travail infirmier est ici particulièrement traité dans ce qu'il contribue à l'élaboration du rapport au métier. L'analyse du discours de néo-infirmiers et d'infirmiers ayant vécu le DPT comme destinataires, fait ressortir des classes de discours témoignant notamment de questionnements qui animent les sujets-énonciateurs dans le courant de l'activité soignante. Il est également mis en exergue une séparation, dans le discours, entre travail soignant et travail éducatif institué. Le « tuteur » semble alors positionné, dans les représentations des sujets-énonciateurs, comme un acteur de l'organisation en mesure de mettre en relation action soignante et réflexion sur cette action. L'analyse fait par ailleurs ressortir l'existence d'une « enquête » (au sens de Dewey) à l'œuvre dans le travail soignant et dans le cadre du DPT. Les sujets auteurs de ces enquêtes sont confrontés, dans l'activité, à des « indéterminations » dont le traitement contribue à la construction du rapport au métier. L'observation de ces enquêtes à la lumière des registres du métier définis par Clot (personnel, interpersonnel, impersonnel, transpersonnel) permet d'identifier la mise en œuvre d'un travail éducatif plus ou moins formel, activé au gré des situations rencontrées par les sujets et rapportées dans leur discours.

Chapitre 8

Les tuteurs : garants d'espaces-temps d'apprentissage du métier ?

Introduction : les « anciens », un modèle de référence professionnelle ?

S'agissant de formation infirmière en psychiatrie et santé mentale, l'idée que celle-ci s'inscrit dans une tradition de « compagnonnage » est mise en avant par plusieurs acteurs (notamment Forne et Niederlender, 2007 ; Suzeau, 2008 ; Rambaud, 2014) et reprise dans certains discours institutionnels. Revenant sur la disparition du DISP en 1992, le rapport Robiliard affirme par exemple la nécessité d'une formation spécialisée des infirmiers en psychiatrie, ceci en écho à des témoignages du Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI) et de la Coordination nationale des infirmiers (CNI) regrettant « la pratique antérieure du compagnonnage » (Rapport Robiliard, 2013, p. 87). Cette référence au « compagnonnage » s'est également exprimée au cours de notre enquête de terrain, ceci dans les mots choisis par plusieurs acteurs rencontrés, pour désigner un processus de transmission de savoirs et de valeurs en lien étroit avec la situation de travail. Plusieurs discours se réfèrent ainsi à la manière dont les « anciens »[221] avaient coutume de favoriser un apprentissage non formalisé des « débutants ». C'est le cas de Jean-Michel, cadre supérieur de santé ayant fait ses premiers pas comme infirmier en psychiatrie en 1977 :

> **Jean-Michel** : Donc les anciens m'ont appris à écouter, observer. […] Certains étaient très limités. Voilà, ils faisaient avec leurs moyens, quoi je veux dire. Mais oui il y avait ce souci quand-même de transmettre ou de rattraper les erreurs qui allaient se mettre en place. Ils pouvaient être intrusifs comme on peut l'être maintenant avec quelqu'un qui fait une erreur pour éviter l'erreur. Oui, il y avait ce compagnonnage. Alors le compagnonnage pratico-pratique était plutôt dédié à ceux qui avaient été diplômés récemment. […] [Nom d'un infirmier], c'était quelqu'un qui avait, je pense à l'époque en 77-79, il avait cinq ans de diplôme. Il était encore jeune professionnel. Et c'est lui qui m'a pris en main pour… Parce que l'intra musculaire, c'est quand même un geste… il faut oser quoi tu vois ? Percer la fesse de quelqu'un avec une aiguille, il m'a fait entraîner sur un oreiller d'abord. Et après, il m'a fait entraîner sur une orange. Voilà, avant de passer pour de vrai quoi. Et il t'apprenait la théorie… tu piques pas n'importe quoi de n'importe quelle manière. Donc faut respecter le point de Barthélémy, maintenant les jeunes savent pas trop ce que c'est. Ils parlent du quart supéro-externe. Bon, c'est le point de Barthélémy. Donc moi je sais ce que c'est et puis je savais surtout comment pas le louper, tu vois donc… Voilà. Il t'apprenait ça, les repères morphologiques. […] Il y avait pas de tuteur, il y avait pas de pair désigné. Ça se faisait en fonction des affinités. Puis après, une fois que tu avais trouvé ta personne ressource, on avait vite compris comment ça marchait. […] Puis moi, je m'occupais de moi, de mes patients et voilà, avec l'infirmier que j'estimais et qui m'estimait. Et avec qui j'apprenais plein de choses, quoi. Ça se faisait pas… c'était pas du tout

[221] La représentation des « anciens » fait généralement référence à la génération des ISP en voie de disparition. Cependant, nous étendons cette idée à l'ensemble des infirmiers, souvent fortement expérimentés professionnellement, ayant eu un rôle significatif en tant que modèle dans le parcours des plus jeunes qui s'y réfèrent.

formalisé. C'était empirique et puis c'était des personnes dépendantes. Le jeune étudiant qui avait pas « envie de », ben il pouvait aussi aller vers ce qui lui convenait, quoi tu vois, et fonctionner *a minima.*

(Entretien avec Jean-Michel, 57 ans, cadre supérieur de santé, 2 septembre 2014)

Dans cet extrait Jean-Michel opère une distinction entre « compagnonnage » et « tutorat ». Le premier, non formel et affinitaire, semble se manifester en lien étroit avec la situation de travail et l'activité d'un tiers soucieux de transmettre un savoir, un geste ou une façon de faire. Le second est ici vu comme formellement organisé à travers l'identification d'un « pair désigné » pour accompagner, pendant une durée déterminée, un nouvel infirmier durant ses premiers mois d'exercice. Les savoirs cliniques de ces « anciens » et leur capacité à les transmettre aux plus jeunes s'expriment alors dans le discours des acteurs rencontrés comme un héritage des pratiques infirmières d'antan en psychiatrie. Nathalie et Emeline, deux infirmières en psychiatrie, s'accordent sur le rôle joué par ces « anciens » dans l'accompagnement de leurs premiers pas comme soignantes :

J. de Miribel : Comment vous avez fait alors pour prendre vos marques ?

Nathalie : Les anciens.

JM : Les anciens que vous avez déjà évoqués une fois.

N : C'est les maîtres les anciens, les ISP.

JM : Qu'est-ce qui s'est passé avec ces anciens ?

N : Ben, une grande sagesse, une expérience énorme et qui nous apporte énormément, qui peuvent manquer ici [elle rit], un petit peu à [Nom de la structure de soins]. Ouais, enfin voilà. L'expérience, je pense de toute façon. Je pense que l'expérience s'apprend par les plus expérimentés. […] Quand on a des anciens autour, ils nous disent : « attention, théoriquement oui d'accord, néanmoins on s'adapte. Nous on a testé ça, ça, ça. Ça peut marcher aussi ».

(Entretien avec Nathalie, 31 ans, infirmière, 2 juillet 2015)

Emeline : En fait c'est pas des grandes lignes de conduite : petit A tu fais ça, petit B tu fais ça. Non, c'était vraiment des trucs et astuces en fait. C'était ça.

J. de Miribel : Ce sont « des trucs et astuces ».

E : Trucs et astuces à savoir en psychiatrie quand t'arrives.

JM : Ce sont les ficelles du métier ?

E : C'est ça.

JM : Et on les trouve dans aucun référentiel ?

E : Non, on les trouve pas à l'IFSI.

JM : On les trouve pas en formation ?

E : Non.

JM : Et donc, ça, vous l'avez obtenu par ce collègue, enfin entre autres.

E : Oui. Et les collègues... Généralement c'est les ISP. Les ISP qu'on n'a plus beaucoup. Les anciennes formations spécialisées en psychiatrie. Les infirmiers spécialisés en psychiatrie, c'était ça, qui ont... qui avaient vingt ans de métier, qui étaient à l'EPSM depuis très longtemps. Ils

> connaissaient les patients depuis très longtemps. Qui avaient vécu un petit peu le passage de l'asile à l'établissement en santé mentale, où là c'était vraiment extrêmement enrichissant.
>
> (Entretien avec Emeline, 33 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

Cette reconnaissance à l'égard des « anciens » porte sur des apprentissages effectués hors formation, conscientisés et restitués dans ces différents extraits. Les trois acteurs que nous venons de citer se réfèrent ainsi à une forme d'accompagnement mis en œuvre de manière non formalisée en lien étroit avec la situation de travail, du moins ce que ces « anciens » pouvaient en dire, convertissant alors leurs savoirs en « techniques », en « astuces » transmissibles et reproductibles. On perçoit dans ces discours la mise en avant d'une transmission fondée sur le modèle et l'exemplarité incarnée par les « anciens », figure ici invoquée comme une ressource « noble » pour l'apprentissage du métier et la filiation intergénérationnelle. Proche de la retraite, Eric semble, pour sa part, plus circonspect quant à cette influence exercée par les « anciens » lorsqu'il était lui-même jeune infirmier. Pour lui, elle répondait surtout à une volonté d'acculturer ces derniers aux pratiques établies au sein de l'unité soignante, ceci avec le souci d'en préserver la continuité :

> **Eric** : Si tu tombais dans un pavillon et que t'avais que des anciens, ils en avaient rien à battre de tes belles théories et puis tu … : « Hé tu vas te calmer. Ch'est comme cha et puis ch'est bon ». Enfin voilà, c'était comme ça quoi. Après tu suivais le mouvement. C'est un peu le principe de réalité.
>
> (Entretien avec Eric, 59 ans, cadre supérieur de santé, 16 avril 2015)

Cette transmission d'une injonction à « suivre le mouvement » nous a également été suggérée par Lucile :

> **Lucile** : Non. Non. On essaye de suivre le mouvement. Faut jamais aller à contre-courant du mouvement. Après, ça nous retombe dessus. Ça aussi je l'ai appris avec les anciens [elle rit].
>
> (Entretien avec Lucile, 43 ans, infirmière, 27 février 2015)

Jean-Michel, cité précédemment, reconnaît quant à lui la qualité du modèle qu'ont représenté les « anciens » dans son propre développement professionnel. Pour autant, il n'en souligne pas moins la verticalité relationnelle vécue dans son rapport à ces pairs expérimentés. L'apprentissage en situation de travail, « sur le tas », ou plus précisément « au lit du malade », consistait aussi à participer à un système interactionnel dans lequel les « anciens » bénéficiaient de certains privilèges associés au quotidien et/ou la délégation des tâches « ingrates » :

> **Jean-Michel** : Et puis au café, t'allais boire après le café. Tu laissais les anciens aller au café d'abord. Puis ils venaient te relever pour que tu puisses descendre au café. Mais c'était… eux ils restaient quarante-cinq minutes. Toi, t'avais droit à un quart d'heure. Mais ils savaient que pendant ce temps-là, toi tu faisais le boulot avec… Il y avait vraiment une très grande… c'était très hiérarchisé, quoi je veux dire. Le plus ancien était au bureau, le deuxième plus ancien était de centrale. Le suivant était de soins. C'est déjà plus noble. C'est généralement quelqu'un qui avait dix

> ans de diplôme. Après, t'avais… puis nous qui étions « N. E. troisième âge », « nouveaux entrants troisième âge ». On était à deux et on se répartissait les nouveaux entrants et les vieux, les gâteux. Tu changeais les couches, tu prenais les tensions, tu prenais les températures, les pulsations, tu remplissais les trucs à la tête de lit, tout ce qui est pas très noble, tu vois quoi. Tu vidais les urinoirs… ouais, les urinoirs. Ça s'appelle pas des urinoirs, mais… Voilà, tu faisais des tâches un peu subalternes. Tu te tapais le nettoyage après, parce qu'eux faisaient pas le nettoyage. Eux, ils allaient déjeuner.
>
> (Entretien avec Jean-Michel, 57 ans, cadre supérieur de santé, 2 septembre 2014)

Cette digression par cette référence aux « anciens » nous permet d'illustrer que la référence à un « compagnonnage » jadis à l'œuvre dans les unités de soins semble associer étroitement transmission et pouvoir[222]. L'idée de **transmission** s'exprime en effet sous deux aspects. D'un côté, elle apparaît comme un processus de partage, au cours d'interactions au travail, de savoirs, techniques, d'« astuces », bref de manières de faire mises au point et éprouvées en amont des situations de travail vécues par le néo-professionnel. L'expérience antérieure de situations comparables vécues par les « anciens » agit comme une caution (supposée) satisfaisante pour le jeune infirmier en quête de ressources pour l'activité. Sa propre expérience ne lui fournissant pas (de son point de vue) les ressources qu'il nécessite, le modèle communiqué[223] par les « anciens » comble momentanément un besoin de réponse immédiate du jeune infirmier lui permettant de « bien faire » son travail. Parallèlement, la transmission apparaît sous un second jour, celui de l'exercice d'un **pouvoir** pérennisant un ordre informel établi. L'ancienneté semble ici donner la légitimité d'instaurer un microsystème inégalitaire dans la division du travail et pendant les temps récréatifs (ici le café ou le déjeuner) ponctuant la vie quotidienne de l'établissement dont les habitudes sont tout à fait significatives : elles agissent comme des vecteurs de transmission du travail et sont en même temps garantes du maintien et de la continuité d'un ordre établi localement.

Cette référence aux « anciens » permet d'illustrer comment le modèle, mobilisé pour l'apprentissage, semble jouer un rôle significatif dans le développement professionnel de plusieurs acteurs rencontrés. Cette perspective est particulièrement utile pour comprendre ce qui se joue dans les interactions entre tuteur et néo-infirmier.

---

[222] Nous entendons ici la notion de pouvoir telle qu'elle peut être mobilisée en Sociologie des organisations. Ce concept rompt avec la représentation positive du collectif de travail œuvrant dans une seule et même direction pour atteindre des objectifs déterminés. Il repose sur la capacité d'un acteur à faire agir un autre acteur d'une manière souhaitée par le premier, ceci en considérant que le pouvoir associé au statut ne constitue pas nécessairement le pouvoir dans l'organisation (Crozier et Friedberg, 1977 ; Bernoux, 2009).

[223] Précisons ici que la communication n'implique pas nécessairement un acte de transmission. La première est un message envoyé à des contemporains, elle est synchronique. La seconde s'inscrit dans le temps et présente des conséquences dépassant celui qui en est l'origine. Elle est diachronique (Debray, 1997).

1. Le tutorat comme modalité d'accompagnement professionnalisant

L'évocation d'un « tutorat » suggère, dans le contexte étudié, une relation instituée entre, d'un côté, un infirmier présentant un minimum de cinq années de pratique infirmière en psychiatrie et santé mentale à son actif (un tuteur) et, d'un autre côté, un nouvel infirmier débutant dans le métier et/ou dans ce domaine disciplinaire (un tutoré). Cette caractérisation du rôle du tuteur renvoie à l'acception de ce terme associée au domaine horticole. Le tutorat, tel qu'abordé dans le cadre du DPT, vise à permettre à l'infirmier exerçant nouvellement en psychiatrie de « bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés, dans une démarche de continuum entre les contenus de formation et la pratique professionnelle ».[224] La finalité de ce tutorat de pairs relève ainsi d'une articulation entre formation, expérience et pratique professionnelle (aussi bien du tuteur que du tutoré). Pour cela, il vise la relation et la conjugaison de ces objets de réflexion, ceci par la mise en place d'un espace de relation intersubjective, à des fins d'apprentissage, que cherchent à aménager les acteurs du DPT.

Le tutorat apparaît donc comme une relation instituée favorisant localement la professionnalisation (au sens de « « fabrication » d'un professionnel par la formation »[225]) des néo-infirmiers. Pour penser ici le cadre de cette relation, nous allons tenter un rapide éclairage du concept de tutorat. Pour cela, nous considérerons avec Najoua Mohib (2014, p. 337) que « le tutorat peut se définir [de manière générale] comme une relation d'aide entre deux personnes (tuteur/tutoré) dont le but est de faciliter l'apprentissage » et que dans le cadre des rapports entre espaces de travail et espaces de formation « le tutorat est considéré comme un outil de professionnalisation ». Enfin, ce modèle relationnel « désigne plutôt une méthode pédagogique pour les acteurs de l'éducation et/ou de la formation ».

Le tutorat constitue une forme d'accompagnement devenue privilégiée dans la mise en place de dispositifs d'insertion et/ou d'adaptation professionnelle de sorte que la démarche fait converger des logiques à la fois « productive et éducative » (Paul, 2009, p. 94). Modalité d'apprentissage héritée de l'enseignement mutuel, le « tutorat de pairs » s'est développé dans les champs de l'éducation et de la formation avec l'essor de l'alternance en France dans les années 1980. En milieu professionnel, la référence au tutorat est plus ancienne. Elle est associée au compagnonnage, modèle d'apprentissage associé aux corporations de métiers qui, dès

[224] Circulaire du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.
[225] Expression que nous empruntons ici à R. Wittorski (2009, p. 783).

l'époque médiévale, prévoyaient pour ses aspirants une formation centrée sur l'acquisition de savoirs et de valeurs (Osty, 2003 ; Mohib, 2014). La relation compagnonnique repose sur une tradition de transmission orale des secrets du métier mais aussi sur l'idée que l'apprentissage d'un métier est un processus fondamental de la formation humaine (Castéra, 1992 ; Champy-Remoussenard et Malicot, 2015). La transmission fait alors partie du métier dans la mesure où il est du devoir du compagnon de transmettre : « Les compagnons ont un « Devoir », il s'agit de l'obligation librement consentie de transmettre. C'est une des raisons d'être du compagnonnage depuis plusieurs siècles » (Brillet et Hulin, 2009, p. 365). En outre, l'acte de transmission, tel qu'il est pensé dans la tradition compagnonnique, implique notamment l'amour de ce que l'on transmet, le lien et la confiance en celui à qui l'on transmet (Champy-Remoussenard et Malicot, 2015). Cependant, les pratiques de tutorat héritées de cette tradition s'appuient surtout sur l'idée d'« exemplarité », une pédagogie du « modèle à imiter » (Paul, 2004, p. 37), modes d'apprentissage mis en avant, nous l'avons vu, par nombre de soignants en psychiatrie.

Mais tel qu'il est envisagé dans le contexte de notre recherche, le tuteur constitue moins un modèle à suivre qu'un acteur organisateur d'espaces-temps formels visant à accompagner le novice engagé dans une transition rompant avec le champ de l'éducation et de la formation initiale et l'initiant au monde professionnel. Ce mode d'organisation de l'apprentissage tente alors de dépasser la seule relation maître-élève (rapport vertical) et s'attache davantage à développer une posture tierce (rapport horizontal) favorisant la réflexivité du sujet apprenant axée sur son expérience : « l'essentiel pour le tuteur consiste à aider un jeune à se familiariser et à se former au travers d'une expérience qu'il contribue à lui permettre de réfléchir, analyser, comprendre, autrement dit assimiler » (Paul, 2004, p. 37).

Ce faisant, le tuteur remplit à la fois une fonction de formation et de socialisation professionnelle. **Formation** d'abord, parce qu'il s'agit pour le tuteur de favoriser le développement du néo-professionnel à travers son rapport au champ de l'action. L'activité travaillée devient alors, par sa mise à distance réflexive, source d'apprentissage et de développement professionnel. A partir des travaux de Patrick Mayen (2000), Maela Paul souligne à ce titre que le tutorat est « potentiellement créateur d'un espace de développement sur un site pourtant voué à la production[226] » (Paul, 2004, p. 38). **Socialisation professionnelle** également, parce que le tuteur n'a pas vocation à rechercher le développement émancipatoire

[226] Dans notre contexte, le « site » en question est consacré à la « production » de soins en santé mentale.

du néo-professionnel, mais à favoriser son adaptation au travail et son intégration de normes professionnelles et organisationnelles. Il s'agit alors de prendre l'expérience vécue du tutoré comme la matière première de l'apprentissage. En même temps et paradoxalement, elle est minimisée à travers une tendance du tuteur à interpréter cette expérience au prisme de modèles et de référents culturels préexistant à la situation d'accompagnement, posture dont J.-P. Boutinet (2007, p. 7) a signalé l'un des paradoxes : « vouloir accompagner pour rendre autonome tout en imposant son *leadership* contraignant ».

Nous envisagerons alors le tutorat, dans le contexte du DPT, comme un travail adressé et institué à des fins professionnalisantes. Sa finalité consiste alors à concilier la relation entre l'expérience individuelle du néo-infirmier et les intentions de professionnalisation (côté organisation et groupe professionnel), relation donnant lieu à un débat entre acculturation professionnelle et organisationnelle d'un côté, et développement professionnel de l'autre.

Ainsi, si le tutorat est révélateur d'une intention d'inculquer un modèle culturel professionnel normatif aux néo-infirmiers, la relation dialogique tuteur/tutoré donne la possibilité de questionner ce modèle. En s'appuyant sur les travaux de G. Canguilhem et Y. Schwartz, L. Durrive (2008, 2015) estime qu'il existe nécessairement un débat dans la relation entre le sujet destinataire d'un projet de formation et le « milieu », producteur de normes,[227] dont il fait l'expérience. C'est pourquoi l'auteur propose de dépasser l'idée que l'apprentissage se cantonne à l'« intériorisation » de ces normes (vision statique de la norme), mais que celles-ci font l'objet d'une « appropriation » par le sujet. Ce dernier est alors amené à agir en négociation avec des normes se téléscopant, ce qui fait naître un débat dans le courant de l'activité, conduit le sujet à procéder à des arbitrages et créer ses propres normes (vision dynamique de la norme).

2. Les tuteurs : du sous-groupe intra-professionnel à la revendication identitaire collective

Le DPT a « donné naissance » à deux sous-groupes intra-professionnels ayant émergé parmi la population infirmière de l'établissement. Ceux-ci sont égaux sur le plan statutaire au sein de l'établissement et assurent des fonctions soignantes similaires. Mais dans le cadre du dispositif, leur rôle est différent, bien que complémentaire. Le premier regroupe **les néo-infirmiers** intégrant l'établissement et souvent désignés comme les « jeunes professionnels », les

[227] La notion de norme dans la perspective ergologique est précisée dans le chapitre 4.

« nouveaux infirmiers » ou encore les « tutorés ». Nous les avons jusqu'ici identifiés comme les sujets à qui s'adresse la part du travail éducatif formalisé par le DPT. Le second est désigné par le terme **tutrices**[228] qui sont des soignantes désignées pour mettre en place des espaces favorisant l'articulation entre travail et formation à destination des néo-infirmiers. Sans les premiers, le dispositif n'aurait pas lieu d'être. Les seconds, quant à eux, ne représentent pas l'ensemble des travailleurs éducatifs actifs dans le cadre du DPT. Mais si le reste de ces intervenants est mobilisé de manière ponctuelle, l'engagement des tutrices est pour sa part régulier.

Ces tutrices ont été recrutées au sein de l'établissement, par la direction des soins dans le cadre des activités de son pôle formation, et affectées à un secteur spécifique. Ce groupe est exclusivement composé de soignantes en psychiatrie et santé mentale et consacre une part de son activité à l'apprentissage et au développement professionnel des « tutorés ». Leur légitimité pour remplir cette tâche réside dans leur professionnalité et l'expérience qui en est constitutive. Il s'agit néanmoins d'un groupe *a priori* peu formé à l'exercice d'un travail éducatif, du moins à visée professionnalisante. Les candidats doivent remplir au moins trois critères[229] : être infirmier (les cadres de santé ne sont pas éligibles), exercer au sein de l'EPSM-LM et témoigner d'une expérience minimum de cinq ans d'exercice en psychiatrie et santé mentale. L'ensemble des tutrices est réparti en deux groupes de travail séparés. Le premier (G1) a été formé lors de la première vague de recrutement en 2006.[230] Il est constitué des personnes ayant participé au lancement du DPT. A la suite d'une seconde vague de recrutement en 2009, cette première « génération » et celle nouvellement recrutée manifestèrent des difficultés relationnelles peu favorables au travail collectif. Le pôle formation décida alors de les séparer en deux groupes, conservant le premier constitué (G1) et créant un second avec les tutrices de la deuxième vague (G2). Depuis lors, ces deux groupes fonctionnent séparément et n'entretiennent pas ou peu de

[228] Au début de notre recherche, ce sous-groupe était composé exclusivement de femmes. Puis, de nouveaux membres sont venus renforcer l'effectif. Parmi ceux-ci figurent des hommes, bien que ces derniers représentent une part marginale de ce sous-groupe professionnel. Nous privilégierons par la suite l'appellation de « tutrices » correspondant davantage à la réalité observée dans le terrain d'enquête. Cependant, nous avons choisi d'utiliser le masculin « tuteur » lorsqu'il s'agira de généraliser certaines considérations avancées dans ce propos. Précisons que les acteurs rencontrés au cours de notre recherche utilisent indifféremment le masculin ou le féminin pour désigner ce groupe.

[229] Il est utile ici de rappeler que les critères sont fixés localement dans la mesure où les modalités du tutorat ne sont pas définies légalement.

[230] Depuis le lancement du DPT, trois vagues de recrutement de tuteurs au sein de l'EPSM-LM ont été menées (2006, 2009 et 2013). Elles ont chaque fois donné lieu à la sélection de quinze tuteurs. L'enjeu était alors de faire face à la fois à l'arrivée de nouveaux professionnels au sein de l'établissement, mais aussi au départ en retraite ou à l'abandon de certains tuteurs de leur fonction d'accompagnement. Notre recherche a démarré alors que la troisième vague était en cours de recrutement.

relations. Au cours de notre recherche, nous n'avons jamais rencontré ces deux groupes simultanément dans la mesure où le G1 et le G2 travaillent séparément et ne se réunissent jamais. La troisième vague, pour sa part, n'a pas donné lieu à la création d'un nouveau groupe. Ces nouveaux tuteurs ont en effet été répartis dans les deux groupes déjà constitués. Dans ce sens, nous ne parlerons pas de groupe 3, ni de membres du groupe 3. Nous qualifierons ces professionnels, lorsque cela sera nécessaire, de « nouveaux tuteurs » (NT). Plus généralement, nous serons amené à évoquer « le groupe »[231] des tutrices/tuteurs. Cette appellation désignera les tutrices et tuteurs de l'établissement dans leur ensemble, ceci sans distinction de groupe. En revanche, lorsqu'il s'agira de préciser un segment de cette population, nous le préciserons de manière spécifique (G1, G2 ou NT).

L'attention portée ici aux tuteurs vise à examiner des éléments du **processus de mise en œuvre du DPT**. Cette orientation a été aiguillée par l'hypothèse selon laquelle la compréhension de dynamiques caractérisant ce groupe constituerait un analyseur important du déploiement, du fonctionnement et des effets du DPT. Il s'agit de comprendre à travers ce groupe ce qui anime le dispositif, ce qu'il véhicule, ce qui l'habite, ce qui le fragilise, ce qui fait son « âme » en quelque sorte. Cette entrée investigatrice, nous l'avons traduite par un questionnement : **que signifie être tuteur dans le contexte étudié et quel sens donner à son activité ?** Les éléments de traitement de cette question reposent sur une observation participante au sein du groupe des tuteurs que nous avons menée dans une période déterminée[232], ainsi que des entretiens collectifs et échanges pas ou peu formels non-enregistrés. Les situations observées ont à ce titre été réalisées dans des espaces où les tuteurs ont été amenés à se réunir (situations de tutorat, échange de pratiques, formation des tuteurs). Nous fonderons également certains éléments de cette partie sur des entretiens individuels semi-directifs menés pour la plupart auprès de néo-infirmiers pour éclairer le rapport que ces derniers entretiennent avec le tutorat. Nous entamerons ce regard sur le tutorat par la restitution d'éléments de description de son

[231] Les tutrices ont reçu une formation et bénéficient de temps collectifs destinés à l'organisation collective de leur travail, ainsi qu'à la réflexion autour de leurs pratiques pédagogiques. Ces espaces-temps interactionnels sont réguliers et nous ont conduit à considérer ces tutrices en tant que groupe restreint. A ce titre, leur activité est particulièrement animée par des dynamiques collectives productrices de normes et de règles, des rites d'interactions, un fonctionnement interdépendant entre ces membres, mais aussi un système relationnel affectif et affinitaire (Anzieu et Martin, 2011).

[232] Les observations menées sont multiples. C'est pourquoi nous avons choisi de nous concentrer sur une période spécifique durant laquelle celles-ci ont été réalisées. La période retenue part d'une discussion du 21 janvier 2014 avec la cadre de santé coordinatrice du tutorat, ceci 10 jours avant notre première rencontre avec un groupe de tutrices (G2), le 31 janvier 2014. Elle s'achève le 12 décembre de la même année, jour auquel nous avons mis en place et animé une journée de formation réflexive auprès des tuteurs du G2.

fonctionnement en nous attachant à les exposer compte tenu des spécificités locales, préoccupations, difficultés et motifs d'agir affectant l'activité des tuteurs.

La définition de ce qu'est un « tuteur » et, par conséquent, ce qui relève de son activité et de son domaine de compétences, s'est révélée constituer une préoccupation majeure des tutrices : « on est des collègues, on n'est pas des cadres », « on précise bien qu'on est des collègues et pas en formation », « on n'est pas des profs ». Cette mise au point identitaire est récurrente dans leur discours, comme si elle était systématiquement nécessaire. Cette insistance pour préciser la fonction institutionnelle associée au tutorat semble traduire l'affirmation d'une identité collective, « une intention sociale, venant des groupes qui cherchent à revendiquer une place et à se faire reconnaître dans l'espace social » (Wittorski, 2008a, p. 195). Pourquoi ce besoin de rappeler continuellement cette fonction de tuteur ? Et pourquoi l'opposer à la figure du « formateur », du « prof » ou même du « cadre » ? Lors d'une restitution de nos observations[233], les tutrices ont reconnu ce besoin constant de préciser la nature de leur fonction. Les différentes explications données sur ce point peuvent être synthétisées à travers trois points.

(1) D'abord, un discours ressort qui cherche à se démarquer de toute forme scolaire[234] avec laquelle les tutrices avancent leur intention de rompre. Cette prise de distance est la condition, selon elles, pour instaurer une relation horizontale, « d'égal à égal », avec les néo-infirmiers. Ce démarquage passe, pour les tutrices, par l'organisation d'espaces relationnels écartant toute asymétrie, contrairement au rapport entre maître/élève ou infirmier/cadre. **(2)** En effet, la figure du « formateur » est comparable, selon elles, à un niveau hiérarchique supérieur au leur, au même titre que le cadre de santé, à la différence que le « formateur » est placé dans une hiérarchie de savoirs et considéré comme « expert » d'une thématique ou d'une discipline. Les tutrices, elles, ne se considèrent aucunement « expertes » d'un champ spécifique, mais « simplement » des infirmières en psychiatrie engagées dans la transmission du travail soignant. Les désigner comme « formateur/formatrice » reviendrait à les associer à certaines connaissances que les tutrices estiment ne pas détenir. Sur certaines thématiques, elles disent dans ce sens ne pas se sentir « légitimes » pour prétendre transmettre certains savoirs à des nouveaux infirmiers. En fin de compte, la revendication identitaire des tutrices s'appuie sur

[233] Nous reviendrons plus tard dans ce chapitre sur la question de la restitution.
[234] L'usage de ce syntagme est ici utilisé pour suggérer une représentation péjorative de pratiques en éducation et en formation reposant sur une vision « traditionnelle » de l'école. Ces pratiques semblent remises en cause de manière générale, notamment par l'évolution des pratiques associées au travail éducatif, mais aussi à la légitimation de l'expérience et des apports des parcours individuels comme sources d'apprentissages (Mebarki, Stark et Zaid, 2016 ; Niewiadomski et Champy-Remoussenard, sous presse).

l'intériorisation d'un rapport au savoir[235] caractérisé par la mise en avant d'un sentiment d'illégitimité à transmettre des savoirs. **(3)** Enfin, toujours selon les tutrices, si le travail du « formateur » consiste essentiellement à transmettre des savoirs « théoriques », le leur constitue un accompagnement réflexif en lien avec le travail soignant et pouvant être approfondi au travers de thématiques identifiées conjointement avec le tutoré.

3. Un fonctionnement reposant sur l'institutionnalisation d'espaces relationnels variés

3.1. Une division du travail à deux niveaux

La mise en œuvre du tutorat n'est pas limitée au seul rapport entre un tuteur et un tutoré. Elle est articulée autour de différents espaces relationnels institués au sein de l'établissement et caractérisés par la réunion d'un tuteur avec un tutoré (ex : face-à-face interindividuel) ou bien de plusieurs tuteurs avec plusieurs tutorés (ex : « journées à thème »). Ces rencontres se distinguent par ailleurs par le fait qu'elles se déroulent simultanément au travail soignant ou de manière alternée. L'organisation d'espaces d'interactivité entre tuteurs et tutorés se situe sur deux plans. L'un concerne l'agencement de situations de face-à-face interindividuelles au cours desquelles tuteur et jeune professionnel sont généralement seul à seul, exception faite des personnes présentes lorsque le tutorat se déroule en situation de travail (ex : le « doublage »). L'autre porte sur la structuration de journées regroupant plusieurs tuteurs et néo-professionnels. Dans le premier cas de figure, chaque tuteur se voit attribuer le suivi d'un nouvel infirmier. Dans la seconde configuration, le travail est collectif et organisé selon un fonctionnement collégial régulé par une répartition informelle des rôles.

3.2. Espaces de relations interindividuelles tuteur/tutoré

Il s'agit de rencontres en face-à-face entre un tuteur et un tutoré. Cette relation est formalisée par un suivi du tuteur au cours duquel l'attention est portée sur le vécu professionnel du tutoré,

[235] La notion de rapport au savoir est précisée au chapitre 4.

ainsi que son « parcours de tutorat »[236]. La relation interindividuelle prévue dans ce cadre donne alors lieu à des pratiques variables d'un secteur à l'autre et d'un tuteur à l'autre.

3.2.1. L'entretien face-à-face

C'est la forme privilégiée par l'organisation du tutorat. Il s'agit d'un temps d'échanges entre le néo-infirmier et son tuteur. L'objectif est d'amener ce dernier à s'exprimer sur son vécu de situations de travail et le convertir en objet de réflexion de manière à constituer une ressource pour l'activité. Ce faisant le couple tuteur/tutoré s'accorde sur un ensemble de thématiques, liées au travail soignant, qu'ils approfondissent dans leurs échanges.

> **Antoine** : Après, tout ce qui est tutorat, c'était des échanges individuels avec un professionnel, un tuteur qui est professionnel depuis… qui a de l'expérience on va dire. C'était un échange sur des situations, sur des ressentis… voilà.
>
> (Entretien avec Antoine, 29 ans, infirmier, 16 juillet 2015)

> **Adeline** : Alors, la plupart du temps on a déjà pris un sujet à la prochaine fois : « qu'est-ce que tu voudrais qu'on aborde ? ». Ou alors, si sur le coup j'ai pas d'idée, ben on s'envoie un mail et du coup on choisit un thème. Et puis, quand c'est le jour de la rencontre, la plupart du temps, soit elle a déjà trouvé des documents, soit c'est son expérience professionnelle personnelle qui… personnelle et professionnelle qui parle. Mais voilà, on choisit toujours un thème avant de se rencontrer et pas on arrive et puis : « tiens, on va parler de ça ». On a toujours trouvé un thème…
>
> (Entretien avec Adeline, 26 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

Certains cas de figures montrent que des ajustements ont permis à certains tutorés de faciliter l'organisation de ces rencontres. Le récit de Nathalie exprime par exemple des difficultés rencontrées pour suivre le tutorat, ceci jusqu'à ce que l'une des collègues de son équipe ne devienne elle-même tutrice :

> **Nathalie** : Au final, je l'ai vu deux ou trois fois [prénom de la tutrice]. Ça n'allait pas nos plannings. Ça collait pas du tout. On n'arrivait jamais à se voir. Donc du coup, quand l'une de mes collègues […] est devenue tutrice […] a demandé si elle pouvait pas prendre les infirmières de [nom de l'unité de soins] qui n'arrivaient pas à terminer leur tutorat à sa charge. Comme ça, pendant nos postes, généralement, soit on est du matin et de 6h à 7h. On a toujours un peu de temps clairement où on lit les dossiers etc. Mais on a facilement trois quarts d'heure à se consacrer entre nous à faire diverses choses. Du coup, on prenait ce temps-là pour faire un peu de tutorat. Ou soit le soir. On savait qu'entre 19h et 20h quand les patients étaient en train de dîner etc., on avait facilement une petite demi-heure, trois quarts d'heure aussi. Donc on a su vite avancer sur des petites thématiques qu'on s'imposait sur les difficultés qu'on rencontrait beaucoup à [nom de la structure de soins], notamment dans la mise en place de certaines choses etc. au départ. Donc, c'était plutôt assez intéressant de faire ça avec une collègue directement ici. On n'avait pas à se bloquer des journées comme ça spécialement. On pouvait le faire de façon comme ça, fluide mais ponctuelle où les choses étaient

[236] On entend par là la manière dont les 126 heures de tutorat prescrites sont organisées pour chaque professionnel, compte tenu de l'articulation des différentes modalités et lieux d'apprentissage composant le tutorat.

> bien marquées, définies. C'était bien. Plutôt que de se prendre 3-4 heures comme ça en face-à-face où finalement… je sais pas ce que j'aurais pu lui dire.
>
> (Entretien avec Nathalie, 31 ans, infirmière, 2 juillet 2015)

Cette pratique constitue ainsi un aménagement facilitant pour Nathalie l'articulation entre son travail et le tutorat. Le cas de Xavier est encore différent. Il a trouvé chez une collègue une ressource informelle lors de ses débuts professionnels. Celle-ci est par la suite devenue sa tutrice alors qu'une relation de « confiance » était déjà instaurée entre les deux acteurs :

> **Xavier** : De manière indirecte. Voilà on a une collègue qui a fêté ses 40 ans d'ancienneté de travail et qui m'a pris un peu sous son aile en fait, qui m'a orienté au début que je suis arrivé, voilà, qui m'a un peu aiguillé. Et progressivement s'est installée une confiance entre nous où elle m'a inculqué des choses qu'elle, elle savait par rapport à son expérience professionnelle et moi par rapport aux nouveaux savoirs que j'ai eu à l'IFSI, tout ça, avec les changements de réformes, les nouveaux apports théoriques qu'on a pu avoir. Voilà, c'était un échange. […] Et à ce jour, c'est ma tutrice reconnue sur l'EPSM. Je suis encore en tutorat en ce moment.
>
> (Entretien avec Xavier, 25 ans, infirmier, 19 février 2015)

3.2.2. Visite du secteur et « stage croisé »

Le tuteur organise un parcours pendant lequel le nouvel infirmier est amené à observer chaque unité de soins du secteur dans lequel il est affecté. Prescrite par la procédure d'organisation du DPT, cette modalité est mise en œuvre dans le cadre de certains « parcours de tutorat ». D'autres tuteurs ne la mettent pas en place :

> Un tutoré soulève la difficulté de communiquer avec d'autres unités de soins du secteur qu'il a du mal à se représenter parce qu'il ne les connaît pas. Une jeune professionnelle intervient : « Nous, on fait le tour du secteur quand on arrive. Ça nous permet de mettre des visages sur des noms et de voir ce que les autres structures proposent ». Certains réagissent et disent ne pas avoir fait ce « tour ».
>
> (Extrait du journal de terrain, journée à thème du 18 septembre 2014)

> **Tutrice 1** : On ne transmet plus notre manière de travailler. Il y a trop d'intervenants. Au lieu de s'entretenir deux heures avec le tutoré, il faudrait l'emmener avec nous dans notre service.
>
> **Tutrice 2** : Ben moi, je le fais déjà.
>
> **Tutrice 1** : Ah bon ?
>
> **Tutrice 2** : Moi j'organise une journée complète. Ma tutorée vient dans mon service. Elle ne se déplace pas pour une paire d'heures.
>
> (Extrait du journal de terrain, journée d'échange de pratiques du 24 mars 2014)

L'objectif est ici de permettre au néo-infirmier de connaître l'ensemble des personnes et des structures de soins de son secteur d'exercice. En effet, s'il est généralement affecté à une unité de soins de manière permanente, les patients suivis sont amenés à passer d'une structure à une autre au cours de leur prise en charge, ceci en fonction de l'évolution de leur parcours de soins.

De ce fait, le travail infirmier s'efforce de prévenir toute rupture entre les lieux de soins et d'assurer une « continuité » du parcours du patient (cf. chapitre 1). Cette démarche donne lieu à la mise en œuvre de « stages croisés », pratique constituant un approfondissement de la visite du secteur. Le tuteur organise des stages d'une ou plusieurs journées[237] dans le secteur où est affecté le tutoré, dans des unités de soins dans laquelle il n'exerce pas.

> **Tiphaine** : Avec ma tutrice, comme en fait elle travaille au CMP, j'ai quand même l'occasion d'aller sur le CMP sur l'extra. […] Puis également, elle m'a proposé d'aller aux urgences, faire une journée… une après-midi plutôt… deux après-midis aux urgences, pour voir avec un infirmier qui était quand-même sur les urgences, qui travaille ici. L'infirmière du CATTP, elle m'a demandé d'aller avec elle pendant deux jours aux urgences pour voir comment ça se passe l'accueil des patients en psy aux urgences. Voilà.
>
> (Entretien avec Tiphaine, 29 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

La possibilité de mettre en œuvre cette modalité est également variable d'un tuteur à l'autre. En effet, lors d'une journée à thème, certains néo-professionnels disent avoir vécu ce type de stage, d'autres non.

> **Néo-professionnel 1** : Comme on travaille en flux-tendu, on n'arrive pas à organiser des stages croisés. En plus, il y a des arrêts maladie qui ne sont pas remplacés.
>
> **Néo-professionnel 2** : Nous, on a fait le tour et ça nous permet de mettre des visages sur des noms et de voir ce que les autres structures proposent.
>
> (Journal de terrain, journée à thème du 18 septembre 2014)

3.2.3. Le « doublage »

Le principe de cette pratique consiste pour le néo-professionnel à suivre le tuteur dans son quotidien et à l'observer travailler. Ce faisant, le tuteur élabore un apprentissage construit à partir d'un exemple en situation montré au néo-infirmier. Le lien avec l'activité soignante est ici étroit. Dans un entretien avec Charline, infirmière revenant sur son tutorat, celle-ci raconte comment le doublage lui a donné des repères utiles pour mener des entretiens infirmiers :

[237] Le DPT prescrit 35 heures de « stage croisé ».

> **Charline** : Le tutorat s'est passé aussi avec d'autres collègues où j'ai été, je sais pas comment dire, doublée, en fait les premiers temps où j'ai été ici.
>
> **J. de Miribel** : « Doublée », c'est-à-dire ?
>
> **Charline** : Alors par exemple, les entretiens d'accueil, j'allais avec elle. Donc je voyais un petit peu comment telle infirmier faisait ses entretiens d'accueil. Après j'allais avec une autre, avec ma tutrice. J'allais voir un petit peu tout ce qui se passait, les entretiens ortho. […] Et après j'avais un peu peur de faire mes premiers entretiens toute seule. Ca faisait très scolaire en fait. J'avais fait un repère de questions à pas oublier et elle venait avec moi m'aider, tout ça, donc moi j'ai trouvé ça super. Un tutorat comme ça, je sais que c'est pas tout le monde, tout le monde ne le pratique pas comme ça. Le tutorat, ils font beaucoup sous forme d'entretien avec les tuteurs et moi je l'ai fait plus en doublage.
>
> (Entretien avec Charline, 33 ans, infirmière, 9 décembre 2014)

On voit ici une situation de tutorat dont la vocation n'est pas de privilégier la posture réflexive (mise à distance et réflexion sur le vécu d'une action ou plus généralement de son activité), mais d'apprendre en observant un (ou des) exemple(s) en situation.

3.3. Les « journées à thème »

Il s'agit d'un atelier adressé aux nouveaux infirmiers se consacrant à une thématique privilégiée. De sept heures environ, chaque journée prend souvent la forme d'une approche « théorique » (c'est-à-dire où sont communiqués des savoirs conceptualisés autour d'une thématique définie) plus ou moins interactive associée à des temps d'échanges et réflexion sur la base de ce que les nouveaux professionnels, mais aussi les animateurs de la journée (tuteurs ou intervenants invités), disent de leur expérience associée au thème traité[238]. Ces journées réunissent un nombre de personnes variable d'une session à l'autre. Au cours de nos observations, nous avons relevé une participation des nouveaux infirmiers avoisinant généralement les 15 à 20 personnes. Le nombre de tuteurs présents est pour sa part plus variable, oscillant entre 3 et 10 personnes (tutrices et nouveaux tuteurs confondus) selon la journée observée. Enfin, parmi les participants, un professionnel de l'établissement spécialisé dans la thématique abordée (ex : neuropsychologue, cadre supérieur de santé) ou engagé dans un projet spécifique est souvent convié pour parler de son activité pendant une demi-journée. De manière plus rare, un

[238] Les thématiques de ces journées sont proposées par les tuteurs sur la base de leurs sensibilités et des propositions faites par des néo-infirmiers, ceci avant d'être programmées en accord avec le pôle formation. Les thèmes traités, dont voici quelques exemples, sont variables et traitent de tout un ensemble de questions intéressant le suivi et les soins en psychiatrie : « prises en charge psychocorporelles en psychiatrie », « remédiation cognitive des patients psychotiques », « transfert, contre-transfert », « prises en charge des patients en *burn out*, deuil, séparation, abandon », « addiction, alcoologie », « prise en charge des démences, polyhandicapés et personnes âgées », « pédopsychiatrie, autisme, petite enfance, adolescence », « les états limites », « estime de soi, affirmation de soi », « réhabilitation psychosociale, travail en réseau », « entretien à visée psychothérapeutique », « responsabilité juridique, transmissions ciblées ». Cette liste n'est pas exhaustive.

intervenant extérieur à l'établissement peut être convié (ex : représentant d'une association de patients).

Les échanges au cours des « journées à thème » présentent deux schémas principaux. Le premier reproduit celui d'une formation « traditionnelle » au cours de laquelle des éléments de savoirs formalisés sont communiqués à une assemblée. Cette modalité pédagogique est organisée selon la règle tacite qu'un « acteur supposé savoir » expose un contenu (théories, modèles, exemples de pratiques, etc.) qu'il a préparés auparavant. Dans le cas des « journées à thème », les tuteurs peuvent jouer ce rôle à plusieurs. Les destinataires à qui s'adresse cette transmission de savoirs ne sont pas supposés intervenir, à moins de poser des questions ou de réagir aux propos de l'« acteur supposé savoir ». Le second résulte d'un déplacement du détenteur de savoir mis en avant et porte sur la communication d'expériences que le sujet soumet à la discussion. L'échange est ici plurilatéral et conduit moins à la transmission conceptuelle qu'à la communication sur les pratiques à l'œuvre au sein de l'établissement, éléments participant de l'apprentissage des néo-infirmiers :

> **Thibaut** : C'est intéressant, c'est de discuter. Dans les journées à thèmes, ce qui était intéressant, c'est l'aspect échange avec les collègues des autres secteurs. Parce que dans une même maison qu'est l'EPSM, on a des pratiques différentes d'un secteur à un autre. Donc ouais là-dessus, c'est vrai que moi je m'y suis retrouvé. C'était intéressant de pouvoir discuter sur ce qui peut se faire, sur ce qui se fait pas sur certains secteurs, de pouvoir discuter aussi avec des infirmiers qui nous encadrent pendant ces journées à thèmes qui sont en général des infirmiers présents sur l'établissement depuis une bonne dizaine d'années au moins. Donc oui ce sont des bonnes choses à apprendre. C'est des bonnes choses à apprendre. Enfin pour moi en tout cas.
>
> (Entretien avec Thibaut, 27 ans, infirmier, 16 juillet 2015)

> **Benoît** : Oui. Les journées à thèmes sont bien justement pour ça. Comme je vous disais, c'était une rencontre avec d'autres personnes, nouveaux diplômés, qui sont d'autres secteurs et d'autres services. Et par ce biais-là, c'est vrai que ces journées à thèmes sont intéressantes, justement parce qu'on peut parler de nos pratiques communes et différents et on voit un petit peu comment on travaille ailleurs.
>
> (Entretien avec Benoît, 29 ans, infirmier, 26 février 2015)

3.4. Des espaces consacrés à la formation et à l'échange de pratiques des tuteurs

Outre les espaces institués consacrés aux néo-infirmiers, le tutorat donne lieu à l'organisation de temps de travail répondant à l'objectif de former des tuteurs et de les réunir pour analyser et faire évoluer leurs pratiques.

3.4.1. Les journées d'échanges de pratiques

Ce temps consiste à organiser un groupe de travail trimestriel réunissant distinctement chaque groupe de tuteurs pendant une journée. Il s'agit d'un espace-temps qui leur est donné pour mettre en place une dynamique d'échanges de pratiques autour du tutorat. L'organisation de ces journées est faiblement prescrite et la définition de leurs contenus laissée à l'initiative des tutrices. Celles-ci s'en saisissent pour se concerter sur les thèmes qui seront abordés lors des « journées à thème » à venir, planifier les prochaines journées en question, mais surtout discuter de façon informelle des tutorés, du travail soignant ou de questions hors cadre professionnel. Il s'agit en somme d'un espace où les tutrices « se retrouvent » pour parler, exposer leurs difficultés dans le travail (sans se limiter au cadre du tutorat), s'irriter de la difficulté de combiner le tutorat et leur activité soignante, plaisanter de choses et d'autres, s'enquérir de la santé des unes et des autres, discuter de la vie dans les services et, plus généralement, dans l'établissement, mais aussi de sujets hors champ professionnel, ou encore partager avec Delphine[239] leur vécu du tutorat.

Le caractère informel de ces discussions peut parfois laisser paraître ces temps comme des moments de « non-travail » donnant à ce groupe des allures « clandestines » au sens où son activité ne semble pas correspondre à ce pourquoi l'établissement a institué ces temps d'échanges. Pourtant, l'écoute des tutrices nous a permis de comprendre que cette dynamique contribuait au maintien du groupe et à la pérennisation de son existence (nous y reviendrons plus loin dans ce chapitre). La « clandestinité » ici relevée se rapproche alors de la manière dont nous l'avons caractérisée plus tôt (cf. chapitre 3), c'est-à-dire comme une dynamique de l'activité dont les éléments sont « indispensables au bon déroulement du travail collectif » (Champy-Remoussenard, 2014a, p. 49).

3.4.2. La formation des nouveaux tuteurs

Notre période d'observation a vu l'arrivée de nouveaux tuteurs destinés à renforcer l'effectif existant. Quinze nouveaux tuteurs (NT) ont été recrutés en vue de renforcer les deux groupes existants G1 et G2. Comme le prévoit l'organisation du DPT, ces NT ont reçu une formation

[239] Delphine est le pseudonyme que nous avons attribué à la cadre de santé coordinatrice du tutorat. Nous nous y référerons par la suite à plusieurs reprises.

de trois jours[240] visant à les préparer à la fonction. Celle-ci s'est déroulée les 21 février, 11 et 17 avril 2014. Au cours de cette formation, l'accent est mis sur l'objectif de « socialisation professionnelle » qu'implique le tutorat et sur l'« expérience » du sujet tutoré comme point de départ de la relation entre tuteur et néo-professionnel. Sur ce point, il est rappelé que le DPT ne démarre que lorsque le nouvel infirmier dispose d'une expérience préalable en psychiatrie d'au moins six mois. La formation a été dispensée par un intervenant extérieur et composée d'apports théoriques sur les questions de l'identité professionnelle, de l'expérience, mais aussi sur la thématique des générations. D'autre part, ces trois jours comprennent une séquence au cours de laquelle les NT ont été amenés à préparer une « journée à thème » qu'ils ont par la suite proposée aux néo-infirmiers.

On le voit, l'activité de tutorat ne se cantonne pas à un face-à-face interindividuel « classique ». Les éléments observés indiquent la mise en œuvre de pratiques variées structurant le travail d'accompagnement mis en place par les tutrices mais aussi à dynamiser leur activité réflexive. Ces observations font écho aux propos de M. Paul. Elle remarque que le tuteur a évolué pour devenir un « formateur de terrain » dont la fonction consiste de plus en plus à amener le tutoré à construire du « sens [à partir] de son expérience en sollicitant sa réflexivité ». Une telle approche nécessite alors pour le tuteur de « développer la capacité à conceptualiser et à modéliser sa pratique » (Paul, 2009, p. 99). Cette formalisation risque néanmoins de se faire au détriment du temps consacré à l'accompagnement même des tutorés dont la mise en œuvre n'est pas sans poser des difficultés certaines en termes de temps et de disponibilité. De telles difficultés sont déjà observables dans le déroulement du tutorat.

4. Des difficultés récurrentes de mise en œuvre

4.1. Une maigre disponibilité des acteurs

L'une des difficultés majeures affectant le tutorat concerne le manque de temps. Les tuteurs et néo-professionnels sont en effet régulièrement dans l'incapacité d'honorer les rendez-vous consacrés au tutorat. Les annulations semblent émaner des deux côtés. La cause du « manque d'effectif », et donc l'impossibilité de quitter l'unité de soins, est souvent invoquée pour expliquer ce manque de disponibilité. C'est ce qu'avancent les récits expérientiels de nombre

[240] Cette formation est mise en place sur les recommandations de la circulaire du 16 janvier 2006 dont l'annexe II dresse à ce titre une « proposition de cahier des charges pour une formation des tuteurs ».

d'infirmiers ayant fait l'expérience du tutorat et soulignant la difficulté de rencontrer leur tuteur :

> **Benoît** : Ouais. Ouais, ouais. Parce que quand j'ai été tutorée, c'était tout le début d'ici, de la [Benoît désigne l'unité temps plein de soins où il exerce] et on avait beaucoup de problèmes au niveau des effectifs. Et je pouvais pas me détacher pendant deux heures de mon service. Et j'avais trouvé le moyen de me détacher une heure de 13h15 à 14h15. Mais la tutrice voulait deux heures en suivant. Mais deux heures en suivant, je pouvais pas me permettre. Et quand j'avais des endroits où je pouvais la rencontrer, elle pouvait pas et voilà. Donc, c'était assez difficile de se rencontrer.
>
> (Entretien avec Benoît, 29 ans, infirmier, 26 février 2015)

> **J. de Miribel** : Donc vous avez une tutrice ?
>
> **Adeline** : Tout à fait.
>
> **JM** : Vous vous voyez régulièrement ?
>
> **A** : Alors, dernièrement non, étant donné qu'au niveau effectifs c'est un peu compliqué dans notre service. Donc ça fait quelques mois déjà… ouais, ça fait quelques mois que je l'avais pas vue. Et quand on s'est vues la dernière fois, ça faisait encore quelques mois… puisqu'à chaque fois qu'on se voit, on reprend une date. Et puis au dernier moment, je dois annuler parce qu'au niveau effectifs, c'est pas possible. Et puis ensuite, ben le problème, c'est que ça passe super vite. Ou il y en a une qui est en repos pendant que l'autre travaille, ou il y en a une qui est en vacances et inversement. Et du coup c'est assez compliqué de pouvoir trouver des dates en ce moment. Mais on a dû se rencontrer peut-être quatre ou cinq fois, il me semble. Ouais, ça doit être ça.
>
> (Entretien avec Adeline, 26 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

> **Chloé** : Mais malheureusement, ma tutrice étant chez les adolescents, postée, c'est très compliqué de trouver des créneaux. En plus, ils sont en difficulté des fois au niveau professionnel. Ils sont des fois tout juste. C'est compliqué de pouvoir la rencontrer.
>
> (Entretien avec Chloé, 23 ans, infirmière, 28 janvier 2015)

Il apparaît ici très distinctement l'existence d'une concurrence entre le tutorat et l'activité soignante, les conditions de la seconde impactant les possibilités de mettre en œuvre la première.

4.2. Un rythme aléatoire

La procédure d'organisation du DPT prévoit des rencontres inter-individuelles entre tuteur et tutoré de « 2 heures à 3 heures de rencontre avec le tuteur tous les 15 jours sur 42 semaines (soit 49 heures) »[241]. Dans nos différents échanges avec les acteurs de l'établissement, nous n'en avons rencontré aucun ayant eu la possibilité de se conformer à un tel rythme de rencontre. Aussi bien les tuteurs que les néo-professionnels sont confrontés à la difficulté de se rendre

[241] Extrait d'un document interne précisant la procédure d'organisation du DPT eu sein de l'EPSM-LM.

disponibles en raison de la charge de travail les sollicitant prioritairement en milieu de soin. Les possibilités d'assurer l'accompagnement sont alors variables d'une configuration à l'autre :

> **J. de Miribel** : A partir du moment où on bloque un temps d'échange entre les deux… ce sont des temps assez conséquents, non ? Ce sont des temps de 3 heures ?
>
> **Eva** : Oui. Ça dépend. Franchement, y en a, ils vont dire… j'ai déjà eu une tutrice qui était au [Nom d'un service] qui a vu son tutoré qui est ici. Ils se sont vus pendant une heure quoi, tu vois. Après, vraiment ça dépend.
>
> **JM** : Mais là c'est aussi plus facile. On sait qu'on est au service d'à côté…
>
> **E** : Même là c'est pas facile. Moi j'ai une infirmière ici, [prénom de l'infirmière], son tuteur est au [Nom d'un service situé à proximité], ça fait plus d'un an, un an et demi, ils ont toujours pas réussi à se voir.
>
> (Entretien avec Eva, 46 ans, cadre de santé, 29 juin 2015)

Ainsi, tuteurs et tutorés mettent en œuvre des ajustements permettant d'atteindre un quota d'heures de tutorat prescrit. Par exemple, certains tutorés privilégient les « journées à thèmes » au détriment de rencontres individuelles de manière à effectuer davantage d'heures en une seule séquence (une journée à thème équivaut à 7 heures de tutorat réalisé). De leur côté, certains tuteurs organisent des journées complètes de stage de manière également à « rentabiliser » les rencontres de tutorat.

4.3. Un déploiement inégal d'un secteur à l'autre

L'observation a révélé que certains secteurs sont différemment dotés en termes de tuteurs, ce qui fait ressortir une disparité au sein même de l'établissement face au tutorat. Il en résulte que plusieurs néo-infirmiers ne sont pas tutorés. Ce manque s'explique par au moins deux causes. (1) D'abord, les vagues de recrutement ont notamment pour objectif de répondre aux besoins en tuteurs manifestés par chaque pôle de psychiatrie. Cependant, la mobilité professionnelle interne à l'EPSM-LM a conduit certains tuteurs recrutés à changer de secteur ou devenir cadre de santé. (2) Ensuite, certains secteurs manquent de candidats répondant aux critères de recrutement. Ainsi, un secteur en particulier est doté d'une seule tutrice chargée d'assurer le tutorat de chaque nouvel infirmier du pôle de soins. Précisons qu'il s'agit d'une nouvelle tutrice et que ce secteur est resté quelque temps sans tuteur. Lors de notre première visite au sein de ce secteur, nous avons rencontré un nouveau professionnel recruté depuis six mois et n'ayant jamais entendu parler du DPT. Précisons que si ce cas de figure nous a interpellé, il n'en est pas moins marginal dans l'établissement.

4.4. Un démarrage tardif du tutorat

Cette difficulté résulte probablement des deux précédentes. Elle concerne le retard accumulé dans la mise en œuvre du tutorat. Le manque de tuteurs dans certains secteurs et le prolongement de plusieurs tutorats en cours, par manque de temps, impliquent une attente de nombreux nouveaux infirmiers avant de démarrer le tutorat. Il n'est alors pas rare que plusieurs d'entre eux débutent lorsque l'infirmier est dans sa troisième ou quatrième année suivant son recrutement en psychiatrie. Ce démarrage reporté interroge les acteurs quant à la pertinence de commencer un tutorat si tardivement, alors même que le néo-infirmier a déjà largement entamé son apprentissage du métier à travers le quotidien du service de soins :

> **J. de Miribel** : Justement, en parlant de donner du sens, d'essayer d'alimenter le travail des équipes, qu'est-ce que tu penses du dispositif de professionnalisation et tutorat ?
>
> **Eva** : Génial. […] Si les délais minimums étaient respectés, ce serait chouette. Sauf qu'à partir d'un moment où la personne elle est là depuis 3-4 ans, je vois pas trop l'intérêt d'avoir un tuteur, franchement. Un tuteur qui a pratiquement autant d'expérience que toi, je trouve que ça a plus de sens, tu vois. Si ça avait été d'emblée, ouais, je trouve que ça a du sens. Mais je vois des infirmières qui me disent : « Madame [Nom de famille d'Eva], fais chier d'aller voir mon tuteur. Qu'est-ce que vous voulez que je lui pose comme question ». Ca fait déjà trois ans qu'ils se battent ici, qu'ils font tous les services, qu'ils sont à droite, à gauche, qu'ils vont dépanner partout, qu'ils font ce qu'ils peuvent. Et là, ils vont avoir un tuteur ? Mais pourquoi faire ? Je les comprends. Tutorat. Ouais. Dans l'année, allez deux ans, ouais, ça a du sens. Après, je trouve que ça a plus de sens du tout.
>
> (Entretien avec Eva, 46 ans, cadre de santé, 29 juin 2015)

4.5. L'implication de certains acteurs en question

4.5.1. Celle des néo-infirmiers

La question de l'implication des nouveaux infirmiers constitue une préoccupation majeure pour les tutrices. C'est là un des principaux aspects mettant les tutrices à l'épreuve, en particulier celles du G1. Plus ancien et initiateur du tutorat, ce groupe raconte souvent avoir inauguré le dispositif en intervenant auprès de nouveaux infirmiers réticents et peu enclins à participer à un dispositif à l'époque encore peu « rodé » :

> **Tutrice 1** : Au début, c'était plus difficile
>
> **Tutrice 2** : Limite on se faisait insulter. Ils rigolaient dès qu'on disait un truc.
>
> (Journal de terrain, note du 24 mars 2014)

Parmi les tuteurs du G2 figurent certains néo-infirmiers de l'époque qui avaient vivement contesté les façons de faire du G1. C'est l'un des éléments pouvant expliquer la rupture relationnelle entre les deux groupes.

Actuellement, l'implication des destinataires du tutorat demeure une difficulté et revient régulièrement à travers l'idée que les néo-infirmiers ont, comme prérequis, des « attentes » associées au tutorat. Or, cette considération occulte le fait que le tutorat résulte avant tout d'un dispositif prescrit. Cela étant, plusieurs causes[242] peuvent expliquer le désintérêt que manifestent certains néo-infirmiers : démarrage tardif du tutorat, désintérêt pour un thème traité lors d'une journée à laquelle le néo-infirmier a été inscrit par son cadre, différend avec le tuteur, incompréhension du principe des « journées à thème », représentation du DPT comme un quota d'heures à accomplir, etc.

4.5.2. Celle des cadres de proximité

Le rôle des cadres de santé dans la mise en œuvre du tutorat est mis en question par certains acteurs du tutorat, en particulier concernant le suivi des « parcours de tutorat » :

> Alors que Delphine fait une intervention en ouverture de la troisième journée de formation des NT, l'un d'entre eux lui fait remarquer que certains tutorés sont présents lors de « journées à thème » sans pour autant que ce soit de leur propre initiative. Il apparaît que certains cadres de santé inscrivent les « journées à thème » dans l'emploi du temps de ces jeunes professionnels sans les consulter auparavant sur leur intérêt pour la thématique de la journée.
>
> (Journal de terrain, note du 17 avril 2014)

A plusieurs reprises, Delphine nous confirmera que le rôle des cadres dans l'organisation des « parcours de tutorat » constitue une difficulté, ceux-ci n'encourageant pas la formation ou ne l'inscrivant pas dans le temps de travail des néo-infirmiers de manière concertée avec ces derniers. Par ailleurs, les tuteurs leur reprochent leur manque de disponibilité. Cette difficulté était encore prégnante lors de notre dernière rencontre, le jour de la restitution auprès du G2 :

[242] Ces causes nous ont été suggérées par différents acteurs rencontrés informellement ou interviewés.

> **Tuteurs s'exprimant successivement** : « Ras le bol du face-à-face » ; « les cadres ne nous répondent pas. T'as pas de retour, comment t'organise le tutorat ? » ; « Ils [les tutorés] ont pas vu l'extra. Mes demandes datent du mois d'août. Alors qu'est-ce qu'on peut faire à part parler d'épuisement pro parce qu'ils en ont marre de leur poste » ; « Et quand je dis au cadre sup' qu'il faut organiser une réunion pour faire le point, il me dit : « pas de problème ». C'est ça le truc, c'est qu'il y a jamais de problème. En attendant, on n'avance pas. C'est démotivant ! » ; « Les cadres, moi je pense simplement qu'ils ont pas le temps ».
>
> (Journal de terrain, note du 8 décembre 2016)

La question du temps que nous avons relevée précédemment peut tout à fait être transposée au travail des cadres de santé, ce qui explique en partie les difficultés vécues par les tuteurs dans le rapport aux cadres. Du point de vue des cadres de santé rencontrés, le tutorat (et le DPT plus généralement) est un outil important pour la profession et doit à ce titre être conservé. Cependant, quelques aspects de sa mise en œuvre manquent de sens au regard de certains, en particulier lorsque les infirmiers commencent à témoigner d'une certaine expérience et que le tutorat n'est plus perçu comme une priorité pour ces derniers. Du coup, face aux impératifs des unités de soins dont ils ont la responsabilité, les cadres choisissent de privilégier, dans le temps de travail des infirmiers, les besoins du service.

Le second point relevé est l'ingérence du cadre dans le tutorat. Ce point ressort notamment dans le cas d'une tutrice dont le cadre de santé intervient sur le suivi d'une infirmière :

> Une tutrice et sa tutorée travaillent dans le même service et sont sous la responsabilité du même cadre de santé. La tutrice m'explique que ce cadre a tendance à lui demander de travailler sur des contenus liés à des difficultés de la tutorée qu'il a observées. La tutrice donne l'exemple des « soins à médiation ». Elle explique avoir déjà dit à son cadre que ce qui se passe en tutorat, notamment en face-à-face, doit rester dans le cadre du tutorat et ne peut faire l'objet de demande supplémentaire de la part de personnes tierces. Par la suite, elle m'explique où se situe, selon elle, la difficulté. Qu'il s'agisse de « soins à médiation » ou de travailler l'« entretien infirmier », la tutorée ne « met aucun objectif dans ses soins », ce qui la cantonne à faire un travail de « surface ». L'important, selon la tutrice, est de lui faire « prendre conscience de cette difficulté ».
>
> (Extrait du journal de terrain, note du 18 juillet 2015)

Dans cet exemple, la tutrice est confrontée à une intervention du cadre de santé sur le travail pédagogique de la tutrice destiné à la tutorée. En effet, plutôt que d'entretenir un rapport dialogique fondé sur l'analyse du vécu et partant, de la difficulté rencontrée par la tutorée, la demande du cadre porte sur la transmission de contenus spécifiques, ceci sans connaître *a priori* les causes des difficultés de la tutorée. Une telle orientation peut alors conduire à renforcer la part prescrite du travail éducatif, ceci au détriment d'une démarche réflexive menée avec la tutorée et avec l'aide de la tutrice pour déterminer le problème. De plus, l'intervention du cadre tend à prescrire une forme de travail se rapprochant d'une forme scolaire comportant une transmission de contenus (ici, « des soins à médiation »). Nous ne pouvons ici nous prononcer

sur la marche à suivre la plus appropriée au regard du contexte. Néanmoins, l'approche du cadre tend à modifier la démarche de tutorat telle que nous l'avons décrite jusqu'ici. Devant cette intervention, la tutrice choisit de préserver un « territoire » d'activité réservé à la relation entre tuteur et tutoré.

5. Le rapport du tutorat à la situation de travail

A travers le DPT, la forme que prend le travail éducatif cherche à engager le sujet dans une perspective de professionnalisation et, parallèlement, de développement professionnel. R. Wittorski (2007) propose d'analyser ces dynamiques dans un rapport à l'action, notion constituant pour l'auteur un analyseur des transformations des personnes en situations de travail. L'idée d'action désigne une forme réalisée s'inscrivant plus généralement dans l'activité. En prenant appui sur les travaux de J. Leplat et M. de Montmollin, l'auteur distingue l'action et l'activité considérant qu'« il est relativement admis que l'action comprend des actes, qu'elle a des buts et qu'elle s'inscrit plus largement dans une activité qui lui donne sens » (Wittorski, 2007, p. 33). C'est à travers ce prisme que cet auteur a élaboré une grille d'analyse permettant d'examiner plusieurs « voies » de professionnalisation, se distinguant notamment dans leur rapport à la situation de travail. Cet outil est conçu à partir d'une catégorisation des pratiques mises en œuvre en réponse aux préoccupations d'articuler de manière rapprochée des espaces de formation et de travail. Dans cette optique, R. Wittorski a pu identifier six catégories regroupant des pratiques récurrentes au travers desquelles sont articulées des cultures de travail et de formation avec des modalités d'apprentissage, ceci en lien plus ou moins étroit avec la situation de travail. Sans énumérer chacune de ces catégories, nous associerons les pratiques de tutorat observées à la démarche que R. Wittorski (2007) nomme la « logique de la réflexion sur l'action », autrement dit l'analyse rétrospective, par le sujet de l'activité, d'une action ou d'un ensemble d'actions dans le but de l'amener à conscientiser et formaliser son expérience et/ou répondre à des objectifs de transmission ainsi que de conversion de cette expérience en savoirs professionnels.

On retrouve ici les objectifs affichés par le tutorat de pairs mis en place dans le cadre du DPT (face-à-face interindividuel et « journées à thème »). Mais cette approche réflexive consécutive à l'action apparaît insuffisante aux yeux de certains infirmiers pour qui la priorité est d'apprendre à agir en lien avec les besoins et les inattendus de la situation de travail. Le

caractère « inédit »[243] des situations est en effet constitutif du quotidien des soignants en psychiatrie, ainsi qu'en témoigne Adeline :

> **Adeline** : Comment expliquer le fait que ça me plaise autant… Alors, c'est vraiment particulier de dire ça, mais c'est vraiment le patient en crise, parce que c'est toujours quelque chose auquel on s'attend pas. C'est pas quelque chose qu'on va dire : « tiens, cette personne-là elle est atteinte de cette pathologie-là. Je l'ai lu dans ce livre-là, ça va se passer comme ça ». On sait jamais comment ça va se passer, on sait jamais comment ça va débuter, on sait jamais comment ça va se finir. Et du coup notre journée fait en sorte qu'à part les heures précises où on donne les traitements à seize heures, on donne les traitements à huit heures, on donne les traitements à dix-neuf heures. En dehors de ça, la journée, on sait jamais comment elle va se passer. Donc on espère toujours qu'elle se passe pas mal. Mais voilà, le fait qu'on sache jamais, quand on a une entrée on sait pas comment elle va être, la détresse des gens, pouvoir les écouter, des patients délirants, des patients maniaques […]. C'est qu'on en apprend tous les jours et j'en parlais encore avec des collègues il y a quelque temps. Même après énormément d'années d'expérience, ils en apprennent encore aujourd'hui et je trouve ça intéressant, parce que c'est pas monotone à faire les même soins tous les jours, avoir le même type de patients en face de nous, avec les mêmes verbalisations, les mêmes dires, les mêmes faits et gestes. C'est toujours différent.
>
> (Entretien avec Adeline, 26 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

La dimension systématiquement inédite des situations apparaît comme un enjeu essentiel de l'apprentissage du travail soignant en psychiatrie mettant à l'épreuve quotidiennement les néo-professionnels. Or, certains entretiens semblent indiquer une difficulté pour les néo-infirmiers à percevoir le sens d'un tutorat n'ayant pas de lien plus direct avec les situations de travail :

> **Benoît** : C'est très bien au niveau théorie, de rencontre avec des autres personnes, des autres diplômés, d'autres personnes d'autres secteurs, d'autres unités. Mais après, c'est vrai que c'est pas spécialement spécifique au service ou au lieu où on travaille. Donc ça reste théorique. C'est toujours un peu pareil. C'est un peu ce que je vous expliquais au début, c'est pas du pratique. Ça reste théorique puisque c'est pas… enfin c'est une journée à thème, mais c'est souvent plus adapté pour des personnes en admissions ou en CMP [Centre médico-psychologique]. Et c'est vrai que pour... comme nous on dit « longs séjours », ça colle pas aussi à la pratique. Donc, les journées à thèmes ça fait vraiment trop théorique. C'est pas adapté à notre travail-même.
>
> (Entretien avec Benoît, 29 ans, infirmier, 26 février 2015)

> **Camille** : Malheureusement, ça m'apprend plus grand-chose. Et puis c'est des gens qu'on connaît pas forcément, du coup on aura beau exprimer... On nous demande d'exprimer des événements qu'on a rencontrés, des choses, c'est des gens qui ne connaissent pas le patient, c'est des gens qui viennent de tous les secteurs, donc c'est un peu difficile d'exposer un problème quand on n'a pas tous les tenants, les aboutissants, bon voilà.
>
> (Entretien avec Camille, 26 ans, infirmière, 2 juillet 2015)

> **Tiphaine** : Ben écoutez, franchement, je trouve que… ben le truc, c'est que moi j'attends pas ma tutrice quand j'ai un souci sur mon lieu de travail. Donc j'attends pas d'appeler ma tutrice. Je pense que, voilà, j'ai mes collègues. Et j'ai l'encadrement aussi qui fait heureusement qu'on est en équipe. Et j'attends pas de voir ma tutrice que je vois je sais pas quand. Voilà, on est en équipe et on… je gère, voilà. J'attends pas ma tutrice pour lui poser mes questions.
>
> (Entretien avec Tiphaine, 29 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

[243] Autrement dit, la situation est nouvelle du point de vue de l'acteur.

Ainsi, il apparaît que les néo-professionnels cherchent des ressources (collectif de travail, documentation, recherches personnelles) en dehors de ce que propose le tutorat. Tiphaine semble ainsi s'inscrire dans une perspective que R. Wittorski (2007) nomme « logique de réflexion et de l'action ». Il s'agit d'une voie de professionnalisation confrontant le sujet à des situations inédites devant lesquelles il se met en quête de ressources utiles pour résoudre les problèmes nouveaux rencontrés dans l'action. On a pu remarquer, dans certains cas (notamment à travers la pratique du « doublage »), que le tutorat comporte un rapport plus étroit à la situation de travail et constitue une ressource significative pour les néo-professionnels. Dans le cas contraire, le sens du tutorat semble difficile à saisir pour certains.

Notre intention est ici de faire ressortir que **le rapport à l'action**, en particulier la situation de travail, **constitue un angle d'approche concentrant une discordance entre l'organisation du tutorat et les attentes de certains néo-professionnels**. Même si cette différence est amoindrie à travers des pratiques mises en œuvre par certains tuteurs en lien direct avec une situation de travail, elle est souvent génératrice d'incompréhension entre tuteur et tutoré. Cette discordance n'est cependant pas sans effet sur le sentiment de reconnaissance professionnelle des tutrices, point sur lequel nous allons nous arrêter.

6. Un groupe de travail chercheur et producteur de sens ?

A la lumière des éléments développés jusqu'ici dans ce chapitre, il semble important d'insister sur ce que nous analysons comme une fragilisation du tutorat. Les observations et entretiens menés indiquent que les tutrices sont affectées par un « essoufflement »[244] lié à leur fonction agissant de manière démobilisatrice :

> Alors que je discute avec un infirmier à qui j'expose brièvement l'objet de mon travail de thèse, je mentionne les « tutrices », groupe que l'on m'a indiqué comme « incontournable » pour étudier « la professionnalisation ». L'infirmier me répond simplement qu'il y a des choses à dire, que les tutrices commencent à « s'essouffler ». Il ajoute que les jeunes professionnels ne sont pas intéressés par la formation.
>
> (Extrait du journal de terrain, note du 27 novembre 2013)

[244] Nous reprenons ici le terme employé par les acteurs du terrain.

> Les tutrices du G1 considèrent que si le groupe « tient », c'est parce qu'il y a une bonne cohésion, « quelque chose de fort entre elles ». Mais cette cohésion n'empêche pas l'une des tutrices d'annoncer en fin de journée qu'elle « arrête » le tutorat. Elle dit ne plus croire en son apport pour les jeunes professionnels et ajoute : « on n'a aucun retour ».
>
> (Extrait du journal de terrain, note du 17 octobre 2014)

Cette absence de « retour » semble affecter le sentiment de reconnaissance professionnelle vécu par les tutrices, autrement dit l'« appréciation », la « considération de l'agir professionnel d'un acteur » (Jorro et Houot, 2014, pp. 253-254). L'idée de reconnaissance est particulièrement présente dans le discours des tutrices à propos de leur travail et associable à un malaise identitaire[245] vécu par les membres du groupe. Celui-ci semble dû à l'absence d'un lien spécifique à la relation pédagogique. A. Malicot estime, à propos de la transmission du travail chez les compagnons du devoir, que ce lien est indispensable :

> Je pense qu'il ne peut pas y avoir transmission s'il n'y a pas réciprocité. […] Le jeune [le novice] y est pour beaucoup dans la transmission. Il permet de maintenir le processus de transmission. C'est important. Le jeune apporte aussi beaucoup : c'est comme une rencontre entre deux personnes, on s'apporte mutuellement (Champy-Remoussenard et Malicot, 2015, p. 167-168).

Cette réciprocité semble fonctionner comme un mécanisme de don/contre-don, selon la théorie de Marcel Mauss, trouvant sa déclinaison dans la relation pédagogique et, plus largement, dans les organisations. Sur ce point Norbert Alter (2010, p. 11) rappelle que : « Donner quelque chose de précieux à quelqu'un permet de sceller une relation dans un endettement mutuel ». Il semble que dans la relation entre tutrices et tutorés, la dette ne soit pas ou peu honorée. Cette absence dans la relation se traduit chez les tutrices par l'expression d'un manque de reconnaissance.

Plus encore, les tutrices semblent affectées par ce que nous pouvons désigner comme une **crise du sens** liée à leur fonction et que nous expliquons à travers trois causes résultant des éléments développés jusqu'ici. **(1)** D'abord, **le caractère empêché de l'activité**. Nous l'avons vu au travers de la question organisationnelle. Le tutorat souffre d'une difficulté de mise en œuvre en raison de la saturation des agendas, du manque de temps affectant les professionnels, mais aussi par ce qui est parfois identifié par les tutrices comme un manque d'engagement de certains néo-professionnels ou d'implication des cadres de proximité. **(2) Un sentiment d'illégitimité**. Les tuteurs expriment un malaise vis-à-vis des néo-professionnels qui semble résulter de leur rapport au savoir. Ils fondent une partie de leur intervention sur le partage d'expérience avec

[245] Nous associons ici les notions d'identité et de reconnaissance, considérant avec George Herbert Mead que l'identité se construit dans « l'expérience d'une reconnaissance intersubjective » (souligné par Honneth, 2000, p. 120).

les néo-infirmiers. Mais ces derniers manifestent un autre type d'attente relevant d'un caractère utile pour les situations de travail. Certains semblent considérer que le travail des tuteurs ne leur permet pas de traiter des questions liées au quotidien infirmier. **(3) Un déni de reconnaissance**[246] **ressenti**. Les tutrices sont affectées par une absence de manifestation de reconnaissance en premier lieu de la part des jeunes infirmiers à qui leur travail est destiné. Ils dénoncent souvent la passivité qui caractérise l'engagement des néo-professionnels, considérant que ces derniers n'auraient pas d'attente liée au tutorat. En second lieu, ils expriment un manque de reconnaissance de la part de l'institution qui ne rétribue pas ou peu leur travail (certificat, compensation financière, présence à des réunions). Ce second point s'exprime de manière plus directe sur le lieu de travail :

> **Tutrice** : Combien de fois, j'arrive et je me prends des remarques par les autres infirmiers qui me disent « t'as du temps à perdre. Pendant ce temps-là, nous, on bosse ».
>
> (Extrait du journal de terrain, note du 8 décembre 2016)

En somme, cette reconnaissance voulue et attendue est celle de leur propre expérience professionnelle et de la maturité qui leur donne la légitimité de transmettre le travail aux néo-infirmiers. Mais ce refus de contre-don (côté néo-infirmiers et institution) semble exprimer, du point de vue des tutrices, un refus de leur attribuer une telle qualification.

Ces dynamiques affectent les tuteurs qui voient s'étioler le sens donné à leur travail. Certains recherchent les causes de ce malaise dans des considérations structurelles (écarts de générations, manque d'implication des néo-professionnels et des cadres, manque de temps, etc.), parfois à juste titre, et cherchent les ressources pour insuffler une nouvelle dynamique.

Dans ce sens, l'appartenance au groupe d'échanges de pratiques semble constituer une ressource fondamentale pour la continuité du tutorat, mais aussi pour permettre aux tutrices de faire face au quotidien en service de soins. C'est le cas de Julie, tutrice du G1 :

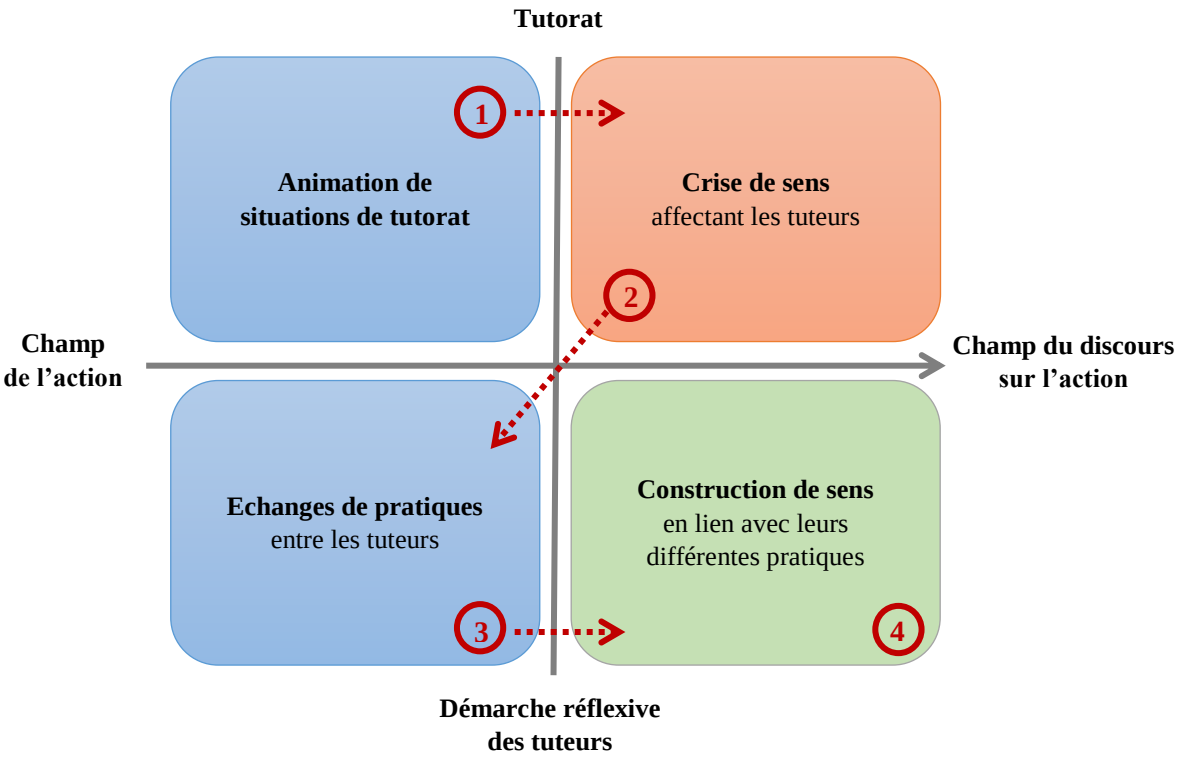
> **Julie** : Aussi cet espace du tutorat, à titre individuel, il m'aide aussi pour d'autres choses. Dans les services, c'est compliqué. D'échanger et de sortir du service pour voir comment ça se passe ailleurs. C'est ce qu'on disait aussi beaucoup, cette dynamique où on s'entraide, où on se soutient, où on s'appelle. C'est des collègues « hors les pôles », quoi. Je sais pas comment on pourrait appeler ça. Mais c'est un soutien qu'on n'a pas dans nos pôles respectifs. Donc, j'en ai besoin de ça, parce que ça m'apporte un soutien pour mieux revenir dans mon service. Parce que tous les jours, c'est pas simple.
>
> (Entretien avec Julie, 35 ans, infirmière et tutrice, 5 décembre 2014)

[246] On entendra le « déni de reconnaissance » comme l'absence de manifestation par autrui significatif d'un intérêt pour une activité (ici le travail éducatif formalisé réalisé par le tuteur) générant une identification dans l'espace social. Ce déni de reconnaissance, le sujet le vit comme une déconsidération de sa contribution sociale.

Citons également le cas de **l'une des tutrices** dont le parcours a été marqué par deux agressions physiques par des patients lui ayant valu un arrêt de travail pendant plusieurs mois. Son activité au sein du G1 fut particulièrement aidante à son retour : « l'équipe des tutrices m'a aidée. C'est pour ça que je suis restée en psychiatrie. Ce groupe m'a fidélisée » (journal de terrain, note du 13 septembre 2016). A l'heure actuelle, elle a repris son travail et s'est engagée dans une formation diplômante.

On voit ici effectivement comment l'activité génère une dynamique productrice de sens pour les tutrices (cf. schéma 2, ci-dessous). L'animation de situations de tutorat (1) met à l'épreuve les tutrices au point de générer une crise de sens associée à leur travail (2). Cependant, l'espace institué d'échanges de pratiques (3) constitue une ressource (4) les aidant à faire face au quotidien au travail (soignant et éducatif) en redonnant du sens à celui-ci *via* l'échange collectif et le système relationnel que celui-ci génère. Paradoxalement, le temps d'échanges de pratiques (3), considéré comme une ressource fondamentale pour l'activité, n'a de raison d'exister, dans le cadre du DPT, qu'à travers l'existence de l'animation de situations de tutorat (1), étape paraissant fragiliser les tutrices.

Schéma 2 : Processus de construction de sens par les tuteurs



Si ce groupe exprime un manque de reconnaissance au sein de l'institution, il n'en est pas moins moteur d'une capacité à produire du sens du point de vue de ses membres. Ce groupe, en particulier sa dimension « clandestine » repérée précédemment, apparaît comme une dynamique réunissant et maintenant une part importante des forces vives locales portant, à travers le DPT, le projet de (re)professionnalisation des infirmiers en psychiatrie que nous avons identifié au chapitre 6. Les tuteurs sont en effet les acteurs d'un champ spécifique de pratiques marquant localement l'organisation locale du groupe professionnel des infirmiers et se révèlent comme garants d'espaces-temps répondant (ou du moins s'efforçant de répondre) aux enjeux de professionnalisation identifiés plus tôt (cf. chapitres 1 et 6).

7. Une demande d'intervention émanant du terrain

L'observation et l'écoute des tutrices a donné lieu à une demande à notre égard, de la part de ces dernières et de Delphine, d'utiliser les données de l'observation afin que je leur propose une intervention comportant des apports utiles à leur activité. Nous parlerons d'« intervention » (Herreros, 1997 ; Marcel, 2015b) pour désigner ce qui, dans une activité collaborative entre chercheur et acteurs du terrain d'enquête, entend exercer un effet transformateur de l'activité professionnelle de ces derniers. Mais comme le montrent les précédents chapitres, les pratiques professionnelles du champ étudié se caractérisent par leur capacité à changer et se renouveler.[247] Il s'agira donc ici plus modestement d'intervention en tant qu'intention de « déclencher, orienter, guider, accompagner des transformations qui sont toujours des auto-transformations ».[248]

[247] Ce caractère évolutif n'est pas spécifique au champ de la santé mentale. Elle est généralisée à l'ensemble des milieux professionnels. En effet, nous l'avons vu précédemment, le travail a changé et continue de se transformer (cf. chapitre 3). Rappelons toutefois, à propos de l'évolution de la psychiatrie, que ce champ a su changer progressivement de « paradigme » dans la seconde moitié du XXe siècle, ceci à travers les mouvements de psychothérapie institutionnelle et de sectorisation (cf. chapitre 1).

[248] Ces mots, que nous empruntons à M. Durand, sont extraits de Barbier, J.-M., Clot, Y., Durand, M., Vinatier, I. et Schwartz, Y. (2015). Les approches de l'activité en question : comprendre pour transformer ou transformer pour comprendre ? Table ronde animée par S. Monchatre et E. Triby. Colloque international en Sciences de l'éducation « L'activité en débat. Dialogues épistémologiques et méthodologiques sur les approches de l'activité ». Villeneuve d'Ascq : Université de Lille 3 (France). 14, 15 et 16 janvier.

7.1. Une observation négociée

Plus tôt dans ce travail (cf. chapitre 2), a été abordé le caractère spécifique de la recherche menée dans un contexte où celle-ci fait l'objet d'une commande. Nous avons notamment précisé que la mise en œuvre d'un partenariat dans le cadre des CIFRE a favorisé notre accès au terrain d'enquête. Pour autant, cette contractualisation ne fait pas de la participation des acteurs du champ investigué un allant-de-soi. Il en va de même de leur approbation concernant la présence d'un observateur « étranger »[249] dans un espace leur étant consacré. Il nous est dans ce sens apparu que l'interaction entre chercheur et acteurs du terrain d'enquête était animée d'une négociation sous-jacente et quasi-permanente. Nous nous sommes alors employé à préciser la nature du rapport entretenu dans ce cadre relationnel et dans lequel les tutrices se sont notamment distinguées par leur manière d'interpeller notre démarche de recherche.

> **Mardi 21 janvier 2014. Une rencontre suggérée**. Delphine est la cadre de santé responsable du Pôle formation. Elle est à ce titre chargée de l'organisation du DPT et de la coordination du groupe des tuteurs. Lors de mon arrivée à l'EPSM-LM, elle a estimé important que je[250] rencontre « les tutrices » pour comprendre le fonctionnement du dispositif. Elle m'a dans ce sens proposé de participer à la « journée tuteurs »[251] (G2) du 31 janvier 2014. Tout en exprimant mon intérêt pour participer à cette rencontre, je fais part à Delphine de mon appréhension quant au caractère potentiellement « intrusif » de ma présence à cette réunion de travail, ainsi que du risque pour la suite de l'enquête de terrain si ma présence était vécue comme « imposée ». Delphine m'explique qu'« elles » apprécieront qu'on s'intéresse à elles et que, par conséquent, ma présence ne devrait faire l'objet d'aucun rejet ni d'aucune résistance. Elle ajoute avoir déjà parlé de ma venue au groupe.

L'intervention de Delphine a anticipé la négociation des conditions d'observation du travail avec les tutrices. Au moment d'écrire ces lignes, nous avons la conviction que cette démarche a été facilitatrice de notre observation du groupe de tuteur. Pour autant, l'enjeu de la première réunion avec les deux groupes de tuteurs (G1 et G2) n'en demeurait pas moins fort.

> **Vendredi 31 janvier 2014. Premiers échanges avec les tutrices (G2)**. C'est à l'occasion d'une « journée d'échange de pratiques » que je fis la connaissance des tutrices composant le G2. Au démarrage de la réunion, peu après 9 heures, Delphine apporte certaines précisions quant à l'organisation de journées à thème à venir (dates, lieux, numéros de salles). C'est alors qu'elle me présente comme « un doctorant qui fait un travail d'analyse sur la professionnalisation. Il va observer ce que vous faites et pourra peut-être apporter des éléments à votre réflexion ». Cette introduction me semble plutôt bien accueillie. Une tutrice s'exprime : « Ça peut être intéressant d'avoir un regard externe ». Une deuxième : « Pourquoi pas, pour une fois que quelqu'un s'intéresse à ce qu'on fait ». Une autre tutrice, arrivée quelques minutes en retard, manifeste un certain intérêt : « Je prends ça [la présence d'un observateur extérieur] comme une manifestation d'intérêt pour ce qu'on fait, alors

[249] Au sens où nous l'avons développé au chapitre 2.
[250] Comme nous l'avons fait auparavant au chapitre 2, nous mobilisons dans cette description l'emploi du « je » expérientiel et réflexif pour restituer en détail notre vécu de certaines observations.
[251] Nous désignerons par la suite ce type de journée comme une « journée d'organisation et d'échange de pratiques ».

> qu'on est en train de **s'essouffler**. Du coup, la prochaine fois, j'arriverai à l'heure. Ça donne l'impression qu'on va donner du sens à ce qu'on fait ».
> Presque aussitôt, les tutrices expriment à tour de rôle leur ressenti lié au déroulement du tutorat. Elles […] exposent plusieurs arguments mettant en question la **faisabilité du tutorat** dans sa forme actuelle. Parmi ceux-ci, elles invoquent un manque de **motivation des « tutorés »** ou **« jeunes professionnels »** ainsi qu'un **manque de volonté de la part des cadres de santé** s'agissant de mobiliser les nouveaux infirmiers sur la question du tutorat. Ce second point constitue un frein considérable, les cadres de santé ayant pour tâche de mener et de réguler l'organisation du travail (et donc le temps de travail) au sein des unités de soins dont ils ont la responsabilité.
> Les tutrices soulignent par ailleurs l'existence d'un **retard dans la mise en œuvre du tutorat**. Certains suivis interindividuels débutent en effet lorsque le professionnel est dans sa quatrième, parfois sa cinquième année d'exercice. Dans ce cas de figure, les tutrices estiment que le tutorat n'a pas de sens. Elles en arrivent à mentionner **l'autre groupe de tutrices (G1)** : « on n'a pas d'échange », « on voit pas les choses de la même façon, c'est très scolaire avec elles ». Elles insistent alors sur le fait que cette approche scolaire n'est pas adaptée. Les tutrices se présentent avant tout comme des « collègues » des nouveaux infirmiers et non comme des « profs » ou des « formatrices ». Elles manifestent par ailleurs leur difficulté par rapport à l'animation des groupes de tutorés : « parfois, on voit que ça ne prend pas et là, on se dit qu'on n'est pas formateur ». Cette remarque est aussitôt suivie d'une question qui m'est adressée : **« Y a-t-il des outils pour comprendre ça ? »**. **Delphine me pose alors une question : « Tu en penses quoi, Julien ? »**.
> L'idée même de répondre à cette question me laisse circonspect. Il me semble en effet imprudent de partager des éléments que je viens de consigner dans mon journal de terrain avant même de les avoir relus et pesés. De plus, il me semble prématuré de franchir un certain « Rubicond méthodologique » en m'engageant dès notre première rencontre dans une posture potentiellement normative qui modifierait mon rapport au terrain d'enquête. Je réponds ne pas encore être suffisamment familiarisé avec les questions soulevées au cours de cette réunion pour pouvoir déjà en proposer des éléments d'interprétation. J'ajoute qu'il serait intéressant d'avoir le point de vue des tutorés.

La question qui nous a été posée a interpellé notre posture de chercheur ainsi que nous l'avons souligné au chapitre 2. Notre démarche de recherche prévoyait initialement de minimiser l'intervention et de nous cantonner à une approche descriptive du travail éducatif tel que mis en œuvre dans le cadre du DPT. Cette interrogation demandant un avis sur ces premiers échanges nous a amené, à l'inverse, à comprendre que l'observation du travail des tutrices devrait donner lieu à un compte-rendu destiné à ce groupe, une sorte de « contre-don ». Si nous envisagions effectivement d'adresser une restitution[252] au commanditaire de la recherche, celle-ci nous était désormais implicitement prescrite par les tutrices. Si ce point semblait inévitable, il était désormais clarifié.

> **Mercredi 5 mars 2014. « Journée d'échange de pratiques » (G1).** La rencontre avec les tutrices du G1 se révéla différente sur certains points de celle avec le G2. D'abord, même si Delphine avait préalablement prévenu par mail les tutrices de ma présence le jour de la réunion, elle ne put m'y accompagner. Il est 9h01 lorsque j'entre dans la salle de réunion. Elle n'est pas très grande et contient une table ovale autour de laquelle peuvent s'installer une quinzaine de personnes. La plupart des tutrices sont présentes et déjà affairées (la réunion devant démarrer à 9 heures). Deux autres sont en train d'arriver. Elles ne paraissent pas surprises de me voir et m'adressent un « bonjour » quelque peu nonchalant. Je m'installe et demande : « vous avez été informées de ma présence ? » Elles me

[252] Nous entendons ici par « restitution » l'exercice réalisé par le chercheur consistant à communiquer des résultats de recherche à des acteurs de son terrain d'investigation (commanditaires, personnes observées ou interviewées, groupes de travail, décideurs, etc.) et pour lesquels les éléments exposés présentent des enjeux en lien avec leur activité. Outre cette première restitution, une seconde a eu lieu les 13 septembre (G1) et 8 décembre 2016 (G2). Les éléments présentés lors de ces différents temps sont exposés dans ce chapitre.

> répondent que oui. Des échanges informels se poursuivent entre les tutrices. Ceux-ci portent essentiellement sur leur travail soignant. Je ne dis rien et me contente d'observer et d'écouter. A 9h13, l'une d'entre elles pose une question à l'ensemble du groupe : « Tout le monde a eu le petit mot de Delphine ? Elle est pas là aujourd'hui. Elle est en professionnalisation ». Sur ces mots, les yeux se tournent vers moi. Je saisis l'opportunité pour me présenter. Je sens une certaine méfiance quant à la raison de ma présence que je n'ai pas ressentie avec le G2. Après avoir introduit en quelques mots la démarche de recherche sur le DPT, mon statut de doctorant et mon rattachement à la direction des soins, elles me posent plusieurs questions : « C'est pour un mémoire ? », « vous êtes payé par l'établissement ? », « En fait, c'est sur la profession en général ? » etc. L'enchaînement des questions me donne un peu l'impression de « passer un entretien » dont l'enjeu est de vérifier si la nature de ma présence est opportune. Au fil de l'échange, il me semble que le sentiment de méfiance s'estompe peu à peu.
> Les tutrices expriment alors tout un ensemble d'avis sur l'évolution de leur profession, puis sur le vécu de leur travail de tutrice. Elles m'expliquent combien celui-ci est confronté à des « résistances », un manque de « disponibilité », de « méthodes » et de « reconnaissance ». L'une d'entre elles admet, dans un premier temps, avoir été contre la mise en place du tutorat : « Déjà qu'on nous avait retiré notre diplôme ». Une tutrice m'explique que le tutorat ne correspond pas à ce qu'il se représentait au début, c'est-à-dire une fonction de « transmission de savoirs ». Une autre dit avoir développé des qualités telles que la « résistance », la « solidarité ». Si elles présentent cette fonction de tutrice comme éprouvante, elles ajoutent que celle-ci leur permet de « souffler un peu » par rapport à « ce qu'[elles] encaisse[nt] au boulot » en tant que soignantes. L'une d'entre elles ajoute : « Tous les jours, on rencontre des gens malades, souffrants, et il faut l'endurer ». Une autre tutrice raconte : « Venir ici, ça m'a aidé dans ma pratique quand je suis arrivée au CMP ». Nous discutons depuis près d'une heure et il me semble que ma présence est acceptée. Il est 10h06 lorsqu'une question m'est lancée : **« Qu'est-ce que vous en pensez ? »**. Les échanges se poursuivent autour d'une incompréhension latente entre le G1 et les autres tuteurs : « Il y a de nouveaux tuteurs qui étaient revendicateurs, parfois agressifs. J'ai halluciné de les voir ici [devenir tuteurs] ». A 10h39, nous faisons une pause.

Si au cours de notre première rencontre avec le G2, nous avons pu remarquer des difficultés ressenties par les tutrices dans la mise en œuvre du tutorat, la rencontre avec le G1 est venue renforcer ce constat. Ces complications se traduisent dans des questions organisationnelles, géographiques, un manque de temps et de reconnaissance ou encore des difficultés liées à la relation intergénérationnelle avec les nouveaux professionnels mettant en cause l'engagement de ces derniers. Par ailleurs, cette nouvelle demande formulée a semblé une fois encore témoigner d'une attente concernant la lecture des pratiques de tutorat qu'un observateur extérieur pouvait produire. Lors d'une discussion avec Delphine, cette dernière nous sollicitera pour proposer une intervention dans ce sens auprès des tutrices.

7.2. Une action de formation à destination des tuteurs

Aussi, notre étude des tuteurs a débouché sur l'organisation d'une journée de formation pour chacun des groupes, G1 et G2, respectivement les 17 octobre et 12 décembre 2014. Cette formation a présenté un apport favorisant l'animation de travaux de groupes. La formation a cherché à suggérer aux tutrices des méthodes pour favoriser les interactions entre les tutorés,

ceci à travers des techniques d'animation de groupe. Cette première démarche a cherché à proposer des ressources aux tuteurs leur permettant de développer leur capacité à susciter l'échange et la discussion lors des « journées à thème ». Mais l'intervention ne s'est pas limitée à des considérations techniques. Elle a aussi permis une première restitution de nos observations, ceci avec deux objectifs.

(1) En premier lieu, il s'agissait d'**éprouver notre compréhension des dynamiques observées**. C'est un passage « à risque » dans la relation entre chercheur et acteurs du champ étudié. Au cours d'une première période d'investigation, le chercheur s'attache à observer et écouter les dynamiques locales qui l'environnent de manière à en dégager des éléments interprétatifs qui nourrissent sa recherche. Le professionnel de la santé mentale est armé d'un savoir expérientiel du champ dans lequel il travaille, même s'il ne l'a pas nécessairement conscientisé. Ce champ de connaissance, le chercheur ne peut y accéder qu'à travers l'écoute et l'observation de ces acteurs car lui-même ne fait pas l'expérience de prodiguer des soins en psychiatrie. Cette méconnaissance expérientielle est structurelle de la relation entre chercheur et acteur du terrain (du moins dans le contexte qui est le nôtre), car elle amène le chercheur à solliciter des acteurs pour des entretiens, ceci afin d'explorer cette dimension. Or, tout acteur est en mesure de mettre en doute ou de contredire les interprétations du chercheur, car toute erreur d'interprétation de sa part sera ressentie par l'acteur dans son for intérieur.

(2) En second lieu, l'objectif recherché était d'**engager les tutrices dans un dialogue réflexif sur leur fonction d'accompagnement**. Notre intention a été d'examiner avec elles les raisons de l'« essoufflement » qu'elles mettent en avant. Pour cela, nous avons exposé notre lecture ainsi que nous venons de le faire tout au long de ce chapitre. Ce faisant, nous avons ouvert un espace d'échanges favorisant le dialogue entre tuteurs et chercheur relevant d'un intérêt particulier. En effet, si notre restitution a pu répondre par points à une recherche d'acquisitions techniques par les tutrices, elle a surtout cherché à proposer une conceptualisation de leur travail. Cette étape de la recherche-intervention a pour effet potentiel (dans le meilleur des cas) de résonner dans l'activité des tuteurs et de contribuer au développement du groupe, éventuellement des individus composant le groupe. La mise en mots de l'activité des tutrices dans une forme raisonnée et organisée a été vécue comme une expression de reconnaissance par ces dernières de leur activité, ce dont ces dernières disent manquer. Il nous semble cependant que seule la connaissance de leur activité a dans ce cadre été présentée. Mais ce qui relève de la connaissance du travail et de la communication à ce sujet par le chercheur semble avoir été vécu comme une manifestation de reconnaissance d'un travail (son existence, ses

dimensions non visibles, ses difficultés, etc.) et donc comme une gratification des acteurs concernés.

Conclusion : quelles perspectives pour le groupe des tuteurs ?

Le travail des tuteurs constitue une spécificité, au sein de l'établissement, associant professionnalité infirmière en psychiatrie et approche pédagogique pour constituer une fonction organisatrice de la relation entre formation et travail. Nous avons vu que cette modalité d'apprentissage donne lieu à différents espaces de pratiques visant à favoriser l'échange à des fins d'apprentissage et de connaissance de l'environnement professionnel des néo-infirmiers. Or, ces voies, cherchant à favoriser tant la professionnalisation que le développement professionnel des infirmiers, semblent fragilisées par un ensemble de phénomènes éprouvant la mobilisation des tutrices et que celles-ci désignent à travers l'idée d'« essoufflement ». Cette évolution interroge l'évolution du groupe de tuteurs et, indirectement, le devenir du DPT.

Au regard des éléments développés jusqu'ici, on peut envisager au moins trois évolutions de ce groupe. **(1)** La première serait la pérennisation de son fonctionnement tel que nous l'avons observé. Cependant, nous sommes arrivé à la conclusion que le groupe est fragilisé par une crise de sens contre laquelle il s'efforce de lutter. Ce combat peut, selon nous, le conduire vers l'une des deux évolutions suivantes. **(2)** L'une consisterait, à terme, dans la disparition pure et simple du groupe qui, rappelons-le, ne repose sur aucune base légale et se maintient à travers la mobilisation de certains acteurs de l'établissement. Il est alors en proie à son propre essoufflement auquel il est susceptible de succomber. **(3)** L'autre résiderait dans un mouvement de professionnalisation-profession du groupe, dynamique qui impliquerait la reconsidération de la fonction liée à la pratique du tutorat dans l'institution psychiatrique, éventuellement sa reconnaissance comme un nouveau métier du champ.

Résumé du chapitre 8

Le tutorat constitue l'une des modalités centrales du DPT. Les tuteurs, sous-groupe professionnel apparu en même temps que le dispositif, organisent un accompagnement professionnalisant à destination des néo-infirmiers en mettant en place au sein de l'établissement des espaces-temps formels d'apprentissage reposant sur des modalités variables. Le « tutorat » se traduit alors par des pratiques diversifiées alternant rencontres interindividuelles, en lien plus ou moins étroit avec la situation de travail, et des groupes de réflexions réunis autour de thématiques proposées par les tuteurs. Ce fonctionnement se heurte cependant à des obstacles affectant sa mise en œuvre (difficulté pour les soignants de consacrer du temps au tutorat, engagement limité des jeunes professionnels dans leur « parcours de tutorat », etc.). Ces conditions d'un travail empêché s'associent avec un manque de reconnaissance professionnelle ressenti par les tuteurs et affectant la dynamique de leur groupe. L'observation de telles dynamiques interroge les conditions de mise en œuvre et de pérennisation du tutorat. Pourtant, l'activité des tuteurs comporte la tenue d'un groupe d'échanges de pratiques se réunissant régulièrement. Cette instance favorise des discussions productrices de sens pour les tuteurs, que cela concerne leur travail de tutorat ou leur activité soignante.

Chapitre 9

L'expérience de la violence comme objet d'analyse au prisme des relations entre travail et formation

Introduction : la référence à la violence dans le champ investigué

Pour qui s'efforce de comprendre les métiers et les pratiques en psychiatrie et santé mentale, la question de la violence apparaît incontournable. Nous l'abordons cependant symboliquement dans le dernier volet de ce travail de manière à souligner que même si cette thématique constitue une question majeure en psychiatrie, ce champ est bien loin de s'y réduire.

Présentée au chapitre 7, l'analyse du discours des néo-infirmiers a mis en évidence une catégorie lexicale que nous avons associée aux problématiques de violence telle qu'elle est exprimée par les sujets-énonciateurs. Celle-ci est en effet apparue à maintes reprises dans le discours[253] des soignants, en particulier ceux ayant expérimenté le travail dans des unités temps plein. Il s'agit de structures de soins proposant un accueil avec hébergement à des patients souffrant de pathologies psychiques aigues ou du moins nécessitant une proximité importante des équipes de soins. Ces structures sont alors souvent des lieux d'expression de la crise[254] en psychiatrie.

Nous avons choisi de caractériser ici ce vécu de la violence à partir de son évocation dans le discours des néo-infirmiers et de sa représentation dans un nuage de mots figurant à la page suivante (cf. figure 9). Le nuage de mots est « un outil de lexicométrie qui représente simplement les fréquences des formes en les corrélant à leur taille » (Pélissier, 2017, p. 14). Il ne permet donc pas d'établir de liens entre les différentes formes qu'il fait ressortir. Cependant, nous avons précédemment circonscrit la portée signifiante de la classe thématique regroupant les éléments ici représentés comme l'« expression de la violence en psychiatrie » (cf. chapitre 7). Ce nuage de mots permet alors de mettre en évidence les éléments du discours décrivant et

[253] La question de la violence a été abordée dans la majorité des entretiens, parfois spontanément par le professionnel et d'autres fois par nous-même, lorsque la thématique se révélait éclairante sur le sens donné par le sujet à l'exercice de son métier.

[254] Ce terme connaissant une déclinaison pléthorique dans le langage courant, il mérite qu'on en précise ici la signification. Nous l'entendrons au sens médical comme l'« ensemble des phénomènes pathologiques se manifestant de façon brusque et intense, mais pendant une période limitée, et laissant prévoir un changement généralement décisif, en bien ou en mal, dans l'évolution d'une maladie » (CNRTL, récupéré le 12 janvier 2017 de http://www.cnrtl.fr/definition/crise).

caractérisant cette violence. Il donne pour cela une représentation des 200 formes présentant la fréquence la plus importante parmi celles composant la classe thématique que nous associons au vécu de la violence.

Diagramme 4 : Nuage de mots de la classe thématique associée à l'expression de la violence en psychiatrie

Tel qu'il s'exprime dans le discours des sujets-énonciateurs, ce phénomène apparaît sous la forme d'interactions entre soignants et soignés[255] marquées par des tensions, ce dont témoignent plusieurs formes représentées dans ce nuage de mots (« urgence », « souci », « inquiéter », « crise », « agité », « peur », « appréhension ») et aboutissant parfois à la confrontation physique (« intervenir », « physique », « physiquement », « agresser », (se) « débattre »). Du point de vue des sujets, ce type de relation n'en relève pas moins de la situation de « soin ». Celle-ci implique, de la part des infirmiers, de chercher à prévenir (« préventif », « éviter ») cette violence à travers une démarche de discussion visant à la désamorcer (« médiation », « pacification », « calmer », « apaisement »).

[255] Le nuage de mots montre qu'il s'agit aussi bien de personnes adultes (« homme », « femme ») que de patients adolescents (« ado(s) », « adolescent »).

Avant d'aller plus avant, quelques remarques de vocabulaire concernant les formes représentées par le nuage de mots nous semblent ici incontournables. (1) D'abord, l'expression « GIU » [apparaissant en caractères minuscules « giu »]. Il s'agit d'un acronyme employé couramment par les infirmiers et signifiant « groupe d'intervention d'urgence ». Il désigne une équipe éphémère de soignants constituée pour renforcer les unités de soins mises en difficulté devant des situations d'agressivité. Ce groupe est éphémère car la constitution du GIU est renouvelée quotidiennement en fonction des soignants présents et des effectifs disponibles dans les différentes unités de soins. Nous verrons par la suite la place significative de cette entité dans le discours soignant. (2) Ensuite, la forme lemmatisée « intensif » est associée à « soin » pour désigner le service des « soins intensifs ». Il s'agit d'une unité de soins de prise en charge des patients dont les troubles du comportement sont importants, de sorte qu'ils ne permettent pas un suivi thérapeutique dans les différentes unités de psychiatrie adulte (Le Bihan, Esfandi, Pagès, Thébault et Naudet, 2009). (3) Enfin, nous anticipons quelque peu les éléments à suivre dans ce chapitre pour signaler que les termes « pacification » et « intervention » (associé à « physique » pour former « intervention physique ») sont des expressions, reprises par les sujets-énonciateurs, issues des contenus de formation en matière de violence que les infirmiers ont suivi et dont nous traiterons dans les lignes suivantes.

A la lumière de ces éléments de lexique, on voit que la référence à cette violence physique est évoquée par les soignants comme un phénomène courant[256] de leur travail :

> **Tiphaine** : Après, dans les GIU où ça déclenche comme ça, ben quand il y a un collègue qui se fait agresser, ben voilà, c'est pas trop évident je veux dire. Du coup, ben on déclenche. Puis le patient est plus ou moins maîtrisé et puis il est en isolement-contention et puis il faut lui injecter un traitement. […] Franchement, c'est quand-même des situations… on n'est pas non plus des *warriors* [guerriers]. Je pense que j'ai fait des études d'infirmière. Donc les moments de violence, c'est un peu fatiguant quand-même. C'est un peu épuisant psychiquement.
>
> (Entretien avec Tiphaine, 29 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

> **Emilie** : On appelle pas tout le temps le GIU. Par exemple ici on a déjà « contentionné » un patient, on n'a pas forcément appelé le GIU. Après le patient, s'il se laisse faire, on va pas appeler le GIU. Si on appelle le GIU, c'est que ça se passe moins bien et que voilà, on est obligé pour se protéger nous, protéger les autres patients et protéger le patient lui-même parce que bon après, s'il se fait mal aussi, quand on « contentionne », ça sert à rien quoi.
>
> (Entretien avec Emilie, 28 ans, infirmière, 10 février 2015)

[256] Précisons que la confrontation à la violence telle que nous allons l'aborder n'est pas omniprésente dans les pratiques en psychiatrie. Nos entretiens ont indiqué que celle-ci est davantage tangible dans les lieux de prise en charge de la crise (principalement les unités temps plein) que dans les structures où les patients pris en charge sont dits « stabilisés ».

> **Gaëlle** : On a une formation qui s'appelle la formation [nom de la formation à la prévention et prise en charge de l'agressivité], donc qui nous apprend à gérer la violence par la pacification, le fait de verbaliser avec le patient, mais également avec des techniques de dégagement si on est maintenu physiquement par le patient. Et ensuite on a une deuxième formation de quatre heures pour certains rappels, certaines règles, tout ça. Et ensuite on doit faire partie du groupement de GIU.
>
> (Entretien avec Gaëlle, 26 ans, infirmière, 28 janvier 2015)

Ce dernier extrait permet d'insister sur la relation étroite existant entre la formation en matière de violence dont il sera ici question et une part de l'organisation du travail soignant identifiée à travers le GIU.

Ce chapitre présente une double intention. (1) D'abord, partant du point de vue emprunté depuis le début de ce travail, la violence sera ici questionnée comme phénomène vécu par les infirmiers s'exprimant à ce sujet, mais aussi pouvant être interprété au prisme des dynamiques relationnelles entre travail et formation de ces infirmiers. (2) Ensuite, ce chapitre est animé de l'ambition d'apporter des éléments d'éclairages spécifiques à la pratique professionnelle en santé mentale, ceci en réponse à la question formulée par C. Delory-Momberger et C. Niewiadomski :

> Qu'en est-il […] dans le rapport vécu de la souffrance et de son écoute, de la capacité du sujet à faire entendre la violence - violence des rapports sociaux, violence des institutions, violence de soi contre soi - qui est à l'origine de la souffrance et qui la renvoie à ses causes objectives (sociales, économiques, politiques) aussi bien qu'à ses conséquences subjectives ? (Delory-Momberger et Niewiadomski, 2010, p. 38)

Inspiré par ce questionnement, nous examinerons plus largement (bien que modestement) la portée de la question de la violence telle qu'elle se pose dans le champ de la psychiatrie.

1. Violence et psychiatrie, deux notions indissociées ?

La violence est une préoccupation ancienne des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale. L'évocation de ce phénomène est souvent associée aux pratiques de réclusion et de dépersonnalisation des patients jadis à l'œuvre dans les hôpitaux psychiatriques (Goffman, 1968), aux traitements physiques de « chocs » motivés par un empirisme thérapeutique dont les expériences ont été multiples (Morel et Quétel, 1985 ; Missa, 2006), mais aussi à la famine qui affecta tragiquement les malades hospitalisées en psychiatrie sous le régime de Vichy (Bueltzingsloewen, 2002, 2005, 2007). Pourtant la prise en charge de fous jugés dangereux est bien antérieure à l'existence de la psychiatrie en tant que discipline du traitement psychique et

moral (cf. chapitre 1). Avant sa fondation, ces fous ne représentaient alors qu'une maigre part de la population, composée de « mendiants valides » et de « parasites », que l'autorité étatique, motivée par des raisons à la fois morales et sécuritaires, s'appliquait à enfermer (Quétel, 2009). Les premiers pas de la psychiatrie au XIXe siècle furent par la suite animés d'une intention philanthropique impulsée par des aliénistes tels que Pinel et Esquirol cherchant le moyen d'humaniser les conditions d'enfermement des « insensés », notamment en leur appliquant un « traitement moral » (cf. chapitre 1). Pourtant, la mémoire collective retient comment l'asile a progressivement délaissé sa finalité thérapeutique initiale pour laisser place à des pratiques déshumanisantes.

Avec les mouvements de psychothérapie institutionnelle et de sectorisation, avec aussi les avancées techniques associées aux traitements médicamenteux, la seconde moitié du XXe siècle a constitué un tournant majeur au cours duquel, nous l'avons vu (cf. chapitre 1), les acteurs de la psychiatrie ont peu à peu cherché le moyen d'humaniser leurs pratiques et d'ouvrir à leurs patients des perspectives « hors-les-murs », ceci avec pour projet de les réhabiliter dans le monde extérieur à l'hôpital psychiatrique (Baillon, 2009 ; Henckes, 2015). En dépit de ces évolutions significatives, le rapport entre violence et psychiatrie demeure une question de société sensible, de telle sorte que les troubles psychiques vont souvent de pair avec une violence attribuée au « malade mental » (Roelandt, Caria, Benradia et Vasseur Bacle, 2012). Cette considération est caractéristique du stigmate (Goffman, 1975) dont les personnes soignées en psychiatrie sont systématiquement marquées.

S'il est statistiquement vrai que ces dernières sont davantage amenées à se montrer violentes que des personnes « normales », les conditions de vie associées au vécu de la pathologie font des personnes souffrant de troubles psychiques une population particulièrement vulnérable et significativement exposée à la violence (Lovell, Cook et Velpry, 2007). Si l'on ne prend que l'exemple des patients hospitalisés en psychiatrie, ceux-ci sont confrontés au risque d'agression physique de la part d'autres patients avec lesquels ils partagent l'espace de soins. Dans ce cas, ces personnes sont amenées à développer quotidiennement des stratégies pour réduire une telle exposition à la violence (Quirk, Lelliott et Seale, 2004).

La violence est une préoccupation centrale dans le quotidien des infirmiers en psychiatrie, même si celle-ci est paradoxalement absente des programmes de formation conduisant au

DEI[257]. La responsabilité de former les soignants pour faire face à la violence est alors déléguée aux établissements de santé.[258] C'est le cas notamment de l'EPSM-LM qui organise une formation consacrée à ces questions, formation étroitement associée au déploiement du GIU. La participation obligatoire au groupe d'intervention nécessite au préalable d'avoir suivi cette formation. Mais avant d'en dire davantage, il importe d'apporter certaines précisions sur la désignation du terme « violence », ceci qu'il s'agisse d'un phénomène animant les rapports humains ou d'un concept mobilisé pour les comprendre.

2. Une question ancrée dans le vécu et l'analyse des rapports sociaux

« La » violence désigne des phénomènes tout à fait variables. On la définira dans un premier temps comme une expression ou un acte individuel ou collectif dont l'effet est de soumettre, contraindre ou nuire à autrui. Les conséquences de ces actes ou expressions sont délétères, voire destructrices. Elles affectent celui qui en est victime aux plans physique, mental, matériel ou encore symbolique. La violence renvoie par ailleurs à un ensemble de phénomènes se manifestant quotidiennement et qu'il est paradoxalement difficile de saisir en vue de les circonscrire. En effet, en se plaçant dans le registre de l'action, on remarque que la violence est une notion équivoque et protéiforme. Elle est **équivoque** car le terme est mobilisé dans quantité de discours pour décrire des phénomènes sociaux de natures dissemblables (violence conjugale, violence gratuite, se faire violence, etc.). Le mot est alors associé à un périmètre sémantique large présentant le risque d'en brouiller la signification. Le terme est aussi **protéiforme** car il sous-tend nombre de manifestations de l'activité humaine tout à fait hétéroclite (guerre, terrorisme, bagarre, insulte, viol, harcèlement, menace, etc.). Selon les contextes elle est condamnée ou légitimée, elle est banalisée ou mise en scène, elle s'exprime aussi bien dans l'espace public que dans la sphère privée, elle peut être punitive ou préventive, elle est exhibée ou dissimulée, elle est aussi ostensible ou invisible.

La violence est par ailleurs mobilisée comme concept dans un registre analytique. Elle se montre alors à la fois problématique et pluri-scalaire. **Problématique**, car pour les raisons que nous venons d'évoquer, elle met au défi les sciences humaines et sociales aussi bien sur le plan

[257] En témoigne le référentiel de formation précisé par l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

[258] Cette responsabilité fut spécifiée par la circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence. Ce texte place ainsi la formation du personnel comme une action recommandée pour faire face à la violence.

théorique que méthodologique (Rapport Lovell, 2005). **Pluri-scalaire** également, car la violence peut être observée à différentes échelles d'analyse. Au niveau *macro*, elle peut qualifier des rapports sociaux antagonistes contribuant à la constitution ou au maintien des sociétés (Sofsky, 1998), servir à qualifier des modes d'action coercitive légitimés par le pouvoir politique qui l'utilise (Arendt, 1972 ; Weber, 2003). Elle peut aussi caractériser des processus de conservation ou de renforcement d'un ordre social légitimé (Foucault, 1975 ; Bourdieu et Waquant, 1992). A un niveau *micro*, elle est porteuse d'un processus de subjectivation. Le phénomène renvoie alors à une « négation ou atteinte par rapport à l'intégrité physique et morale d'une personne [de sorte qu'] elle rend difficile de se construire comme Sujet » (Wieviorka, 2011, p. 225). Elle peut tout aussi bien caractériser l'expression d'une dynamique identitaire conduisant à l'« anéantissement de soi » (Kaddouri, 2006) mise en œuvre par exemple lors d'un passage à l'acte suicidaire.

Parler de violence est alors une manière de qualifier des rapports sociaux en crise, mais aussi ce qui relève des pulsions et de l'agressivité humaine (Michaud, 1986). Ce faisant, le mot englobe tant de dynamiques que nombre de leurs manifestations sont rendues invisibles, car banalisées (Herreros, 2012). Dans cette optique, Slavoj Žižek (cité par Herreros, 2012) ajoute sur ce point que les rapports sociaux sont animés par une violence que les individus ne se contentent pas d'observer, mais aussi de perpétuer. Cependant, pour le sociologue Randall Collins (Truc, 2010), l'individu n'est pas violent par définition, ce qui signifie qu'on ne peut expliquer ce phénomène en analysant les trajectoires de vie individuelles, mais davantage les interactions. Tout phénomène de violence serait dans ce sens une affaire de situation. Nous adopterons dans ce sens la perspective offerte par la singularité des situations pour examiner son expression en contexte psychiatrique.

3. Une déclinaison spécifique en milieu psychiatrique

3.1. Une manifestation singulière

Dans le champ de la santé en France, la violence fait l'objet d'une préoccupation toute particulière quant à sa compréhension et son traitement[259]. En déclinant le concept dans ce domaine, L. Demailly (2011) repère trois types de phénomènes de violence. (1) D'abord, une

[259] La création de l'Observatoire national des violences en milieu de santé dont les objectifs sont définis par la circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 constitue un indicateur significatif de cette préoccupation.

« violence ordinaire » générée par le cadre « normal » des relations entre institution soignante et personne soignée. (2) Ensuite la « maltraitance » comme la manifestation d'une violence exercée par les professionnels et juridiquement répréhensible. (3) Enfin, la violence telle que l'aborde les pouvoirs publics, soit celle mettant l'accent sur l'agressivité des usagers vis-à-vis des professionnels (nous allons revenir sur ce point). A ces trois acceptions nous ajouterons une quatrième, (4) celle relevant du vécu de la maladie par celui qui en est affecté et du combat intrapsychique en résultant.

Les phénomènes de violence en milieu de santé affectent au premier chef les unités de soins psychiatriques (Rapport de l'Observatoire national des violences en milieu de santé [ONVS], 2015). En effet, le type d'interactions impliquant la prise en charge de personnes sujettes aux troubles psychiques constitue un terrain propice à l'expression de la violence. Soyons précis sur la nature de cette expression. D'un côté, évoquer la violence en psychiatrie suggère le plus souvent un état de tension caractérisant le patient et renvoyant tout aussi bien à une pulsion défensive, à une intentionnalité agressive et destructrice ou encore à un état dit limite, c'est-à-dire dont le psychisme oscille entre une configuration névrotique et psychotique. La violence trouve alors des espaces d'expression dans la relation thérapeutique entre le soignant et le patient souffrant de troubles psychiques. Or, en psychanalyse, la violence est une expression de ce déséquilibre interne que le sujet cherche à solutionner. De ce fait, elle n'est pas uniquement synonyme de destructivité, mais traduit par ailleurs l'activité vitale d'une personne recherchant un équilibre intrapsychique (Morasz, 2002). D'un autre côté, la violence est inscrite dans l'organisation sociale de la psychiatrie et le principe d'internement consistant à protéger les populations vulnérables en les soumettant, en contrepartie, à une restriction de liberté (Henckes, 2009). Ce principe à partir duquel s'est constituée l'institution asilaire autorise de soigner certains patients sous la contrainte, pratique sociale légitimée par les pouvoirs publics. Dans la forme, cette action coercitive se traduit notamment par des soins prescrits sans le consentement du patient, par l'usage de la contention et de l'isolement dans les services de soins. Au vu des formes prises par la violence en milieu psychiatrique, on peut avancer que celle-ci s'exprime le plus souvent dans des relations interpersonnelles dont la particularité est que soignants et patients sont tour-à-tour auteurs et victimes d'actes de violence (Velpry, 2011).

3.2. La « maltraitance » en question

Cette relation pose alors la question de la « maltraitance » en psychiatrie, source de préoccupation pour les acteurs attentifs au respect du droit et des libertés des patients. On le voit notamment dans un rapport établi par Adeline Hazan, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL), qui relève « une utilisation de l'isolement et de la contention d'une ampleur telle qu'elle semble être devenue indispensable aux professionnels » (Rapport du CGLPL, 2016, p. VIII). Ce regard dénonce ainsi l'existence d'une pratique jugée indésirable paraissant pourtant se généraliser. Il peut être mis en débat avec le témoignage de soignants, rencontrés dans le cadre de notre investigation, précisant que l'attachement est parfois réalisé à la demande du patient, ceci pour l'aider à « se » contenir.

Notons que le terme « maltraitance » est ici placé entre guillemets car, au même titre que son opposé « bientraitance », le terme qualifie des pratiques sensiblement variables selon le contexte historique et culturel dans lequel il est situé (Terrisse, 2005). Ce mot est par ailleurs axiologiquement marqué de sorte que son utilisation présente le risque de délaisser le registre de l'analyse (compréhension et explication de dynamiques [psycho-]sociales) pour entrer dans celui de la morale (jugement de ces dynamiques). Nous contournerons cette difficulté en recourant par la suite à l'expression de « violence institutionnelle » pour désigner tout acte délétère subi par les usagers et dont les professionnels sont souvent les auteurs (Velpry, 2011).

Ce type de violence est difficilement quantifiable car nombre de ses manifestations ne sont que peu visibles ou bien banalisées. Par ailleurs, ainsi que le remarque L. Demailly (2011), les déclarations d'événements violents sont effectuées par les professionnels. Cette observation ne rend guère surprenant le résultat selon lequel les usagers seraient auteurs de la majorité des situations de violence.

3.3. Un élan sécuritaire

C'est sur cette considération qu'a été menée, depuis le début des années 2000, une politique de lutte contre la violence en milieu de soins marquée par une tendance visant à renforcer la protection des personnels de santé. A ce titre, la circulaire du 15 décembre 2000 demande aux établissements de protéger leurs professionnels face à l'agressivité des patients. Plusieurs leviers d'action sont promus par ce texte dont l'un met en avant la formation interne aux

établissements de santé. Par la suite, les pouvoirs publics associeront les ministères de l'intérieur et de la santé pour travailler au renforcement de la sécurité dans les établissements de santé, ceci en orientant leur action autour de la protection des personnels de santé (Velpry, 2009).

Les pouvoirs publics ont plus particulièrement investi le traitement de la relation entre violence et psychiatrie en adoptant des dispositions législatives et réglementaires mettant en avant la dangerosité que représentent les personnes souffrant de troubles psychiques. Ils accentuèrent alors la décision de mesures contraignantes et le développement de structures d'enfermement des malades mentaux (Demailly, 2011). Parmi ces mesures, on peut notamment souligner l'élargissement des modalités de soins sans consentement au suivi ambulatoire ou encore l'intervention du juge des libertés et de la détention dans les décisions d'hospitalisation sans consentement (Demailly et Maury, 2012).

Dans ce sens, le discours prononcé le 2 décembre 2008 à Antony par Nicolas Sarkozy[260], alors Président de la République, fut particulièrement significatif de cette tendance. Ce dernier réaffirma le danger potentiel que représente un malade hospitalisé en psychiatrie, ceci tant pour les soignants que pour la population[261]. Il mit alors en avant le besoin de mettre en œuvre des mesures telles que « la création d'unités fermées et de chambres d'isolement supplémentaires », mais aussi « des soins ambulatoires sans consentement ». S'ensuivra la loi du 5 juillet 2011[262] instituant notamment la possibilité de prescrire des soins ambulatoires sous contrainte, mesure dont le retrait sera plus tard décidé par le Conseil Constitutionnel[263]. Nous chercherons ici à examiner la manière dont ces tendances se traduisent dans les pratiques professionnelles des infirmiers en psychiatrie, en nous concentrant en particulier sur les relations entre formation et travail.

[260] Récupéré le 10 décembre 2016 du site de *Vie publique* : http://discours.vie-publique.fr/notices/087003805.html.
[261] L'argumentaire du discours fut alors illustré par la référence au drame survenu quelques jours plus tôt à Grenoble au cours duquel un homme hospitalisé en psychiatrie avait quitté l'établissement sans permission et assassiné un étudiant.
[262] Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge.
[263] Conseil Constitutionnel. Décision n°2012-235.

4. La violence physique au centre des préoccupations des soignants en psychiatrie et santé mentale

La psychiatrie, on le voit, est couramment associée à l'idée d'une prise en charge d'individus au comportement altéré et potentiellement dangereux pour autrui (Rapport Lovell, 2005). Si cette représentation est fortement réductrice, il n'en reste pas moins que nombre de soignants en psychiatrie et santé mentale font l'expérience de la violence. Le témoignage de Jean-Michel, revenant sur son premier jour de travail en tant qu'infirmier en 1977, est tout à fait révélateur de ce phénomène :

> **Jean-Michel** : Ce qui m'a marqué dans cette première journée, c'est que d'emblée j'ai été confronté à la violence. […] un monsieur avait cassé… tu as pu remarquer qu'à l'EPSM les vitres sont avec des petits carreaux. Ces grands carrés sont sous-divisés. Ce monsieur avait cassé des vitres du premier étage, ces petits carreaux, et s'était méchamment blessé au niveau des poignets. […] Il y avait du sang un peu partout dans le dortoir et près de l'escalier. Donc moi, ne sachant trop comment être utile - il était pris en charge par les infirmiers - je me vois chercher une serpillère et nettoyer le sol. Voilà, je fais ce que je peux. C'est mon premier souvenir marquant de ma prise de poste et de fonction.
>
> (Entretien avec Jean-Michel, 57 ans, cadre supérieur de santé, 2 septembre 2014)

Nous avons choisi cette citation de Jean-Michel car il s'agit de la première qui nous a interpellé sur la place de la violence dans la vie quotidienne en psychiatrie. Cette illustration implique ici une situation au cours de laquelle un patient se blesse seul en brisant du verre. Ici, le narrateur n'est pas la cible de l'acte de *violence physique*. Nous avons toutefois vu, au moyen d'autres exemples, que les situations d'agressivité de la part des patients peuvent cibler les professionnels. Nous le verrons encore par la suite. L'expression « violence physique » est soulignée pour signaler que cet extrait concerne un cas de blessure corporelle. Les conséquences physiques des situations d'agitation ou d'agressivité sont souvent celles regroupées derrière la désignation de « violence ». Or, notre intention dans ce chapitre est de nous concentrer sur l'expérience vécue de la violence par les infirmiers et d'en faire ressortir différentes formes ne se réduisant pas à leur portée physique.

Dans cet écrit, nous souhaitons revenir sur cette violence intégrée au quotidien des travailleurs de la santé mentale et de leurs patients en nous attachant à mettre en évidence la mesure dans laquelle l'infirmier apprend à y faire face, que ce soit en se formant ou en la vivant. Pour cela, nous proposons d'analyser d'une part un dispositif de formation spécifique à la prise en charge de l'agressivité en psychiatrie. Par la suite, nous proposons une analyse de cinq cas spécifiques dans lesquels des soignants reviennent sur une expérience vécue de la violence et la réponse qu'ils apportent pour la repousser, la contenir ou l'éviter.

5. Regard sur un volet spécifique du DPT consacré à la violence

Nous l'avons vu au début de ce travail (cf. tableau 3, p. 70), le DPT prévoit notamment une formation à la prévention et la prise en charge des situations d'« agressivité ». Si cette formation est insérée dans le dispositif, elle ne s'y limite pas pour autant et présente la particularité d'être destinée à l'ensemble des personnels de l'EPSM-LM, ceci en concordance avec les préconisations de la circulaire du 15 décembre 2000. C'est comme participant que nous en avons observé une session de quatre journées, cette formation nous ayant été prescrite en tant que salarié de l'établissement. Ainsi, si lors de cette session de formation les participants et formateurs avaient connaissance de notre travail de recherche en cours au sein de l'EPSM-LM, nous n'étions pas moins identifiés comme personnel de l'établissement susceptible de rencontrer des patients dans le cadre de nos activités au sein de l'établissement.

Nous avons alors combiné ces observations aux données extraites des entretiens compréhensifs menés (cf. chapitre 5). Nous avons par ailleurs structuré cette part de l'analyse en déterminant **quatre filtres interprétatifs** permettant de délimiter le type de situation susceptible de nous renseigner sur les dynamiques à l'œuvre combinant références à la formation et rencontre de phénomènes de violence au travail. **(1)** D'abord, **le sens attribué à l'expression de la violence** dans le récit du professionnel interviewé. En effet, nous avons vu que l'évocation de la violence peut désigner des phénomènes de natures très variables. Nous nous bornons ici à des situations dans lesquelles la violence est observable dans le cadre des interactions entre soigné et soignant, ceci quelle que soit l'origine, la cause ou la manifestation de cette violence. **(2)** Ensuite, **le caractère éprouvant de la violence décrite**. Le sujet n'est pas extérieur à la situation rapportée, mais présente une part d'implication. Ce faisant, la situation met l'interviewé à l'épreuve (aux plans physique, affectif, moral) obligeant ce dernier à se positionner vis-à-vis de la violence exprimée (confrontation, évitement, recherche de ressources, etc.). **(3)** Puis, **le type de réponse apportée par l'interviewé** à la situation racontée. C'est en effet au travers de cette réponse que l'on peut examiner la posture du soignant face à la violence. **(4)** Enfin, **la mise en relation de la situation vécue avec les contenus de formation observés**. Ce dernier filtre permet d'interroger les apports de la formation à partir de la seule situation examinée.

Nous irons plus avant en nous concentrant sur des situations vécues au cours desquelles le sujet est mis en difficulté par la manifestation d'une tension entre des acteurs de la situation qui peut alors être qualifiée d'« indéterminée » pour reprendre la terminologie deweyenne. La manière dont le sujet va s'employer à ramener l'équilibre dans la situation, à résoudre la tension vécue

est révélatrice d'un processus de constitution de la professionnalité et d'apprentissage du métier, souvent informel et réalisé dans l'agir.

6. Description de la formation

Les acteurs de l'EPSM-LM désignent souvent la formation dont il est question comme un dispositif les préparant à faire face à la « violence » en milieu soignant. Mais les intentions affichés par la formation consistent plus précisément à doter les participants de capacités à (ré)agir face à des situations d'« agressivité », ceci de manière à assurer leur sécurité et celle d'autres personnes associées à la situation. La session de formation observée, nous l'avons déjà précisé, s'étend sur quatre jours. Il s'agit d'une séquence initiale à laquelle s'ajoute, une année plus tard, une journée complémentaire pour chaque participant. Les formateurs sont généralement des infirmiers spécifiquement formés pour ce type d'intervention et accrédités par un organisme externe, concepteur du programme de formation. Les contenus proposés peuvent être regroupés en trois catégories : une approche morale, la diffusion d'un modèle procédural pour l'action et des exercices pratiques.

6.1. Une approche morale

Les premiers apports de la formation sont fondés sur la désignation et la définition de plusieurs principes directeurs parmi lesquels figurent des notions comme « respect »[264], « professionnalisme » ou « sécurité ». Celles-ci sont avancées comme des valeurs structurant le travail de la relation à autrui dans un contexte où ce dernier est identifié comme « agressif ». Ces notions sont soumises à la discussion des participants de manière à examiner collectivement le sens qu'elles prennent dans un tel contexte et, en l'occurrence ici, dans le travail soignant. On perçoit ici la promotion d'une éthique de « bientraitance » comme substrat des notions avancées, celles-ci véhiculant en effet l'idée de prioriser l'écoute et le dialogue devant toute situation, l'enjeu étant de limiter le plus possible toute « intervention physique »[265].

[264] Les termes et expressions cités sont tirés d'un support écrit remis aux participants de la formation dans lequel sont repris les éléments de la méthode procédurale et les orientations axiologiques que nous évoquons ici.
[265] Nous reprenons ici l'expression privilégiée par les contenus de la formation. On parle ici de saisie manuelle de la personne agressive réalisée par les soignants donnant lieu à l'attachement, éventuellement l'isolement et l'injection d'un sédatif.

6.2. La diffusion d'un modèle procédural pour l'action

Ce deuxième pan de la formation consiste à présenter aux participants un protocole pour l'action dont l'objectif est de donner une ligne de conduite pour faire face à l'« agressivité ». Ce modèle procédural se décline en fonction de l'évolution de la situation. Ses concepteurs ont pris pour source d'inspiration la négociation menée le 8 mai 1984 par le sergent d'arme René Jalabert face à Denis Lortie, un militaire « illuminé »,[266] après que ce dernier ait déclenché une fusillade meurtrière à l'Hôtel du Parlement du Québec. Cette référence est présentée aux participants dès la phase introductive de la formation, ceci à travers la diffusion d'un reportage sur la fusillade en question. Le modèle procédural est alors composé de sept étapes organisant un pourparlers avec la personne « agressive ». Le premier stade, désigné comme la « pacification », consiste à engager la discussion avec le patient dans le but de désamorcer la situation de crise. Si cette première étape ne permet pas d'apaiser la situation, le modèle prévoit de passer à l'étape suivante. Le déroulement de la méthode consiste alors à permettre à l'intervenant (ici le soignant) de poursuivre la négociation avec un patient en crise et jugé potentiellement dangereux.

Pour cela, le soignant ajuste sa posture au fur et mesure de la discussion. Progressivement, le patient se voit placé devant une alternative : soit il décide de faire ce qui lui est demandé par le soignant (parler moins fort, prendre son traitement, aller dans sa chambre, etc.), soit s'exposer à une accalmie forcée (saisie physique par plusieurs soignants, isolation, maintien éventuel par attachement et injection d'un sédatif). L'étape posant cet ultimatum est désignée comme « l'alternative ». Si le patient choisit la seconde voie, la dernière étape de la méthode dite « intervention physique » est alors activée. Le patient est saisi physiquement par un collectif de soignants qui s'efforce de le neutraliser. L'objectif avancé par la méthode consiste à ne pas atteindre cette dernière étape ou bien à faire en sorte que son activation résulte du « choix » du patient.

6.3. Des exercices « pratiques »

La formation comporte une approche que nous qualifions de « pratique » dans la mesure où les participants sont amenés à mettre eux-mêmes en application, dans le cadre de simulations de

[266] Nous reprenons ici l'expression d'un article de presse (Parent, 2014) revenant trente ans plus tard sur cet événement.

situation de crise, le modèle procédural que nous venons d'évoquer. Cette dimension pratique comporte également des exercices physiques et des mises en situation. Elle est alors repérable à travers trois types de contenus de la formation. (1) D'abord, elle consiste à se prêter à des jeux de rôles, des simulations d'échanges verbaux au cours desquelles les participants jouent des personnages fictifs. Chacun prend alors tour-à-tour la place d'une personne « agressive », que ce soit dans un cadre soignant ou dans un autre contexte, et celle d'un intervenant s'attachant à ouvrir et mener une discussion, et même un pourparlers avec la personne en question. (2) Ensuite, les participants réalisent des exercices physiques à partir desquels leur sont présentées des techniques corporelles de dégagement, mais aussi de saisie, pour se protéger face à une agression, également pour maîtriser ou neutraliser l'agresseur. (3) Enfin, le troisième type de contenu porte sur la démonstration et la mise en application de techniques d'intervention collective à mobiliser lors d'une « intervention physique ». La méthode présentée repose sur la simulation d'un aboutissement possible de la discussion entre le patient et l'intervenant, « *leader* » du groupe d'intervention (celui qui mène la discussion). Alors que se déroulent les différentes étapes de la méthode procédurale, évoluant peu à peu vers l'« alternative », la simulation consiste à demander aux participants de se positionner de part et d'autre du participant jouant le rôle du patient. Lorsque le *leader* décide de déclencher l'« intervention physique », il prononce un mot-clé prédéterminé par le collectif de travail et, ce faisant, active la dernière étape de la méthode.

6.4. Remarques sur l'approche pédagogique repérable

Les choix pédagogiques effectués par les concepteurs de la formation ne sont pas explicitement précisés, même si celle-ci se dessine au travers des éléments de description que nous venons de restituer. La méthodologie développée tout au long de la formation semble conduite sur la base d'une approche béhavioriste (Skinner, Watson). Ici appliqué à la pédagogie,[267] la particularité de ce courant est d'élaborer des contenus d'apprentissage partant d'une modélisation simple des comportements qu'il convient d'adopter dans un cas de figure typifié. La mise en œuvre de cette approche donne lieu à la conception de contenus de formation dont l'avantage est de déterminer des objectifs de formation avec une grande clarté. Elle présente néanmoins le risque d'aboutir à une « mécanisation de l'enseignement » (Pourtois et Desmet, 2002, p. 263) dont le

[267] En particulier les pédagogies « de maîtrise » ou « par objectifs » (Pourtois et Desmet, 2002).

principe conduit à occulter la singularité des situations vécues. La pédagogie béhavioriste fonctionne sur la base d'un apprentissage stimulé par le renforcement (récompense, sanction, critique, etc.) produisant un effet à la fois informatif et motivant (Bandura) et que favorise la situation de formation (Pourtois et Desmet, 2002). Ici, le renforcement réside dans l'émulation que semble produire la simulation répétée de situations habituellement vécues comme difficiles par les soignants. L'application de techniques apprises en formation et éprouvées efficacement dans le cadre de la simulation conduit le participant, nous en faisons l'hypothèse, à un sentiment de satisfaction résultant du sentiment de détenir un moyen de faire face à la violence dans le cadre des soins.

Précisons d'autre part, au sujet de l'approche pratique décrite précédemment, que celle-ci ne peut être associée à des méthodes actives pour la seule raison que les participants sont mis à contribution pour expérimenter les méthodes et techniques apportées par les formateurs. En effet, les méthodes dites actives sont issues des praticiens et auteurs ayant contribué au courant des « pédagogies nouvelles » (Decroly, Freinet, Montessori, Neill), lesquelles défendent une conception de l'apprentissage et de la découverte échappant à tout modèle élaboré de « l'extérieur » (Resweber, 1999). Or, la dimension pratique de la formation semble, contrairement à ce que promeut ce courant pédagogique, encourager la mise en œuvre de comportements prédéterminés en réponse à des situations abstraites même si, notons-le, nombre de situations similaires ont été vécues par les formateurs et certains participants. Il n'en reste pas moins que l'approche de la formation, que nous avons qualifiée de « pratique », prolonge pour sa part la perspective béhavioriste identifiée précédemment.

7. Une « gestion » de la violence

L'intention de diffuser dans l'établissement une approche collective est portée, nous venons de le voir, par l'objectif premier de « pacification ». On retrouve ici la perpétuation du processus d'humanisation de la psychiatrie (cf. chapitre 1) se traduisant par une éthique fondée sur les droits et la liberté du patient, y compris lorsque celui-ci est pris par une crise potentiellement destructrice. Néanmoins, si le propos de la formation repose sur la notion de « respect », ce que nous avons vu plus tôt, le patient n'en est pas moins envisagé *a priori* sous l'angle de l'« agressivité », idée formulée explicitement dans l'objectif de la formation, et dont la manifestation est méthodiquement « gérée ». Cette « gestion » de la violence est suggérée par la méthode proposée pour y faire face et reposant sur trois principes organisateurs :

- **Un séquencement de la violence** : la situation de violence modélisée dans les contenus de formation est envisagée comme une succession de phases comportant un début et une fin définis à l'avance et délimitée de manière uniforme pour chaque situation. L'objectif fixé au travers de la méthode procédurale semble davantage consister à endiguer l'expression de la violence qu'à en traiter les causes. La violence débute en effet par l'expression de l'« agressivité » donnant lieu à l'activation de la méthode procédurale apprise en formation. Elle s'arrête lorsque le patient s'apaise ou renonce à passer à l'acte auto ou hétéro-agressif. Si le patient persiste dans l'« agressivité », la fin de l'épisode de violence est marquée par l'« intervention physique ».

- **Une standardisation de la réponse apportée aux situations de violence** : le modèle mis en avant par la formation (méthode, champ lexical, techniques, etc.) n'est pas spécifique au travail en psychiatrie. Nous avons vu précédemment que l'approche de la formation trouve son inspiration dans l'intervention d'un agent de sécurité publique, celle-ci n'ayant pas reposé sur une démarche clinique construite à partir de critères nosographiques (de classement des maladies). De même, la formation, propose un raisonnement des situations en termes de « tâche », d'« équipement », de « paramètres organisationnels », d'« évaluation de la situation » ou de « degré d'alerte ». La démarche proposée privilégie ainsi la neutralisation de l'« agressivité », quelle que soit la cause ou la nature de son expression. Ce modèle d'action face à la violence semble constituer une approche standard transposable d'un champ de pratiques à un autre, de sorte qu'il est tout aussi bien mobilisable par des forces de sécurité intérieure que par des professionnels de la psychiatrie.

- **Une responsabilisation du patient** : la démarche procédurale avancée par la formation repose également sur le principe de responsabilisation du patient, c'est-à-dire que ce dernier est envisagé comme auteur de la situation de violence. En tant que tel, il est jugé capable et en devoir d'y mettre lui-même un terme. C'est dans ce sens que la méthode prévoit l'étape de l'« alternative ». L'« intervention physique » est alors considérée comme relevant du choix délibéré et éclairé du patient. Ce dernier est alors sommé de porter un regard rationnel sur la situation. Ce faisant, il est comptable aussi bien de ses actes que de la décision de l'équipe soignante.

Ce regard sur la formation met en débat deux types d'approche de la violence. Le premier est celle du traitement de l'expression de la violence en psychiatrie relevant d'une perspective

soignante. La seconde porte davantage sur l'idée d'y mettre un terme lorsque celle-ci se manifeste. Elle relève alors principalement d'une perspective gestionnaire et sécuritaire. Il y a débat, nous semble-t-il, car dans l'optique de la formation que nous venons de décrire, l'approche gestionnaire et sécuritaire semble prendre le pas sur l'approche soignante (ceci sans présumer du travail réalisé par les équipes de soins en situation réelle). Ainsi, la violence est envisagée par la formation comme une menace au sens le plus général sans pour autant être abordée sous d'autres angles[268] qui constitueraient autant de moyens de la comprendre pour la prévenir.

8. Regard sur la violence vécue dans les pratiques professionnelles

Pour examiner la manière dont les contenus de la formation peuvent être questionnés du point de vue de la pratique professionnelle des infirmiers, nous avons choisi cinq extraits de notre corpus d'entretiens[269] faisant référence à une expérience vécue dans le cadre des soins. L'intérêt est ici double. D'une part, nous cherchons à faire ressortir la manière dont les soignants se réfèrent à cette formation, ce qui permet d'entrevoir dans quelle mesure cette dernière contribue au travail soignant. D'autre part, cette référence à la formation peut nous permettre de mettre en évidence ce qu'elle apporte dans les pratiques soignantes, mais aussi la manière dont sa mobilisation conduit certains soignants à mettre en question le sens de leur action en lien, souvent, avec une situation spécifique vécue. Chaque récit ici mobilisé porte sur le vécu de soignants exerçant dans des unités temps plein de psychiatrie adulte.

8.1. Le GIU : un collectif de travail ?

> **Albert** : Au moment de l'entretien, Albert a « pris le GIU », c'est-à-dire qu'il peut être appelé à tout moment pour aller renforcer une structure de soins en difficulté devant une crise de patient. Il dit qu'il faut être prudent pour éviter le passage à l'acte du patient et précise qu'il est difficile pour un jeune infirmier de s'affirmer face à un patient schizophrène. Albert explique que le GIU consiste à apporter une réponse à une situation de crise. Tout d'abord, le nombre d'infirmiers en renfort (le GIU est composé de quatre infirmiers) suffit parfois à « apaiser » le patient en crise. L'objectif consiste à « pacifier » la situation. Le recours à une intervention physique sous la forme « contention et injection » constitue la dernière solution. Albert précise qu'une telle intervention en groupe

[268] Par exemple, l'acte violent peut exprimer, nous l'avons vu, l'acte d'un soi psychologiquement vulnérable menant une recherche d'équilibre interne (regard psychanalytique), mais aussi une affirmation du sujet social (regard sociologique).
[269] Nous faisons ici référence à l'ensemble des entretiens menés dans le cadre de cette recherche, sans nous borner aux néo-infirmiers.

> nécessite de la « coordination », mais que le temps manque pour organiser cette coordination : « on pourrait faire un briefing en amont, mais on manque de temps ». Il explique que si l'on suit le protocole d'intervention, le groupe désigne un « *leader* » qui mènera la discussion avec le patient. Cependant, comme le groupe n'a pas le temps de se réunir en amont, chaque membre découvre qui compose le groupe au moment même de l'intervention. Il ajoute cependant que les infirmiers se connaissent en général et que la coordination du groupe et le rôle de chacun sont déterminés de manière tacite. […] Dans ces circonstances, il dit préférer intervenir avec un professionnel expérimenté. Il donne l'exemple d'un ASH [Agent des services hospitaliers] : bien qu'il ne soit « que » ASH, « il a trente ans d'expérience, ça me dérange pas d'y aller avec lui ». Albert préfère intervenir avec cet ASH plutôt qu'avec un jeune infirmier avec peu d'expérience. […] Il continue sur la coordination du GIU expliquant que le groupe convient d'un mot-clé connu par tous les membres du groupe destiné à lancer l'« intervention physique » en cas de besoin. Ce procédé implique beaucoup d'incertitude car il est déjà arrivé que le mot soit prononcé par erreur alors que l'« intervention physique » n'était pas envisagée. Le regard entendu entre les membres du groupe devient alors parfois nécessaire.
>
> (Extrait de la synthèse[270] de l'entretien avec Albert, 55 ans, infirmier, 24 février 2015)

Dans son récit, Albert fournit des explications sur le fonctionnement du GIU en recourant à un lexique spécifique à la formation. En effet, des expressions employées telles que « pacifier », « intervention physique » ou « *leader* » indiquent une appropriation par Albert d'un vocabulaire professionnel identique à celui que nous avons pu observer lors de la session de formation. L'évocation du GIU (nous allons le voir dans plusieurs entretiens) indique un recours à ce groupe d'intervention ancré dans les pratiques habituelles des soignants. Mais la mise en pratique du modèle d'intervention, tel que nous l'avons décrit, montre des points d'achoppements.

Dans le témoignage d'Albert, le GIU présente des difficultés de « coordination » en amont de la situation. En effet, les membres du groupe ne disposent pas de « temps » pour s'organiser, ce qui peut affecter l'intervention. De ce fait, les membres du GIU semblent prendre connaissance de la composition du groupe au moment même de l'intervention. Ceux-ci s'ajustent alors sur place avec pour repère la connaissance par chacun du modèle procédural diffusé par la formation, mais aussi par la connaissance que chaque membre du groupe a des autres. Par exemple, Albert dit ici préférer intervenir avec un ASH expérimenté[271] plutôt qu'avec un jeune infirmier. Les modalités d'intervention sont alors définies tacitement par le groupe (choix du « *leader* », « mot-clé », activation de l'« intervention physique »). Albert suggère toutefois que ce fonctionnement tacite donne un caractère improvisé à l'intervention.

[270] Albert n'a pas souhaité que notre entretien soit enregistré. C'est pourquoi nous restituons ici un extrait de la synthèse réalisée à la suite de cet entretien.
[271] Le GIU est composé de personnels œuvrant dans les services de soins qui ne sont pas exclusivement des infirmiers.

En effet, si la compréhension et l'appropriation des contenus de la formation sont perceptibles dans le témoignage d'Albert, celui-ci signale que la mise en œuvre de cette prise en charge manque d'un travail collectif par le GIU pour pouvoir anticiper son organisation au cours de l'intervention. En d'autres termes, le sujet met en évidence la difficulté pour le groupe d'intervention de cultiver une « compétence collective », c'est-à-dire un « savoir-agir » produit par « la synergie des compétences individuelles à l'occasion d'un projet collectif dans un système ouvert de production de biens ou de services » (Sorel et Wittorski, p. 2005, p. 204). Or, dans cette perspective, S. Caroly et Y. Clot (2004) précisent, à partir de l'analyse du travail de guichetiers d'un bureau de poste, que seul le travail collectif contribue à produire des « collectifs de travail » entités incontournables pour la conception ou le renouvellement du « genre professionnel » :

> Les formes de travail collectif construites à l'issue d'un travail d'organisation du travail face au réel - coopération, collaboration - permettent à l'équipe des guichetiers d'éprouver collectivement son pouvoir d'agir sur le milieu et sur elle-même. Le travail collectif est alors un précieux instrument de construction du collectif professionnel. Sa fonction n'est pas seulement à considérer dans l'activité du milieu, mais aussi dans l'histoire du milieu. Pour favoriser une pérennité de ce collectif, le travail collectif apparaît comme un outil majeur de conception du genre professionnel (Caroly et Clot, 2004, p. 53).

On ne peut bien entendu assimiler le travail d'un soignant en psychiatrie à celui d'un guichetier de bureau de poste. Pourtant, ce besoin d'élaborer une histoire de groupe à travers l'activité collective de travail, favorisant la construction de références, de ressources collectives pour l'action et *in fine* la conception, l'appropriation ou le renouvellement du genre professionnel semblent partagés par ces deux métiers. Néanmoins, dans le cadre de l'intervention face à la crise d'un patient, le GIU semble peiner à mettre en place une telle dynamique en raison du renouvellement systématique des membres du groupe.

8.2. Vécu d'une dénaturation du dispositif d'intervention

L'expérience de Camille (ci-dessous) met en évidence un autre type de « dysfonctionnement ».

> **Camille :** En fait, c'est un jeune qui est arrivé *via* les urgences de [Centre hospitalier voisin], pour idéations suicidaires, avec plus ou moins prise de médicament, mais c'était pas très clair. C'était un jeune d'une vingtaine d'années qui était accompagné de sa maman. Et donc, il est arrivé ici. Il vivait chez sa maman avec sa copine. Ils avaient un bébé qui devait avoir six mois peut-être. Et puis il est arrivé. Et là, l'interne, on découvre dans l'enveloppe de transfert qu'il y avait un soin sous contrainte qui avait été prévu par les urgences de [centre hospitalier voisin]. […] Et donc nous, quand on sait

qu'il y a un patient qui est pas « compliant »[272] aux soins, on évite de les recevoir au [service où exerce Camille], parce que c'est loin des soins intensifs [service fermé de prise en charge de la crise]. Si on a besoin de transférer un patient qui est pas tout à fait d'accord, faut passer par le couloir qui est accessible à tous les patients. C'est jamais ni sécuritaire pour le patient, ni pour les autres, ni pour les collègues. Donc, on essaie de les voir directement dans des services où on sait que c'est plus proche des chambres de soins intensifs. […]. Le patient n'avait pas l'air très agité. De ce fait, ma collègue qui était là décide de le voir avec l'interne. Et là l'interne reçoit directement la maman et le patient. Bon, moi j'étais dans le bureau, donc j'ai pas vraiment vu ce qui s'était passé. Je pense que si j'avais été là, j'aurais demandé à l'interne pourquoi elle voyait tout de suite, surtout la personne qui a fait le tiers [personne ayant demandé le soin sans consentement], parce que je trouve que c'est le patient qu'on doit écouter en premier. Bien sûr on peut recevoir le tiers en second temps, mais... Bon, déjà là on n'était pas tout à fait d'accord et puis d'un seul coup, le patient sort du bureau. Donc moi je le vois pas puisque j'étais au bureau des soins infirmiers. Et je vois les gens le suivre, ma collègue le suivre, tout ça. Donc je me dis : « Bon, ça s'est mal passé visiblement ». Je suis le patient, j'arrive à rentrer en contact avec lui, je fais un tour de [structure de soins où se situe l'action] avec lui, je marche, j'essaie de comprendre un petit peu ce qui se passe, j'arrive à le faire revenir dans le bureau. Donc là, il m'explique que l'interne lui dit qu'il va rester en hospitalisation. Bon. Donc je m'installe au bureau avec lui, puisque visiblement ça passait plutôt bien avec moi. Donc, je ferme la porte, je reste rien qu'avec lui dans le bureau, je lui fais un entretien d'environ trois-quarts d'heure où là, le patient me dit : « En fait je vous explique. Oui, j'ai pris quelques médicaments ». En fait il a pris du Lyrica. C'est un traitement pour les douleurs neuropathiques. Et c'est à sa maman. Il dit : « J'ai pris parce que j'ai des fortes douleurs au genou depuis un certain temps. J'en peux plus, je ne dors plus. Y a aucun chirurgien qui veut m'opérer ». Donc il m'explique ça. OK. « Et donc, vous vouliez mourir ? », « Non, pas du tout. Moi j'ai une petite fille de six mois. Je veux absolument pas mourir. Effectivement, j'ai pris un peu trop de cachets, comme ça m'a un peu tapé sur le système, je me suis énervé la maison ». Il a fait une sorte de petite crise clastique, quoi, à la maison. Donc il a fait peur à toute la famille. Et donc il dit : « Ben oui, ma mère elle a eu peur, j'en suis désolé. Mais voilà. Moi je veux pas mourir, je veux juste rentrer chez moi. Je viendrai demain en consultation voir un psychiatre puisque j'en ai ras-le-bol de mon genou. Mais c'est tout, moi je reste pas ici. C'est pas possible. Je reste pas en psychiatrie. Je suis pas fou ». Enfin avec toute la stigmatisation qu'on peut avoir sur la psychiatrie, lui c'était pas possible de rester là. Je lui demande de patienter, je vais voir l'interne. Je lui dis : « Écoute, je comprends pas, c'est quoi tes motifs d'hospitalisation ? ». Là, elle me dit : « Sa mère est inquiète ». Je dis : « Ben je veux bien. Mais est-ce que t'as écouté ton patient ? Pour moi, il critique tout à fait ce qu'il a fait, il explique ce qui s'est passé, il a pris le traitement de sa mère. Là, il a pas du tout envie de mourir. Il a juste envie de rentrer chez lui voir son bébé et sa femme. Il s'excuse de ce qu'il a fait, d'avoir inquiété sa mère ». Je dis : « Comment on fait ? » Elle dit : « Ben non. Moi, il s'en va aux soins intensifs ». Et en fait je lui dis : « Bon je vais refaire un entretien, j'ai dû louper quelque chose ». Je me dis : « C'est pas possible. Pourquoi l'interne fait une SDT [soins à la demande d'un tiers (modalité d'hospitalisation sans consentement)] alors que moi j'ai rien ». J'ai parlé trois-quarts d'heure avec le patient tout seul, sans la mère sans rien. J'ai rien. Donc je retourne en entretien, je continue, je creuse, je creuse, je creuse. Je n'ai rien du tout. Le patient me dit simplement qu'il fume deux-trois joints de temps-en-temps. Bon il a vingt ans. Pour moi, il y avait rien d'inquiétant. Il était pas suicidaire. Il y avait de risque pour personne. Je me relève, je retourne voir l'interne. Elle me dit : « Non, non. Il s'en va aux soins intensifs ». Donc c'est un service fermé. Je me dis : « Comment tu vas faire pour le transférer ? » Parce que clairement, il va s'énerver. Ça va très très mal se terminer. On peut pas faire ça. Donc je prends sur moi. Déjà je prends une liberté, c'est que je retourne voir le patient. Là je lui dis : « Ecoutez. Vous avez deux choix. Soit vous vous énervez pas et vous restez au [service de Camille] et tout se passera bien. Soit vous vous énervez et ça finira aux soins intensifs. Parce que là, l'interne veut vous garder ». Donc, déjà je lui propose quelque chose que l'interne n'avait pas...

J. de Miribel : Une alternative, oui.

C : Mais pour moi, ça rentrait dans le cadre de [nom de la formation à la prévention et prise en charge de l'agressivité]. On veut que le patient reste hospitalisé donc... c'est ça notre objectif. Après le moyen, c'est le plus sécuritaire pour tout le monde. Et là, le patient me dit : « C'est pas possible ». On a négocié, négocié, négocié, négocié. Ça a terminé à ce qu'on appelle le GIU [groupe d'intervention d'urgence] et qu'on lui saute dessus. Le patient, il hurlait, il pleurait dans le couloir.

[272] Ce terme est parfois utilisé par certains soignants. Il s'agit d'un anglicisme signifiant « conciliant », « accommodant » voire « docile ».

> On s'est blessé parce que le patient s'est absolument pas laissé faire. Ça a fini en contention, isolement, soins intensifs avec une injection. Le patient pleurait. Enfin c'était une expérience atroce, quoi. Et l'interne qui dit : « Ben, c'est normal ». Je lui dis : « Mais est-ce que tu te rends compte, l'expérience qu'il va avoir ce jeune ? Il va s'en souvenir toute sa vie. T'as déjà été attachée une fois dans ta vie ? Tu sais ce que ça représente dans une vie ? C'est horrible. T'as une pendule en face de toi, tu peux même pas te gratter le nez ». Je lui dis : « C'est horrible ce que tu viens de lui faire. Pour rien en plus. Pour rien du tout. En fait, on l'a attaché juste parce qu'il s'est énervé parce qu'il ne voulait pas rester hospitalisé. Il y avait risque pour personne ». Et finalement, elle l'a détaché une heure après. Il est sorti le lendemain matin. Et du coup, là je me suis dit : « Ben vraiment, on avait raison ». Parce que finalement, s'il est sorti c'est vraiment qu'il y avait risque pour personne. Et ça, ça a été affreux, parce que je suis sortie de là, je tremblais, je pleurais, je me dis : « Mais on est maltraitants. C'est horrible ce qu'on fait. Horrible ». Du coup, on a repris les événements, on a demandé un retour à nos cadres et tout ça pour pouvoir libérer un peu ça. Parce que toute l'équipe était choquée. Même les ASH [agents des services hospitaliers] qui était là en groupe d'urgence se demandaient ce qu'on foutait, quoi. Elles disent : « Mais pourquoi on lui saute dessus ? Qu'est-ce qu'il a ce gars-là ? » Parce qu'en plus il était tellement sthénique qu'on a dû rester allongé sur lui, là devant la porte. Parce qu'on pouvait pas le transporter, parce que les soins intensifs, c'est au bout du couloir. Donc faut transporter quelqu'un de super sthénique comme ça. On a dû l'injecter au sol. Enfin, c'était affreux, enfin il pleurait et tout. Tout le monde avait les yeux rouges. On savait pas ce qu'on faisait. Peut-être on s'est dit : « On est des bourreaux. On obéit au docteur ». Donc, ça c'est sûr et certain que c'était, je pense, la plus douloureuse expérience que j'ai eue ici. Bon c'est tout. On m'a répondu que je devais obéir aux ordres. Et je devais obéir aux ordres. Finalement, j'ai bien fait de donner mon avis. Mais en soi, le médecin me dit quelque chose, je suis obligé d'exécuter, quoi. […] Je me souviens. Moi je lui mouchais le nez à terre. Ma collègue lui caressait les cheveux. Enfin c'était quelque chose qu'on voit jamais. On doit être soignant. Mais là, on était tellement dans quelque chose et de maltraitant que pour nous déculpabiliser de je ne sais quoi, on faisait des choses qu'on fait jamais habituellement.
>
> (Entretien avec Camille, 26 ans, infirmière, 2 juillet 2015)

Nous avons souligné précédemment la place sensible que joue l'« alternative » dans la discussion que le soignant mène avec le patient *via* la démarche de « pacification ». Dans le récit de Camille, celle-ci parvient à entrer dans une relation d'échange avec un patient auquel il vient d'être prescrit une hospitalisation contrainte, alors que ce dernier manifeste son souhait de rentrer chez lui. L'alternative semble alors mobilisée par l'infirmière qui, ne parvenant pas à repérer le moindre symptôme pathologique chez le patient, lui propose une « alternative » ne pouvant écarter l'hospitalisation sans consentement, mais permettant que celle-ci puisse avoir lieu dans les meilleures conditions possibles pour le patient et ceci, sans recourir à l'« intervention physique ».

Pourtant, la relation établie par l'infirmière est finalement interrompue par la décision de l'interne d'hospitaliser le patient aux « soins intensifs », ceci malgré les arguments avancés par Camille en faveur d'une levée de l'hospitalisation sans consentement. Outre le fait que cette dernière ne parvient pas à obtenir gain de cause, tout se passe comme si l'infirmière venait de mener une négociation avec le patient - lui proposant alors une « alternative » - ceci alors même que la décision de l'interne était arrêtée. Camille se retrouve alors dans la situation au cours de laquelle elle mène un dialogue inspiré des principes et méthodes diffusés par la formation, mais

sans pour autant détenir les moyens de donner suite aux conditions qu'elle propose au patient. On le voit, si la discussion entre le soignant et le patient repose sur le pouvoir du premier de négocier avec le second, cette possibilité semble inexistante dans la situation de Camille qui finit par « obéir aux ordres » allant à l'encontre de sa démarche et des aménagements proposés au patient. L'« alternative » se présente alors ici comme un leurre piégeant tout aussi bien le patient que Camille.

8.3. La signification du geste

Le récit de Camille aboutit à une « intervention physique » marquée, d'après Camille, par l'incompréhension tant du côté du patient que des soignants. Pourtant, la situation relatée traduit une manifestation de violence alors même que le patient ne se montre pas agressif, mais manifeste son désaccord avec la prescription d'hospitalisation contrainte. Le dispositif conçu à des fins de prévention de la violence, traduit ici par le recours au GIU et à l'« intervention physique », devient ici un instrument coercitif d'exécution de la prescription médicale. Ce qui apparaît alors comme une dénaturation du dispositif est perçu aussi bien par l'équipe, décrite comme « choquée », que par Camille affirmant qu'« il y avait risque pour personne ». La réaction de Camille et ses collègues devant cette situation semble indiquer une tension dans le sens donné à cette intervention sur le patient. Les mots de l'infirmière, disant que son équipe et elle se comparent à des « bourreaux », expriment alors le sentiment d'avoir été impliquée contre son gré, bien que de manière tout à fait active, à la mise en œuvre d'un acte de violence institutionnelle. Cette tension perceptible dans l'activité s'exprime à travers le geste contradictoire rapporté par Camille décrivant sa collègue lui caressant les cheveux, ceci alors même qu'elle le maintient au sol. On trouve un geste similaire dans le récit de Danièle :

> **Danièle** : Le premier soignant qu'il va voir, c'est moi. Ça détermine, ce que la personne vous a fait en arrivant : « Bonjour Monsieur ». Un sourire. « On va prendre soin de vous ». Mais il vient pas chez nous, il vient pas dans mon service. Mais j'ai déjà fait quelque chose. Il va positiver la suite. Même si c'est un pénitencier. Il y a des accueils ici qui viennent aux soins intensifs menottées avec les forces de l'ordre sur un brancard bien sûr. Quand vous êtes en prison, vous êtes suicidaire, vous venez en service fermé, mais là aussi, je vais pas m'empêcher d'être accueillante. C'est important.
>
> **J. de Miribel** : Pourquoi on arrive sur un brancard ?
>
> **D** : Parce qu'ils sont contenus.
>
> **JM** : Ils sont contenus.
>
> **D** : Oui. Ça c'est le plus pénible de la psychiatrie. C'est les contentions et les injections. Mais parfois, c'est un soin. La personne est contenue parce qu'elle est agressive ou hétéro-agressive. Ou même envers elle, si elle menace de mettre fin à ses jours de quelque moyen qui soit. Et souvent, bon, c'est

dur pour les gens aux urgences de gérer la violence. C'est vrai. Ils n'ont pas… Ben nous, c'est notre travail aussi.

JM : C'est votre travail de gérer la violence ?

D : De sentir la violence arriver et d'essayer de l'apaiser. Il faut essayer de pacifier. Moi je dis… moi j'ai fait la formation [nom de la formation à la prévention et prise en charge de l'agressivité]. Pour moi, ce que j'ai retenu le plus, c'est pas faire une balayette, mettre en contention, mettre par terre, gérer ça. Moi, [la formation] c'est éviter que ça arrive jusque-là.

JM : C'est désamorcer la crise ?

D : Ouais. Oui, on est nommé souvent de GIU [groupe d'intervention d'urgence]. J'y suis comme les autres. Alors parfois je pense que ma présence, ben : « elle a l'air quand-même d'être plus âgée » [remarque désignant Danièle]. Souvent c'est les jeunes. Mais souvent ils regardent, les patients, qui sont allongés et qu'on va… j'essaie de glisser un petit mot quand-même. Ou même caresser un peu si je mets le lien. Je le mets aussi, je vais « contentionner » la cheville, mais j'essaie de caresser un peu la jambe qui… en même temps. Voilà. C'est pas grand-chose.

JM : Qu'est-ce que vous leur dites aux patients ? Le « petit mot », ça va être quoi ?

D : [Danièle chuchote] « Ce sera pas pour longtemps ». « Si vous êtes bien calme, le médecin va vous voir ». J'essaie de le glisser tout le temps. Tout le temps, tout le temps. « Vous voulez un petit café ? » ou bien « c'est l'heure du goûter, bientôt on va vous l'apporter ». Rester humain. Mais il y a des moments où c'est difficile, où bon, la violence est tellement là, intense, que vous pouvez plus rien quoi. Que contenir et…

(Entretien avec Danièle, 64 ans, infirmière, 2 juillet 2015)

Le geste décrit précédemment par Camille trouve un écho dans le « mot » que Danièle s'efforce d'avoir pour les patients allongés, attachés et/ou hospitalisés contre leur gré, sont révélateurs d'une posture professionnelle spécifique. En effet, les infirmières semblent ici reconnaître que leur travail est porteur d'une part de violence institutionnelle, certes légitimée par l'institution, mais à laquelle elles refusent dans leur for intérieur de s'associer. Pour Danièle, « les contentions et les injections » constituent « le plus pénible de la psychiatrie » mais constituent des éléments incontournables du métier. L'enjeu et la difficulté dans leur mise en œuvre sont, pour Danièle, de « rester humain ». Il n'en reste pas moins que, dans le récit de cette dernière, la prise en charge de la violence ne s'arrête pas lorsque le patient est attaché ou « contentionné ». Le fait que Danièle s'adresse au patient montre une part du travail soignant consistant par ailleurs à apaiser par les mots, à rassurer quant au contexte de prise en charge. En somme, elle s'efforce à contribuer autant que possible à la tranquillité de l'esprit de celui qui se trouve en posture contrainte.

Ces quelques éléments d'analyse indiquent que si le modèle diffusé par la formation semble irriguer les pratiques soignantes, il est toutefois mis à l'épreuve dans l'activité. Celle-ci donne alors lieu à des expériences vécues par les soignants remettant en cause plus ou moins explicitement le bien-fondé de certains aspects de la méthode, ceci dans les situations évoquées. Il apparaît que les soignants ne puissent se satisfaire de la dimension prescrite de l'intervention,

registre « impersonnel » (Clot, 2007, 2008) de l'activité élaboré ici dans une perspective sécuritaire et gestionnaire. Ils lui résistent dans une certaine mesure tout en étant paradoxalement les auteurs de sa mise en œuvre.

Nous venons d'entrevoir comment la violence institutionnelle peut s'exprimer dans des actes de soignants s'efforçant de faire leur travail. Le récit d'Adeline montre un autre cas de figure dans lequel les soignants subissent l'agressivité d'un patient face à laquelle toute tentative de mettre en place une démarche de « pacification » semble vaine.

> **Adeline** : Ben c'était il y a peu de temps d'ailleurs. Un patient qui a agressé… qui nous a agressé physiquement. Et avec une difficulté derrière aussi au niveau médical. Le médecin en fait n'est jamais venu voir son patient. Donc toute l'après-midi, on s'est bataillé à ce que le médecin vienne voir son patient qui venait d'entrer, qu'on venait d'intégrer dans notre service. Et puis ben le soir, ça a été la goutte de trop. Il s'est rendu compte qu'il allait toujours pas être vu par son médecin et que de toute façon le médecin il était plus sur place. Il était rentré chez lui. Et du coup, il a été agressif physiquement. Et en plus, ça a été… enfin je l'ai ressenti plus comme vraiment de la bagarre. C'était pas… des fois on a des patients, voilà ils sont tendus, ils sont sthéniques, ils sont agressifs, parce que ils sont délirants, parce qu'ils ont des hallucinations. Leurs hallucinations leurs disent certaines choses. Ils ont des ressentis. Ce patient-là c'est pas le cas, donc c'était clairement son souhait de nous frapper, quoi. Oui, c'était difficile.
>
> **J. de Miribel** : Et qu'est-ce qu'il a fait ? Il est passé à l'acte directement ?
>
> **A** : Oui, oui, oui. Il nous a frappé. Il nous a frappé directement, mon collègue et moi.
>
> **JM** : Et qu'est-ce que vous avez fait alors ?
>
> **A** : Ben on a essayé de limiter les coups. Même si ça a été assez compliqué. J'ai déclenché pour avoir la possibilité d'avoir l'équipe d'intervention d'urgence. Et puis, ben en attendant qu'elle arrive, ben oui effectivement, on essaye au mieux de pas se prendre de coups, tout en essayant de pas qu'il s'en aille, de pas qu'il fugue. Parce que c'était un patient sous contrainte donc on pouvait pas le laisser partir. Et puis après on attend le groupe d'intervention d'urgence qui arrive et on appelle le médecin. On voit s'il y a un traitement si besoin. Et puis voilà.
>
> **JM** : Ils ont pris le relais le groupe ?
>
> **A** : Ben ils sont venus s'ajouter à nous en fait. Surtout pour aider, parce qu'il avait une force assez impressionnante.
>
> **JM** : D'accord. Et concrètement, qui est-ce qui a dirigé l'intervention ? Parce qu'il faut se coordonner quand vous êtes…
>
> **A** : Ben c'était mon collègue qui a été le premier à se prendre un coup, qui est d'ailleurs formateur [de la formation à la prévention et prise en charge de l'agressivité]. Mais là, clairement la formation [nom de la formation] nous… n'avait plus lieu d'être. C'était plus de la pacification. On n'était plus du tout dans ça. C'était clairement le patient qui voulait vraiment sortir ou voir son médecin. Et qu'on soit sur son passage ou pas, c'était pas son problème quoi. Donc voilà.
>
> **JM** : Ça a été éprouvant comme situation ?
>
> **A** : Ouais, ouais. Ouais, ouais. Très, très éprouvant. Et puis bon, on a eu plein de coups aussi. Donc je pense que déjà physiquement et moralement, ouais, ouais, on en a pris un coup. Tous. […] D'un point de vue administratif, il aurait dû être vu. C'était obligatoire. Un patient, dès qu'on fait une entrée, il doit être vu par son médecin. Il était en isolement, il y a un protocole, donc on doit remplir un protocole d'isolement sur le pourquoi, comment ça a été mis en place, quand est-ce que la crise a été repérée tout ça. Mais il y a une partie infirmier, une partie médicale. Le médecin met ses notes comme quoi il reste en isolement simple pendant vingt-quatre heures, pendant douze heures, pendant six heures. Ça, c'est obligatoire dans l'heure qui suit la mise en isolement. Le patient arrive à quinze heures, il a été mis en isolement dès son entrée et il a été vu par l'interne de garde, puisqu'il n'y

avait plus de médecin sur place à 19h30. Donc on n'était plus du tout, du tout dans la légalité. Et toute l'après-midi, je me suis bataillée au secrétariat pour que le médecin descende puisque le patient a été en crise toute l'après-midi, virulent, à frapper dans les murs, tout ça. Donc, oui effectivement notre métier, on doit gérer la crise où on sait qu'on peut être amené à être face à des patients violents ou agressifs. Oui, ça fait partie de notre travail, mais dans ce cas-là, on sait que ça aurait pu être évité. Donc, c'est encore une situation assez différente, je trouve.

JM : Pour vous concrètement, c'est la faute du médecin si c'est arrivé ?

A : Oui. Oui.

JM : C'est une situation qui aurait pu être évitée.

A : Oui.

JM : Et pourtant, ça fait… si je voulais être un tout petit peu provocateur, je dirais : « ça fait partie de votre métier ».

A : Alors dans cette situation, non. Etant donné que… Enfin, j'estime que non en tout cas. Puisque clairement le patient a réagi comme ça parce que le médecin n'est jamais descendu. Donc, c'est une situation qu'on a revue après, qui a vraiment été problématique, puisque le médecin n'était pas dans ses droits. Le protocole n'était pas rempli. On n'était plus du tout dans la légalité sur le plan administratif tout ça, on n'était pas dans la légalité.

(Entretien avec Adeline, 26 ans, infirmière, 1er juillet 2015)

Ici, si le patient semble prédisposé à réagir violemment (ce dernier était « mis en isolement »), Adeline ne le rend pas responsable de l'agression subie et fait reposer la responsabilité sur le médecin. Ce dernier n'a en effet pas rencontré le patient en entretien, contrairement à ce que prévoit le protocole d'isolement. La violence s'exprime ici dans les « coups » reçus par des infirmiers éprouvés « physiquement et moralement ». Pourtant, le récit d'Adeline précise que le patient avait été préalablement placé « en isolement », ce qui constitue un moyen de coercition (même légitimé) exercé sur celui-ci. En substance, il apparaît que cette mise en isolement, dont on peut supposer qu'elle renforce l'état de tension interne vécu par le patient, ait été amputée de l'un de ses éléments régulateurs, à savoir l'avis du médecin permettant de prolonger ou de mettre un terme à cette situation d'isolement. Il ne s'agit pas ici de déterminer si le médecin en question est en faute ou non. Il nous importe davantage de faire ressortir deux éléments.

D'abord, la violence vécue par Adeline s'exprime *via* l'agressivité du patient, mais semble trouver ses origines dans l'absence de continuité du protocole activé, ce qui suscite chez le patient une mise en tension résultant tout à la fois de sa condition d'isolement et, on peut le supposer, de ce qu'il a probablement vécu comme une déconsidération de cette condition provoquant « la goutte de trop » (nous reprenons ici les mots d'Adeline). Ensuite, Adeline indique que les apports de la formation lui ont semblé, dans ce cas, inopérants : « c'était plus de la pacification. On n'était plus du tout dans ça ». Cette remarque vient alors questionner le rôle de la formation au prisme de cette situation précise. Nous avons vu que le dispositif prépare

essentiellement les professionnels à mettre fin aux accès de violence. Mais le récit d'Adeline montre bien que la situation décrite se joue dans la façon de la prévenir et non de la stopper. On peut dès lors questionner la portée de la formation face à ce type de dysfonctionnement ainsi que sur les angles morts qu'elle laisse face à ce type de situation.

8.4. La honte comme moteur de la violence

Parmi les extraits présentés précédemment, celui de Camille permet d'entrevoir ce qui s'apparente à une expression de violence institutionnelle. Les récits évoquant et décrivant ce type de phénomène sont plus rares dans le discours des infirmiers que ceux décrivant l'« agressivité » à laquelle ils font face. En effet, ce caractère met en cause les troubles du comportement affectant le patient et sa manifestation apparaît presque « naturelle » dans un contexte psychiatrique. L'expression d'une violence institutionnelle est, quant à elle, un phénomène révélant une part peu visible bien que questionnable de la pratique soignante. Celle-ci s'expose alors au jugement moral de celui à qui elle se révèle. Cette dimension du travail présente un véritable défi pour la recherche en sciences humaines et sociales, dès lors qu'elle se rapporte à des pratiques discrètes, passées sous silence, éventuellement dissimulées. Il est alors d'autant plus ardu pour le chercheur de les percevoir et de les connaître (Champy-Remoussenard, 2014b). Le récit d'Eva nous permet d'illustrer cette difficulté :

> **Eva** : Ben c'était dur parce que notamment, je me souviens d'une infirmière… c'est marrant parce qu'à l'époque j'avais 25 ans, 25-26, et elle, elle avait 42 ans. Moins âgée que moi maintenant, c'est dingue. Et c'était l'infirmière du service quoi, tu vois. C'était pas la cadre, mais presque. Elle connaissait bien son métier. Mais c'est elle qui avait toujours raison et les autres avaient toujours tort et tout le monde devait la fermer. Et tout le monde la craignait cette infirmière. Et moi comme les autres. Et moi j'avais soif d'apprendre, surtout avec les anciens quoi, tu vois. C'était mes modèles. C'était par eux que j'allais apprendre comment… les techniques d'apaisement, comment… enfin tout, mon métier. Enfin c'est par l'expérience que t'apprends. Donc j'étais très avide et très timide à l'époque. Et donc… Voilà, très timide… et je me faisais très discrète, je donnais pas mon opinion, je trouvais tous les autres intelligents et moi je me trouvais bête quoi, enfin. Je mettais tout le monde sur un piédestal et moi vraiment j'avais du mal. Jusqu'à ce qu'un jour, cette infirmière, on va donner… c'était une infirmière qui adorait comme patients, elle adorait les paranos. Et moi les paranos ça me faisait peur. Mais elle était raciste. J'ai découvert ça après. Et cette infirmière… On va donner la douche à un patient arabe. Et pendant la douche… le patient c'était un vieux et elle supportait pas qu'il soit lent et elle commence à le bousculer. Elle supportait pas qu'il soit lent dans la douche, qu'il fasse pas les choses comme il fallait. Donc elle commence à le bousculer assez violemment sous la douche. Et là, elle est venue heurter mes valeurs quoi, tu vois. Mais j'ai pas osé le dire, parce que c'était l'infirmière qui… c'était la grande gueule de l'équipe, c'était celle que tout le monde craignait et j'ai pas osé lui dire que j'étais pas d'accord. Mais seulement, ça, le soir quand je suis rentré chez moi, pas moyen de me regarder dans la glace, en me disant : « Putain Eva, t'as laissé passer un truc, là, qui est pas acceptable. Mais j'ai pas osé le dire. Et en fait ça a duré deux-trois ans où je trainais cette culpabilité et où j'osais pas la ramener parce que je voyais que les autres n'osaient pas le faire non plus. Et donc, j'ai pas osé la ramener. Jusqu'à un autre jour où le même patient, on se retrouve dans la même situation et elle refait la même chose en le frappant. Et là…

> j'avais traîné pendant trois ans ma culpabilité. Et là je lui dis : « [prénom de l'infirmière] », je dis : « Ça, mais plus jamais, plus jamais avec moi ». Alors elle m'a regardé en me disant : « Qui t'es toi pour me dire… ». Je dis : « La prochaine fois que tu frappes un patient devant moi, j'en réfère à la hiérarchie. C'est pas admissible ». Elle sort et j'étais toujours pas fière de moi, parce que j'avais dit, en réfléchissant, j'avais dit à l'infirmière : « Tu le refais plus devant moi ». Ce qui sous-entendait que potentiellement elle pouvait le faire devant d'autres personnes quoi, tu vois. Donc le lendemain, devant toute l'équipe aux transmissions orales, elle m'a bien sûr pris de haut et bien sûr commencé à faire son travail de sape. Et là, devant tout le monde, j'ai dit à [prénom de l'infirmière] : « Au fait, hier je t'ai dit que tu devais plus frapper un patient devant moi, mais c'est pas que devant moi. Si j'apprends que tu frappes encore un patient, j'en réfère à la hiérarchie. C'est la première et dernière fois ». Devant toute l'équipe. Et là, elle a pas osé répondre. Et Dieu sait que c'était une grande gueule, tu vois. T'osais pas la ramener avec elle. Et là je me suis d'abord sentie soulagée. Je me suis dit : « Le regard des autres, tant pis Eva. Ça vaut dix mille fois plus le coup de se regarder dans la glace que de plaire à une majorité ». Donc j'avais dit : « Tant pis, tu prends le risque ». Et là les choses ont commencé à changer. Les collègues qui osaient pas l'ouvrir ont commencé à l'ouvrir avec cette [prénom de l'infirmière] qui petit-à-petit a commencé à perdre de son pouvoir. Et là, je me suis rendue compte en fait que plus jamais, plus jamais, plus jamais je mettrais un mouchoir sur mes valeurs. Plus jamais. Ça a été la grande leçon de ma vie. Donc ça a été dur.
>
> (Entretien avec Eva, 46 ans, cadre de santé, 29 juin 2015)

La violence institutionnelle décrite dans ce récit présente des traits différents de ceux décrits par Camille. Si pour celle-ci le phénomène apparaît comme un événement situé marquant collectivement et simultanément l'équipe infirmière, le cas d'Eva décrit (et décrie) une violence paraissant inscrite dans l'activité « ordinaire » d'une soignante. En effet, le fait de « bousculer » et « frapper » le patient, comme le fait l'infirmière « raciste », sans pour autant s'en cacher aux yeux d'Eva, donne à ces actes une dimension banalisée qui parait inscrite dans la pratique habituelle de cette professionnelle « grande gueule de l'équipe » et désignée ici comme auteure de violence. Or, ces gestes sont entérinés par Eva qui, de par son silence, autorise tacitement de tels actes à se renouveler et se pérenniser (Herreros, 2012). Si le silence agit comme un renforcement de l'acte de violence institutionnelle dont elle est témoin, la honte qu'Eva ressent en gardant le silence accentue encore davantage ce renforcement. Un tel sentiment l'empêche alors de dire et désigner la violence observée, empêchement qui l'a maintenue sous silence pendant « deux-trois ans ». Or, si l'on admet que le silence permet la violence et que la honte préserve le silence, alors on peut établir un lien indirect, bien qu'effectif, entre honte et violence.

La honte ressentie exerce un effet paralysant sur l'activité du sujet qui l'éprouve (Gaulejac, 2011a), ce qui semble expliquer le silence d'Eva pendant cette période. On peut dès lors s'interroger sur ce qui l'a poussée à partager cette expérience lors de notre entretien. Cela peut tout à fait s'expliquer par une confiance suffisante entre le chercheur et le sujet-énonciateur pour libérer la parole. De même, on peut estimer que la honte résultait d'une tension, vécue par Eva, désormais résolue. Nous identifions cependant une troisième raison qui n'exclut pas ces deux possibles explications. Le récit d'Eva raconte l'histoire d'une défaite de la violence

institutionnelle personnalisée à travers l'infirmière identifiée ici comme un acteur « maltraitant ». Or, la manière dont Eva dit avoir surmonté la crainte de se confronter à cette infirmière lui permet, parallèlement, de se déculpabiliser de toute complicité. En effet, à travers le processus narratif, le sujet-énonciateur (Eva) devient ici le héros de l'histoire et donc celui grâce à qui l'infirmière étiquetée comme « maltraitante » se voit confrontée et « perdre de son pouvoir ». Ainsi, en organisant son récit de la sorte, Eva fait de cette infirmière un bouc émissaire lui permettant *in fine* de s'affranchir de toute culpabilité générée par son silence.

Le récit d'Eva nous permet ici d'identifier un type de phénomène semblant se manifester de manière sporadique dans la vie quotidienne des services de psychiatrie, ceci sans que celui-ci ne soit questionné, abordé ou traité lors de formations consacrées à la thématique de la violence en milieu psychiatrique. Si l'« agressivité » des patients est mise en avant par la formation, il semble pourtant que d'autres expressions de violence en contexte soignant mériteraient d'être exprimées et partagées de manière à être traitées au niveau des collectifs de travail. Dans cette optique, l'hypothèse selon laquelle la compréhension de la violence institutionnelle contribuerait à prévenir l'agressivité est tout à fait plausible. C'est ce que suggérait déjà par ailleurs le récit d'Adeline.

Conclusion : des perspectives pour traiter la violence mises en lumière par les relations entre travail et formation

Tout au long de ce dernier chapitre, il a été question d'examiner la relation entre violence et psychiatrie, en particulier le traitement social dont cette relation fait l'objet, mais aussi la manière dont cette violence peut être vécue dans le quotidien des infirmiers et exprimée par ces derniers[273]. Ces questions ont ici été examinées à l'aune d'un dispositif de formation dont nous nous sommes efforcés de relever certaines caractéristiques. L'observation a alors mis en évidence la manière dont la formation prépare les soignants à envisager l'interaction humaine en situation d'« agressivité » selon des critères sous-tendus par ce que nous avons qualifié de logique gestionnaire. Nous avons remarqué l'appropriation générale par les infirmiers d'une « culture » diffusée par la formation et axée sur l'idée de « respect » du patient et sur la « pacification » comme principe organisateur de l'intervention face à l'« agressivité ». Le

[273] Rappelons que notre démarche est compréhensive et ne vise pas une approche exhaustive de la violence. Nous n'avons par exemple pas cherché ici à traiter de la question du suicide (manifestation de violence de soi sur soi), phénomène pourtant sensible en psychiatrie (Rapports de l'Observatoire national du suicide [ONS], 2014, 2016).

modèle procédural transmis par la formation, ceci en accord avec ces valeurs, semble approprié et repris par les soignants qui s'y réfèrent dans leur discours.

Parallèlement, les sujets-énonciateurs soulignent combien la violence les met à l'épreuve, ceci sans que les apports de la formation ne permettent toujours de surmonter les difficultés rencontrées. Si le modèle procédural constitue une ressource pour les soignants, ceux-ci n'en expriment pas moins une difficulté à le mobiliser pour désamorcer la violence. La formation conduit principalement à envisager la violence sous l'angle de la situation à laquelle il convient de mettre fin de gré ou de force. Mais l'expérience vécue et rapportée par ces soignants met en avant des limites ressortant des dynamiques relationnelles entre travail et formation. Nous en relèverons au moins cinq :

- Certaines **hésitations ou dysfonctionnements** relevés (cas d'Albert, récit d'Adeline) mettent en évidence le besoin de cultiver la dimension collective du travail pour favoriser la coordination de l'intervention, mais aussi l'interaction au sein de ce collectif et l'interrogation des pratiques mises en œuvre face aux phénomènes de violence.

- La prise en charge de la violence, telle qu'elle est abordée par la formation, **cantonne le travail soignant à son désamorçage**. Or, le récit de Danièle suggère que la prise en charge de la violence réside dans un travail continu d'attention et d'apaisement (autant que possible) mené dans les gestes et les mots habituels utilisés au quotidien par les patients.

- Le dispositif présenté vise un objectif de prévention de la violence. Mais une telle prévention déployée par l'institution **ne peut être opérante si cette même institution est responsable de l'expression de violence** (récit d'Adeline). La pacification ne peut en effet, par principe, être menée par l'auteur de la violence (ou celui qui représente cet auteur). Il importe alors qu'un tel dispositif ne soit pas substitué à un travail réflexif mené par l'institution sur ses propres propensions à générer de la violence.

- De même, le recours au dispositif de prévention de la violence peut conduire ce dernier à **se montrer générateur de violence** (récit de Camille). Outre le problème éthique que ce point ne manque pas de soulever, un tel effet pervers peut conduire à une rupture de confiance dans la relation de soin. Il peut tout aussi bien activer une crise de sens chez le soignant qui, même s'il réprouve cette violence, s'y trouve activement associé et s'en voit devenir l'auteur.

- Enfin, **une part de la violence s'exprime de manière discrète** dans les services de soins (ce qui la rend difficile à désigner), ceci parfois au détriment des patients (récit d'Eva). Cette dimension déborde les contenus de la formation, alors même que le silence sur la violence institutionnelle peut constituer, nous l'avons vu, son foyer.

Ces observations viennent ainsi questionner les « angles morts » laissés par le travail éducatif formel mis en œuvre pour lutter contre l'expression de la violence en psychiatrie. En effet, la formation peut préparer à la complexité des situations. Elle peut tout aussi bien laisser de côté cette complexité et, parallèlement, une part des savoirs et pratiques spécifiques à un domaine professionnel (Champy-Remoussenard, 1997). Il importe, on le voit, que la violence ne soit pas envisagée uniquement comme une situation à « gérer », mais comme un phénomène sous-jacent dans le quotidien des soignants et celui des patients et dont le traitement gagne à passer par ce même quotidien.

Résumé du chapitre 9

La violence ressort comme une catégorie significative du discours des néo-infirmiers et comme un phénomène inscrit dans le quotidien des acteurs du champ. Elle s'y exprime de telle sorte que soignants et patients alternent entre eux les rôles d'auteur et de victime. Le tournant sécuritaire pris par les pouvoirs publics dans les années 2000 a favorisé une approche de la violence essentiellement orientée sur l'agressivité et la dangerosité présumée des patients, ceci particulièrement en psychiatrie. A partir, premièrement, de l'observation d'une session de formation visant à faire face à l'agressivité en contexte psychiatrique ainsi que, deuxièmement, l'analyse d'un discours d'infirmiers ayant vécu ces situations de violence, ce chapitre aborde la question de la violence à l'aune des liens entre travail et formation chez les infirmiers en psychiatrie. L'analyse montre que si les apports de la formation sont appropriés par les soignants, leur mobilisation dans le travail trouve certaines limites posées par la situation. De plus, il apparaît que la mise en avant de l'« agressivité » laisse de côté d'autres formes de violence pourtant à l'œuvre dans les services de soins.

Conclusion et perspectives

« C'est un progrès dans l'ordre de la reconnaissance, d'estimer que le sujet se « forme » lui-même et autant qu'il le peut et ne le peut pas »

Jacky Beillerot (1998)

Des savoirs en jeu dans un contexte changeant

La formation des infirmiers en psychiatrie, ses contenus et modalités d'organisation font l'objet de débats depuis plus d'un siècle. Ceux-ci sont révélateurs d'un rapport aux savoirs en tension dans lesquel certains acteurs (politiques, professionnels, administratifs) tendent à placer ces infirmiers. Pourtant, ces derniers ne s'attachent pas moins à explorer et mobiliser les moyens de leur apprentissage à partir de l'expérience et de leur pratique d'un quotidien soignant partagé avec pairs et patients. Un tel rapport au travail leur permet de comprendre, de s'orienter, de décider et d'agir en contexte professionnel. Ce faisant, ils font face à des situations indéterminées[274] parfois éprouvantes et qu'ils s'efforcent de rendre, de leur point de vue, les plus acceptables possible. Il n'en reste pas moins que l'activité des infirmiers en psychiatrie, comme celle de bien d'autres groupes professionnels, s'est vue concernée par une injonction à la professionnalisation de plus en plus répandue (Boussard *et al.*, 2010 ; Demazière, Roquet et Wittorski, 2012). Cette tendance s'est notamment traduite dans les milieux de soins par une « modernisation » des pratiques hospitalières (Dubrion et Bertézène, 2013) et par l'intégration de la formation initiale infirmière au système LMD (Rothier Bautzer, 2012). Mais cette tendance réformatrice, tant de l'activité soignante que de la relation entre formation et travail, a fait peu de cas de la spécificité de la pratique soignante en psychiatrie. Celle-ci repose, nous l'avons vu, sur une approche clinique des situations de soins, sur le partage du quotidien avec les patients, sur des savoirs pluridisciplinaires et sur un substrat historico-culturel ancien et évolutif. Dans certains établissements de prise en charge de la pathologie mentale, des initiatives locales s'efforcent de favoriser la connaissance de ces ingrédients du travail

[274] Entendu au sens de Dewey (1993). Nous avons également parlé d'« indéterminations » caractérisant contextes et situations.

infirmier, de les revendiquer pour définir ce que doivent être les soins en psychiatrie et de transmettre ce que la formation initiale ne permet pas de connaître, du moins selon le jugement des auteurs de ces initiatives. Le DPT constitue l'une d'entre-elles.

Partant de ce constat, nous insisterons sur quelques considérations animées d'une intention de conclure ce travail sur une note d'ouverture et de questionnement. Ces considérations sont modestement avancées comme des pistes de réflexion pour l'action, comme des perspectives pour des recherches futures possibles, mais aussi comme ouverture à la discussion que peut susciter l'analyse du travail éducatif dans le contexte ici étudié.

Quelles perspectives pour l'investissement local de la relation entre travail et formation ?

Nous avons vu que le déploiement du DPT a institué, au sein de l'établissement commanditaire, une nouvelle configuration de la relation entre travail et formation, ceci de manière spécifique aux néo-infirmiers en psychiatrie. Un tel agencement acte une remise en cause de la formation initiale telle qu'elle a été définie par les pouvoirs publics et mise en œuvre dans les instituts de formation en soins infirmiers à partir de 1992, réforme significative du mouvement de déprofessionnalisation (marqué par un triple processus de déspécialisation, de déqualification et de déconsidération) ayant affecté l'évolution du groupe professionnel. Le dispositif étudié traduit alors l'investissement par les acteurs de l'EPSM-LM de cette relation entre travail et formation comme stratégie de professionnalisation, et même de reprofessionnalisation du groupe professionnel (cf. chapitre 6). La formation des infirmiers en psychiatrie et santé mentale apparaît ainsi étroitement associée à la construction d'une identité professionnelle, qu'elle soit individuelle ou collective. Ce caractère de la formation anime, nous semble-t-il, les acteurs qui organisent et maintiennent le fonctionnement du DPT. Ce faisant, il n'en est pas moins caractérisé par ses fragilités. Nous en voyons au moins deux. La première est statutaire. Nous l'avons vu, le dispositif repose essentiellement sur l'implication des acteurs locaux, sur des recommandations des pouvoirs publics non renouvelées depuis 2006, sur des processus organisationnels définis à cet égard, mais cependant sur aucune structure légale. La seconde relève du rapport des acteurs locaux au DPT. En effet, nous avons observé que sa mise en œuvre se heurte parfois à des difficultés associées au manque de disponibilité des acteurs, à l'implication relative de certains ou encore à la démobilisation de quelques autres (cf. chapitre 8). De même, nous avons remarqué que les classes de discours des néo-infirmiers, concernant

leur travail, se distinguent des classes traitant des questions de formation et de tutorat (cf. chapitre 7). Ce point peut être interprété comme une construction de sens, chez les sujets-énonciateurs, résultant du vécu des situations de travail et de formation-tutorat, mais dont l'articulation entre les deux n'est pas un allant-de-soi. Nous avons en effet vu que ce discours les fait ressortir comme des sphères d'activités bien distinctes et parfois peu associées.

A la lumière de ces observations, on peut supposer que le DPT constitue une disposition transitoire dont l'aboutissement pourrait conduire à l'abandon de toute pratique instituée visant à former des néo-infirmiers à la spécificité de la psychiatrie. Cette transition peut à l'inverse aboutir à la définition de modalités de formation et de transmission du travail plus solidement instituées dans les voies de structuration et d'organisation de la profession infirmière, en particulier celles ayant trait à la psychiatrie. A ce titre, on peut s'interroger sur la possibilité, mais aussi la pertinence, de développer des formations de niveau master spécifiques aux soins en psychiatrie sur le principe de ce qui est mis en place pour d'autres disciplines infirmières[275], ou bien selon le modèle de ce qui existe notamment au Québec ou au Royaume-Uni.

L'expérience à l'ouvrage

A travers ces initiatives et les effets auxquels elles donnent lieu, c'est bien l'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale qui est en question, qui entreprend de se (re)composer et de se faire (re)connaître. Cette expérience, nous l'avons abordée à l'aune d'une démarche d'« évaluation signifiante » et déclinée selon trois angles analytiques qui, bien que distincts, nous paraissent indissociables :

- Celui de *l'expérience collective* qui recoupe l'ensemble des références et connaissances susceptibles de constituer une ressource pour le travail soignant. Elle est constitutive de la culture infirmière en psychiatrie, du genre professionnel, des dimensions impersonnelles et transpersonnelles du métier. Cette catégorie constitue une dimension partagée de l'expérience et constitue un repère collectif pour l'activité ;

[275] C'est le cas en particulier des infirmier(e)s anesthésistes (IADE) dont l'obtention du diplôme d'Etat donne lieu à l'attribution d'un grade master (depuis le décret du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master). Une telle évolution se profile également pour les infirmier(e)s de bloc opératoire (IBODE) à l'horizon de la rentrée 2018, ce qu'a annoncé un communiqué de presse de l'Union Nationale des Associations d'Infirmiers(ères) de Bloc Opératoire Diplômés(ées) d'Etat (UNAIBODE), datant du 31 mars 2017. Récupéré le 12 juin 2017 du site de UNAIBODE : http://www.unaibode.fr/spip.php?article1934.

- Celui de *l'expérience au sens empirique* qui se manifeste *via* l'existence et la mise en œuvre du DPT. On peut en effet envisager celui-ci comme une action menée pour provoquer une réaction et en apprécier les effets. Plus qu'une initiative alors, ce *dispositif* s'est ainsi développé à travers l'intention collective (de l'organisation et de certains acteurs professionnels) de transformer localement les conditions d'exercice de l'activité infirmière. Tout l'objet de notre recherche a été d'en évaluer certains effets ;

- Celui de *l'expérience vécue* par les individus impliqués dans les dynamiques relationnelles entre formation et travail et concernés par les activités associées au DPT. Cette part de l'expérience est construite au gré du parcours biographique des acteurs au cours duquel le dispositif prend un certain sens. Nous avons examiné cette dimension de l'expérience à partir de la notion d'« enquête » pour entrevoir comment, dans l'activité, le sujet (en l'occurrence le néo-infirmier) entreprend de résoudre ce qui lui semble indéterminé. Ce faisant, il vit des situations d'apprentissage (associées au DPT ou non) constituant des ressources pour l'activité présente et future.

Cette analyse de l'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale montre, bien au-delà des rapports et des textes juridiques, que ce groupe professionnel est tout à fait actif dans la recherche et la définition de ses conditions d'exercice, de transmission du travail et de revendication de sa spécificité. Reste la limite d'un cadre de l'activité dont il ne peut aujourd'hui se départir, que celui-ci soit de nature administrative ou médicale. Cette dernière considération fait ressortir l'originalité du DPT en tant que dispositif permettant de créer et de maintenir des lieux et des temps de formation régulés et animés *par* et *pour* les infirmiers.

Un travail éducatif plurimodal à connaître et reconnaître

A la lumière de ces éléments et du récit de néo-infirmiers, nous nous sommes employé à identifier des dynamiques à travers lesquelles ces derniers élaborent un rapport au métier. Pour cela, nous avons exploré différentes manifestations de travail éducatif à l'œuvre dans le courant de l'activité infirmière, que celle-ci se déroule en situation de soin ou dans le cadre du DPT. Il ressort que ce travail éducatif ne se borne pas aux seules situations d'apprentissage instituées à des fins de professionnalisation. L'analyse a en effet montré que cette dimension de l'activité est tout à fait plurimodale et trouve des voies de manifestation dans des espaces-temps variés,

en situation de travail, de tutorat ou autres (cf. chapitre 7). Le travail éducatif se révèle ici de manière informelle bien qu'ancrée dans l'activité soignante. Si une part de cette dimension de l'activité est instituée à des fins professionnalisantes (ce que traduit l'existence du DPT), il ne s'agit que de la partie émergée d'un « iceberg » constitué par les processus de transmission du travail, de circulation des savoirs et de réflexion *sur* et *pour* l'action à l'œuvre dans les relations entre infirmiers. Bien que cette part du travail apparaisse significative du développement professionnel et de l'apprentissage du métier, il est certain que nous n'avons accédé qu'à une infime partie de cette dimension de l'activité. Cette dernière remarque pose la question de la connaissance et de la reconnaissance du travail éducatif tel qu'il est institué ou du moins identifié. Connaissance en effet, car l'expectative sociale associée à cette recherche (cf. chapitre 2) est animée d'une volonté forte des acteurs professionnels de l'EPSM-LM d'identifier les processus de transmission du travail et d'apprentissage du métier au sein de leur profession, ceci pour (re)constituer des repères de la profession, pour être en mesure d'agir dessus, pour les renforcer, les améliorer, éventuellement les (ré)activer. Reconnaissance aussi, car l'intention de transformer l'activité est étroitement associée à l'implication des auteurs de cette même activité. Or, quelle qu'en soit la forme (considération, rétribution, remerciement, approbation, etc.), cette reconnaissance peut avoir un effet moteur sur l'implication des acteurs. Inversement, nous l'avons vu avec les tuteur(ice)s, son absence agit comme un frein à l'activité suscitée par ce que nous avons désigné comme une crise de sens, phénomène provoquant une démobilisation des acteurs. Ce défaut de reconnaissance ressenti par les les tuteur(ice)s, que ce soit de la part des destinataires du tutorat ou de celle des acteurs prescripteurs du DPT apparaît comme une fragilité importante du caractère fonctionnel du dispositif (cf. chapitre 8). Ces observations questionnent plus largement le regard d'autrui sur l'activité : peut-elle être génératrice de sens en l'absence de reconnaissance ?

Des dynamiques de professionnalisation à l'œuvre

Ce regard porté sur l'expérience permet de faire ressortir trois types de dynamiques professionnalisantes à l'œuvre parmi les infirmiers en psychiatrie. (1) La première relève d'une « professionnalisation-profession » marquée par une conscience de ses acteurs des enjeux de maîtrise et de définition de la formation. Elle traduit une volonté partagée (au moins localement) de développer les voies de professionnalisation, au sens de Wittorski (2007, 2008b, 2009), associant capacité d'agir dans les situations ordinaires et capacité à mettre sa propre pratique

en objet de réflexion. (2) La deuxième constitue une « professionnalisation-processus ». Elle témoigne de la capacité du groupe professionnel à mettre en application ses intentions. (3) Enfin, la troisième constitue une « professionnalisation-subjective » correspondant au développement professionnel du néo-infirmier et de son appropriation du métier. Cette dynamique repose, nous l'avons vu, sur une enquête menée par les acteurs du terrain dans le cadre du DPT ou en situation de travail soignant. En examinant cette enquête, nous avons vu que le DPT constitue une ressource pour les néo-infirmiers favorisant, selon les cas, l'apprentissage pragmatique pour l'action, mais aussi la réflexion sur l'action. Parallèlement, on voit que la transmission du travail est à l'œuvre *via* les situations pour faire face à des besoins immédiats pour lesquels le DPT ne peut apporter de ressource.

Une investigation inscrite dans un ensemble élargi de pratiques de recherche

Les considérations que nous venons d'avancer résultent de notre analyse de l'expérience, du travail éducatif et des enjeux de professionnalisation associés dans un champ de pratiques professionnelles spécifique. Mais les dynamiques observées ne se cantonnent pas à la psychiatrie et interrogent plus largement d'autres sphères concernées par ces questions. Les éléments d'analyses avancés à propos des infirmiers en psychiatrie font en effet écho à certains travaux remarquant des dynamiques similaires dans d'autres champs de pratiques ou dans des organisations spécifiques dont la « modernisation » et l'injonction à professionnaliser les acteurs a donné lieu à une transformation des métiers (Boussard *et al.*, 2010). En effet, notre recherche s'inscrit dans un ensemble de travaux, nombre d'entre eux en Sciences de l'éducation, menés autour de questions interrogeant plus ou moins directement les transformations de la relation entre travail, éducation et formation dans une époque où le travail se caractérise par sa centralité, où l'individu doit être à la fois « employable », « flexible » et « adaptable », ceci tout en intégrant dans son parcours des notions de « risque » et d'« incertitude » (Wittorski, 2007 ; Champy-Remoussenard, 2013, 2015). C'est par exemple le cas dans la pratique des travailleurs sociaux dont le lot est d'agir en considération des contraintes et des incertitudes structurant les situations. Cette configuration impose au sujet professionnel de faire des choix dans un contexte incertain sur lequel il n'a pas prise mais auquel il doit apporter une solution appropriée (Soulet, 2016). Des travaux récents de T. Piot (2015) portent pour leur part sur les types de ressources mobilisées en situation de travail par des néo-infirmiers en soins généraux. L'auteur repère alors « des ressources pragmatiques ordinaires »,

ainsi que « des ressources d'analyse clinique professionnelle et réflexive » à travers lesquels il perçoit deux niveaux de professionnalisation de ces infirmiers. Dans une autre mesure, les travaux de Maurice Tardif et Louis Levasseur (2010) sur les personnels enseignants au Québec, aux Etats-Unis et en France montrent comment cette population professionnelle a pour sa part été confrontée à une transformation de son travail suscitée notamment par l'émergence de différents métiers et pratiques amenés à assumer certaines fonctions relevant jusqu'alors du seul travail de l'enseignant. Les métiers adressés à autrui, en particulier dans les champs de l'éducation, de la formation des adultes, de la santé ou du travail social, pour ne citer que ceux-là, apparaissent tout à fait concernés par des préoccupations de professionnalisation telles que nous les avons ici abordées.

Une incursion dans l'expérience des manifestations de violence

Nous avons identifié dans le discours de plusieurs néo-infirmiers une référence importante à la violence (comme phénomène actif dans les relations entre soignants et soignés). Cette entrée analytique a révélé que la formation est envisagée par les acteurs du terrain comme une ressource connue et appropriée par les soignants pour désamorcer les situations de violence. Pourtant, l'analyse montre que certaines configurations de situations rendent ce dispositif inopérant. C'est le cas notamment lorsque le fonctionnement institutionnel est lui-même générateur de violence ou que celle-ci correspond à des phénomènes peu perceptibles ou bien dissimulés. La violence, telle que nous l'avons abordée questionne plus généralement le rôle de l'éducation et de la formation vis-à-vis de ce phénomène, ceci bien au-delà du champ de la psychiatrie et de la santé mentale. La violence est une manière de qualifier l'interaction, mais aussi la manière dont elle est vécue, au plan personnel, face à un contexte ou une situation. C'est un phénomène large dont l'expression est difficile à saisir. Mais l'analyse de phénomènes s'y rapportant gagne, non pas à se focaliser sur les auteurs présumés de violence (patient agressif, enfant bagarreur, collègue harceleur, etc.), mais à se pencher sur les fonctionnements à l'œuvre en institution capables de les autoriser, éventuellement de les générer (Casanova et Pesce, 2015). C'est le cas notamment de l'école, institution au sein de laquelle la violence est un enjeu de socialisation, phénomène observable à partir des interactions dans la cour de récréation (Boxberger et Carra, 2014). Quel que soit l'angle d'analyse privilégié, la question de l'altérité ne peut être occultée. L'idée de « l'autre », selon la distinction effectuée par T. Piot (2006), désigne aussi bien celui qui nous est étranger (*alien*) ou autrui avec qui nous sommes

en relation (*alter*). Dans un propos sur l'objet du travail social, cet auteur parle en effet de « l'autre » « non pas au sens de *alien* (étranger), mais au sens de *alter,* autre, figure générique de toute humanité. Ce rapport est d'abord interactif : il est à la fois professionnel et personnel, intersubjectif, juridique, émotionnel, générique et singulier » (Piot, 2006, p. 15). Mais si l'on avance l'hypothèse que dans une situation de violence, l'autre devient suffisamment « étranger » (au sens *alien*) pour être destinataire d'un acte de violence, alors le travail de l'éducation et de la formation consiste probablement à agir sur la connaissance que l'on a de l'autre, ceci de manière à cultiver et maintenir une représentation de celui-ci en tant qu'*alter*.

Un autre commencement ?

Ces considérations conclusives nous conduisent à porter un regard rétrospectif considérant ce que nous changerions ou compléterions si ce processus de recherche était à refaire. Adopter ce point de vue n'est pas chose simple. Non pas que nous prétendions avoir mené une recherche ne présentant pas de limites ou bien que celle-ci aurait été réalisée comme nous l'entendions point par point. Mais il y aurait beaucoup à dire considérant les orientations suivies et les choix effectués. Il est en soi toujours possible de faire mieux ou du moins autrement. C'est pourquoi, plutôt que de dresser une liste à la Prévert sur ce que nous pourrions refaire si cela était possible, nous choisissons plutôt de revenir sur le démarrage de cette recherche. Si nous devions recommencer, sans doute envisagerions-nous différemment la manière d'en construire le projet. La mise en œuvre de ce dernier s'est en effet déroulée suivant le principe d'une rencontre entre un commanditaire et un chercheur dans une relation de consultance (Nicolas-Le Strat, 2003). Cette relation a donné à notre recherche la configuration d'un dispositif introduit « par le-haut » (par les acteurs dirigeants de l'établissement). Ce faisant, notre approche du terrain d'investigation est passée par des phases de négociation pour obtenir une confiance et une implication suffisante des acteurs du terrain auprès desquels nous avons enquêté (cf. Chapitre 2). Ce type de recherche gagne, selon nous, à impliquer les acteurs du terrain dès son état de projet. De cette manière, il ne s'agit plus d'un travail de recherche produisant des résultats « sur » un groupe professionnel ou un phénomène social observé, mais d'un groupe d'acteurs travaillant à la compréhension de dynamiques sociales auxquelles ils participent et qu'ils s'efforcent de comprendre, ceci avec l'appui d'un chercheur (Marcel, 2015a). Cela a pu être le cas dans notre travail avec les tuteur(ice)s, mais difficilement réalisable avec les néo-infirmiers. Ce faisant, les acteurs deviennent auteurs du travail de compréhension des dynamiques sociales

à l'œuvre, ceci avec l'appui de la relation au chercheur et sans devoir attendre les phases de restitution ou de communication, au demeurant incontournables. Cette mobilisation des acteurs est proche de nos intentions de départ. Lors de son écriture, nous avons proposé la mise en place d'un « observatoire » de la professionnalisation au sein de l'établissement (cf. annexe 1). Nous entendions celui-ci dans un sens similaire à celui avancé par Marie-Madeleine Gurnade qui, dans une recherche menée en CIFRE pour connaître la « jeunesse » d'un territoire ciblé, a travaillé à la mise en place d'un « observatoire » entendu comme « un diagnostic longitudinal des modes de vie des jeunes qui vise à soutenir l'élaboration d'une politique locale de la jeunesse » (Gurnade, 2015, p. 126). Ce diagnostic peut être mené par le chercheur, ceci en association avec des acteurs du terrain investigué. Un tel observatoire peut alors être approprié par les acteurs du terrain et pérennisé une fois la recherche achevée. Notons cependant que la faible disponibilité des soignants constatée tout au long de notre présence sur le terrain d'investigation n'a pas rendu possible la constitution d'un tel groupe de travail.

L'écriture de ces lignes nous a inévitablement conduit à contempler rétrospectivement notre parcours de formation à la recherche. Le parcours du doctorant est long, semé d'incertitudes, de doutes, mais aussi riche d'expériences, de découvertes et de rencontres. Ces composantes du parcours sont continuellement mobilisées par le doctorant qui s'efforce d'examiner, d'approfondir et d'écrire ce qu'il comprend et interprète de son objet d'étude et des conditions de production de son travail. Animé de l'envie d'apprendre, de se former, de renouveler son propre rapport au savoir, il n'en guette pas moins le moment où il marquera le point final de son travail. Pourtant, au moment d'achever ce paragraphe, nous avons pour seule impression d'en avoir juste esquissé le point de départ.

Références bibliographiques

Les références sont présentées selon l'adaptation française des normes de l'American Psychological Association (APA) (d'après la 6e édition du *Publication Manual*, 2010). Leur présentation est organisée à partir des catégories suivantes :

1. Articles, ouvrages et chapitres d'ouvrages scientifiques
2. Thèses et mémoires
3. Conférences, communications et tables rondes
4. Articles de presse et de revues professionnelles
5. Rapports et études
6. Textes juridiques, instructions et circulaires

1. Articles, ouvrages et chapitres d'ouvrages scientifiques

Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago : University of Chicago Press.

Abbott, A. (2003). Écologies liées : à propos du système des professions. Dans P.-M. Menger (dir.), *Les professions et leurs sociologies* (p. 29-50). Paris : Maison des Sciences de l'Homme.

Agamben, G. (2014). *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* (M. Rueff, trad.). Paris : Payot et Rivages. (Ouvrage original publié en 2006 sous le titre *Che cos'è un dispositivo ?*).

Agier, M., Gaulejac, V. de, Martuccelli, D. et Villers, G. de. (2010). « Le sujet dans la Cité ». Un espace de controverse. *Le sujet dans la Cité. Revue internationale de recherche biographique*, 1, 23-35.

Albero, B. (2010). La formation en tant que dispositif : du terme au concept. Dans B. Charlier et F. Henri (dir.), *Apprendre avec les technologies* (p. 47-59). Paris : PUF.

Alter, N. (2010). *Donner et prendre. La coopération en entreprise.* Paris : La Découverte. (Ouvrage original publié en 2009).

Altet, M. (1997). *Les pédagogies de l'apprentissage*. Paris : PUF.

Anzieu, D. et Martin, J.-Y. (2011). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 1968).

Apel, K.-O. (2000). *La controverse expliquer-comprendre. Une approche pragmatico-transcendantale* (S. Mesure, trad.). Paris : Les Editions du Cerf. (Ouvrage original publié en 1979 sous le titre *Die Erklären: Verstehen-Kontroverse in transzendentalpragmatischer Sicht*).

Ardoino, J. et Berger, G. (1989). *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes*. Paris : ANDSHA-Matrice.

Arendt, H. (1972). *La crise de la culture. Huit exercices de pensée politique* (P. Lévy, dir. et trad.). Paris : Gallimard. (Ouvrage original publié en 1961 sous le titre *Between past and future*).

Astier, P. (2008). La professionnalisation comme intention, comme processus et comme légitimation. *Savoirs. Revue internationale, de recherches en éducation et formation des adultes*, 17, 63-69.

Autès, M. (2012). Un impensé : les inégalités sociales de santé. Dans L. Demailly et M. Autès (dir.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses* (p. 41-51). Paris : Armand Colin.

Ayme, J. (1980). Le groupe de Sèvres. *VST - Vie sociale et traitements*, 71, 2001, 49-51.

Ayme, J. (2009). Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. *Institutions. « Jacques Schotte aujourd'hui »*, 44, 111-153.

Bachelard, G. (1993). *La formation de l'esprit scientifique.* Paris : Vrin. (Ouvrage original publié en 1938).

Baeza, C., Tourette-Turgis, C. et Wittorski, R. (2013). L'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soin et nouveaux enjeux de professionnalisation. *Les Dossiers des Sciences de l'Education*, 30, 121-133.

Baillon, G. (2009). *Les usagers au secours de la psychiatrie. La parole retrouvée.* Toulouse : Erès.

Barberousse, A. (1999). *L'expérience : introduction, choix de textes, commentaires, vade-mecum et bibliographie*. Paris : Flammarion.

Barbier, J.-M. (1985). *L'évaluation en formation.* Paris : PUF.

Barbier, J.-M. (2000). Sémantique de l'action et sémantique d'intelligibilité des actions. Le cas de la formation. Dans B. Maggi (dir.), *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation* (p. 89-104). Paris : PUF.

Barbier, J.-M. (2008). Les rapports entre recherche, action et formation : distinctions et articulations. *Education Permanente*, 177, 49-66.

Barbier, J.-M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités.* Paris : PUF.

Barbier, J.-M. et Thievenaz, J. (dir.). (2013). *Le Travail de l'expérience*. Paris : L'Harmattan.

Barbier, J.-M. et Wittorski, R. (2015). La formation des adultes, lieu de recompositions ? *Revue française de pédagogie*, 190, 5-14.

Barrier, J. (2011). Financer la recherche, organiser les relations science-industrie. Les politiques de financement sur projets en France (1982-2006). Dans P. Bezes et A. Siné (dir.), *Gouverner (par) les finances publiques* (p. 355-391). Paris : Presses de Science Po.

Becker, G. S. (1994). *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. Chicago : The University of Chicago Press. (Ouvrage original publié en 1964).

Becker, H. S. (1985). *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance* (J.-P. Briand et J.-M. Chapoulie, trad.). Paris : Métailié. (Ouvrage original publié en 1963 sous le titre *Outsiders*).

Beillerot, J. (1998). *L'éducation en débats : la fin des certitudes*. Paris : L'Harmattan.

Beillerot, J. (2000). Le savoir, une notion nécessaire. Dans N. Mosconi, J. Beillerot et C. Blanchard-Laville (dir.), *Formes et formations du rapport au savoir* (p. 15-37). Paris : L'Harmattan.

Beillerot, J., Blanchard-Laville, C. et Mosconi, N. (dir.). (1996). *Pour une clinique du rapport au savoir*. Paris : L'Harmattan.

Bercherie, P. (1991). *Histoire et structure du savoir psychiatrique. Les fondements de la clinique I.* Tournai : Editions Universitaires. (Ouvrage original publié en 1980).

Berger, P. et Luckmann, T. (2014). *La construction sociale de la réalité* (P. Taminiaux, trad.). Paris : Armand Colin. (Ouvrage original publié en 1966 sous le titre *The Social Construction of Reality*).

Bernard, P. (1972). *Manuel de l'infirmier en psychiatrie*. Paris : Masson & Cie.

Bernard, Y. (pseudonyme). (2002). L'évolution de 1838 à aujourd'hui. Dans R. Lepoutre et J. de Kervasdoué (dir.), *La santé mentale des français* (p. 35-68). Paris : Odile Jacob.

Bernoux, P. (2009). *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil. (Ouvrage original publié en 1985).

Bertaux, D. (2014). *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie*. Paris : Armand Colin. (Ouvrage original publié en 1997).

Biarez, S. (2004). Une politique publique : la santé mentale (1970-2002). *Revue française d'administration publique*, 111, 517-531.

Bonnafé, L. (1977). *Dans cette nuit peuplée… 18 textes politiques de Lucien Bonnafé, psychiatre*. Paris : Editions sociales.

Bonnafé, L. (1980). Un dialogue ininterrompu. *VST - Vie sociale et traitements*, 128, 20-22.

Bonnafé, L. (1989). Légiférer sur les fous. Entretien. *VST - Vie sociale et traitements*, 78, 2003, 34-37.

Botbol, M. (2006). Les modèles en psychiatrie. *Psychiatries. Revue de recherche et d'échanges,* 45, 203-214.

Boudjaoui, M. et Leclercq, G. (2014). Revisiter le concept de dispositif pour comprendre l'alternance en formation. *Education et francophonie*, 42(1), 22-41.

Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales, 62-63*, 69-72.

Bourdieu, P. et L. J. D. Waquant (1992). *Réponse… Pour une anthropologie réflexive*. Paris : Seuil.

Bourdoncle, R. (2000). Autour des mots : professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche & formation*, 35, 117-132.

Bourgeois, E. (2015). Expérience et apprentissage. La contribution de John Dewey. Dans L. Albarello, J.-M. Barbier, E. Bourgeois et M. Durand (dir.), *Expérience, activité, apprentissage* (p. 13-38). Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 2013).

Boussard, V., Demazière, D. et Milburn, P. (dir.). (2010). *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Boutinet, J.-P. (2007). Introduction. L'accompagnement dans tous ses états. Dans J.-P. Boutinet, N. Denoyel, G. Pineau et J.-Y. Robin (dir.), *Penser l'accompagnement adulte. Ruptures, transitions, rebonds* (p. 5-16). Paris : PUF.

Boxberger, C. et Carra, C. (2014). Bagarres de cours de récréation, socialisation enfantine et régulation des violences. *Enfances & Psy*, 63, 38-49.

Brillet, F. et Hulin, A. (2009). La vision prospective à l'épreuve de la tradition : le devenir des métiers des compagnons du devoir. *Management & Avenir*, 25, 354-370.

Bueltzingsloewen, I. von (2002). Les « aliénés » morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 76, 99-115.

Bueltzingsloewen, I. von (dir.). (2005). *« Morts d'inanition ». Famine et exclusions en France sous l'Occupation*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Bueltzingsloewen, I. von (2007). *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation.* Paris : Aubier.

Bueltzingsloewen, I. von (2010). Le militantisme en psychiatrie, de la libération à nos jours. Quelle histoire ?! *Sud/Nord*, 25, 13-26.

Camus, A. (1942). *L'Etranger*. Paris : Gallimard.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique.* Paris : PUF.

Caroly, S. et Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail. Développer des stratégies d'expérience. *Formation emploi*, 88, 43-55.

Casanova, R. et Pesce, S. (dir.). (2015). *La violence en institution. Situations critiques et situations*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Cassin, B. (dir.). (2014). *Derrière les grilles. Sortons du tout-évaluation.* Paris : Mille et une nuits.

Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris : Les Editions de Minuit.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Gallimard.

Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu.* Paris : Seuil.

Castéra, B. de (1992). *Le compagnonnage*. Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 1988).

Champy, F. (2009). *La sociologie des professions.* Paris : PUF.

Champy-Remoussenard, P. (1997). Limites de la formalisation des savoirs professionnels. *Actualité de la formation permanente*, 150, 14-18.

Champy-Remoussenard, P. (2005). Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs. Revue internationale, de recherches en éducation et formation des adultes*, 8, 9-50.

Champy-Remoussenard, P. (2008). Incontournable professionnalisation. *Savoirs. Revue internationale, de recherches en éducation et formation des adultes*, 17, 51-61.

Champy-Remoussenard, P. (2010a). Des liens entre besoin de connaissance du travail et perspectives de professionnalisation. *Les dossiers des Sciences de l'Education*, 24, 13-27.

Champy-Remoussenard, P. (2010b). Sciences de l'éducation et pratiques éducatives : analyses d'une relation ambivalente. *Les cahiers du Cerfee*, 27-28, 21-39.

Champy-Remoussenard, P. (2012a). La construction des savoirs scientifiques à l'écoute et à l'épreuve des commandes institutionnelles : vers une épistémologie de la recherche en réponse à une commande. *Transformations. Recherches en éducation et formation des adultes*, 8, 23-42.

Champy-Remoussenard, P. (2012b). Professionnalisation et dynamiques sociales de connaissance et reconnaissance de l'activité professionnelle. Dans J. Clénet, P. Maubant et D. Poisson (dir.), *Formations et professionnalisations : à l'épreuve de la complexité* (p. 151-166). Paris : L'Harmattan.

Champy-Remoussenard, P. (2013). La construction de l'expérience dans une société en évolution accélérée. *Recherche & formation*, 73, 91-102.

Champy-Remoussenard, P. (2014a). Nature, fonction et limites de la formalisation des dimensions cachées et/ou clandestines du travail en recherche et en formation. Dans P. Champy-Remoussenard (dir.), *En quête du travail caché : enjeux scientifiques, sociaux, pédagogiques* (p. 39-52). Toulouse : Octarès Editions.

Champy-Remoussenard, P. (dir.). (2014b). *En quête du travail caché : enjeux scientifiques, sociaux, pédagogiques.* Toulouse : Octarès Editions.

Champy-Remoussenard, P. (2015). Les transformations des relations entre travail, éducation et formation dans l'organisation sociale contemporaine : questions posées par trois dispositifs analyseurs. *Revue française de pédagogie*, 190, 15-27.

Champy-Remoussenard, P. (2017). La part cachée de l'activité de travail. Dans J.-M. Barbier et M. Durand (dir.), *Encyclopédie d'analyse des activités* (p. 507-532). Paris: PUF, 507-532.

Champy-Remoussenard, P. et Malicot, A. (2015). Le point de vue des Compagnons du devoir et du tour de France à propos de la transmission du travail. Dans R. Wittorski (dir.), *Comprendre la transmission du travail* (p. 143-174). Nîmes : Champ Social Editions.

Charbit, P. (2006). La psychothérapie ou la désaliénation du psychiatre du XIXe siècle. *Psychiatries. Revue de recherche et d'échanges*, 45, 109-116.

Charlot, B. (1997). *Du rapport au savoir. Eléments pour une théorie*. Paris : Anthropos.

Charlot, B. (2008). La recherche en Education entre savoirs, politiques et pratiques : spécificités et défis d'un champ de savoir. *Recherches & Educations*, 1, 155-174.

Clénet, J., Maubant, P. et Poisson, D. (dir.). (2012). *Formations et professionnalisations : à l'épreuve de la complexité.* Paris : L'Harmattan.

Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Education et didactique, 1* (1), 83-93.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir.* Paris : PUF.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux.* Paris : La Découverte.

Clot, Y. (2011). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 1999).

Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V. et Mousquès, J. (2009). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Questions d'économie de la santé*, 145, IRDES.

Coldefy, M. (2012). L'évaluation des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *Questions d'économie de la santé*, 180, IRDES.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil.

Dallaire, C. et Dallaire, M. (2009). Proposer de nouvelles perspectives de carrières : comment choisir ? Dans C. Sliwka et P. Delmas (dir.), *Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?* (p. 267-292). Paris : Lamarre.

Danvers, F. (2010). Autour des mots de la formation. « Clinique ». *Recherche & Formation*, 63, 105-116.

Daumézon, G. (1974). Savoir infirmier psychiatrique. *Comptes rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurobiologie de langue française*. Auxerre. Paris : Masson, 714-726.

Daumézon, G. et Koechlin, P. (1952). La psychothérapie institutionnelle française contemporaine. *Anais Portugueses de siquiatria, IV* (4), 271-312.

Debray, R. (1997). *Transmettre*. Paris : Odile Jacob.

Déchamp-Le Roux, C. (2014). L'apport des expériences étrangères à la philosophie de la mobilité. Dans L. Demailly, O. Dembinski et C. Déchamp-Le Roux, *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité* (p. 1-28). Montrouge : John Libbey Eurotext.

Dejours, C. (1996). Folie et travail : de l'analyse étiologique aux contradictions théoriques. *Revue Psychiatrie Française*, 2, 123-140.

Dejours, C. (2000). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil.

Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Paris : INRA.

Deledalle, G. (1993). Présentation. Dans J. Dewey, *Logique. Théorie de l'enquête* (p. 9-49). Paris : PUF.

Delion, P. (2001). Thérapeutiques institutionnelles. *EM-Consulte, EMC-Psychiatrie, 37-930-G-10.* Paris : Editions Scientifiques et Médicales Elsevier.

Delion, P. (2009). Préface. Dans F. Tosquelles, *Le travail thérapeutique en psychiatrie* (p. 7-15). Toulouse : Erès.

Delion, P. (2011a). *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne*. Paris : Dunod.

Delion, P. (2011b). *Prendre un enfant autiste par la main.* Paris : Dunod.

Delion, P. (2013). *Ecouter, soigner. La souffrance psychique de l'enfant*. Paris : Albin Michel.

Delory-Momberger, C. (2009). *La condition biographique. Essais sur le récit de soi dans la modernité avancée*. Paris : Téraèdre.

Delory-Momberger, C. et Niewiadomski, C. (2010). Ecouter la souffrance, entendre la violence. *Le sujet dans la Cité. Revue internationale de recherche biographique*, 1, 36-38.

Demailly, L. (2011). Les résistances à la violence des institutions psychiatriques. Dans C. Rostaing et D. Laforgue (dir.), *Violence et institutions. Réguler, innover ou résister ?* (p. 181-201). Paris : CNRS Editions.

Demailly, L. (2014). Introduction : les secteurs de psychiatrie et le « travail de disponibilité ». Dans L. Demailly, O., Dembinski et C. Déchamp-Le Roux, *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité* (p. IX-XIX). Montrouge : John Libbey Eurotext.

Demailly, L., Dembinski, O. et Déchamp-Le Roux, C. (2014). *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité.* Montrouge : John Libbey Eurotext.

Demailly, L. et Maury, C. (2012). Continuités et inflexions de la politique du soin psychique. 1950-2011. Dans L. Demailly et M. Autès (dir.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses* (p. 15-28). Paris : Armand Colin.

Demailly, L., Roelandt, J.-L. et Daumerie, N. (2012). Pourquoi la psychiatrie sociale et communautaire a-t-elle du mal à s'implanter en France ? Dans L. Demailly et M. Autès (dir.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses* (p. 173-184). Paris : Armand Colin.

Demazière, D. (2009). Postface : professionnalisations problématiques et problématiques de la professionnalisation. *Formation emploi*, 108, 83-90.

Demazière, D. (2012). Le dualisme de la professionnalisation. Les professionnels de métier dans les grandes organisations en mutation. Dans D. Demazière, P. Roquet et R. Wittorski (dir.), *La professionnalisation mise en objet* (p. 75-91). Paris : L'Harmattan.

Demazière, D., Roquet, P. et Wittorski, R. (dir.). (2012). *La professionnalisation mise en objet*. Paris : L'Harmattan.

Deville, J. (sous presse). Travail enseignant et travail « en entreprise ». Les stages longs d'enseignants du secondaire et la question du travail de l'humain. Dans C. Niewiadomski et P. Champy-Remoussenard (dir.), *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.

Deville, J. et Starck, S. (2013). Stage long en entreprise : un dispositif original qui interroge la professionnalité enseignante dans le monde du travail. *Les Dossiers des Sciences de l'Education*, 30, 85-99.

Dewey, J. (1897). My Pedagogic Creed. *School Journal*, 54, 77-80.

Dewey, J. (1993). *Logique. Théorie de l'enquête* (G. Deledalle, trad.). Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 1938 sous le titre *Logic. The theory of inquiry*).

Dewey, J. (1997). *Experience and education.* New-York : Touchstone. (Ouvrage original publié en 1938).

Dewey, J. (2005). La réalité comme expérience. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 9, récupéré du site de *Tracés* le 10 octobre 2013 : https://doi.org/10.400/traces.204

Dewey, J. (2011). *Démocratie et Education, suivi de Expérience et Education.* Paris : Armand Colin. (Ouvrages originaux publiés respectivement en 1916 et 1938 sous les titres *Democracy and Education. An Introduction to the Philosophy of Education* et *Experience and education*).

Dewey, J. (2014). *La quête de certitude* (P. Savidan, trad.). Paris : Gallimard. (Ouvrage original publié en 1929 sous le titre *The Quest for Certainty*).

Douzou, L. (2005). Réflexion historiographique. Dans I. von Bueltzingsloewen (dir.), *« Morts d'inanition ». Famine et exclusions en France sous l'Occupation* (p. 21-29). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Drouin-Hans, A.-M. (1998). *L'Education une question philosophique*. Paris : Anthropos.

Dubar C. (2000). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation.* Paris : PUF.

Dubar, C. et Tripier, P. avec V. Boussard (2011). *Sociologie des professions.* Paris : Armand Colin. (Ouvrage original publié en 1998).

Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Seuil.

Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil.

Dubrion, B. et Bertézène, S. (2013). « Moderniser » les pratiques d'évaluation du travail dans la fonction publique. Analyse exploratoire du cas d'un hôpital public. *Formation emploi*, 121, 83-105.

Dumet, T. (2012). Introduction : entre actualité, commande et demande : quelles recherches en éducation et formation des adultes ? *Transformations. Recherches en éducation et formation des adultes*, 8, 5-20.

Durand, M. (2012). Travailler et apprendre : vers une approche de l'activité. Dans E. Bourgeois et M. Durand (dir.), *Apprendre au travail* (p. 13-32). Paris : PUF.

Durkheim, E. (1993). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 1937).

Durrive, L. (2008). La formation professionnelle dans une perspective ergologique. *Education Permanente*, 177, 135-145.

Durrive, L. (2015). *L'expérience des normes. Comprendre l'activité humaine avec la démarche ergologique*. Toulouse : Octarès Editions.

Edmondson, H. T. (2006). *John Dewey & the decline of American education. How the patron saint of schools has corrupted teaching and learning*. Wilmington, Delaware : ISI Books.

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Odile Jacob.

Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie*. Paris : Seuil.

Fassin, D. (2000). Qualifier les inégalités. Dans A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé* (p. 123-144). Paris : La Découverte/Inserm.

Ferrada-Videla, M. et Delmas, P. (2009). La pratique infirmière en santé communautaire : un défi à relever en France. Dans C. Sliwka et P. Delmas (dir.), *Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?* (p. 293-311). Paris : Lamarre.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison.* Paris : Gallimard.

Fourquet, F. et Murard, L. (1980). *Histoire de la psychiatrie de secteur*. Paris : Encres.

Francfort, I., Osty, F., Sainsaulieu, R. et Uhalde, M. (1995). *Les mondes sociaux de l'entreprise*. Paris : Desclée de Brouwer.

Freinet, C. (1973). *Les techniques freinet de l'école moderne*. Paris : Armand Colin.

Friedberg, E. (1997). La sociologie d'intervention est d'abord une sociologie. *Gérer et comprendre*, Annales des Mines, 93-94.

Friedberg, E. (2001). Faire son métier de sociologue, surtout dans l'intervention. Dans D. Vrancken et O. Kuty (dir.), *La sociologie et l'intervention* (p. 111-130). Bruxelles : De Boeck.

Garfinkel, H. (2007). *Recherches en ethnométhodologie* (M. Barthélémy, B. Dupret, J.-M. de Queiroz et L. Quéré, trad.). Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 1967 sous le titre *Studies in Ethnomethodology*).

Garrabé, J. (2013). La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif. *L'Information Psychiatrique*, 89, 319-326.

Gaulejac, V. de (2011a). *Les Sources de la honte.* Paris : Seuil.

Gaulejac, V. de (2011b). *Travail, les raisons de la colère.* Paris : Seuil.

Gaulejac, V. de (2014). Pour une sociologie clinique du travail. *La nouvelle revue du travail*, 4. Récupéré le 13 novembre 2014 du site *Revues.org* : http://nrt.revues.org/1576.

Gérard, J.-L. (1993). *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération. Une formation en question.* Paris : Lamarre.

Gilibert, D. et Gillet, I. (2010). Revue des modèles en évaluation de formation : approches conceptuelles individuelles et sociales. *Pratiques psychologiques*, 16, 217-238.

Giust-Desprairies, F. (2013). La clinique, une épistémologie pour les sciences de l'homme. Dans V. de Gaulejac, F. Giust-Desprairies et A. Massa (dir.), *La recherche clinique en sciences sociales* (p. 15-29). Toulouse : Erès.

Goffman, E. (1968). *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux* (L. Lainé et C. Lainé, trad.). Paris : Les Editions de Minuit. (Ouvrage original publié en 1961 sous le titre *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*).

Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction* (A. Kihm, trad.). Paris : Les Editions de Minuit. (Ouvrage original publié en 1967 sous le titre *Interaction Ritual*).

Goffman, E. (1975). *Stigmates. Les usages sociaux du handicap* (A. Kihm, trad.). Paris : Les Editions de Minuit. (Ouvrage original publié en 1963 sous le titre *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*).

Goldstein, J. (1997). *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française* (F. Bouillot, trad.). Le Plessis-Robinson : Les empêcheurs de penser en rond. (Ouvrage original publié en 1987 sous le titre *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*).

Gori, R. (2011). *La Dignité de penser*. Paris : Babel.

Goudeaux, A. (2012). Une méthode remarquable. Observation directe et observation participante. Dans E. Bourgeois et M. Durand (dir.), *Apprendre au travail* (p. 118-119). Paris : PUF.

Graz, B., Plancherel, F., Gervasoni, J.-P. et Hofner, M.-C. (2009). La « bientraitance », exploration du concept et essai d'utilisation en santé publique. Une expérience à Fribourg (Suisse). *Santé Publique, 21* (1), 89-99.

Grunberg, F., Massé, G., Lalonde, P. et Aubut, J. (1999). Psychiatrie bio-psycho-sociale. Dans P. Lalonde, J. Aubut et F. Grunberg (dir.), *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Tome 1. Introduction et syndromes cliniques* (p. 2-18). Boucherville (Québec), Levallois-Perret (France) : Gaëtan Morin. (Ouvrage original publié en 1995).

Guelfi, J.-D. et Rouillon, F. (dir.). (2007). *Manuel de psychiatrie.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Guillemain, H. (2010). *Chronique de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe du XIXe au XXIe siècle*. Tours : Editions de la Reinette.

Gurnade, M.-M. (2015). Mener une recherche-intervention dans le cadre d'une CIFRE. Dans J.-F. Marcel (dir.), *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation. Accompagner le changement* (p. 123-138). Dijon : Educagri éditions.

Hadji, C. (1995). *L'évaluation : règles du jeu*. Paris : ESF.

Hédoux, J., Krzyzaniak, P. et Monchaux, J. (1996). Formation et professionnalisation. Dans J. Hédoux et P. Krzyzaniak (dir.), *Se former à la pédagogie. Guide méthodologique en formation* (p. 9-43). Paris : Lamarre.

Henckes, N. (2009). Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950. *Genèses*, 76, 76-98.

Henckes, N. (2015). La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? *Esprit*,. 413, 28-40.

Herreros, G. (1997). Revisiter l'intervention sociologique. *Gérer et comprendre*, Annales des Mines, 83-92.

Herreros, G. (2012). *La violence ordinaire dans les organisations. Plaidoyer pour des organisations réflexives.* Toulouse : Erès.

Hess, R. (2013). Institution. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez et A. Lévy (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références* (p. 183-190). Paris : Érès. (Ouvrage original publié en 2002).

Hochmann, J. (2015a). *Histoire de la psychiatrie*. Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? ». (Ouvrage original publié en 2004).

Hochmann, J. (2015b). Les contestations de la psychiatrie. Entretien réalisé par O. Mongin, M-O. Padis et J. Roman. *Esprit*, 413, 19-27.

Hubert, M. et Louvel, S. (2012). Le financement sur projet : quelles conséquences sur le travail des chercheurs ? *Mouvements*, 71, 13-24.

Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance* (P. Rusch, trad.). Paris : Gallimard. (Ouvrage original publié en 1992 sous le titre *Kampf um anerkennung*).

Hookway, C. (2008). Pragmatism. *The Stanford Encyclopaedia of Philosophy*. Récupéré le 14 novembre 2015 de http://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/pragmatism/

Jaeger, M. (1990). *Garder, surveiller, soigner. Essais d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique.* Cahiers VST - Vie sociale et traitements. CEMÉA.

Jaeger, M. (1994). Sociologie des professions de santé mentale : les infirmiers. Dans M. Reynaud et A. Lopez (dir.), *Evaluation et organisation des soins en psychiatrie* (p. 91-100). Editions Frison-Roche.

Jacques-Jouvenot, D. et Vieille Marchiset, G. (dir.). (2012). *Socio-anthropologie de la transmission*. Paris : L'Harmattan.

James, W. (1907). What pragmatism means. Dans W. James, *Pragmatism : A new name for some old ways of thinking* (p. 43-81). London, Bombay and Calcutta : Longmans, Green & Co.

Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Dans V. Haas (dir.), *Les savoirs du quotidien. Transmissions, appropriations, représentations* (p. 235-255). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Jorro, A. (dir.). (2007). *Evaluation et développement professionnel.* Paris : L'Harmattan.

Jorro, A. (2009). La construction de l'éthos professionnelle en formation alternée. *Travail et apprentissage*, 3, 13-25.

Jorro, A. (2014a). Êthos professionnel. Dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 109-112). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Jorro, A. (dir.). (2014b). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation.* Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Jorro, A. (2015). De l'évaluation à la reconnaissance professionnelle en formation. *Revue française de pédagogie*, 190, 41-50.

Jorro, A. et Houot, I. (2014). Reconnaissance professionnelle. Dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 253-257). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Jorro, A. et Mercier-Brunel, Y. (2014). Evaluation. Dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 113-116). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Jullien, F. (2009). *Les transformations silencieuses. Chantiers, I.* Paris : Editions Grasset & Fasquelle.

Kaddouri, M. (2001). Vers une typologie des dynamiques identitaires. *Questions de Recherches en éducations*, 2, 163-175.

Kaddouri, M. (2006). Dynamiques identitaires et rapports à la formation. Dans J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. de Villers et M. Kaddouri (dir.), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* (p. 121-145). Paris : L'Harmattan.

Kaddouri, M. (2011). Motifs identitaires des formes d'engagement en formation. *Savoirs. Revue internationale, de recherches en éducation et formation des adultes*, 25, 69-86.

Kaufmann, J.-C. (2011). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin. (Ouvrage original publié en 1996).

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning. Experience at the source of learning and development.* London : Prentice Hall.

Koupernik, C. (dir.). (1974). *L'antipsychiatrie : sens ou non-sens ?* Paris : PUF.

Kremer-Marietti, A. (1971). *Wilhelm Dilthey et l'Anthropologie historique.* Paris : Editions Seghers.

Krzyzaniak, P. et Miribel, J. de (2016). Les savoirs infirmiers en psychiatrie. Comprendre l'évolution de la profession au XXe siècle. *Education Permanente*, 209, 163-173.

Kuhn, T. S. (2008). *La structure des révolutions scientifiques* (L. Mayer, trad.). Paris : Flammarion. (Ouvrage original publié en 1962).

Labbé, S. et Champy-Remoussenard, P. (dir.). (2013). Le travail en évolution [numéro thématique]. *Les Dossiers des Sciences de l'Education*, 30.

Lac, M., Mias, C., Labbé, S. et Bataille, M. (2010). Les représentations professionnelles et l'implication professionnelle comme modèles d'intelligibilité des processus de professionnalisation. *Les dossiers des Sciences de l'Education*, 24, 133-145.

Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.

Laplantine, F. (2002). *L'enquête et ses méthodes : La description ethnographique*. Paris : Armand Colin.

Latour, B. (1997). *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique.* Paris : La Découverte. (Ouvrage original publié en 1991).

Latour, B. (2006). *Changer de société, refaire de la sociologie.* Paris : La Découverte.

Le Bihan, P., Esfandi, D., Pagès, C., Thébaut, S. et Naudet, J.-B. (2009). Les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) : expériences françaises et internationales. *Annales médico-psychologiques*, *16* (2), 143-147.

Le Blanc, G. (2015). *Canguilhem et les normes.* Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 1998).

Le Guillant, G. (2001). Fleury-lès-Aubrais : les Ceméa s'engagent dans le champ de la Santé mentale. *VST - Vie sociale et traitements*, 72, 50-51.

Le Guillant, L. (1984). *Quelle psychiatrie pour notre temps ?* Toulouse : Erès.

Leicht, K.T., Walter, T., Sainsaulieu, I. et Davies, S. (2009). New Public Management and New Professionalism accross Nations and Contexts. *Current Sociology*, *57* (4), 581-605.

Lenoir, H. (2004). Pour une éthique de l'évaluation. *Education* Permanente, 158, 51-72.

Leplat, J. (1995). A propos des compétences incorporées. *Education Permanente*, 123, 101-123.

Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris : PUF.

Leplat, J. (2011). *Mélanges ergonomiques : activité, compétence, erreur*. Toulouse : Octarès Editions.

Lepoutre, D. (1997). *Cœur de banlieue. Codes, rites et langages.* Paris : Odile Jacob.

Lescouarch, L. et Adé, D. (2015). Les ressources comme révélateur des tensions entre universitarisation et professionnalisation : synthèse et perspectives. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle, 48* (4), 125-132.

Lévi-Strauss, C. (2010). Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss. Dans M. Mauss. *Sociologie et anthropologie* (p. IX-LII). Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 1950).

Lévy, A. (2013). Organisation. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez et A. Lévy (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références* (p. 212-220). Paris : Érès. (Ouvrage original publié en 2002).

Linhart, R. (2008). *L'Etabli*. Paris : Les Editions de Minuit. (Ouvrage original publié en 1981).

Lombard, J. (2003). *Hannah Arendt. Education et modernité.* Paris : L'Harmattan.

Loubère, L. et Ratinaud, P. (2014). Documentation IRaMuTeQ. 0.6 alpha 3. Version 0.1. *Iramuteq*. Récupéré du site d'Iramuteq le 13 mai 2017 : http://www.iramuteq.org/documentation/html

Lovell, A.-M. (2000). Les troubles mentaux. Dans A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé* (p. 251-266). Paris : La Découverte/Inserm.

Lovell, A.-M. (2004). Avant-propos. Dans A.-M. Lovell, *Santé mentale et société. Problèmes politiques et sociaux* (p. 5-10). 899, La documentation Française.

Lovell, A.-M. (2007). Sociologie des troubles psychiatriques. Dans J.-D. Guelfi et F. Rouillon (dir.), *Manuel de psychiatrie* (p. 65-74). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Lovell, A.-M., Cook, J. et Velpry, L. (2007). La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56, 197-207.

Maillard, F. (2007). Démocratisation de l'accès au diplôme et validation des acquis de l'expérience : une avancée sociale ? *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, 6, 27-47.

Marcel, J.-F. (2015a). La recherche-intervention : question(s) de forme(s). Dans J.-F. Marcel (dir.), *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation. Accompagner le changement* (p. 223-230). Dijon : Educagri éditions.

Marcel, J.-F. (dir.). (2015b). *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation. Accompagner le changement*. Dijon : Educagri éditions.

Marcel, J.-F., Olry, P., Rothier-Bautzer, E. et Sonntag, M. (2002). Note de synthèse. Les pratiques comme objet d'analyse. *Revue Française de Pédagogie*, 138, 135-170.

Martuccelli, D. (2005). Les trois voies de l'individu sociologique. *Espace et temps.net.* Récupéré le 15 septembre 2014 de http://www.espacestemps.net/en/articles/les-trois-voies-de-lrsquoindividu-sociologique-en/

Martuccelli, D. (2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*. Paris : Armand Colin.

Martuccelli, D. (2010). *La société singulariste.* Paris : Armand Colin.

Martuccelli, D. (2013). Qu'est-ce qu'une biographie extrospective ? Dans C. Niewiadomski et C. Delory-Momberger (dir.), *La mise en récit de soi. Place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales* (p. 115-125). Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.

Maubant, P. et Piot, T. (2011). Introduction. Etude des processus de professionnalisation dans les métiers adressés à autrui. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle, 44* (2), 7-11.

Maubant, P. et Roger, L. (2012). Les métiers de l'éducation et de la formation : une professionnalisation en tensions. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur,.28* (1). Récupéré de http://ripes.reues.org/593.

Maubant, P., Roger, L. et Lejeune, M. (2013). Autour des mots de la formation. « Déprofessionnalisation ». *Recherche & Formation*, 72, 89-102.

Mayen, P. (2000). Interactions tutorales au travail et négociations formatives. *Recherche et Formation*, 35, 59-73.

Mayen, P. (2007). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Recherches en Education*, 4, 51-64.

Mebarki, M., Starck, S. et Zaid, A. (dir.). (2016). *Expérience et professionnalisation dans les champs de la formation, de l'éducation et du travail. Etat des lieux et nouveaux enjeux.* Toulouse : Octarès Editions.

Mencacci, N. (2014). Les ingéniosités partiellement clandestines des professionnels de l'éducation. Dans P. Champy-Remoussenard (dir.), *En quête du travail caché : enjeux scientifiques, sociaux, pédagogiques* (p. 67-83). Toulouse : Octarès Editions.

Mialaret, G. (2011). Savoirs théoriques, savoirs scientifiques et savoirs d'action en éducation. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 161-187). Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 1996).

Mias, C. (2010). Modélisation d'un processus de professionnalisation : l'implication professionnelle. *Les cahiers du Cerfee*, 27-28, 207-224.

Mias, C. (2014a). Implication professionnelle. Dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 161-164). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Mias, C. (2014b). Partager des références sur la professionnalisation. Dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 351-356). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Mias, C. et Bataille, M. (2013). Le rôle des représentations et de l'implication dans l'engagement professionnel. Dans A. Jorro et J.-M. De Ketele (dir.), *L'engagement professionnel en éducation et formation* (pp. 153-164). Bruxelles : De Boeck Supérieur.

Michaud, Y. (1986). *La violence*. Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? ».

Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck.

Missa, J.-N. (2006). *Naissance de la psychiatrie biologique*. Paris : PUF.

Mohib, N. (2014). Tutorat. Dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 337-340). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Monceau, G. (2015). Transformations sociales et recherche-intervention. Dans J.-F. Marcel (dir.), *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation. Accompagner le changement* (p. 210-222). Dijon : Educagri éditions.

Montmollin, M. de (2001). La compétence. Dans J. Leplat et M. de Montmollin (dir.), *Les compétences en ergonomie* (pp. 11-25). Toulouse : Octarès Editions.

Morasz, L. (2002). *Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et thérapeutique*. Paris : Dunod.

Morasz, L., Perrin-Niquet, A., Vérot, J.-P. et Barbot, C. (2004). *L'infirmier(e) en psychiatrie. Les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : Masson.

Morel, P. et Quétel, C. (1985). *Les médecines de la folie*. Paris : Hachette.

Morin, E. (1999). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris : Seuil/UNESCO.

Morrissette, J., Pagoni, M. et Pepin, M. (dir.). (2017). Les recherches collaboratives en éducation et en formation. Référents théoriques, outils méthodologiques et impacts sur les pratiques professionnelles [numéro thématique]. *Phronesis, 6,* (1-2).

Musselin, C., Froment, E. et Ottenwaelter, M.-O. (2007). Le Processus de Bologne : quels enjeux européens ? *Revue internationale d'éducation de Sèvres,* 45, 99-110.

Nancarrow, S. A. et Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health and Illness, 27* (7), 897-919.

Neill, A. S. (1970). *Libres enfants de Summerhill* (M. Laguilhomie, trad.). Paris : Maspero. (Ouvrage original publié en 1960 sous le titre *A Radical Approach to Child Rearing*).

Nicolas-Le Strat, P. (2003). *La relation de consultance. Une sociologie des activités d'étude et de conseil*. Paris : L'Harmattan.

Niewiadomski, C. (2010). L'approche biographique de l'écriture. Les apports de la sociologie clinique. *Recherche & Formation*, 63, 91-104.

Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative. Entendre et écouter le Sujet contemporain*. Toulouse : Erès.

Niewiadomski, C. et Champy-Remoussenard, P. (dir.). (sous presse). *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.

Ogien, A. (2014). L'Etat évalué. Dans B. Cassin (dir.), *Derrière les grilles. Sortons du tout-évaluation* (p. 51-63). Paris : Mille et une nuits.

Osty, F. (2003). *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Oulès, J. (1962). Faut-il supprimer le diplôme d'Infirmier des hôpitaux psychiatriques ? *L'Information Psychiatrique, 88* (3), 2012, 219-220.

Oury, J. (1977). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Traces et configurations précaires.* Paris : Payot.

Padis, M.-O. (2015). Derrière la folie, les malaises ordinaires. *Esprit*, 413, 14-18.

Paquay, L., Van Nieuwenhoven, C. et Wouters, P. (dir.). (2010). *L'évaluation, levier du développement professionnel ? Tensions, dispositifs, perspectives*. Bruxelles : De Boeck.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin. (Ouvrage original publié en 2003).

Pastré, P. (2015). Le travail de l'expérience. Dans L. Albarello, J.-M. Barbier, E. Bourgeois, E. et M. Durand (dir.), *Expérience, activité, apprentissage* (p. 93-110). Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 2013).

Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan.

Paul, M. (2009). Autour du mot accompagnement. *Recherche et formation*, 62, 91-107.

Peirce, C. S. (2002). *Œuvres I. Pragmatisme et Pragmaticisme* (C. Tiercelin, trad.). Paris : Cerf.

Pélissier, D. (2017). Initiation à la lexicométrie. Approche pédagogique à partir de l'étude d'un corpus. *Iramuteq*. Récupéré de https://presnumorg.hypotheses.org/187

Péoc'h, N. et Ceaux, C. (2015) Accompagnement de la professionnalisation des infirmiers nouvellement diplômés en France : une étude qualitative. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 1, 57-64.

Perrenoud, P. (2010). Et si l'évaluation institutionnelle paralysait le développement institutionnel ? Dans L. Paquay, C. Van Nieuwenhoven et P. Wouters (dir.), *L'évaluation,*

levier du développement professionnel ? Tensions, dispositifs, perspectives (p. 37-47). Bruxelles : De Boeck.

Piot, T. (2006). Présentation. Formation et intervention sociale : poser la question des compétences dans les métiers d'interaction humaine. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 39, 7-21.

Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Questions vives*, 11, 259-275.

Piot, T. (2015). Les ressources mobilisées par les diplômés en soins infirmiers en début de carrière. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, Vol. 48, 4, 103-123.

Piotet, F. et Sainsaulieu, R. (1994). *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*. Paris : Presses FNSP/ANACT.

Postel, J. (2007). Introduction à l'histoire de la psychiatrie. Dans J.-D. Guelfi, et F. Rouillon (dir.), *Manuel de psychiatrie* (p. 3-11). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Postel, J., et Quétel, C. (2002). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris : Dunod. (Ouvrage original publié en 1994).

Pottiez, J. (2012). L'évaluation de la formation : un état de l'art. Dans M. Barabel, O. Meier, A. Perret et T. Teboul (dir.), *Le grand livre de la formation* (p. 237-253). Paris : Dunod.

Pourtois, J.-P. et Desmet, H. (2002). *L'éducation postmoderne*. Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 1997).

Pourtois, J.-P. et Desmet, H. (2007). *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Wavre : Mardaga. (Ouvrage original publié en 1988).

Prairat, E. (2013). Dewey et la question des valeurs. Dans H.-L. Go (dir.), *Dewey penseur de l'éducation* (p. 35-48). Nancy : Presses universitaires de Nancy et Editions universitaires de Lorraine.

Quirk, A., Lelliott, P. et Seale, C. (2004). Service users strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Social Science and Medicine*, 59(12), 2573-2583.

Rambaud, M. (2014). *Un compagnonnage instituant en santé mentale.* Paris : L'Harmattan.

Reinert, M. (2007). Postures énonciatives et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours. *Langage et société*, 121-122, 189-202.

Resweber, J.-P. (1999). *Les pédagogies nouvelles*. Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? ».

Risser, P. (2014). *Institutions et psychanalyse. Parcours d'un psychiatre*. Toulouse : Erès.

Roelandt, J.-L. (2004). Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé. *Revue française des affaires sociales*, 1, 205-213.

Roelandt, J.-L. (2009). Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *L'Information Psychiatrique, 85*, 525-535.

Roelandt, J.-L., Caria, A., Benradia, I. et Vasseur Bacle, S. (2012). De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays. *Psychology, Society & Education, 4* (2), 137-149.

Roquet, P. (2012). Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse. *Phronesis*, 1(2), 82-88.

Rose, P. (1999). Ceméa et psychiatrie, le traitement collectif de Philippe Paumelle. *VST - Vie sociale et traitements*, 64, 43-46.

Rothier Bautzer, E. (2012). *Entre Cure et Care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière.* Rueil-Malmaison : Lamarre/Wolters Kluwer.

Roumieux, A. (1974). *Je travaille à l'asile d'aliénés.* Paris : Champ libre.

Sahli, C., Le Goff-Cubilier, V., Weyeneth, M. et Bryois, C. (2006). Psychiatrie et psychothérapie : quid ? *Psychothérapies, 26* (3), 167-173.

Schöpfel, J. (2012). Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la Documentation - Bladen voor Dokumentatie*, 3, 14-24.

Schurmans, M.-N. (2008). L'approche compréhensive et qualitative dans la recherche en formation. *Education Permanente*, 177, 91-103.

Schütz, A. (2008). *Le chercheur et le quotidien* (A. Noschis-Gilliéron, trad.). Paris : Klincksieck. (Ouvrage original publié en 1971 sous le titre *Collected Papers*).

Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe.* Toulouse : Octarès Editions.

Schwartz, Y. (2004). L'expérience est-elle formatrice ? *Education Permanente*, 158, 11-24.

Schwartz, Y. (2014). Préface. Voir le travail. Dans P. Champy-Remoussenard (dir.), *En quête du travail caché : enjeux scientifiques, sociaux, pédagogiques* (p. 1-9). Toulouse : Octarès Editions.

Schwartz, Y. et Durrive, L. (dir.). (2003). *Travail et ergologie. Entretiens sur l'activité humaine.* Toulouse : Octarès Editions.

Schwartz, Y. et Durrive, L. (dir.). (2009). *L'activité en dialogues. Entretiens sur l'activité humaine (II)*. Toulouse : Octarès Editions.

Sofsky, W. (1998). *Traité de la violence*. Paris : Gallimard.

Sorel, M. (2008). A propos de la professionnalisation : le retour du sujet… *Savoirs*, 17, 39-50.

Sorel, M. et Wittorski, R. (dir.). (2005). *La professionnalisation en actes et en questions.* Paris : L'Harmattan.

Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives, 27* (1), 127-140.

Soulet, M.-H. (2016). Le travail social, une activité d'auto-conception professionnelles en situation d'incertitude. *SociologieS*, Récupéré le 11 juillet 2016 de https://sociologies.revues.org/5553.

Starck, S. (sous presse). Réflexions sur le travail éducatif et ses usages. Dans C. Niewiadomski et P. Champy-Remoussenard (dir.), *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.

Starck, S. et Champy-Remoussenard, P. (2013). Développement des stages dans les dispositifs de formation : éclairages à partir des sciences de l'éducation. Dans V. de Briant et D. Glaymann (dir.), *Le stage. Formation ou exploitation ?* (p. 415-435). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Stroobants, M. (2013). *Domaines et approches : sociologie du travail*. Paris : Armand Colin. (Ouvrage original publié en 1993).

Supiot, A. (2015). *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*. Paris : Fayard.

Swain, G. (1977). *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie.* Toulouse : Privat.

Tardif, M. et Levasseur, L. (2010). *La division du travail éducatif. Une perspective nord-américaine*. Paris : PUF.

Terrisse, B. (2005). De la bientraitance à la maltraitance : une mince ligne rouge… Dans H. Desmet et J.-P. Pourtois (dir.), *Culture et bientraitance* (p. 19-23). Bruxelles : De Boeck Supérieur.

Thievenaz, J. (2012). L'activité d'« enquête » du médecin du travail. Transformation des habitudes d'orientation de l'action et construction de l'expérience. *Recherche & formation*, 70, 61-74.

Tixier, P.-E. (1992). La recherche en milieu syndical. *Education Permanente*, 113, 107-114.

Tosquelles, F. (2009). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. *Toulouse* : Eres. (Ouvrage original publié en 1967).

Tourette-Turgis, C. (2009). L'infirmière de consultation en éducation thérapeutique : une pratique avancée. Dans C. Sliwka et P. Delmas (dir.), *Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?* (p. 249-266). Paris : Lamarre.

Trinquier, M.-P. (2014). Pratiques professionnelles. Dans A. Jorro (dir.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 221-224). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Truc, G. (2010). La violence en situations. Entretien avec Randall Collins. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 19. https://doi.org/10.3917/vst.078.0034

Uhalde, M. (2002). L'intervention sociologique en entreprise : de l'expertise à la critique impliquée. *Les cahiers du laboratoire de changement social*, 7, 57-70.

Vaillant, G. E. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry, 160* (8), 1374-1382.

Valenduc, G. et Vendramin, P. (2016). *Le travail dans l'économie digitale : continuités et ruptures.* ETUI Working Papers.

Vasquez, A. et Oury, F. (1974). *Vers une pédagogie institutionnelle*. Paris : Maspéro.

Velpry, L. (2009). Violences, troubles psychiques et société. *Regards sur l'actualité : mensuel de la vie publique en France*, La documentation Française, 22-35.

Velpry, L. (2011). Maltraitance, dangerosité ou souffrance au travail : formes et enjeux de la violence dans le contexte des soins en psychiatrie. Dans C. Rostaing et D. Laforgue (dir.), *Violence et institutions. Réguler, innover ou résister ?* (p. 29-44). Paris : CNRS Editions.

Vigarello, G. (1993). *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Age*. Paris : Seuil.

Villers, G. de (2009). Identité versus subjectivité dans le récit autobiographique et en formation d'adultes. Dans J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. Chapelle et J.-C. Ruano-Borbalan (dir.). *Encyclopédie de la formation* (p. 83-93). Paris : PUF-Demos.

Watier, P. (2002). *Une introduction à la sociologie compréhensive.* Belfort : Circé.

Weber, M. (1992). *Essais sur la théorie de la science* (J. Freund, trad.). Paris : Plon, Presses Pocket. (Ouvrage original publié en 1922 sous le titre *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*).

Weber, M. (1995). *Economie et société. T. 1 : Les catégories de la sociologie* (J. Freund, trad.). Paris : Pocket. (Ouvrage original publié en 1921 sous le titre *Wirtschaft und Gesellschaft*).

Weber, M. (2003). *Le savant et le politique* (C. Colliot-Thélène, trad.). Paris : La Découverte. (Conférences prononcées sous les titres *Wissenschaft als Beruf* [1917-1919] et *Politik als Beruf* [1919-1922]).

Wieviorka, M. (2011). *Neuf leçons de sociologie*. Paris : Pluriel. (Ouvrage original publié en 2008).

Wittorski, R. (2001). La professionnalisation en questions. Dans Centre de Recherche sur la Formation (CRF), *Questions de recherches en éducation : action et identité* (p. 33-48). Paris : L'Harmattan, INRP.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel.* Paris : L'Harmattan.

Wittorski, R. (2008a). La notion d'identité collective. Dans M. Kaddouri, C. Lespessailles, M. Maillebouis et M. Vasconcellos (dir.), *La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique* (p. 195-213). Paris : L'Harmattan.

Wittorski, R. (2008b). La professionnalisation : note de synthèse. *Savoirs. Revue internationale, de recherches en éducation et formation des adultes*, 17, 11-36.

Wittorski, R. (2009). A propos de la professionnalisation. Dans J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. Chapelle et J.-C. Ruano-Borbalan (dir.), *Encyclopédie de la formation* (p. 781-793). Paris : PUF-Demos.

Wittorski, R. (2014). Rendre visible la part insue de l'activité : quelques motifs, enjeux et fonctions remplies. Dans P. Champy-Remoussenard (dir.), *En quête du travail caché : enjeux scientifiques, sociaux, pédagogiques* (p. 101-113). Toulouse : Octarès Editions.

Wittorski, R. (2016). *La professionnalisation en formation. Textes fondamentaux*. Mont-Saint-Aignan : Presses universitaires de Rouen et du Havre.

Yvon, F. (2015). La convocation de l'expérience en formation. Le cas de la préparation à la fonction de directeur d'établissement scolaire au Québec. Dans L. Albarello, J.-M. Barbier, E. Bourgeois et M. Durand (dir.), *Expérience, activité, apprentissage* (p. 193-220). Paris : PUF. (Ouvrage original publié en 2013).

Zaid, A. et Champy-Remoussenard, P. (2016). Construction de l'expérience et double référence Ecole-Entreprise - Cas des stages d'un an en entreprise pour des enseignants du lycée. Dans M. Mebarki, S. Starck et A. Zaid (dir.), *Expérience et professionnalisation dans les champs de la formation, de l'éducation et du travail. Etat des lieux et nouveaux enjeux* (p. 95-112). Toulouse : Octarès Editions.

Zancarini-Fournel, M. (2001). A propos des militants établis. *Mouvements*, 18, 148-152.

Zarifian, E. (1990). La pathologie mentale et ses classifications. *Psychiatrie et santé mentale*, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la protection sociale. Paris : La documentation française, 113-118.

Zarifian, P. (2009). *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle.* Paris : PUF.

Zeitler, A. (2013). Les apprentissages interprétatifs entre stabilité et évolution de l'expérience. Dans J.-M. Barbier et J. Thievenaz (dir.), *Le Travail de l'expérience* (p. 239-267). Paris : L'Harmattan.

Zeitler, A. et Barbier, J.-M. (2012). La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Recherche & formation*, 70, 107-118.

2. Thèses et mémoires

Daumézon, G. (1935). *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* (thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Paris).

Henckes, N. (2007). *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970* (thèse de doctorat en sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales [EHESS]).

Krzyzaniak, P. (2017). *Georges Daumézon (1912-1972) : un camisard psychiatre et pédagogue. Une contribution singulière aux sciences de l'éducation* (thèse de doctorat en sciences de l'Education : Université de Lille).

Suzeau, J. (2008). *Transmission des savoirs et tutorat en psychiatrie : un double enjeu pour le directeur des soins* (mémoire de formation de directeur des soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique [EHESP]). Récupéré de *Documentation.ehesp* : http://documentation.ehesp.fr/memoires/2008/ds/sauzeau.pdf

3. Conférences, communications et tables rondes

Barbier, J.-M., Clot, Y., Durand, M., Vinatier, I. et Schwartz, Y. (2015). *Les approches de l'activité en question : comprendre pour transformer ou transformer pour comprendre ?* Table ronde animée par S. Monchatre et E. Triby. Colloque international en Sciences de l'Education. L'activité en débat. Dialogues épistémologiques et méthodologiques sur les approches de l'activité. Villeneuve d'Ascq, France. Récupéré le 15 juin 2017 de https://live3.univ-lille3.fr/video-recherche/table-ronde-les-approches-de-lactivite-en-question-comprendre-pour-transformer-ou-transformer-pour-comprendre.html

Durat, L., Goigoux, R., Olry, P., Piot, T. et Triby, E. (2015). *L'expansion des approches de l'activité dans les Sciences de l'éducation*. Table ronde animée par B. Albero et F. Maillard. Colloque international en Sciences de l'Education. L'activité en débat. Dialogues épistémologiques et méthodologiques sur les approches de l'activité. Villeneuve d'Ascq, France. Récupéré le 7 juillet 2017 de https://live3.univ-lille3.fr/video-recherche/table-ronde-lexpansion-des-approches-de-lactivite-dans-les-sciences-de-leducation.html

Jodelet, D. (2013). *Jeux et enjeux de savoir dans le champ de la santé*. Communication présentée au Congrès international de l'AREF, Montpellier, 27-30 août. Récupéré le 17 octobre 2015 de http://www.aref2013.univ-montp2.fr/cod6/?q=content/2926-jeux-et-enjeux-de-savoir-dans-le-champ-de-la-sant%C3%A9

Laget, P.-L. (2006). L'architecture asilaire entre espoir et désespoir thérapeutique. Dans P. Boulhol, F. Gaide et M. Loubet (dir.), *Guérisons du corps et de l'âme. Approches pluridisciplinaires. Actes du Colloque International Centre Paul-Albert* (p. 295-310). Aix-en-Provence, France.

Massé, R. (1991). Réflexions anthropologiques sur la fétichisation des méthodes en évaluation. Dans J. Légaré et A. Demers (dir.), *L'évaluation sociale : savoirs, éthique, méthodes. Actes du 59ème congrès de l'ACSALF* (p. 209-238). Montréal : Les Editions du Méridien.

Roelandt, J.-L. (2002). Soins dans la communauté et réseaux. Dans *La réalité de l'hospitalisation psychiatrique à travers 20 ans de rapports officiels*. *Actes du colloque organisé le 28 mars 2002 au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité* (p. 77-89). Paris.

Starck, S. (2015). *Les dimensions intimes de l'activité : dimension cachée au cœur des épreuves*. Communication présentée au Colloque international en Sciences de l'Education « L'activité en débat. Dialogues épistémologiques et méthodologiques sur les approches de l'activité ». Villeneuve d'Ascq, France. Récupéré 13 octobre 2015 de http://evenements.univ-lille3.fr/activite-en-debat/data/PDF-Actes/Starck.pdf

Younès, N. (2010). L'évaluation « écologique » des dispositifs éducatifs et de formation comme perspective. *Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*. Genève, Suisse.

4. Articles de presse et de revues professionnelles

Clot, Y. et Zarifian, P. (2009, 18 décembre). Evaluation des performances, point aveugle. *Le Monde*.

Coupechoux, P. (2014). La santé mentale : négation de la folie. *Pratiques en santé mentale*, 1, 58-64.

Bonnafé (2000). L'esprit du secteur. *Santé Mentale*, 51, 16-20.

Hochmann, J. (2002). Les résistances à la psychiatrie de secteur, dès l'origine. *Rhizome*, 9, 5-6.

Lanquetin, J.-P. (2015). La place de l'informel en psychiatrie. *Pratiques en santé mentale*, 1, 59-67.

Paradeise, C. (2003). Comprendre les professions : l'apport de la sociologie. *Sciences Humaines*, 139, 26-29.

Parent, S. (2014, 23 octobre). Il y a 30 ans le parlement du Québec était la cible d'un tireur fou. *Radio Canada International*. Récupéré du de RCI (Radio Canada International) le 12 janvier 2017 : http://www.rcinet.ca/fr/2014/10/23/il-y-a-30-ans-cetait-le-parlement-du-quebec-qui-etait-la-cible-dun-tireur-fou/

Pierronnet, R. et Salameh Bchara, N. (2016, 2 septembre). Doctorat CIFRE : un pont entre la recherche et le monde économique. *The Conversation*, Récupéré du site de The Conversation le 20 septembre 2016 : https://theconversation.com/doctorat-cifre-un-pont-entre-la-recherche-et-le-monde-economique-64406

5. Rapports et études (par ordre chronologique)

Piel, E. et Roelandt, J.-L. (2001). *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport de mission remis au ministre de la Santé, juillet.

Berland, Y. (2003). *Coopération des professions de santé : le transfert de taches et de compétences*. Octobre.

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. *Psychiatrie et Santé mentale. Projet de plan 2005-2008*.

Lovell, A. (2005). *Rapport de la Commission « Violence et santé mentale »*. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Mars.

Berland, Y., Bonnel, G., Chaboissier, M., Granger, J.-M., Jovic, L., Quillet, E., Rapiau, M.-T., Teullier, R. et Vital-Durand, D. (2007). *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*. Rapporteur : M.-A. Coudray.

Forne, M. et Niederlender, P. (2007). *Premiers pas d'une forme de compagnonnage en psychiatrie. Une expérience de tutorat en psychiatrie…* Récupéré le 20 novembre 2015 du site du *Serpsy* : http://www.serpsy.org/formation_debat/Bilan%20Tutorat%202008.pdf

Couty, E. (2009). *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Rapport présenté à la ministre de la santé et des sports. Janvier.

Milon, A. (2009). *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France.* Office parlementaire d'évaluation de politiques de santé. Avril-mai.

Conseil National de l'Ordre des Infirmiers (CNOI). (2010). *Rapport de synthèse. Psychiatrie et santé mentale. Enjeu et perspectives pour les pratiques infirmières*. Mars.

Ministère du travail de l'emploi et de la santé et Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (2011). *L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010*. Janvier.

Cour des comptes. (2011). *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010)*. Décembre.

Lanquetin, J.-P. et Tchukriel, S. (2012). *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*. Rapport de recherche. Groupe de Recherche en Soins Infirmiers. Février.

Calmand, J. et Recotillet, I. (2013). L'insertion des docteurs. Interrogation en 2012 des docteurs diplômés en 2007. *Net.Doc*. Céreq, 115, novembre.

Robiliard, D. (2013). *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*. Décembre.

Coldefy, M. et Le Neindre, C. (2014). *Les disparités territorialises d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique*. Les rapports de l'IRDES, 558, décembre.

Observatoire national du suicide (ONS). (2014). *Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche*. 2 décembre.

Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (2015). *L'état de santé de la population en France*. Rapport 2015. Février.

Calmand, J. (2015). *L'insertion à trois ans des docteurs diplômés en 2010. Résultats de l'enquête génération 2010, interrogation 2013. Net.Doc*. Céreq, 144, décembre.

Observatoire national du suicide (ONS). (2016). *Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives*. Février.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) (2016). *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Paris : Dalloz, mai.

Nicolas, M. (2016). *Quel tutorat d'intégration en psychiatrie. Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie*. Centre ressources métiers et compétences en psychiatrie (CRMC Psychiatrie), Juillet. Récupéré de http://crmc-psy.fr/wp-content/uploads/2016/12/tutorat-dintegration-en-psychiatrie-v2.pdf

Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et Santé Publique France. (2017). *L'état de santé de la population en France*. Rapport 2017. Mai.

6. Textes juridiques, instructions et circulaires (par ordre chronologique)

Loi n°7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Ordonnance du 18 décembre 1839 relative aux établissements publics et privés consacrés aux aliénés.

Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles. *JORF*. 1922. 1er juillet.

Loi du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières ou infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession. *JORF*. 1953. 20 juillet.

Arrêté du 28 juillet 1955. Réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques. Ministère de la santé publique et de la population. *JORF*. 1955. 13 août.

Annexe de l'arrêté du 4 octobre 1958 portant organisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques. Ministère de la santé publique et de la population. *JORF*. 1958. 18 octobre.

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Décret n°70-1186 du 17 décembre 1970 relatif au recrutement et à l'avancement du personnel secondaire des services médicaux des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

Arrêté du 16 février 1973 portant sur la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. Ministère de la santé publique. *JORF*. 1973. 27 février.

Programme des études d'infirmiers de secteur psychiatrique. Annexe I à l'arrêté du 16 février 1973 portant sur la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. Ministère de la santé publique. *JORF*. 1973. 27 février.

Arrêté du 9 janvier 1978 relatif aux conditions dans lesquelles les emplois du personnel secondaire des services médicaux peuvent être créés dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et dans les services psychiatriques des centres hospitaliers généraux.

Arrêté du 26 avril 1979 modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. Ministère de la santé et de la sécurité sociale. *JORF*. 1979. 6 mai.

Programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et infirmière de secteur psychiatrique. Annexe à l'arrêté du 26 avril 1979 modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. Ministère de la santé et de la sécurité sociale. *JORF*. 1979. 6 mai.

Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. *JORF*. 1983. 20 janvier.

Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre sociale. *JORF*. 1985. 26 juillet.

Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. *JORF*. 1986. 1er janvier.

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. *JORF*. 1986. 19 mars.

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. *JORF*. 30 juin 1990.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *JORF*. 1991. 2 août.

Décret n°92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n°81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière. *JORF*. 1992. 25 mars.

Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier. Ministère des affaires sociales et de l'intégration. *JORF*. 1992. 25 mars.

Programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier : Annexe de l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier. Ministère de la santé et de l'action humanitaire. *JORF*. 1992. 25 mars.

Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des centres de formation en soins infirmiers. Ministère des affaires sociales et de l'intégration. *JORF*. 1992. 3 avril.

Arrêté du 14 janvier 1993 relatif aux lieux d'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique. *JORF*. N°14. 17 janvier 1993.

Arrêté du 11 juillet 1994 complétant l'arrêté du 30 mars 1992 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. *JORF*. N°169. 23 juillet 1994.

Arrêté du 26 octobre 1994 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. *JORF*. N°255. 3 novembre 1994.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *JORF*. N°98. 25 avril 1996, p. 6324.

Arrêté du 2 mai 1996 relatif aux lieux d'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique. *JORF*. N°110. 11 mai 1996.

Circulaire DGS/PS3-DH/FH3 n° 2000-227 du 21 avril 2000 relative à la situation des infirmiers de secteur psychiatrique prise en application du décret n° 99-1147 du 29 décembre 1999 relatif à l'application de l'article L. 474-2 du code de la santé publique.

Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. *JORF*. N°15. 18 janvier 2002.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF*. 2002. 5 mars.

Circulaire DGS/DHOS 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.

Note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 n°234 du 8 juillet 2004 relative à la mise en place 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 ».

Circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV su statut général de la fonction publique.

Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions. *JORF*. N°199. 27 août 2005, p. 13923. Texte n° 46.

Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n°2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

Arrêté du 7 août 2006 relatif à la formation doctorale. *JORF*. N° 195. 24 août 2016.

Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (1) (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n°2007-546 DC du 25 janvier 2007). JORF. 1er février 2007.

Circulaire DHOS/O2/DGAS/3SD/DGS/MC4/CNSA/2009/97 du 8 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF*. 22 juillet 2009.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Ministère de la santé et des sports. BO Santé – Protection sociale – Solidarités n°2009/7. 15 août.

Annexe II à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier. Diplôme d'Etat d'infirmier. Référentiel de compétences. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Ministère de la santé et des sports. BO Santé – Protection sociale – Solidarités n°2009/7. 15 août. 266-274.

Annexe III à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier. Le référentiel de formation. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Ministère de la santé et des sports. BO Santé – Protection sociale – Solidarités n°2009/7. 15 août. 275-284.

Annexe IV à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Ministère de la santé et des sports. BO Santé – Protection sociale – Solidarités n°2009/7. 15 août. 285-288.

Loi n°2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie. *JORF*. 2009. 25 novembre.

Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge. *JORF*. 6 juillet 2011.

Décision du Conseil Constitutionnel n°2012-235. Question prioritaire de constitutionnalité (QPC) du 20 avril 2012.

Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale. *JORF*. 2014. 6 mars.

Décret n°2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master. *JORF*. 17 décembre.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF*. 27 janvier.

Arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat. *JORF*. N°0122, 27 mai 2016, texte n° 10.

Liste des acronymes utilisés

A

ADESM : Association des directeurs d'établissements psychiatriques

ADI : Association des infirmiers généraux de psychiatrie

AERLIP : Association pour l'étude et la rédaction du livre des institutions psychiatriques

AFC : Analyse factorielle de correspondance

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

ALCESTE : Analyse des lexèmes cooccurrents dans un ensemble de segmentations du texte Étudié

ANRT : Association nationale de la recherche et de la technologie

APA : American psychological association

ASH : Agent des services hospitaliers

C

CCOMS : Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé

CEMEA : Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active

CERPET : Centre d'études et de ressources pour les professeurs de l'enseignement technique

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CHD : Classification hiérarchique descendante

CIFRE : Convention industrielle de formation par la recherche

CIREL : Centre interuniversitaire de recherche en éducation de Lille

CNI : Coordination nationale des infirmiers

CNOI : Conseil national de l'ordre des infirmiers

CNRTL : Centre national de recherches textuelles et lexicales

CQP : Certificat de qualification professionnelle

D

DEI : Diplôme d'Etat d'infirmier

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

DISP : Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique

DPT : Dispositif de professionnalisation et tutorat

DRE : Demande du représentant de l'Etat

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

E

EPSM-LM : Etablissement public de santé mentale Lille-Métropole

F

FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

G

GHT : Groupements hospitaliers de territoires

GIU : Groupe d'intervention d'urgence

GIR : Groupes d'implication et de recherche

HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers

HO : Hospitalisation d'office

I

IADE : Infirmier(e) anesthésiste

IBODE : Infirmier(e) de bloc opératoire

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IPA : Infirmier(e) de pratiques avancées

ISP : Infirmier(e) de secteur psychiatrique

L

LERASS : Laboratoire d'études et de recherches appliquées en sciences sociales

LMD : Licence-Master-Doctorat

LOLF : Loi organique relative aux lois de finance

M

MNASM : Mission nationale d'appui à la santé mentale

N

NGP : Nouvelle gestion publique

NPM : New public management

NT : Nouveaux tuteurs

O

ONS : Observatoire national du suicide

ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé

P

PASS : Permanence d'accès aux soins

PRAP : Prévention des risques liés à l'activité physique

R

R&D : Recherche et développement

RGPP : Révision générale des politiques publiques

RNCP : Répertoire national des certifications professionnelles

ROI : *Return on investment*

RTSM : réseaux territoriaux de santé mentales

S

SNIA : Syndicat national des infirmiers anesthésistes

STP : Services territoriaux de psychiatrie

T

T2A : Tarification à l'activité

TS : Tentative de suicide

U

UNAFAM : Union nationale des famille et amis de malades mentaux

UNAIBODE : Union nationale des associations d'infirmiers(ères) de bloc opératoire diplômés(ées) d'Etat

V

VAE : Validation des acquis de l'expérience

VST : Vie sociale et traitements (revue)

ANNEXES

ANNEXE I : Synthèse de l'entretien du 23 mars 2013
et proposition du doctorant pour une démarche de recherche

Julien de Miribel
Laboratoire CIREL, Equipe Proféor
Université Charles de Gaulle – Lille 3
Domaine universitaire du Pont de Bois
Rue du Barreau - BP 60149
59653 Villeneuve d'Ascq Cedex

A l'attention de

Madame Bourgeois
Directrice des soins, Coordinatrice Générale et Chargée de Missions au Pôle formation
104, rue du Général Leclerc
59280 Armentières

Lille,
Jeudi 18 avril 2013

Madame,

Lors de notre entretien du 23 mars dernier, vous m'avez fait part de votre projet de concevoir un dispositif d'évaluation d'une action de professionnalisation mise en œuvre à destination des infirmiers exerçant nouvellement au sein de l'Etablissement Publique de Santé Mentale Lille-Métropole.

Ce projet a suscité mon plus vif intérêt. A ce titre, je vous prie de trouver une proposition pour la mise en œuvre d'une démarche de recherche. Celle-ci a pour objectif central l'élaboration d'un dispositif d'observation adapté aux enjeux dont vous avez bien voulu me faire part.

Ce document contient dans un premier temps une synthèse de notre entretien (pages 2 à 4). En m'appuyant sur notre échange, je développe ensuite une proposition d'investigation. Celle-ci se décline en deux parties. J'en précise d'abord les enjeux et objectifs (pages 5 à 7) pour enfin proposer quelques éléments de méthodes adaptés aux besoins de recherche identifiés (pages 8 à 11).

Je me tiens à votre disposition pour tout échange permettant de préciser certains points de cette démarche. Dans l'attente, je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Julien de Miribel

PROJET DE RECHERCHE
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE (EPSM)
LILLE-METROPOLE

Entretien avec Madame E. Bourgeois
Directrice des soins, Coordinatrice Générale et Chargée de Missions au Pôle formation
Samedi 23 mars 2013

- Synthèse -

L'entretien a porté sur les objectifs et actions menées au sein de l'EPSM Lille-Métropole à des fins de professionnalisation des infirmiers de secteur psychiatrique. Dans cette optique, l'équipe de direction prévoit de mener des travaux de recherche permettant d'apprécier la pertinence de ces actions. C'est pourquoi celles-ci ont été mises en perspective avec les thématiques de recherche sur lesquelles porte le travail de thèse du doctorant. L'entrevue visait enfin à aborder le cadre des Conventions industrielles de formation par la recherche (CIFRE), dispositif pressenti pour porter ce projet.

Contexte
L'EPSM de Lille-Métropole est situé à Armentières. Cette organisation a pour mission de prendre en charge les personnes souffrant de troubles de santé mentale. Ses activités se développent à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur des murs de l'établissement. Celui-ci répond en effet à des besoins de soins, de diagnostics, d'équipements et de préventions sur l'ensemble de la métropole. Les services de l'EPSM sont assurés par 1 266 professionnels de santé représentant 12 segments professionnels :

- Cadres de santé
- Cadres de santé supérieurs
- Infirmiers
- Aides-soignants
- Aides médico-psychiatriques
- Agents des services hospitaliers
- Psychomotriciens
- Orthophonistes
- Préparateurs en pharmacie
- Auxiliaires de puériculture
- Ergothérapeutes
- Kinésithérapeutes

L'établissement d'Armentières justifie d'une démarche qualité élevée. Il s'agit en effet du premier EPSM de France à être certifié ISO 9001 (version 2008). Précisons également que son Directeur Général, Monsieur H., est membre de l'Association des directeurs d'établissements de santé mentale (ADESM).

L'entretien s'est appuyé sur la convocation de plusieurs faits historiques essentiels ayant contribué de manière significative à la constitution de la profession des infirmiers[276] exerçant spécifiquement en psychiatrie et santé mentale. Repris ci-dessous, ces évènements illustrent des changements importants dans les représentations et la prise en charge des troubles mentaux depuis la période d'après-guerre jusqu'à nos jours :

1955 : création du diplôme d'infirmier pour les hôpitaux psychiatriques ;

1960 : circulaire relative à l'organisation et l'équipement des établissements de lutte contre les maladies mentales, 15 mars ;

[276] Les mots « infirmiers » ou « infirmières » seront utilisés sans distinction de genre. Ils désigneront l'activité professionnelle au sens large.

1973 : la formation des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) s'effectue en deux ans et alterne formation théorique et stages ;

1979 : la formation des ISP est portée à 33 mois et s'effectue en alternance [elle répond alors à des enjeux de socialisation professionnelle et de développement d'une identité professionnelle] ;

1992 : les programmes d'études de psychiatrie sont englobés dans les programmes d'études en soins généraux.

2006 : mise en place, pour les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) exerçant en milieu psychiatrique, de dispositifs de professionnalisation et de tutorat spécifiques au secteur de la santé mentale ;

2007 : rapport Berland sur « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner », décembre [ce rapport préconise notamment la définition de référentiels de métiers et compétences permettant de déterminer d'une part des contenus de formations communs aux différents métiers paramédicaux et d'autre part, de distinguer et mettre en œuvre des formations approfondies selon les spécificités de ces métiers. Il prévoit par ailleurs le renforcement de la professionnalisation *des infirmiers par la mise en œuvre des pratiques dites avancées*].

Ces différents évènements traduisent avant tout une évolution de la profession des infirmiers exerçant en psychiatrie dont le rôle est passé progressivement de celui de gardien à celui de soignant. Cependant, malgré ce processus de professionnalisation de l'activité soignante, la formation spécifique à ces infirmiers disparaît (1992) à travers son intégration à une formation généraliste et sanctionnée par le diplôme d'Etat d'infirmier.

On constate néanmoins que le besoin d'une spécialisation en santé mentale est bien réel. Un tutorat et une formation spécifiques à ce secteur sont d'ailleurs mis en place (2006). Ce dispositif est destiné aux nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie. L'objectif fixé est de professionnaliser les infirmiers en accord avec leur secteur d'exercice et de gagner en pertinence dans leur pratique.

A cet effet, le Ministère de la Santé a commandité en 2010 une évaluation **du tutorat organisé et mis en œuvre localement par chaque établissement. Plusieurs EPSM ont participé à cette évaluation dont celui de Lille-Métropole. Suite à cette étude,** une circulaire du Ministère prévoit un nouveau cadre de formation spécifique, soit 126 heures de tutorat, 15 jours de formation et 4 jours consacrés à la prévention de la violence.

En accord avec ces directives et pour faire face aux situations complexes qu'implique son activité, l'EPSM Lille-Métropole prévoit de développer et renforcer des actions de professionnalisation à différents moments de la vie professionnelle des infirmiers exerçant dans l'établissement.

Besoins de recherche

Au regard de ce contexte et de l'évolution qui caractérise la profession, le Pôle Formation de l'EPSM Lille-Métropole, dirigé par Madame Bourgeois, poursuit un objectif de professionnalisation des infirmiers répondant à deux enjeux centraux :

1. la pertinence de l'activité de travail en réponse aux besoins de soins manifestés par les patients ;

2. la valorisation de l'identité professionnelle des infirmiers exerçant dans le domaine de la santé mentale.

Cet objectif de professionnalisation concerne deux types d'actions et se décline donc selon deux axes distincts :

● **Axe 1** : Ce premier angle d'investigation s'intéresse aux infirmiers expérimentés présentant au moins cinq années d'exercice et souhaitant développer une pratique de « consultation avancée ». C'est-à-dire une compétence élargie de l'infirmier, notamment en matière de diagnostic et de prescription. L'objectif de recherche serait alors d'observer et d'évaluer le dispositif de professionnalisation de ces infirmiers. Ceci permettrait à l'établissement d'accroître l'efficacité et la pertinence de son action dans la prise en charge des patients en « première intention ».

● **Axe 2 :** Ce second volet s'intéresse à la formation des infirmiers en voie de spécialisation dans le domaine de la santé mentale. Ce dispositif est étalé sur une durée de cinq années et accompagne progressivement l'infirmier dans un processus de professionnalisation. Les contenus se déclinent avec les années de la façon suivante :

1ère année	Année de professionnalisation et formation aux situations violentes
2ème année	Période de tutorat
3 et 4èmes années	- L'entretien infirmier - Evaluation des risques suicidaires - Education thérapeutique et psycho réhabilitation - Droit des patients
5ème année	Approfondissement d'une thématique choisie

L'EPSM Lille-Métropole est un site pilote en charge de développer un dispositif d'évaluation de cette démarche de professionnalisation. L'objectif de la recherche serait ici de mettre en œuvre et piloter un observatoire du travail de spécialisation des infirmiers permettant d'en évaluer la pertinence au regard des besoins manifestés par le terrain d'exercice.

Cadre institutionnel et financier de la recherche

Cette recherche est éligible au dispositif CIFRE abordé en fin d'entretien. Ce cadre impliquerait un partenariat entre l'EPSM Lille-Métropole, le Centre interuniversitaire de recherche en éducation de Lille (CIREL) et le doctorant. Il est conditionné par l'embauche du doctorant par l'EPSM Lille-Métropole pendant une durée de trois ans. En cas de contractualisation de ce partenariat, l'Association nationale de la recherche et de la technologie (ANRT), organisateur de ce dispositif, versera alors une subvention à l'EPSM Lille-Métropole. La mission de l'ANRT

consistera en parallèle à s'assurer de la pertinence des actions menées par le doctorant ainsi que de la qualité des résultats obtenus.

Cette entrevue a permis dans un premier temps d'échanger sur le sens de l'action de l'EPSM Lille-Métropole en termes de professionnalisation et au regard des contextes socio-historique et institutionnel au travers desquels évolue son action. L'entretien a également permis d'entrevoir les besoins de recherche manifestés par l'établissement. Le dispositif CIFRE a été identifié comme cadre pouvant accompagner ce projet de recherche d'un point de vue institutionnel et financier. Cet échange a enfin fait ressortir un intérêt de l'équipe de direction de l'EPSM pour une investigation davantage orientée vers l'axe 2. En ce sens, la démarche de recherche proposée dans les pages suivantes prend appui sur les orientations concernant ce second volet.

PROPOSITION POUR UNE DEMARCHE DE RECHERCHE

AXE 2 : « Professionnaliser les infirmiers intégrant le secteur de la santé mentale »

1. Enjeux et objectifs de la recherche

Objectifs du dispositif de professionnalisation étudié

L'axe à analyser porte sur un dispositif de professionnalisation dédié aux infirmières entrant nouvellement en fonction au sein du secteur psychiatrique et s'engageant dans une démarche de spécialisation propre au champ de la santé mentale.
Cette action est conçue et pilotée par l'EPSM Lille-Métropole. Son objectif central est de spécialiser la pratique professionnelle des infirmiers. A travers la mise en place de formations complémentaires et de tutorat. Ce dispositif doit permettre au corps professionnel des infirmiers de gagner en compétences et d'être toujours plus pertinent dans les soins prodigués aux patients. On recherche par ailleurs, à travers cette finalité de développement professionnel, la construction d'une identité propre à la profession d'infirmière spécialisée et exerçant dans le domaine de la santé mentale.

Enjeux sociaux liés à l'intention de professionnalisation au sein de l'EPSM

Pourquoi professionnaliser ? Les actions de professionnalisation peuvent présenter des finalités variables. Le dispositif mis en place au sein de l'EPSM et faisant l'objet de cette proposition présente deux enjeux :

1. **La qualité et la pertinence des soins apportés par les infirmiers en réponse aux besoins manifestés par les patients.** La démarche de professionnalisation traduit ici un besoin de l'établissement de disposer d'une capacité d'action adaptée à la spécificité de son secteur d'activité. C'est pourquoi le dispositif vise à permettre une spécialisation des savoir-faire et le développement des compétences propres au champ de la santé mentale.

2. **La valorisation de l'identité professionnelle des infirmiers exerçant dans le domaine de la santé mentale.** Ce point peut se décliner dans un premier temps à travers un objectif de socialisation professionnelle. Dans ce sens, on attend du sujet en voie de professionnalisation qu'il opère une construction de lui-même à travers l'expérience vécue dans le secteur de la santé mentale, et plus particulièrement au sein de l'EPSM Lille-Métropole. Dans un second temps, on peut envisager cette valorisation de l'identité professionnelle sous l'angle de la reconnaissance du groupe professionnel que composent les infirmiers. Le dispositif répond alors à un enjeu de renforcement identitaire d'une profession caractérisé notamment par son histoire, le public auprès duquel elle intervient ou encore les types de pathologies concernées par son action.

Une démarche d'évaluation de ce dispositif sera donc amenée à considérer ces deux enjeux, que ce soit dans l'établissement de critères d'appréciation ou dans le choix des méthodes d'analyse.

Evaluer un dispositif de professionnalisation

Les enjeux centraux identifiés précédemment distinguent deux objets sur lesquels il pourra être important de concentrer l'analyse lors de la mise en œuvre du dispositif d'évaluation : la pertinence de l'activité de travail et la construction de l'identité professionnelle. A ce titre, le dispositif d'évaluation pourra présenter un double objectif :

- Estimer et développer la pertinence de l'activité des jeunes[277] infirmiers
- Apprécier et valoriser leur construction identitaire

Au regard de ces deux objectifs, on peut pressentir que la mise en œuvre d'un dispositif d'évaluation pourra impliquer deux difficultés centrales :

● D'une part, les actions de professionnalisation entraînent des **processus complexes**. Elles convoquent en effet une variété d'éléments présentant un potentiel d'analyse plus ou moins visible et accessible (actions de formation, développement identitaire, transfert des apprentissages, ...). Elles donnent alors lieu à l'incertitude quant à leur impact concret dans l'espace social. Les évaluer implique donc de prendre en compte et de traiter cette complexité.

● D'autre part, il est important de noter que les objectifs pressentis du dispositif d'évaluation correspondent à des approches distinctes. En effet, l'analyse de pertinence de l'activité pourrait relever d'une démarche de **contrôle**. Alors que l'analyse d'un processus de construction identitaire relèvera davantage d'une **appréciation de l'expérience** vécue par les individus au sein de l'EPSM et du groupe professionnel des infirmières. La difficulté potentielle relève ici d'une interrogation quant à la coexistence de ces deux formes d'analyse. On peut en effet envisager une incompatibilité entre le contrôle de la pratique professionnelle et la collecte des données réelles liées à l'expérience de l'individu faisant l'objet de ce même contrôle.

Dès lors, on peut considérer qu'une démarche de recherche aurait pour objectif d'analyser la complexité caractérisant les démarches de professionnalisation. Elle viserait également à

[277] L'emploi du mot « jeune » désigne une prise d'activité récente dans le secteur de la santé mentale.

étudier et mobiliser des formes d'analyse adaptées et compatibles entre elles. **La recherche viserait alors à réduire autant que possible les incertitudes liées à la spécialisation des infirmiers et proposerait des clés de lecture de l'activité et de l'expérience des infirmières en voie de professionnalisation. La recherche constitue en cela une démarche possible d'évaluation.**

Objectif de la recherche et problématiques émergentes

La finalité de la démarche proposée consiste donc à procéder à une analyse des processus de professionnalisation des infirmiers concernés par les actions de l'axe 2 décrit précédemment. Pour atteindre cet objectif, on peut procéder à une investigation tentant de traiter trois questions centrales :

- **Quels sont les acteurs, lieux et dynamiques intervenant effectivement dans le dispositif et de quelles manières agissent-ils sur les processus de professionnalisation ?** Identifier l'ensemble des éléments humains et non-humains agissant, directement ou indirectement, en lien avec l'intention de professionnaliser les infirmiers permet de constituer les fondations pour analyser la complexité énoncée précédemment.

- **Dans quelles mesures les processus de professionnalisation à l'œuvre exercent-ils une action transformatrice sur l'activité professionnelle des infirmiers et, plus globalement, sur l'activité de l'EPSM et de la profession infirmière en psychiatrie et santé mentale ?** Considérant que la démarche de professionnalisation implique un déplacement dans le rapport des personnes avec les savoirs, les activités et les environnements professionnels, on peut questionner les changements observables afin d'identifier les traces laissées par les processus de professionnalisation.

- **Comment le dispositif de spécialisation agit-il sur le développement identitaire professionnel, que l'on parle à la fois des personnes en voie de spécialisation *(identité individuelle)* ou du groupe professionnel composé par les infirmières *(identité collective)* ?** La mise en œuvre d'un tel dispositif relève en effet d'un ensemble d'expériences individuelles et collectives contribuant à la construction d'un *soi-professionnel* ainsi que d'un *nous-professionnel*. L'analyse de ces développements apparaît centrale dans l'étude de l'impact d'une action de professionnalisation.

Hypothèses de recherche

Cette démarche de recherche est envisagée selon trois hypothèses :

1. L'analyse des seuls éléments constitutifs du dispositif piloté par l'EPSM ne suffit pas à rendre compte du changement opéré. Des éléments (acteurs humains et non-humains) exercent, de manières parfois informelles, une influence sur l'impact du dispositif de professionnalisation.

2. Les traces laissées par les processus de professionnalisation permettent d'alimenter les données de l'évaluation et d'apprécier l'impact du dispositif de spécialisation.

3. La pertinence recherchée dans l'activité professionnelle des infirmiers et la valorisation de l'identité professionnelle sont des processus associés dans la recherche d'une reconnaissance professionnelle.

4. La forme du dispositif d'évaluation aura un impact sur le sentiment de reconnaissance de la personne en voie de professionnalisation et parallèlement sur le développement de son identité professionnelle.

2. Mise en œuvre de la recherche

Méthode de recherche

Pour vérifier ces hypothèses, cette démarche propose de se fonder sur une approche d'une part **compréhensive**, se nourrissant de ce qui constitue, permet et amène l'action ; et d'autre part **constructiviste** en cela qu'elle procèdera par une activité collaborative entre chercheur et acteurs de l'EPSM associés au processus de professionnalisation.

Pour cela, la démarche ici proposée consiste en la mise en place et le pilotage d'un **observatoire**. Celui-ci aura pour mission la collecte et le traitement d'informations permettant une analyse approfondie du dispositif de professionnalisation et de ses différentes traductions au sein de l'EPSM. Ainsi, on envisagera des actions adaptées aux objectifs de la recherche et à ses étapes d'évolution telles que l'illustre la schématisation des activités de l'observatoire (voir carte mentale, p. 11).

La posture méthodologique centrale envisagée s'attachera à identifier, observer et analyser des éléments **mettant l'environnement social en mouvement** et permettant de faire émerger les **changements opérés**. En ce sens, des outils spécifiques à la recherche en sciences humaines et sociales seront mis en œuvre et pourront porter les investigations. En fonction des besoins de recherche identifiés, on peut d'ores et déjà envisager certaines approches :

● On comptera en premier lieu la **description ethnographique**. La mobilisation de cette méthode apparaît comme idéale lors de la phase d'immersion du chercheur dans le contexte de recherche. Pendant cette période, sa perception relève de la première impression, ce qui lui permet de découvrir et de s'étonner des observations effectuées. Ce regard neuf porté sur le terrain favorise une énonciation des observations du chercheur fondées sur une approche « neutre ». Mobiliser la description ethnographique vise à observer, décrire, répertorier et cartographier les éléments du contexte étudié tels que les agencements infrastructurels, l'organisation du travail, les relations entre acteurs, les objets mobilisés, les traces laissées par l'activité ou encore les contraintes environnementales.

● La recherche liée aux processus de professionnalisation peut recourir, en second lieu, à l'**analyse du travail**. La mobilisation d'une telle approche répond à l'enjeu de pertinence de l'activité de soignant recherchée à travers le dispositif de professionnalisation. Selon les paramètres de l'enquête et les possibilités liées au terrain d'études, on peut procéder à l'étude du travail à travers différentes entrées rattachées à l'analyse de l'activité ou celle de la pratique. Quels que soient la forme et le temps (*in situ* ou *ex situ*) choisis, cette approche amène l'individu à procéder à un retour sur son activité de travail et mener une analyse réflexive sur celle-ci. Il peut ainsi identifier et mettre en mots des éléments d'analyse tels

que des écueils auxquels il est confronté, des points d'amélioration constatés ou encore des axes de progression.

● En troisième lieu, on pourra recourir aux techniques de l'entretien et plus précisément, celle dite du **récit de vie**. Le choix de cette méthode est particulièrement motivé par le besoin de recherche lié à la construction et la valorisation de l'identité professionnelle. Par le biais d'une écoute active, l'individu est invité à partager son itinéraire de vie professionnelle de façon approfondie. L'exercice consiste alors à explorer le parcours de la personne en se basant sur la mémoire du locuteur et sur le partage qui en est fait. Le chercheur tente, à travers cette mise en mots de l'expérience, d'identifier les éléments qui interviennent dans l'itinéraire du sujet et sont constitutifs de son identité. Par ailleurs, l'audition d'une variété d'individus peut permettre la mise en perspective des histoires et l'émergence d'une identité collective.

La mobilisation de ces méthodes de recherche vise à répondre aux enjeux exprimés. Elle n'exclut cependant pas le recours à d'autres outils adaptés au terrain ainsi qu'à l'évolution de l'investigation.

Calendrier prévisionnel

Le déroulement de la recherche est envisagé sur une période de trois ans. Elle est envisageable à partir de cinq étapes :

1. Une **période d'immersion** permettra à travers une première approche concrète du terrain de se familiariser avec l'établissement, ses acteurs, ses modes de fonctionnement, etc. C'est à partir de cette première approche qu'un *diagnostic* du système de professionnalisation pourra être établi ;

2. La **mise en place de l'observatoire**. Il s'agit d'une activité centrale déterminant la manière dont pourra fonctionner l'observatoire au sein de l'établissement de santé ainsi que les personnes associées au processus d'investigation. Cette étape permet d'*agencer* le dispositif de recherche ;

3. L'**activation de l'observatoire** consiste à étudier les activités liées aux processus de professionnalisation. C'est une période au cours de laquelle est menée une collecte d'informations sous des formes variées. Ainsi, après avoir été *agencé*, l'observatoire est *piloté* ;

4. La **synthèse et le raisonnement des données** est une étape concernant le traitement des informations rassemblées et leur mise en forme en vue d'être restituées. Cette étape vise par ailleurs à mener une réflexion sur les données observées et *inférer* un jugement concernant le dispositif analysé ;

5. La **valorisation des données** implique l'utilisation des informations réunies à des fins d'évolutions organisationnelles et sociales. A partir des connaissances générées, on peut procéder à des actions de développement ou d'ajustement organisationnel. Dans cette optique sera écrite la thèse de doctorat portant sur une problématique élaborée à partir des actions de professionnalisation menée par l'EPSM.

Ces cinq étapes portant la démarche de recherche pourront être mises en œuvre selon la représentation suivante :

Esquisse d'une planification des activités de recherches												
Activités	**Année 1**				**Année 2**				**Année 3**			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Période d'immersion *(diagnostiquer)*												
2. Mise en place de l'observatoire *(agencer)*												
3. Activation de l'observatoire *(piloter)*												
4. Synthèse et raisonnement des données *(inférer)*												
5. Valorisation des données *(valoriser)*												

Livrables envisageables

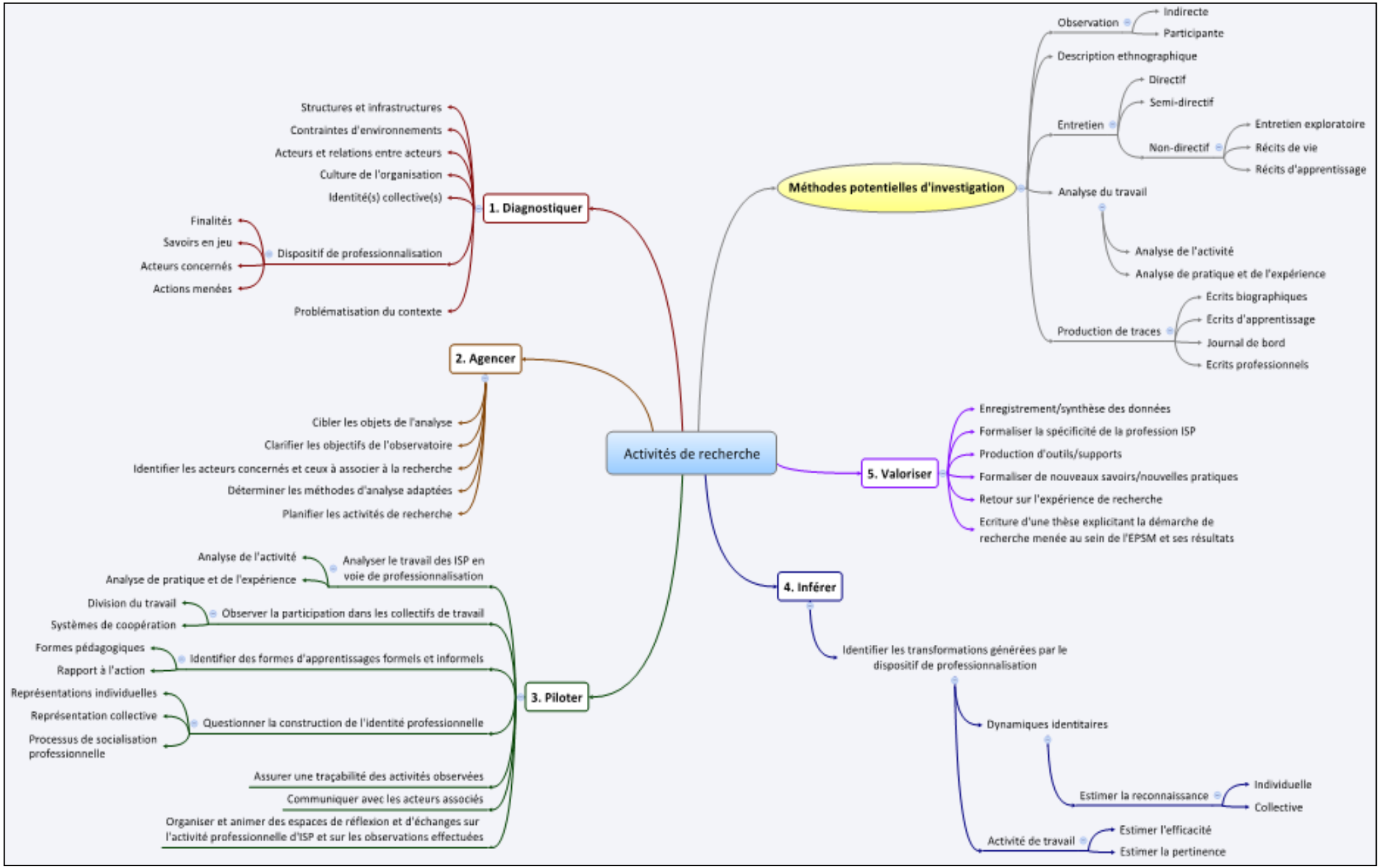
Il est important de préciser que cette démarche de recherche n'a pas pour objectif la seule production d'une thèse. Au contraire, comme le montre la planification représentée dans le tableau ci-dessus, l'étape 4 (*inférer*) est active dans le courant des trois années de la recherche. En effet, cette démarche prévoit de définir plusieurs stades pour la remise d'un rapport étape[278] permettant d'agir sur le dispositif de professionnalisation en fonction des actions menées. Dans ce sens, on peut envisager un ensemble de livrables susceptibles d'être produits et permettant d'alimenter le processus de recherche en cours.

[278] Précisons qu'un rapport étape annuel est exigé par l'Association national de la recherche et de la technologie (ANRT) dans le cadre du dispositif CIFRE. Cependant les rapports étapes mentionnés ici sont indépendants de cette exigence.

Livrables envisageables	
1. Diagnostiquer	• Synthèse du diagnostic • Présentation détaillée du problème • Projet d'activité
2. Agencer	• Présentation du dispositif fondé sur les observations du diagnostic • Principe de fonctionnement de l'observatoire : objectifs, missions, acteurs, méthodes, ... • Description et des activités prévues et planification
3. Piloter	• Synthèse des actions menées • Cartographie des activités effectivement observées • Synthèses des entretiens menés
4. Inférer	• Synthèse des modes de participation • Synthèse des transformations constatées liées au dispositif de professionnalisation • Estimation de la pertinence et de l'efficacité de l'activité professionnelle des infirmiers
5. Valoriser	• Cartographie des types d'apprentissages effectués • Conception et diffusion de nouveaux outils et supports • Modélisation d'une identité professionnelle collective • Thèse de doctorat

Pour conclure cette proposition pour une démarche de recherche, il apparaît important d'insister sur la dimension collaborative qu'implique un tel projet. Sa bonne mise en œuvre dépend en effet du chercheur, mais aussi des commanditaires ainsi que de l'ensemble des acteurs concernés par l'objet de recherche, ici le dispositif de professionnalisation prévu pour les jeunes infirmiers en psychiatrie et santé mentale.

Cette proposition comporte enfin une invitation à être discutée voire ajustée afin de donner lieu à la mise en œuvre d'un projet de recherche reflétant les intérêts d'une action collective.


Activités de recherche
1. Diagnostiquer
Structures et infrastructures
Contraintes d'environnements
Acteurs et relations entre acteurs
Culture de l'organisation
Identité(s) collective(s)
Dispositif de professionnalisation
Finalités
Savoirs en jeu
Acteurs concernés
Actions menées
Problématisation du contexte
2. Agencer
Cibler les objets de l'analyse
Clarifier les objectifs de l'observatoire
Identifier les acteurs concernés et ceux à associer à la recherche
Déterminer les méthodes d'analyse adaptées
Planifier les activités de recherche
3. Piloter
Analyser le travail des ISP en voie de professionnalisation
Analyse de l'activité
Analyse de pratique et de l'expérience
Observer la participation dans les collectifs de travail
Division du travail
Systèmes de coopération
Identifier des formes d'apprentissages formels et informels
Formes pédagogiques
Rapport à l'action
Questionner la construction de l'identité professionnelle
Représentations individuelles
Représentation collective
Processus de socialisation professionnelle
Assurer une traçabilité des activités observées
Communiquer avec les acteurs associés
Organiser et animer des espaces de réflexion et d'échanges sur l'activité professionnelle d'ISP et sur les observations effectuées
Méthodes potentielles d'investigation
Observation
Indirecte
Participante
Description ethnographique
Entretien
Directif
Semi-directif
Non-directif
Entretien exploratoire
Récits de vie
Récits d'apprentissage
Analyse du travail
Analyse de l'activité
Analyse de pratique et de l'expérience
Production de traces
Ecrits biographiques
Ecrits d'apprentissage
Journal de bord
Ecrits professionnels
4. Inférer
Identifier les transformations générées par le dispositif de professionnalisation
Dynamiques identitaires
Estimer la reconnaissance
Individuelle
Collective
Activité de travail
Estimer l'efficacité
Estimer la pertinence
5. Valoriser
Enregistrement/synthèse des données
Formaliser la spécificité de la profession ISP
Production d'outils/supports
Formaliser de nouveaux savoirs/nouvelles pratiques
Retour sur l'expérience de recherche
Ecriture d'une thèse explicitant la démarche de recherche menée au sein de l'EPSM et ses résultats

ANNEXE II : Texte de la lettre d'engagement du commanditaire dans le dispositif CIFRE

« Je soussigné Joseph Halos, directeur de l'Etablissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole, atteste par la présente souhaiter engager l'établissement que je dirige dans une action partenariale encadrée par l'Association nationale de la recherche et de la technologie (ANRT) par le biais du dispositif CIFRE. Ce partenariat sera mené en étroite collaboration avec le Centre interuniversitaire de recherche en éducation de Lille (CIREL) et Monsieur Julien de Miribel, doctorant en Sciences de l'éducation au laboratoire CIREL.

Dans le but de renforcer la pertinence de notre activité au regard des besoins manifestés par notre terrain d'exercice, notre établissement poursuit un objectif général de développement de la professionnalisation des infirmiers exerçant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Pour cela, L'EPSM Lille-Métropole a mis en place un dispositif de formation et tutorat à destination des infirmiers intégrant nouvellement le secteur psychiatrique et ce, pour une durée de 2 ans, complété par un dispositif de formation complémentaire constituant un socle de base.

Nos intentions et engagements en termes qualitatifs nous conduisent donc à développer un dispositif d'évaluation de cette démarche de professionnalisation. Pour cela et au regard de la démarche complexe que représente l'évaluation d'une action de professionnalisation, je souhaite que l'EPSM Lille-Métropole puisse travailler en collaboration avec un laboratoire de recherche en Sciences de l'éducation et bénéficier de son expertise.

Dans ce sens, le sujet de thèse proposé par Monsieur Julien de Miribel, encadré par le CIREL et portant sur la traduction des processus de professionnalisation, constitue une entrée de recherche pertinente au regard de notre besoin de développement en matière de pratiques avancées des infirmiers diplômés d'Etat exerçant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. En cela, la mise en œuvre d'un partenariat entre le doctorant, le CIREL et l'EPSM Lille-Métropole s'inscrit pleinement dans la ligne stratégique générale portée par l'établissement que je dirige.

Pour mener à bien ce projet de partenariat, L'EPSM Lille-Métropole s'engage à recruter Monsieur Julien de Miribel en qualité d'attaché d'administration hospitalière, en contrat CDD d'une durée de 3 ans. Le doctorant sera amené à mener un travail de recherche traitant de notre problématique portant sur la professionnalisation des ISP exerçant au sein de notre établissement. Pour renforcer la qualité de cette démarche, le suivi scientifique des travaux effectués par le doctorant sera confié à Madame Eliane Bourgeois, directrice des soins, coordinatrice générale et chargée de mission au Pôle formation.

Dans un souci de qualité à la fois du projet mené et de la formation du doctorant, L'EPSM Lille-Métropole s'engage enfin à mettre tout en œuvre et donner au doctorant tous les moyens pour que le déroulement du partenariat CIFRE soit mené à terme dans les meilleures conditions et pour que, par la suite, le doctorant soit en mesure de valoriser les acquis scientifiques et méthodologiques de son travail.

Enfin, je reconnais avoir pris connaissance des règles d'attribution et de fonctionnement des CIFRE pour le bon déroulement du projet partenarial ».

ANNEXE III : Document contractuel du cadre déontologique de l'entretien

L'entretien mené s'inscrit dans un travail de recherche universitaire recourant aux témoignages de personnes. A ce titre, il renvoie à un ensemble de règles déontologiques régissant le cadre de l'échange et l'utilisation postérieure des contenus qui en émanent. Ainsi, la personne interviewée est informée de ces conditions préalablement à l'entretien.

1. La situation d'entretien s'inscrit dans le cadre d'une recherche organisée conjointement par l'EPSM Lille-Métropole et l'Université Lille 3 sur la base d'un partenariat conventionné.

2. La situation d'entretien est fondée sur une proposition de l'enquêteur chargé de la recherche ainsi que sur la démarche volontaire d'une personne interviewée, acceptant de s'exprimer sur son expérience personnelle.

3. La démarche de recherche ne laisse place à aucun jugement de valeur de la part de l'enquêteur à l'égard des dires exprimés par la personne interviewée.

4. L'enquêteur ne peut contraindre la personne interviewée à s'exprimer sur un point qu'elle ne souhaite pas aborder ou approfondir.

5. Tout enregistrement de l'entretien nécessite l'accord préalable de la personne interviewée. Cette dernière peut demander l'arrêt de l'enregistrement à tout moment sans avoir à justifier du motif de sa demande.

6. La personne interviewée conserve la possibilité de mettre fin à l'entretien avant son terme pour toute raison qu'elle estimera valable.

7. L'enquêteur est tenu à la plus stricte confidentialité concernant le contenu des échanges issus de la situation de l'entretien.

8. Les informations collectées dans le cadre de l'entretien pourront être utilisées pour des usages ayant trait à la recherche et à la communication scientifique uniquement.

9. Toute personne, tout lieu ou espace évoqués au cours de l'entretien seront placés sous anonymat en cas de transcription du contenu.

10. En cas de communication totale ou partielle du contenu de l'entretien, et ce uniquement dans le cadre d'une communication scientifique, la personne interviewée verra son anonymat préservé.

11. La personne interviewée conserve un droit de regard sur la transcription de l'entretien. Elle peut demander le retrait de tout élément qu'elle jugerait susceptible de lui porter préjudice.

Je soussigné(e) M., Mme, Mlle ……. atteste avoir eu connaissance du cadre déontologique de l'entretien auquel je participe de manière volontaire.

Fait à …….., le ……..

La personne interviewée : L'enquêteur :

ANNEXE IV : Guide d'entretien

Tableau 25 : Guide d'entretien avec les néo-professionnels

Types de rapports	Dimensions du récit	Types de questions	
		Approche longitudinale	**Approche latitudinale**
Soi et autrui au prisme du travail et de la formation	**Les processus biographiques**	□ Pouvez-vous me parler de vous (âge, formation, métier, lieu d'exercice, fonction, etc.) ? □ Comment en êtes-vous arrivé(e) à exercer le métier d'infirmier(e) en psychiatrie ? - Quand avez-vous décidé de vous orienter vers cette profession ? - Qu'est-ce qui vous a donné envie de devenir infirmier(e) ? - Qu'est-ce qui vous a amené à choisir le champ de la santé mentale ? - Pouvez-vous me raconter les étapes de votre parcours ? □ Pouvez-vous me raconter vos **premières expériences** comme infirmier(e) ? Comment vous êtes-vous senti(e) ? Qu'est-ce qui vous a surpris ? Avez-vous craint de vous être trompé(e) de voie ou au contraire vos choix ont-ils été confortés par l'expérience ? □ Le fait d'être **un homme/une femme** a-t-il eu des conséquences particulières dans votre trajectoire professionnelle ? Pourquoi ? Pouvez-vous me donner un exemple ?	**● Formation et insertion professionnelle et intégration au travail :** □ Avez-vous éprouvé des satisfactions particulières, des moments heureux : - Dans vos choix d'orientation professionnelle ? - Pendant votre formation ? - Dans votre recherche d'emploi ? - Lors de vos débuts comme infirmier(e) ? □ De même, avez-vous rencontré des difficultés significatives ? □ Qu'est-ce qui vous a marqué lors de vos premiers jours en tant qu'infirmier(e) ? - Intégration dans le service - Adaptation aux attentes de l'institution - Tâtonnement, premières hésitations - Rencontres **● Rapport au patient** □ Vous sentez-vous parfois déstabilisé(e) dans votre relation avec les patients ? □ Avez-vous été confronté(e) à des situations difficiles ? Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé ? □ Vous arrive-t-il de ne pas savoir quoi faire/dire face à un patient ?
	Les processus relationnels	□ Comment ressentez-vous votre **relation** avec les patients ? - Comment vous comportez-vous avec eux ? - S'agit-il pour vous d'une difficulté/facilité particulière ? □ Avez-vous l'occasion d'**échanger sur vos pratiques** : avec des collègues, votre hiérarchie, d'autres personnes (dans un cadre associatif par exemple) ? - Pouvez-vous me parler du travail de suivi mené avec votre tuteur ? □ Vous sentez-vous **épaulé(e)/accompagné(e)** dans les situations délicates ? - Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) dans une situation face à laquelle vous pensez que vous n'auriez pas su réagir seul(e) ? - Au contraire, avez-vous en tête une situation où vous avez été accompagné(e) et ou cela a compté ? □ Pouvez-vous me donner un exemple d'une expérience de travail collectif **qui pour vous a été formatrice** ? □ Vous sentez-vous **reconnu(e)** dans votre activité professionnelle ? Que dit-on de vous au travail/de votre travail (collègues, cadres, patients, …) ?	

Les choses comme construits sociaux concentrateurs d'enjeux, formes et dynamiques liés à l'évolution du contexte	**Le métier et la démarche de profession-nalisation**	□ Pouvez-vous m'expliquer **votre métier** ? - Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire ? - Que me faudrait-il savoir ? - Quelles sont les qualités humaines nécessaires ? □ Parmi les composantes de votre activité professionnelle, quelles tâches constituent selon vous le **cœur de métier** ? - Considérez-vous avoir à accomplir des tâches ingrates ou du « sale boulot » (entendues comme activités peu valorisantes ou qui ne devraient pas vous revenir) ? □ A quoi correspond selon vous le **travail bien fait** dans votre métier ? - Estimez-vous avoir de la marge de manœuvre pour mener à bien votre travail ? Disposez-vous d'autonomie dans votre activité de soins ? - Au contraire, vous sentez-vous bridé(e), contraint(e) d'agir d'une certaine façon ? □ Qu'est-ce qui vous **anime** dans votre activité professionnelle - Au contraire, qu'est-ce qui vous vous ennuie/vous démotive/vous épuise ? □ Votre exercice du métier correspond-il à l'**idée** que vous vous faîtes du métier d'infirmier(e) en psychiatrie ? - Le métier que vous exercez vous plaît-il ? □ Pouvez-vous me parler du **dispositif de « professionnalisation et tutorat »** ? - Comment se déroule-t-il ? Vous paraît-il utile ? A quelles formations avez-vous participé jusqu'ici ? □ Avez-vous pu déjà rencontré votre tuteur ? Comment se déroule le **suivi** ? Cela vous **aide**-t-il dans votre **travail** ? - Les formations et le tutorat mis en œuvre sont-ils en lien avec votre activité professionnelle ? A quoi sert ce suivi selon vous ? Pensez-vous en avoir besoin ? □ Que vous **apporte** ce dispositif ? - Qu'avez-vous appris que vous n'aviez pas appris à l'IFSI ? - Considérez-vous ce dispositif comme un bon outil pour vous accompagner dans vos débuts dans le métier ? □ Vous souvenez-vous d'une **situation** où vous vous êtes dit : **« c'est formateur ce qu'on fait »** ? □ Si demain le **dispositif disparaissait**, qu'est-ce qu'on perdrait selon vous ? Quelles en seraient les **conséquences** ?	**● Relations intergénérationnelles** □ Comment se déroule le travail collectif avec les infirmier(e)s plus anciens ? □ Avez-vous des désaccords sur la manière de travailler ? Sur la façon d'agir en psychiatrie et santé mentale ? □ Le fait d'être jeune dans la profession vous pose-t-il des difficultés au quotidien (pratiques, relationnelles, positionnements, valeurs, …) ? **● Travail accompli (l'œuvre)** □ Comment savez-vous si vous avez bien fait votre travail ? - Rencontrez-vous parfois des difficultés à faire du « bon travail » ? - Vous arrive-t-il de douter de la qualité de votre travail ? Vous questionnez-vous parfois sur le sens de votre travail ? □ Y a-t-il des réalisations dont vous êtes particulièrement satisfait(e) ? - Pourquoi cette réalisation vous satisfait-elle ? - Avez-vous rencontré des difficultés pour arriver à ce résultat ? - Y a-t-il eu un prix à payer pour parvenir à ce résultat ? Quel est le coût de l'accomplissement de votre travail ? **● Valeurs** □ Avez-vous été confronté à des choix difficiles (en contradiction avec vos valeurs) ? □ Avez-vous déjà dû faire quelque chose contraire à vos convictions, à vos intentions ?

Tableau 26 : Guide d'entretien avec les tuteurs

Types de rapports	Dimensions du récit	Types de questions	
		Approche longitudinale	**Approche latitudinale**
Soi et autrui au prisme du travail et de la formation	**Les processus biographiques**	□ Pouvez-vous me parler de vous (âge, formation, métier, lieu d'exercice, fonction, etc.) ? □ Comment en êtes-vous arrivé(e) à exercer le métier d'infirmier(e) en psychiatrie ? - Quand avez-vous décidé de vous orienter vers cette profession ? - Qu'est-ce qui vous a donné envie de devenir infirmier(e) ? - Qu'est-ce qui vous a amené à choisir le champ de la santé mentale ? - Pouvez-vous me raconter les étapes de votre parcours ? - Etes-vous titulaire du diplôme d'ISP ou IDE ? □ Pouvez-vous me raconter vos **premières expériences** comme infirmier(e) ? Comment vous êtes-vous senti(e) ? Qu'est-ce qui vous a surpris ? Avez-vous craint de vous être trompé(e) de voie ou au contraire vos choix ont-ils été confortés par l'expérience ? □ Quelles **expériences** vous ont marqué(e) dans votre vie d'infirmier(e) ? Les débuts, les tournants éventuels de carrière, les « événements historiques », etc. □ Qu'est-ce qui vous a amené à exercer une **le travail de tuteur** ? □ Le fait d'être **un homme/une femme** a-t-il eu des conséquences particulières dans votre trajectoire professionnelle ? Pourquoi ? Pouvez-vous me donner un exemple ?	**● Changement/Evolution** □ Comment se sont déroulés vos débuts en tant qu'infirmier(e) ? - intégration dans le service - rapport aux patients - rapport à la pratique professionnelle □ Qu'est-ce qui a changé depuis ? - Comment vous êtes-vous adapté ? **● Mise en œuvre du travail pédagogique** □ Vous arrive-il de vous sentir en difficulté dans votre rôle de tuteur(rice) ? - A quels niveaux : relationnel, méthode, posture, découragement, etc. - Avez-vous réussi à surmonter ces écueils ? **● Relations intergénérationnelles** □ Avez-vous rencontré des difficultés dans votre travail avec des jeunes professionnels du point vue du soignant comme du point de vue du tuteur ? □ Avez-vous des désaccords sur la manière de travailler ? Sur la façon d'agir en psychiatrie et santé mentale ? **● Rapport au patient** □ comment ressentez-vous votre relation avec les patients ? □ s'agit-il pour vous d'une difficulté/facilité particulière ? □ Avez-vous été confronté(e) à des situations difficiles ? Pouvez-vous me raconter ce qui
	Les processus relationnels	□ Comment ressentez-vous votre **relation** avec les patients ? - Comment vous comportez-vous avec eux ? - S'agit-il pour vous d'une difficulté/facilité particulière ? □ Avez-vous l'occasion d'**échanger sur vos pratiques pédagogiques** ? - Pouvez-vous me parler du travail mené avec des jeunes professionnels ? Avec d'autres tuteurs ? □ Vous sentez-vous **épaulé(e)/accompagné(e)** dans les situations délicates ? - Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) dans une situation face à laquelle vous pensez que vous n'auriez pas su réagir seul(e) ? - Au contraire, avez-vous en tête une situation où vous avez été accompagné(e) et ou cela a compté ? □ Pouvez-vous me donner un exemple d'une expérience de travail collectif **qui pour vous a été formatrice** ? □ Vous sentez-vous **reconnu(e)** dans votre activité professionnelle ? - Que dit-on de vous au travail/de votre travail (collègues, cadres, patients, …) ?	

Les choses comme construits sociaux concentrateurs d'enjeux, formes et dynamiques liés à l'évolution du contexte	**Le métier et la fonction pédagogique**	□ Pouvez-vous m'expliquer **votre métier** et votre **fonction pédagogique** ? - Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire ? - Que me faudrait-il savoir ? - Quelles sont les qualités humaines nécessaires ? □ Parmi les composantes de votre activité professionnelles, quelles tâches constituent selon vous le **cœur de métier** ? - Considérez-vous avoir à accomplir des tâches ingrates ou du « sale boulot » (entendues comme activités peu valorisantes ou qui ne devraient pas vous revenir) ? - Que vous attachez-vous particulièrement à transmettre aux jeunes professionnelles ? □ A quoi correspond selon vous le **travail bien fait** dans votre métier ? - Estimez-vous avoir de la marge de manœuvre pour mener à bien votre travail ? Disposez-vous d'autonomie dans votre activité de soins ? - Au contraire, vous sentez-vous bridé(e), contraint(e) d'agir d'une certaine façon ? □ Comment se déroulent la **préparation** et la **mise en œuvre** des contenus pédagogiques ? - Que faîtes-vous ? Avec qui travaillez-vous ? □ La fonction pédagogique est-elle difficile à concilier avec votre métier d'infirmier(e) ? - Au contraire, l'exercice de votre métier en est-il stimulé ? □ Pouvez-vous me parler du **dispositif de « professionnalisation et tutorat »** ? - A quoi sert-il ? Comment se déroule-t-il ? - Que faîtes-vous pour aider le jeune à prendre du recul sur ses différentes expériences ? - Quels résultats obtenez-vous ? Qu'observez-vous ? □ Ce dispositif vous semble-t-il adapté aux **besoins des jeunes professionnels** ? - Que pensez-vous que les jeunes professionnels attendent de vous ? □ Qu'est-ce qui vous **anime** dans votre fonction de tutorat ? - Au contraire, qu'est-ce qui vous vous ennuie/vous démotive/vous épuise ? □ Si demain le **dispositif disparaissait**, qu'est-ce qu'on perdrait selon vous ? Quelles en seraient les **conséquences** ?	s'est passé ? ● **Travail accompli (l'œuvre)** □ Comment savez-vous que vous avez bien fait votre travail ? - Rencontrez-vous parfois des difficultés à faire du « bon travail » ? - Vous arrive-t-il de douter de la qualité de votre travail ? Vous questionnez-vous parfois sur le sens de votre travail ? □ Y a-t-il des réalisations dont vous soyez particulièrement satisfait(e) ? - Pourquoi cette réalisation vous satisfait-elle ? - Y a-t-il eu un prix à payer pour parvenir à ce résultat ? Quel est le coût de l'accomplissement de votre travail ? ● **Valeurs** □ Avez-vous été confronté à des choix difficiles (en contradiction avec vos valeurs) ? □ Avez-vous déjà dû faire quelque chose contraire à vos convictions, à vos intentions ?

Tableau 27 : Guide d'entretien avec d'autres acteurs issus de la profession infirmière en psychiatrie et santé mentale

Types de rapports	Dimensions du récit	Types de questions	
		Approche longitudinale	**Approche latitudinale**
Soi et autrui au prisme du travail et de la formation	**Les processus biographiques**	□ Pouvez-vous me parler de vous (âge, formation, métier, lieu d'exercice, fonction, etc.) ? □ Comment en êtes-vous arrivé(e) à exercer le métier d'infirmier(e) en psychiatrie ? - Quand avez-vous décidé de vous orienter vers cette profession ? - Qu'est-ce qui vous a donné envie de devenir infirmier(e) ? - Qu'est-ce qui vous a amené à choisir le champ de la santé mentale ? - Pouvez-vous me raconter les étapes de votre parcours ? - Etes-vous titulaire du diplôme d'ISP ou IDE ? □ Pouvez-vous me raconter vos **premières expériences** comme infirmier(e) ? Comment vous êtes-vous senti(e) ? Qu'est-ce qui vous a surpris ? Avez-vous craint de vous être trompé(e) de voie ou au contraire vos choix ont-ils été confortés par l'expérience ? □ Quelles **expériences** vous ont marqué(e) dans votre vie d'infirmier(e) ? - Vos débuts - Les tournants éventuels de carrière - Les « événements historiques » □ Le fait d'être **un homme/une femme** a-t-il eu des conséquences particulières dans votre trajectoire professionnelle ? Pourquoi ? Pouvez-vous me donner un exemple ?	**● Changement/Evolution** □ Comment se sont déroulés vos premiers jours en tant qu'infirmier(e) ? - intégration dans le service - rapport aux patients - rapport à la pratique professionnelle □ Qu'est-ce qui a changé depuis ? - Comment vous-êtes-vous adapté ? **● Relations intergénérationnelles** □ Avez-vous rencontré des difficultés à travailler avec des générations plus anciennes/plus jeunes ? □ Avez-vous des désaccords sur la manière de travailler ? Sur la façon d'agir en psychiatrie et santé mentale ? **● Rapport au patient** □ comment ressentez-vous votre relation avec les patients ? □ s'agit-il pour vous d'une difficulté/facilité particulière ? □ Avez-vous été confronté(e) à des situations difficiles ? Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé ? **● Travail accompli (l'œuvre)** □ Comment savez-vous que vous avez bien fait votre travail ? - Rencontrez-vous parfois des difficultés à faire du « bon travail » ? - Vous arrive-t-il de douter de la qualité de votre travail ? Vous questionnez-vous
	Les processus relationnels	□ Comment ressentez-vous votre **relation** avec les patients ? - Comment vous comportez-vous avec eux ? - S'agit-il pour vous d'une difficulté/facilité particulière ? □ Avez-vous l'occasion d'**échanger sur vos pratiques**, de **partager votre expérience** avec des collègues, en particulier des plus jeunes ? □ Vous sentez-vous **épaulé(e)/accompagné(e)** dans les situations délicates ? - Vous êtes-vous déjà retrouvé(e) dans une situation face à laquelle vous pensez que vous n'auriez pas su réagir seul(e) ? - Au contraire, avez-vous en tête une situation où vous avez été accompagné(e) et ou cela a compté ? □ Pouvez-vous me donner un exemple d'une expérience de travail collectif **qui pour vous a été formatrice** ? □ Vous sentez-vous **reconnu(e)** dans votre activité professionnelle ? - Que dit-on de vous au travail/de votre travail (collègues, cadres, patients, …) ?	

Les choses comme construits sociaux concentrateurs d'enjeux, formes et dynamiques liés à l'évolution du contexte	**Le métier et ses évolutions**	□ Pouvez-vous m'expliquer **votre métier** ? - Si demain je devais vous remplacer, que devrais-je faire ? - Que me faudrait-il savoir ? - Quelles sont les qualités humaines nécessaires ? □ A quoi correspond selon vous le **travail bien fait** dans votre métier ? - Estimez-vous avoir de la marge de manœuvre pour mener à bien votre travail ? Disposez-vous d'autonomie dans votre activité de soins ? - Au contraire, vous sentez-vous bridé(e), contraint(e) d'agir d'une certaine façon ? □ Parmi les composantes de votre activité professionnelles, quelles tâches constituent selon vous le **cœur de métier** ? - Considérez-vous avoir à accomplir des tâches ingrates ou du « sale boulot » (entendues comme activités peu valorisantes ou qui ne devraient pas vous revenir) ? □ A quoi correspond selon vous le **travail bien fait** dans votre métier ? - Estimez-vous avoir de la marge de manœuvre pour mener à bien votre travail ? Disposez-vous d'autonomie dans votre activité de soins ? - Au contraire, vous sentez-vous bridé(e), contraint(e) d'agir d'une certaine façon ? □ Qu'est-ce qui vous **anime** dans votre activité professionnelle ? - Au contraire, qu'est-ce qui vous ennuie/vous démotive/vous épuise ? □ Quels **changements** avez-vous remarqué dans la prise en charge des troubles psychiques depuis que vous exercez ? - Lieux de prise en charge - Pratiques professionnelles - Formation des professionnels □ Que pensez-vous du **travail des jeunes infirmiers** ? - Vous semblent-ils bien préparés ? Pensez-vous que le dispositif de professionnalisation leur soit utile ? Observez-vous une évolution chez vos jeunes collègues ? □ Si demain le **dispositif disparaissait**, qu'est-ce qu'on perdrait selon vous ? Quelles en seraient les **conséquences** ?	parfois sur le sens de votre travail ? □ Y a-t-il des réalisations dont vous êtes particulièrement satisfait(e) ? - Pourquoi cette réalisation vous satisfait-elle ? - Y a-t-il eu un prix à payer pour parvenir à ce résultat ? Quel est le coût de l'accomplissement de votre travail ? ● **Valeurs** □ Avez-vous été confronté à des choix difficiles (en contradiction avec vos valeurs) ? □ Avez-vous déjà dû faire quelque chose contraire à vos convictions, à vos intentions ?

L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale. Enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier

Mots clés : professionnalisation, expérience, travail éducatif, enquête, rapport au métier, psychiatrie, santé mentale

Résumé : Cette recherche traite des préoccupations de professionnalisation des infirmiers en psychiatrie et santé mentale. Elle s'inscrit dans un contexte commandité *via* sa mise en œuvre en convention industrielle de formation par la recherche (CIFRE). Commanditaire de ce travail, l'établissement public de santé mentale Lille-Métropole a développé un dispositif dit de « professionnalisation et tutorat » pour compléter une formation initiale jugée insuffisante après que le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, et la formation y conduisant, aient été supprimés en 1992. La portée de ce dispositif est analysée à trois échelles, à partir d'une démarche compréhensive. D'abord, celle de son inscription dans l'évolution historico-culturelle du groupe professionnel. Ensuite, celle des acteurs mobilisés pour son fonctionnement. Enfin, celui de son appropriation par les néo-infirmiers destinataires de ce travail éducatif institué par le dispositif. Il est montré que le dispositif exprime une intention de (re)professionnalisation du groupe social par l'institution d'une relation entre travail et formation. Celle-ci est mobilisée comme axe analytique permettant d'examiner comment, dans l'expérience des néo-infirmiers, se construit le rapport au métier. La question de la violence en psychiatrie est aussi examinée à l'aune de cette relation pour étudier la manière dont elle est prise en compte dans les pratiques infirmières. Enfin, le caractère commandité de cette recherche la positionne dans un système d'attentes à plusieurs niveaux. Le chercheur est alors conduit à penser son implication et lui donner une dimension interventionniste, ceci par la formation de certains acteurs du terrain.

Psychiatric and mental health nurses' experience. Inquiry on dynamics of professionalisation and building relationship with the craft

Keywords : professionalisation, experience, educative work, inquiry, relationship with the craft, psychiatry, mental health

Abstract : This research confronts the concerns surrounding the professionalisation of psychiatric and mental health nurses. It takes place in a financed context through its implementation as a CIFRE programme (research and training agreement). As its sponsor, the mental health care facility of the Lille Metropolitan area has set up a plan called "professionalisation and tutoring" in order to complete nurses' initial training, judged insufficient since the psychiatric nurses' degree and its associated training were shut down in 1992. The plan's significance is analysed through three levels and from a comprehensive approach. The first level regards its situation in the historical and cultural evolution of the professional group. The second, that which concerns the plan's actors getting involved to make it work. The final level refers to the neo-nurses appropriation of the educative work instituted by the plan. It is shown that the plan expresses an intention of (re)professionalising the social group by establishing a relation between work and training. This third level is used as an analytical line allowing the study of how, in neo-nurses' experience, the relationship with the craft is built. The theme of violence in psychiatry is also examined through the relation between work and training to study how it is taken into account in the nurses' practices. Finally, the typicality of this research, financed by a sponsor's funds, implies that it has to deal with a system of expectations composed of different levels. Here, the researcher is made to consider its involvement and give an interventionist dimension by training some actors of the field.