



HAL
open science

Le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas

Danielle Pougnet

► **To cite this version:**

Danielle Pougnet. Le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas. Education. HESAM Université, 2022. Français. NNT : 2022HESAC013 . tel-03937197

HAL Id: tel-03937197

<https://theses.hal.science/tel-03937197v1>

Submitted on 13 Jan 2023

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.

ÉCOLE DOCTORALE ABBE GREGOIRE
Formations et Apprentissages Professionnels

THÈSE

présentée par : **Danielle POUGNET**

soutenue le : **24 novembre 2022**

pour obtenir le grade de : **Docteur d'HESAM Université**

préparée au : **Conservatoire national des arts et métiers**

Discipline : **Sciences de l'éducation et de la Formation**

Spécialité : **Sciences humaines et humanités nouvelles, spécialité formation des adultes**

LE ROLE DU TIERS DANS L'APPRENTISSAGE SUR LE TAS

THÈSE dirigée par :

Monsieur LEMAITRE Denis Professeur Ecole Navale, Laboratoire Formations et apprentissages professionnels

et co-encadrée par :

Monsieur VANNEREAU Jean Maître de Conférences, Université de Bordeaux, LACES

Jury

M. Joris, THIEVENAZ, Professeur des universités, UPEC/ LIRTES Président

Mme Magdalena, KOHOUT-DIAZ, Professeur des universités,
Université de Bordeaux, LACES Rapporteuse

M. Renaud, HETIER, Professeur des universités, Université
Catholique de l'Ouest, LIRFE Rapporteur

Je soussigné / soussignée, Danielle POUGNET, déclare par la présente que le travail présenté dans ce manuscrit est mon propre travail, réalisé sous la direction scientifique de Denis LEMAITRE (directeur) et de Jean VANNEREAU (co-directeur), dans le respect des principes d'honnêteté, d'intégrité et de responsabilité inhérents à la mission de recherche. Les travaux de recherche et la rédaction de ce manuscrit ont été réalisés dans le respect de la charte nationale de déontologie des métiers de la recherche.

Ce travail n'a pas été précédemment soumis en France ou à l'étranger dans une version identique ou similaire à un organisme examinateur.

Fait à Paris, le 24 novembre 2022

Danielle Pougnet Vignaud

Affidavit

I, undersigned, Danielle POUGNET, hereby declare that the work presented in this manuscript is my own work, carried out under the scientific direction of Denis LEMAITRE (thesis director) and of Jean VANNEREAU (co-thesis director), in accordance with the principles of honesty, integrity and responsibility inherent to the research mission. The research work and the writing of this manuscript have been carried out in compliance with the French charter for Research Integrity.

This work has not been submitted previously either in France or abroad in the same or in a similar version to any other examination body.

Place Paris, November 24, 2022

Danielle Pougnet Vignaud

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes deux directeurs de thèse d'avoir accepté de me suivre dans ce travail de recherche. Denis Lemaitre et Jean Vannereau, je vous remercie pour votre engagement, votre accompagnement sans faille et pour tous ces moments riches que vous m'avez fait partager au cours de ces années, que ce soit sur le plan scientifique ou sur le plan humain

Je remercie également Jean Marie Barbier sans lequel cette rencontre n'aurait jamais eu lieu.

Je remercie aussi les membres du jury qui ont accepté d'évaluer cette thèse et d'y apporter un regard critique.

Ma reconnaissance va ensuite aux infirmiers qui ont accepté de participer à mon enquête et m'ont accordé de leur temps pour me parler de leur activité.

Je tiens également à remercier tous les membres du centre de recherche sur la formation (CRF) du CNAM devenu le laboratoire de la Formation et Apprentissages Professionnels (FOAP) ainsi que ceux de l'ENSTA de Bretagne et plus largement, l'ensemble des chercheurs que j'ai pu rencontrer au cours de ce parcours.

Enfin, ce travail n'aurait pu voir le jour sans le soutien de mes proches et amis ; ils se reconnaîtront ainsi que Dominique et Nathalie.

Résumé

Cette recherche cherche à comprendre le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas, par expérience de nouveaux diplômés en soins infirmiers qui ont choisis d'exercer dans le domaine de la psychiatrie. Après avoir décrit le contexte d'émergence de l'objet de la recherche, son étude s'est réalisée au croisement de différentes disciplines relevant des sciences humaines. En effet, étudier le concept de « tiers » et comprendre son rôle dans l'apprentissage, nous a amené à explorer et décloisonner les disciplines de l'anthropologie, la sociologie, la psychologie ou encore la psycho-sociologie. Au fur et à mesure de l'avancée de ce travail, la nature dynamique du tiers ainsi que la problématique de l'entre-deux qu'il occasionne, nous a conduits vers des paradigmes qui dépassent les approches classiques et linéaires proposées habituellement. Si bien que pour penser les phénomènes en jeu, investir les sciences de la complexité, de la multidisciplinarité et de la transdisciplinarité au service d'une approche ternaire nous est apparu comme une évidence, puisqu'elles autorisent la possibilité d'admettre le « ET » et le contradictoire afin de penser conjointement différents niveaux du phénomène, sans les dénaturer.

À la croisée d'une approche par l'activité et d'une approche par les actes de langage, l'analyse du discours de plusieurs nouveaux diplômés a permis de montrer que le tiers est un système ternaire inclusif et dynamique convoqué selon les besoins du sujet dans des situations d'apprentissages informelles. Construit dans et par la relation, grâce à des passeurs, il favorise la circulation et l'articulation des représentations individuelles et collectives et sert l'autonomisation du sujet. À l'inverse, l'absence de tiers conduirait à de la souffrance au travail et pourrait expliquer le départ voir même à l'abandon des nouveaux diplômés de la profession d'infirmier dans ce secteur du soin.

Mots clefs :

Apprentissage sur le tas, tiers, soins infirmiers, psychiatrie et santé mentale, passeurs, entre-deux

Résumé en anglais

This research seeks to understand the role of the third party in on-the-job learning, through the experience of new nursing graduates who have chosen to practice in the field of psychiatry. After having described the context of the emergence of the object of research, his study was carried out at the crossroads of different disciplines within the human sciences. Indeed, studying the concept of "third party" and understanding its role in learning, has led us to explore and decompartmentalize the disciplines of anthropology, sociology, psychology or even psychosociology. As this work progresses, the dynamic nature of the third party as well as the problem of the in-between that it causes, has led us towards paradigms that go beyond the classical and linear approaches usually proposed. So much so that in order to think about the phenomena at stake, investing the sciences of complexity, multidisciplinary and transdisciplinary in the service of a ternary approach seemed obvious to us, since they allow the possibility of admitting the "AND and the contradictory in order to jointly think about different levels of the phenomenon, without distorting them.

At the crossroads of an approach by activity and an approach by speech acts, the analysis of the discourse of several new graduates has made it possible to show that the third party is an inclusive and dynamic ternary system summoned according to the needs of the subject in informal learning situations. Constructed in and through the relationship, thanks to facilitators, it promotes the circulation and articulation of individual and collective representations and serves the empowerment of the subject. Conversely, the absence of a third party would lead to suffering at work and could explain the departure or even the abandonment of new graduates from the nursing profession in this care sector.

Keywords :

Learning on the job, third parties, nursing, psychiatry end mental health, couriers, in-between

Table des matières

Remerciements	4
Résumé	5
Résumé en anglais	6
Liste des tableaux	13
Liste des figures	14
Liste des annexes.....	15
Introduction	16
Vers une problématique et l'émergence d'un objet de recherche	23
Chapitre 1 : La psychiatrie : une histoire de « fou »	24
1. La maladie de l'antiquité à la Révolution : entre magie, dévotion et un début de rationalisation des soins	24
2. L'après révolution : l'émergence de deux disciplines du soin	25
2.1. Evolution de la discipline infirmière en soins généraux : une inspiration d'origine anglaise.....	26
2.1.1. La profession des nurses	26
2.1.2. Naissance de la profession infirmière en France.....	26
2.2. Et la psychiatrie ?	28
2.2.1. Le traitement moral	28
2.2.2. Une remise en cause du traitement moral	30
2.2.2.1. Un « guerre » fratricide, plutôt qu'un débat d'idées... ..	30
2.2.3. Des gardiens devenus des infirmiers spécialisés.....	32
2.2.4. La psychiatrie après la deuxième Guerre Mondiale.....	33
2.2.4.1. Un mouvement désaliéniste : La psychothérapie institutionnelle, berceau de la psychiatrie moderne	33
2.2.4.2. L'apparition des thérapeutiques	35
2.2.4.3. La sectorisation : le soin dans la cité.....	36
2.2.4.4. « L'antipsychiatrie ».....	37_Toc114404047
2.2.4.5. La formation des infirmiers de secteur psychiatrique	38
Chapitre 2 : L'« atomisation » de la psychiatrie : la disparition de ses infirmiers spécialisés et de ses savoirs	40
1. Une influence d'origine Américaine	40

2. Une économie du soin et une approche biomédicale de la prise en charge de la maladie mentale	43
3. L'approche bio-psycho-sociale dans le champ de la psychiatrie : un nouveau modèle de pensée pour une « trinité de la folie »	43
3.1. L'approche bio-psycho-sociale : un concept ?	43
3.2. La psychiatrie française : un nouveau modèle de pensée.....	44
4. La perte des savoirs	45
4.1. La formation en soins infirmiers à partir de 1992 : une seule et même formation pour un même diplôme	45
4.2. Un mouvement conservateur de la part des professionnels issus de la psychiatrie ..	46
4.3. Une prise de conscience des difficultés en psychiatrie et santé mentale : un enjeu sociétal et de santé publique.....	46
4.4. La professionnalisation des infirmiers	48
4.5. Les études en soins infirmiers d'aujourd'hui : un dispositif de professionnalisation	49
4.5.1. La discipline de la psychiatrie dans la formation des infirmiers aujourd'hui	50
Conclusion.....	52
Chapitre 3 : Approche contemporaine de la profession	54
1. Le contexte général en France.....	54
1.1. La démographie infirmière.....	54
1.2. Le contexte hospitalier	55
1.3. L'organisation du travail	56
2. Etre infirmier aujourd'hui	56
2.1. L'exercice infirmier.....	56
2.2. L'exercice infirmier en santé mentale et psychiatrie	57
2.2.1. Les actions de soins des infirmiers en psychiatrie	58
2.2.2. La toilette.....	60
Conclusion.....	61
Chapitre 4 : Apprendre son métier sur le tas, par l'expérience : vers un objet de recherche ...	63
1. Les résultats issus de ma recherche en Master 2 confirmés par l'observation exploratoire de la thèse	63
1.1. Une absence de tutorat	64
1.2. L'observation pour apprendre	64
1.3. Un apprentissage sur le tas par l'expérience non performant	65

1.4.	L'essai erreur : une autre modalité d'apprentissage.....	65
1.5.	L'élaboration de l'expérience et construction de sens	66
1.5.1.	L'élaboration de l'expérience.....	66
1.5.2.	Les représentations : objets complexes, essentiels à l'élaboration de l'expérience	67
2.	L'émergence d'un objet de recherche : la notion de tiers	68
2.1.	Une observation exploratoire du terrain.....	69
2.2.	Le discours des experts soignants : le tiers	70
	Cadre conceptuel : le tiers « dans tous ses états »	74
	Chapitre 1 : Options épistémologiques et théoriques de la recherche.....	75
	Chapitre 2 : Le concept de tiers pluridisciplinaire et multiréférentiel : Un objet aux multi-facettes.....	78
1.	Le tiers en anthropologie.....	78
1.1.	La théorie du « Bouc émissaire » et le tiers	78
1.2.	L'obligation de tiers dans la réciprocité.....	79
2.	Le tiers chez les sociologues	80
2.1.	Simmel et le concept de tiers.....	81
2.2.	Volckrick et le concept de tiers	82
3.	Le concept de tiers dans la psychiatrie et la psychanalyse.....	83
3.1.	Les Freudiens et le concept de tiers	84
3.2.	Les lacaniens et le concept de tiers	84
3.3.	André Green et le concept de tiers	85
	Chapitre 3 : Le tiers dans les sciences de l'éducation et de la formation.....	87
1.	Apprendre : un voyage avec le tiers	87
2.	La nécessité d'un passeur dans l'apprentissage	88
2.1.	Le rôle du passeur dans ce voyage : que fait-il ? qui est-il ?.....	88
2.2.	La réciprocité et le lien grâce à des figures de tiers	90
2.3.	D'une relation dyadique à une relation triadique	91
3.	L'entre deux	92
4.	Le tiers : un élément au sein d'un système ternaire inclusif et dynamique.....	93
5.	Le tiers comme objet et/ou le tiers comme sujet.....	95
6.	Le tiers une matrice dynamique composée de trois éléments	97
	Chapitre 4 : La souffrance : un indicateur pour l'apprendre	98

1.	Le travail selon Christophe Dejours	98
1.1.	Le travail : une confrontation au réel	99
1.2.	Le travail : un vecteur d'apprentissage	99
1.1.1.	Entre souffrance et plaisir	100
2.	La souffrance au travail.....	100
Chapitre 5 : D'une pensée binaire à une pensée ternaire		101
1.	Préambule.....	101
2.	La pensée binaire : une logique classique	101
3.	Une pensée ternaire	102
3.1.	Luspaco : la dynamique d'un système	103
3.1.1.	Le principe d'antagonisme	103
3.1.2.	Le principe de contradiction.....	103
4.	Le tiers inclus ou l'Etat T et les niveaux de réalité	104
5.	Conclusion.....	105
Cadre méthodologique et conduite de la recherche		109
Chapitre 1 : Les choix méthodologiques.....		112
Chapitre 2 : La conduite de la recherche.....		115
1.	Un travail documentaire	116
2.	Une observation exploratoire et la construction de l'objet de recherche	118
2.1.	Une première étape : une observation qualifiée « d'empirisme qualitatif » au service d'une démarche exploratoire.....	118
2.1.1.	Un terrain.....	119
2.1.2.	Entre une posture de chercheur et une posture professionnelle	120
2.1.2.1.	Une éthique	120
2.1.2.2.	Une posture	121
2.1.3.	Un préalable à la phase d'observation exploratoire	122
2.1.4.	L'échantillon de l'observation exploratoire	123
2.1.5.	Analyse de l'observation exploratoire.....	125
2.1.5.1.	Le traitement des questions fermées	125
2.1.6.	Les résultats de la phase exploratoire de la recherche	126
2.1.6.1.	Les résultats aux questions fermées	126
2.1.6.1.1.	Les nouveaux diplômés observent les professionnels experts pour apprendre.....	126

2.1.6.1.2. Les nouveaux diplômés pratiquent l'essai/erreur.....	127
2.1.6.1.3. Les nouveaux diplômés éprouvent des difficultés	127
2.1.6.1.4. Une absence de tutorat	128
2.1.6.1.5. Tuteur ou tiers ?.....	128
2.1.7. Un ensemble de situations apprenantes.....	128
3. Accéder au discours de nouveaux diplômés : Un choix, l'entretien compréhensif non directif couplé à une approche projective	132
3.1. La réalisation d'entretiens compréhensifs ouverts couplés à une méthode projective	
135	
Chapitre 3 : Approche et méthode d'analyse des matériaux.....	137
1. Une analyse catégorielle des entretiens.....	138
1.1. Une reconstruction du discours	140
Chapitre 4 : les résultats de la recherche : Le rôle du tiers dans l'apprentissage.....	144
1. Un préalable : caractéristiques de l'échantillon et les lieux d'exercices.....	144
2. Une approche projective efficace : un discours au plus près des situations.....	147
3. Une multitude de passeurs (ou figure de tiers).....	149
3.1. Des passeurs ou figures de tiers humains.....	149
3.1.1. Le cadre de santé	149
3.1.2. Le patient.....	151
3.1.3. Le groupe soignant ou le soignant : une figure de tiers positive ou une figure de tiers négative.....	152
3.1.4. Le médecin /psychologue.....	154
3.1.5. D'autres figures de tiers	155
3.2. Des passeurs matériels ou immatériels issus de dispositifs formels ou informels	
155	
4. Une multitude de passeurs pour une seule et même activité.....	158
5. La relation réciproque avec le passeur choisi pour construire du sens : une « troisième possibilité »	159
5.1. Le passeur : un rôle de médiateur.....	159
5.2. L'investissement des nouveaux diplômés dans d'autres tiers.....	160
6. Des activités marquées par de l'apprentissage.....	161
7. Des activités sans traces d'apprentissage	162
7.1. Une activité d'apprentissage en cours.....	163

7.2. Une activité sans apprentissage.....	163
7.2.1. Une activité empêchée	164
7.2.2. Des activités à connotations négatives	165
7.3. Une absence de tiers ou un tiers négatif.....	165
Chapitre 5 : Le tiers : entre apprentissage et « souffrance » : mise en perspective des résultats	167
1. Les passeurs.....	167
2. L’entre-deux : un troisième espace	168
3. Apprendre et se développer grâce aux tiers	169
4. Une absence d’apprentissage	171
5. Une absence de tiers = de la souffrance	173
5.1. Des apprentissages empêchés.....	174
Conclusion.....	177
Bibliographie.....	182
Annexes.....	208
Résumé :.....	138
Résumé en anglais :.....	138

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : GUIDE DE MOTS CLEFS EN LIEN AVEC LE MOT « APPRENDRE POUR L’OBSERVATION	122
TABLEAU 2 : GRILLE DE TIERS ISSUS DE L’ETUDE DE KNIGHT, TAIT & YORK	123
TABLEAU 3 : ECHANTILLON DE L’OBSERVATION EXPLORATOIRE	123
TABLEAU 4 : CARACTERISTIQUES DE L’ECHANTILLON DE LA PHASE D’OBSERVATION EXPLORATOIRE	124
TABLEAU 5 : LES RESULTATS AUX QUESTIONS ISSUES DE L’OBSERVATION DU TERRAIN ET DES ECHANGES INFORMELS	126
TABLEAU 6 : DES ELEMENTS TIERS A L’ETAT D’HYPOTHESE	129
TABLEAU 7 : EXEMPLE D’ANALYSE POUR LA CREATION DE CAS SIMPLIFIES.....	130
TABLEAU 8 : LES DIFFERENTES TIERS ABORDEES DANS LES SITUATIONS.....	130
TABLEAU 9 : LES DIFFERENTES FIGURES DE TIERS.....	132
TABLEAU 10 : CARACTERISTIQUES DE L’ECHANTILLON POUR LES ENTRETIENS	135
TABLEAU 11 : LES FIGURES DE TIERS POUR L’ANALYSE	139
TABLEAU 12 : EXEMPLE D’IDENTIFICATION D’UNE FIGURE DE TIERS : CADRE DE SANTE.....	139
TABLEAU 13 : ANALYSE DE L’ECHANTILLON INTERROGE ET DES LIEUX D’EXERCICES	144
TABLEAU 14 : CARACTERISTIQUES DE L’ECHANTILLON DE LA PHASE D’ENTRETIEN	145
TABLEAU 15 : DEVENIR DE L’ECHANTILLON DE L’ETUDE.....	147
TABLEAU 16 : UNE PROJECTION.....	148
TABLEAU 17 : DES PASSEURS MATERIELS, IMMATERIELS FORMELS ET INFORMELS	155
TABLEAU 18 : UN ECHANTILLON D’ACTIVITES MARQUE PAR UN CHANGEMENT	161

Liste des figures

FIGURE 1 : REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE L'ACTION DE LA LOGIQUE DU TIERS INCLUS ..	104
FIGURE 2 : LES GRANDES ETAPES DE LA RECHERCHE	115
FIGURE 4 : LE ROLE DU TIERS	171
FIGURE 5 : SITUATION SANS APPRENTISSAGE	173
FIGURE 6 : L'INFLUENCE DU PASSEUR NEGATIF.....	175

Liste des annexes

ANNEXE 1 : GUIDE D'OBSERVATION VIERGE	209
ANNEXE 2 : GUIDE DE MOTS CLEFS EN LIEN AVEC LE VERBE « APPRENDRE ».....	210
ANNEXE 3 : GRILLE DE TIERS ISSUS DE L'ETUDE DE KNIGHT, TAIT & YORK.....	211
ANNEXE 4 : OBSERVATION DES 10 SUJETS	212
ANNEXE 5 : RESULTATS AUX QUESTIONS FERMEES.....	223
ANNEXE 6 : ANALYSE DE SITUATIONS APPRENANTES.....	224
ANNEXE 7 : LES SITUATIONS	239
ANNEXE 8 : LES ENTRETIENS	246
ANNEXE 9 : IDENTIFICATION DES DIFFERENTES FIGURES DE TIERS (OU PASSEURS) DANS LE DISCOURS DES SUJETS.....	396
ANNEXE 10 : LES PASSEURS	421
ANNEXE 11 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 1	448
ANNEXE 12 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 2	458
ANNEXE 13 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 3	471
ANNEXE 14 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 4	478
ANNEXE 15 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 5	487
ANNEXE 16 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 6	495
ANNEXE 17 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 7	502
ANNEXE 18 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 8	510
ANNEXE 19 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 9	520
ANNEXE 20 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 10	528
ANNEXE 21 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 11	537
ANNEXE 22 : ANALYSE DYNAMIQUE DU SUJET 12	540

Introduction

« La peur du fou est, sans doute, aussi vieille que le monde » relate Jacques Hochmann en 1981 dans un magazine de santé mentale au Québec. Cette représentation de « l'autre différent » a conduit les sociétés, dès l'antiquité à s'interroger sur la prise en charge de ces malades. Du « fou » au sein de la cité, où toute la communauté était auprès de lui, à la démonologie, à l'internement dans des asiles, jusqu'à la naissance de l'hôpital psychiatrique et santé mentale ; la pathologie mentale en 2022 interroge toujours. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, dans son plan d'action 2013-2020 pour la santé mentale et psychiatrie, qui devait être reconduit en 2020 pour 7 ans, 1 personne sur 4 est ou sera touchée dans sa vie, par une altération de sa santé mentale avec pour certaines d'entre elles des troubles psychiques incurables « *plaçant les troubles mentaux comme l'une des causes principales de morbidité et d'incapacité à l'échelle mondiale.* » Secteur du soin spécialisé, peu reconnu par la communauté pendant des siècles, la transmission de ses savoirs disciplinaires s'est réalisée de manière orale jusqu'à leurs formalisations, à partir de 1955 en France, avec la création d'une formation d'infirmier de secteur psychiatrique porteuse d'une identité collective très forte jusqu'en 1992. Cette nouvelle formation a marqué le début de la déprofessionnalisation d'une spécialité et d'une culture soignante. Celle-ci s'est accentuée, avec le nouvel arrêté de 2009 de cette même formation, dans lequel le contenu disciplinaire est devenu quasi inexistant. Les réformes successives liées aux attentes des organisations qui, dans un contexte de mondialisation où progrès et compétences riment avec économie et productivité, souhaitent des professionnels compétents, opérationnels dès leur prise de fonction, capables de s'adapter rapidement aux changements induit par notre société en constante mutation. Malheureusement, elles en ont oublié cette discipline, pensant qu'une formation généraliste suffirait pour exercer en psychiatrie et santé mentale. Cette situation est d'ailleurs décrite, en 2019, dans le rapport de Fiat, C. & Wonner, M. comme « au bord de l'implosion ». En effet, en France, malgré une augmentation du nombre des prises en charge de patients, les différents rapports sur la psychiatrie et santé mentale, de Couty (2009), Milon (2009), Laforcade (2016) confirment une perte des savoirs avec, pour conséquence, une baisse de la qualité des soins dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Le rapport Laforcade en 2016 soulève même la nécessité de « *prévoir la possibilité d'une 4^{ème} année de formation option psychiatrie (master un et deux)* » pour lutter contre la déperdition des savoirs infirmiers dans cette discipline. La politique menée depuis des années évaluée et critiquée par ces différents rapports, ainsi que par l'article de Beguin, Cabut, & Clavreul du 26 janvier 2018 sur les conséquences de la suppression de la

formation d'infirmier psychiatrique en 1992 soulignent ainsi, tous les dysfonctionnements entre la formation et les attentes du métier ainsi que les lacunes accumulées depuis des années dans ce secteur.

Aujourd'hui, sur le terrain, les nouveaux professionnels qui choisissent d'exercer dans ce milieu ne peuvent, être opérationnels car la formation proposée n'est pas en corrélation avec l'exercice infirmier en santé mentale et psychiatrie. Cette discipline nécessite une acculturation, des connaissances et un savoir-faire spécifique avec une approche du soin différente de celle des soins généraux. Enjeux de santé public, de multiples plans « psychiatrie et santé mentale » de 2005-2008, de 2011-2015 et de 2016-2020 ont été promulgués pour tenter d'y remédier. Ils préconisent d'apporter un accompagnement aux nouveaux arrivants afin de les aider dans l'apprentissage de leur métier. Mais le contexte actuel ne permet pas de répondre à ces préconisations, car ce secteur du soin est en prise avec une économie de la santé et une « nouvelle psychiatrie » venue des Etats Unis. Il doit également faire face ces dernières années, au départ massif à la retraite d'infirmiers formés, qualifiés et expérimentés mais aussi à une désertification du personnel qui s'est accentuée après la période post-Covid, ainsi qu'à une déprofessionnalisation de sa discipline. Finalement, lors de leur arrivée sur le terrain, les nouveaux diplômés se retrouvent confrontés à une spécificité du métier de soignant tant dans sa culture, son approche et sa pratique, pour laquelle la formation actuelle ne les a pas préparés et ils vont devoir apprendre leur métier sur le tas.

Cette question de l'apprentissage du métier post-diplôme a fait l'objet d'une recherche exploratoire en Master 2 et a montré que les nouveaux diplômés apprenaient à partir du savoir-faire d'autrui, que l'observation des nouveaux diplômés et un phénomène de mimésis (Lemaitre, 2007) jouaient un rôle prépondérant dans leur apprentissage. Elle a aussi révélé que ces néo-professionnels ne bénéficiaient d'aucun accompagnement formalisé de la part de leurs pairs, et que pour apprendre ils pratiquaient l'essai-erreur. Mais comment pouvaient-ils faire des liens, construire du sens sans accompagnement ? Si l'on se réfère à Pastré, Vergnaud, Gérard et Mayen (2006) ou encore Barbier (2013) la pratique de l'essai-erreur s'inscrirait dans l'apprentissage sur le tas. Cependant, ces auteurs précisent que cet apprentissage nécessite un accompagnement qui autorise une transformation des représentations du sujet afin qu'il puisse opérer un lien, une mise en sens des pratiques qu'il a réalisées. Or, sans accompagnement formalisé, comment pouvaient-ils mettre en sens, cette expérience ? Il semblerait donc qu'il y ait autre chose dans l'environnement des novices qui leur permettent d'apprendre ; puisque l'observation exploratoire menée dans le cadre de la recherche doctorale a montré

qu'effectivement, selon les professionnels de terrain, les nouveaux diplômés apprenaient. Cependant, cette démarche exploratoire a soulevé d'autres points de cristallisation car pour valider ou invalider les apprentissages, l'évolution ou non de connaissances, le développement identitaire ou non des nouveaux diplômés, les experts tenaient pour discours : « il a bénéficié d'un tiers », « heureusement qu'il a eu un tiers, ça lui a servi. » ou encore « il n'avait pas de tiers ». Pourquoi employaient-ils ce mot : tiers ? Quel sens avait-il pour eux ? Interrogés à ce sujet, les professionnels indiquent que le mot tiers est synonyme du mot tuteur ; une personne qui accompagne des étudiants et leur permet d'apprendre. N'y aurait-il pas un décalage sémantique autour de la notion de tiers ? Le mot tiers n'est-il pas plutôt à mettre en lien avec la thérapie institutionnelle, la relation à l'autre, les notions de désir, d'imaginaire, de symbolique (ou de défaut de symbolisation amenant à la pathologie) ou encore avec la fonction du père chez Lacan. Pourquoi est-il associé au mot tuteur ? Par ailleurs, s'il s'agit bien d'un tuteur pourquoi les résultats de Master 2 et de l'observation exploratoire de cette recherche doctorale relèvent qu'il n'y a pas d'accompagnement de la part des professionnels de terrain ? Pourquoi parler de tiers, s'il n'y a pas d'accompagnement proposé aux nouveaux diplômés ? Que cache cette contradiction ? Quel est réellement ce tiers ? Que représente-t-il ? Quel est son rôle ? Comment se manifeste-t-il ? Serait-il l'élément qui permettrait au nouveau diplômé de construire du sens et finalement lui permettre d'apprendre ?

Cette recherche se donne pour objectif, de comprendre comment les nouveaux diplômés en soins infirmiers qui exercent en psychiatrie et santé mentale peuvent apprendre leur métier sur le tas et plus particulièrement étudier : le rôle du tiers dans le processus d'apprentissage sur le tas. Objet peu investigué dans la formation et les sciences de l'éducation, son étude a amené à la déclinaison de sous questions avant de pouvoir comprendre son rôle, à savoir : Qu'est-ce que le tiers ? Quel est son fonctionnement ? Quel est son rôle dans l'apprentissage ? et une multiplication des regards théoriques et disciplinaires. La compréhension de cet objet a nécessité, de par sa nature, de s'inscrire dans une épistémologie pluridisciplinaire convoquant la complexité, la multidisciplinarité et la transdisciplinarité pour ne pas dénaturer l'objet et favoriser une lecture dynamique de celui-ci. Objet à la croisée d'une approche par l'activité et d'une approche par les actes de langage, douze entretiens compréhensifs ouverts associés à une méthode projective ont été réalisés. Les matériaux récoltés ont donné lieu à une méthode d'analyse qualitative conjuguant l'analyse catégorielle proposée par Bardin (1989) couplée à une approche issue de l'analyse de l'éthos discursif proposée par Hatano-Chavildan & Lemaitre (2017), d'inspiration structurale pour laquelle un outil d'analyse spécifique a été construit. Cette

étude a permis de comprendre que le tiers n'est pas un tuteur mais un processus ternaire dynamique et itératif composé d'un apprenant, d'un passeur et d'un entre-deux qui a pour but la construction de sens et la préservation des savoirs mais aussi l'équilibre social. Cependant, la recherche a pu aussi mettre en évidence que le tiers pouvait être absent et que quand celui-ci fait défaut il n'y avait pas d'apprentissage mais l'apparition d'une souffrance au travail et une perte des savoirs.

Pour débiter, la première partie de la recherche sera consacrée au contexte d'émergence de la problématique et de l'objet de la recherche. Composée de quatre chapitres, les deux premiers retraceront l'évolution théorico-socio-économique et politique de la psychiatrie et celle de ses soins infirmiers et de sa formation, jusqu'à nos jours pour comprendre, pourquoi cette discipline, aujourd'hui, est dite « au bord de l'implosion » et de saisir les enjeux qui sous-tendent cette recherche. Puis, le troisième chapitre sera consacré à une approche contemporaine de la profession d'infirmier afin de décrire l'exercice infirmier tel qu'il est prescrit et de montrer les écarts entre la formation en soins infirmiers et l'activité réelle en psychiatrie et santé mentale. Ainsi les difficultés auxquelles sont confrontés les nouveaux diplômés lors de leurs prises de fonction seront mises en exergue et montreront que ces nouveaux professionnels doivent apprendre leur métier sur le tas, bien qu'ils aient été formés pendant trois ans. Le dernier chapitre, présentera la construction de l'objet de la recherche. Une première partie expliquera pourquoi et comment une observation exploratoire auprès de nouveaux diplômés en soins infirmiers a été menée. Enfin, une dernière partie fera part des résultats de cette démarche inductive d'où a émergé l'objet de cette recherche : le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas.

La deuxième partie de cette recherche composée elle aussi de quatre chapitres, consistera en un cadrage théorique autour du concept de tiers. Au croisement de différentes disciplines relevant des sciences humaines le concept de « tiers » sera étudié pour comprendre ce qu'il est, ce qu'il fait. Cette étude explorera et décloisonnera les disciplines de l'anthropologie, la sociologie, la psychologie ou encore la psycho-sociologie dans un premier chapitre, les sciences de l'éducation et de la formation seront traitées dans le second. Puis, face aux multiples plaintes relevées dans le discours des sujets interrogés, un troisième chapitre traitera de la souffrance au travail pour comprendre et faire une distinction entre les plaintes qui relèvent d'un apprentissage et celles qui expriment une réelle souffrance. Enfin, au fur et à mesure de l'avancé de la revue de littérature, la nature dynamique du tiers ainsi que la

problématique de l'entre-deux qu'il occasionne, conduiront ce cadrage, vers des paradigmes qui dépassent les approches classiques et linéaires proposées habituellement. Afin de penser les phénomènes en jeu, les sciences de la complexité, de la multidisciplinarité et de la transdisciplinarité au service d'une approche ternaire seront investies pour autoriser la possibilité d'admettre le « ET » et le contradictoire pour penser conjointement différents niveaux du phénomène, sans les dénaturer.

Puis une troisième partie sera consacré à la démarche de recherche. Le premier chapitre présentera la démarche de l'observation exploratoire dans son intégralité. Puis, un second chapitre illustrera la conduite de la recherche pour laquelle :

- Un protocole de recueil de données spécifiques a été construit, afin d' « *obtenir un discours qui soit au plus près du fonctionnement cognitif des sujets interrogés, une méthode projective a été associée à une méthode par entretien non directif afin d'obtenir des éléments de réponses spontanées sur leur manière d'apprendre.* » (Pougnat & Vannereau, 2020)
- Un Protocole d'analyse pour lequel un outil spécifique a été construit et prenant appui sur l'éthos discursif proposée par Hatano-Chavildan & Lemaitre (2017) ; d'inspiration structurale, il a été couplé avec une analyse catégorielle proposée par Bardin (1989).

A suivre, les résultats de la recherche seront présentés. Comme le tiers est en fait un processus. Celui-ci sera décomposé pour plus de lisibilité puis sera reconstruit dans une dernière partie dont l'objectif final est de rendre compte de son rôle dans l'apprentissage sur le tas de nouveaux diplômés exerçant dans le domaine des soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale.

Vers une problématique et l'émergence d'un objet de recherche

Cette première partie, qui a fait l'objet d'une publication (Pougnnet, 2022 à paraître) est consacrée au contexte d'émergence de la problématique et de l'objet de la recherche. Cependant, décrire un contexte dans lequel on est acteur, peut parfois manquer d'objectivité. Pour exposer celui-ci et qu'il soit le plus objectif possible, sans être en prise avec ses propres représentations personnelles, une revue de littérature a été réalisée (Partie 3, Chapitre 1). Composée de quatre chapitres, les deux premiers retracent l'évolution théorico-socio-économique et politique de la psychiatrie ; celle de ses soins infirmiers ; de sa formation, jusqu'à nos jours. Ils permettent de comprendre, pourquoi aujourd'hui cette discipline est dite « au bord de l'implosion » et de saisir les enjeux qui sous-tendent cette recherche. Le troisième chapitre est consacré à une approche contemporaine de la profession d'infirmier afin de décrire l'exercice infirmier tel qu'il est prescrit et de montrer les écarts entre la formation des soins infirmiers et l'activité réelle en psychiatrie et santé mentale. Ce chapitre permet également d'exposer les difficultés auxquelles les nouveaux diplômés sont confrontés lors de leurs prises de fonction et de découvrir que ces professionnels doivent apprendre leur métier sur le tas, bien qu'ils aient été formés pendant trois ans.

Le dernier chapitre, quant à lui, présente la construction de l'objet de recherche. Inscrit dans une continuité d'une recherche exploratoire en Master 2, une première partie est consacrée à la présentation de ses résultats et aux questionnements qui en ont découlés. La seconde partie quant à elle explique comment et pourquoi une observation exploratoire auprès de nouveaux diplômés en soins infirmiers a été menée. Enfin, la dernière partie fait part des résultats de cette démarche inductive d'où a émergé l'objet de cette recherche.

Chapitre 1 : La psychiatrie : une histoire de « fou »

Depuis la nuit des temps, s'occuper de ses semblables semble être une constante anthropologique. Les représentations de la maladie et de « l'autre différent » (en particulier les hommes atteints de troubles psychiatriques) ont conduit les sociétés, dès l'antiquité à s'interroger sur la prise en charge de ces malades. La réponse sociale qui leur a été apportée, a oscillé durant des siècles au gré des cultures, des croyances et des idéologies. Ce questionnement perpétuel, fait d'oppositions et de paradoxes politiques, philosophiques, économiques et médicaux, a contribué à la construction et à l'évolution de la psychiatrie et à l'émergence d'une spécialité infirmière. A l'inverse, il a aussi entraîné l'« atomisation de la psychiatrie »ⁱ et la disparition d'une formation d'infirmiers spécialisés au profit d'une formation d'infirmiers généralistes. Evoquer cette histoire est essentiel puisqu'elle permet de comprendre non seulement le contexte de la psychiatrie, de ses soins infirmiers d'aujourd'hui et de faire émerger les enjeux de cette recherche.

1. La maladie de l'antiquité à la Révolution : entre magie, dévotion et un début de rationalisation des soins

Considérée comme une manifestation du divin pendant des siècles, la maladie qu'elle soit mentale ou physique est soignée par incantation, fumigation et décoction de plantes. Au V^{ème} siècle avant JC, Hippocrate qui souhaite lutter contre cette magie, crée une médecine humanitaire et scientifique et édicte des règles éthiques. Il reconnaît, comme ses prédécesseurs, les troubles mentaux au même titre que les maux physiques, mais pour soigner, il ne s'appuie pas sur la magie mais sur la théorie des humeurs. Apparaissent alors des médecins civils et des gardes malades masculins, par opposition aux pratiques préexistantes. Mais à cette époque, la connaissance est limitée, comme l'explique Quérel (2009), et la médecine dite « magique » perdure. Avec la christianisation de l'Europe, la médecine devient cléricale. Soigner, c'est avant tout s'assurer le salut éternel en procurant un abri sûr, du réconfort, des soins d'hygiène et des repas. L'« *hospital* », créé par l'ordre des évêques, accueille « les indigents », comme les malades. Basés sur la charité, ces soins sont réalisés bénévolement par des religieux que l'on appelle des « infirmiers ». Néanmoins, durant cette période, deux médecines coexistent. La théorie des humeurs héritée de la Grèce antique et les soins qui en découlent ainsi que les pratiques ancestrales basées sur les décoctions et les plantes. Cependant, sous l'Inquisition, la maladie change de statut. Elle résulte du péché et est liée à la « possession ». Jugés par un tribunal, les malades sont condamnés au bucher et brûlés pour hérésie. Les pratiques

médicinales sont assimilées à des actes de sorcellerie et, celui ou celle qui les prodigue, subit le même sort que les malades. Après cette période trouble, les soins apportés aux malades restent sommaires. La théorie des humeurs est toujours pratiquée, ainsi que les lavements ou encore les saignées et les pratiques médicales qui n'ont pas disparu sont toujours d'actualité.

Puis, sous la Renaissance et l'âge classique, un changement idéologique s'opère. Le contrôle des hôpitaux est transféré au pouvoir royal et la maladie change à nouveau de statut. Une distinction est faite entre le malade atteint de troubles organiques et celui atteint de maladie de la « tête ». Qualifié de « fou » celui-ci n'est plus considéré comme un enfant de Dieu, mais comme un « parasite » qui trouble l'ordre public. Pour assainir le Pays, le Roi instaure, le « grand renfermement » par Edit Royal en 1656 et l'étend au Royaume en 1662. Ces textes autorisent l'administration à enfermer toute personne qu'elle considère comme déviante par rapport à l'ordre social de l'époque. Selon cette doctrine plus sociale que médicale, les personnes atteintes de troubles psychiques, de maladies neurologiques, de tuberculose, de vices, les nécessiteux ou encore les personnes qui dérangent ou ont un avis politique différent sont enfermées. Il est important de rappeler qu'à cette époque est « aliénée », toute personne qui ne respecte pas la morale, dérange ou fait peur. Les « malades » ne bénéficient d'aucun soin à l'inverse des malades atteints de troubles organiques.

Durant des siècles, coexiste deux médecines : l'une reconnue et basée sur la théorie des humeurs, l'autre considérée comme plus obscure et basée sur les plantes. Le soin apporté aux malades reste donc sommaire et est réalisé par des femmes selon Poisson, (1998), ou encore Quénel, C. (2009). Tantôt magiciennes, bienfaitantes ou encore sorcières, la transmission des connaissances se fait la majeure partie du temps de manière orale, de génération en génération. Il faut attendre le XVIII^{ème} siècle pour que la pratique du soin soit essentiellement réalisée par les religieuses et que la première formation du soin soit créée. Mais, l'après-Révolution, période charnière entre l'époque moderne et l'époque contemporaine va marquer une réelle évolution du soin. Une scission entre les maux physiques et psychiques avec pour chacune d'entre elle le développement de sa propre idéologie du soin et sa propre culture va s'opérer.

2. L'après révolution : l'émergence de deux disciplines du soin

Après la Révolution, les politiques vont distinguer le soin auprès des personnes atteintes de pathologies physiques, du soin aux personnes atteintes de pathologies psychiques pendant près de deux siècles. Cette distinction va donner lieu à l'émergence de deux disciplines qu'il nous faut décrire puisque chacune d'entre elle va avoir sa culture et sa formation spécifique.

2.1. Evolution de la discipline infirmière en soins généraux : une inspiration d'origine anglaise

Après la Révolution, en France, la prise en charge des patients souffrants de pathologie physiques est dispensée par les sœurs dans des institutions religieuses ou la notion de vocation est toujours omniprésente et la prière fait office de soin. Il faut attendre la fin du XIX^{ème} siècle pour voir une évolution de la discipline grâce aux évolutions médicales, à l'influence anglo-saxonne et au processus de laïcisation des personnels voulu par les politiques français.

2.1.1. *La profession des nurses*

En Angleterre, la profession infirmière se développe, sous l'impulsion tout d'abord d'Élisabeth Fry au début du 19^{ème} siècle puis de Florence Nightingale (1820-1910). Ses publications et son travail avant, pendant et après la guerre de Crimée lui permettent d'obtenir la reconnaissance de tout un pays. Grâce à cette publicité, elle crée en 1860 le premier établissement de formation d'infirmières le : Nightingale Training School. Cette pionnière instaure également le raisonnement infirmier autonome. Par ailleurs, en Angleterre, les nurses se sont auto-organisées. La profession est reconnue et le soin est une discipline à part entière. Les nurses travaillent avec le médecin qui leur reconnaît une réelle spécialité. Ces études d'un niveau élevé s'adressent à des filles cultivées et issues de « bonne famille ». Ecole de renommée internationale, les nurses sont recrutées au terme de leur formation dans de nombreux pays.

En France, la séparation de l'Etat et de l'église en 1905, la politique de la Troisième République qui veut soigner son pays ainsi que les découvertes scientifiques de Pasteur sur l'asepsie et l'antisepsie, vont influencer l'avenir du métier d'infirmier.

2.1.2. *Naissance de la profession infirmière en France*

En 1878, le Dr Bourneville, Sénateur et Aliéniste organiciste, s'inspire de la profession des « nurses » et de son dispositif de formation pour créer les premières écoles d'infirmiers comme la Salpêtrière, Bicêtre ou encore Lariboisière. Mais à la différence des nurses, l'infirmière française doit être, à l'époque, une « *collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du chirurgien ou du médecin* ». (Poisson, 1998, p.70). Pour ce faire, des écoles primaires vont accueillir des jeunes femmes « *idiotes et épileptiques* » (Poisson, 1998, p.71) et leur apprendre à lire. Puis, si elles le peuvent, elles accéderont à l'école professionnelle. Formées par des religieuses, elles apprendront l'anatomie, la pathologie de manière sommaire mais aussi à être disciplinées. Le Décret de 1922 scelle les fondements des écoles menant au métier d'infirmier

et celui de son statut social. Le Brevet "*d'infirmier diplômé de l'état français*" est créé. Les études, basées sur l'alternance sont d'ordres pratique et théorique. Après deux ans d'études, axées sur le soin somatique, elles donnent aux personnes diplômées, le Brevet de Capacité Professionnelle. Les infirmiers coexistent avec les religieux et sont peu reconnus. Le Décret du 15 avril 1930 transforme l'appellation du Brevet en Diplôme d'Etat infirmier.

En 1942, la formation en soins infirmiers est harmonisée et reconnue statutairement. Sa durée va augmenter au fur et à mesure des avancées médicales et de la laïcisation du métier. La formation est à nouveau réformée en 1972 et elle dure deux ans et demi. Dans l'institut, les savoirs sont dispensés maintenant par d'anciennes soignantes que l'on appelle des surveillantes. Celles-ci ont acquis une expertise de terrain leur permettant d'enseigner les connaissances théoriques du métier d'infirmier en soins généraux. Le stage quant à lui, permet de développer la pratique du soin au lit du malade. L'acquisition du savoir-faire est toujours basée sur une transmission orale de la part des experts de terrain. Avec la loi du 31 mai 1978, loi toujours en vigueur, un rôle propre (le care) est attribué aux infirmiers. Ce rôle donne le droit, comme aux nurses cent ans auparavant, de réaliser des diagnostics infirmiers sur la base du recueil des 14 besoins créés par Virginia HENDERSON, infirmière enseignante qui s'est appuyée sur le courant behavioriste qui permet d'évaluer les besoins d'un patient grâce à un recueil de données que l'infirmier réalise pour produire une prise en charge d'une personne dans sa globalité. Complémentaire au rôle prescrit (le cure), 1978 marque une évolution du statut des infirmières en soins généraux. Pour autant, elles restent des exécutantes médicales. Elles dispensent des soins sur prescription du médecin et ont peu d'autonomie.

Le métier d'infirmier en soins généraux et sa formation se sont, au fur et à mesure des années, laïcisés, harmonisés et se sont construits leurs propres identités. L'apprentissage du métier consiste en un apport de théories en lien avec les disciplines rencontrées en soins généraux. Ces connaissances s'étoffent au fur et à mesure des découvertes et avancées anatomopathologiques, pharmacologiques et chirurgicales. L'apprentissage est en alternance, pour former des cliniciennes. La psychiatrie n'est jamais abordée, ni enseignée dans les soins généraux. Elle est un domaine fantasmagorique. Pour autant, cette discipline va, elle aussi, connaître sa propre évolution et donner naissance à une catégorie d'infirmier avant que celle-ci soit intégrée en 1992 à la formation d'infirmiers en soins généraux.

2.2. Et la psychiatrie ?

Parler de soins infirmiers en psychiatrie, c'est aussi parler de la construction et de l'évolution de la psychiatrie comme nouvelle discipline scientifique. L'un ne va pas sans l'autre puisque ces deux disciplines se sont construites et ont évolué dans un même temps au gré des oppositions au sein même de la psychiatrie et des idéaux politiques, sociétaux et médicaux de leur époque.

Après la Révolution, les conditions d'accueil et de prise en charge des patients atteints de troubles psychiques sont les mêmes que durant la période du « grand enfermement ». La plupart des aliénés sont toujours enchaînés et vivent dans des conditions déplorables. Jean-Baptiste Pussin, patient tuberculeux, décrit cet univers au travers des propos de Didier dans son livre : « les nuits de Bicêtre » en 2007 : « *les cris, les déjections, les fenêtres murées, la tiédeur d'un air définitivement vicié, les hurlements, les râles, parfois des rires, des sanglots, des hoquets, des bras décharnés, des chemises en loques, l'urine de plusieurs jours qui stagne entre les lits, au milieu de l'allée* ». Peu après cette période, Jean-Baptiste Pussin, ancien patient stabilisé, devenu gardien, va devenir symboliquement, le précurseur de la fonction d'infirmier en psychiatrie. Cet homme parle aux malades, retire leurs chaînes et apporte des repas convenables dans un environnement propre. Les fous deviennent des êtres humains.

2.2.1. *Le traitement moral*

A cette même période, Philippe Pinel (1745-1826) médecin aliéniste à Bicêtre, rencontre Jean-Baptiste Pussin. Tous deux vont réitérer l'expérience de la Salpêtrière. Ils vont constater grâce à ce nouveau traitement que Pinel va nommer « traitement moral », une diminution des troubles chez les aliénés. A l'inverse de la pensée sociale de l'époque, il estime que chaque aliéné est doté d'une raison morale, d'une part de subjectivité, d'un passé émotionnel et d'une logique qu'il faut prendre en compte. Grâce à l'échange, la négociation et la considération par les gardiens, l'aliéné peut retrouver la raison au sein d'un environnement protecteur. L'asile à cette époque et un environnement sécurisé, reclus, où les aliénés sont libres de leurs mouvements même s'il y règne une discipline stricte où aucune contestation ou violence n'est autorisée sous peine d'être isolé et contenu.

Dans son traité médico-philosophique, Pinel défend cette pratique du soin et l'intérêt d'avoir avec lui des gardiens pour prendre en charge les malades au quotidien. Ce désir scelle les bases du métier d'infirmier en psychiatrie. Il affirme surtout qu'il existe une « *spécialisation*

de la prise en charge de la folie » et que celle-ci est curable. Il est également le premier à établir une nosographie des maladies psychiatriques avec une cartographie de symptômes prévalant sur lesquels l'aliéniste peut prendre appui pour évaluer les patients. S'il n'exclut pas totalement l'idée que la folie peut être une maladie liée à une altération de l'esprit, due à « des causes physiques », il s'affranchit de la pensée magique, ecclésiastique, de la doctrine médicale qui s'appuie encore sur la théorie des humeurs et de la pensée sociale de l'époque. Pinel va par ailleurs transmettre, ce « savoir » médical et infirmier à la communauté aliéniste qui le souhaite car le traitement moral n'est pas un principe partagé par toute la communauté des aliénistes. Le rapport de Jean-Etienne Esquirol sur les asiles français, dénonce en 1818 une inégalité des soins apportés aux aliénés et fait état des conditions déplorables dans lesquels ces derniers vivent encore dans la plupart des asiles.

Formé par Pinel puis devenu son successeur à la Salpêtrière, Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), va poursuivre le travail réalisé par son mentor. Il va compléter la nosographie établie et formaliser sur un plan étatique et législatif, l'organisation des asiles en France. S'il considère l'importance d'apporter un traitement moral, il insiste aussi sur la nécessité d'exclure les aliénés du système sociétal (famille, société au sens large) afin que ces derniers soient extraits des causes (diverses et variées) qui alimentent leur maladie. Un certain équilibre est alors trouvé entre le soin et la demande sécuritaire voulu par l'Etat et la société de l'époque.

L'Etat français va pour cela créer des lieux spécifiques afin d'accueillir les aliénés. Isolés, à l'écart des villes pour protéger les citoyens français, il y règne une discipline stricte et à la fois paternaliste (Foucault, 1972, 1975). Le travail des malades est réalisé sous la surveillance des gardiens et il a deux fonctions : occupationnelle et alimentaire ce qui permet à l'asile d'être autosuffisant. En 1838, la loi du 30 juin 1838 dite « des aliénés », est promulguée. Cette loi en vigueur jusqu'en 1990, comporte plusieurs axes qui vont dessiner les orientations de la psychiatrie en France. Tout d'abord, elle oblige chaque département à se munir d'un asile, sous contrôle de l'Etat. Chacun des établissements est dirigé par un médecin-chef directeur qui détient le pouvoir au sens wébérien. La loi précise ainsi, que le médecin dicte le soin, détient le savoir, et doit former son personnel. Cette formation reste aléatoire sur le territoire français et si elle a lieu, son contenu est dépendant du médecin-chef directeur et de l'obédience aliéniste à laquelle il appartient, comme nous le verrons après. Cette loi attribue surtout au médecin aliéniste, une expertise de la folie ce qui va avoir deux conséquences : la reconnaissance d'un savoir et d'une spécialité pour le législateur mais pas pour la communauté scientifique et d'un pouvoir d'internement et de soustraction à la justice d'une personne qui a

commis un crime ce « qui le fait entrer en concurrence avec le juge » et indignes une partie des juristes et des politiques ainsi que l'opinion publique.

2.2.2. Une remise en cause du traitement moral

À cette même période, apparaît un premier mouvement antipsychiatrique. Paradoxalement à la demande sociétale de l'époque qui veut exclure les aliénés de son système, celui-ci dénonce le système asilaire et ses pratiques, la légitimité même de cette nouvelle science qui au contraire de la médecine traditionnelle n'est pas basée sur des signes objectivables mais subjectifs, le manque de guérison et le pouvoir des médecins qui peuvent substituer un « coupable » à la justice. Ces débats vont avoir un impact au sein même des aliénistes et influencer l'évolution de la psychiatrie. En effet, le traitement moral va être remis en cause par une frange d'aliénistes, et d'autres théories vont voir le jour dans les années 1820 comme par exemple les courants des organicistes ou encore celui des psychistes.

2.2.2.1. Un « guerre » fratricide, plutôt qu'un débat d'idées...

À la différence de Pinel ou d'Esquirol, les organicistes comme Antoine Laurent Bayle, Urban Coste ou encore Bourneville pensent qu'il existe une cause organique explicable et démontrable pour expliquer la folie. Cette pensée a pour intérêt de se rapprocher de la pensée médicale. En effet, une maladie organique a obligatoirement une cause observable, liée à un dysfonctionnement viscéral ou à une atteinte corporelle, à la différence de la maladie mentale et sa part de subjectivité définies par Pinel ou Esquirol. Même si cette discipline s'oppose aux aliénistes, cette approche va permettre d'expliquer nombre de maladies liées à une atteinte du système nerveux comme la plus connue : la syphilis.

Un autre mouvement voit le jour en Allemagne celui des psychistes. Inscrit dans une approche spirituelle, il est porté par Heinroth (1773-1843). Anti-organiciste, ses disciples s'appuient sur la pensée de Stahl pour qui la maladie serait liée à « *un oubli d'une partie du corps par la force spirituelle qui anime l'organisme et le maintien en vie en luttant contre la décomposition.* » (Hochmann, 2015a. p. 115). Pour traiter l'âme du malade, il préconise un traitement individualisé en dualité avec le médecin afin que ce dernier répare l'âme du patient. Proche de la confession, ce traitement ne peut être systématisé car il s'appuie essentiellement sur les aptitudes et les différentes casquettes endossées par le médecin qui se veut à la fois prêtre, éducateur, soigneur. Néanmoins cette approche est le berceau de la psychanalyse.

À partir de 1850, le débat sur la légitimité de la spécialité de la folie et de sa scientificité médicale est relancé grâce aux différentes découvertes de Jean-Pierre Falret (psychose maniaco-dépressive) ou encore de son élève Charles Lasègue (le délire de persécution). Certaines maladies mentales peuvent être maintenant différenciées. Leurs travaux permettent de comprendre également que la maladie psychique serait d'origine complexe et circulaire. Cette circularité amène à s'inscrire dans une pensée causale où un élément X amène à un trouble Y qui entraîne un autre élément ou à un autre trouble. Par ce raisonnement, ils s'inscrivent dans la pensée médicale de l'époque et se détachent de la pensée de Pinel ou d'Esquirol qui accorde au patient une part de subjectivité. Parallèlement à ces courants de pensées, les théories héréditaires et hygiénistes voient le jour avec l'idée qu'une tare peut être identifiée et transmise à sa progéniture.

Les travaux sur l'hystérie et l'hypnose en cette fin de siècle, les découvertes de Breuer, Janet ou encore Freud amènent à repenser la part d'inconscient et de subjectivité dans la maladie mentale. Ils s'opposent à une théorie de la dégénérescence héritée, qui prend de l'ampleur et à la classification des maladies et symptômes établie par Kraepelin. La cure psychanalytique proposée par Freud aux patients atteints de troubles névrotiques permet pour la première fois de soigner en ambulatoire, en ville.

Le système reste inchangé pendant plusieurs décennies et la prise en charge de la maladie mentale, s'est même dégradée. Le traitement moral tend à s'effacer au profit non seulement d'une science classifiant les individus afin de les extraire de la société pour ne pas la pervertir mais aussi d'une science traumatisante qui cherche par tous les moyens à trouver les causes de la maladie. Les pratiques expérimentales sont nombreuses. La trépanation, la lobotomie des patients ou encore les pratiques traumatiques sur l'appareil génital féminin dans les problématiques hystériques en sont des exemples. En opposition avec ces courants de pensée qui prévalent, une autre psychiatrie humaniste est en train de naître. Des découvertes sont faites par d'autres médecins comme Klein, Dolto notamment chez l'enfant et son développement ou Minkowski, Lacan dans le domaine de la psychose. Cette approche du soin à l'inverse, se veut compréhensive, phénoménologique et relationnelle, alors que Lacan se détache de ses contemporains puisqu'il s'inscrit dans un mouvement surréaliste une démarche structuraliste, dynamique et non organiciste. Le patient retrouve néanmoins une place en tant qu'être humain. Les oppositions et querelles préexistantes sont toujours d'actualité au sein de la société, au sein du corps médical comme au sein des aliénistes. La question de la maladie mentale comme spécialité anime les débats au sein du collège scientifique : est-ce une science médicale ou une

science humaine ? Mais une scission idéologique qui ne sera réellement effective qu'en 1968 s'opère entre « une science lésionnelle : la neurologie et une science « des dissolutions globales fonctionnelles de la conscience » la psychiatrie. Néanmoins, durant cette longue période où la psychiatrie a évolué, dans son sillage, une autre discipline a émergé et s'est développée : celle des soins infirmiers spécialisés.

2.2.3. Des gardiens devenus des infirmiers spécialisés

Pendant près d'un siècle, les infirmiers spécialisés vont avoir un rôle et un statut plus ou moins reconnus selon l'idéologie défendue par le médecin chef de l'institution dans laquelle ils travaillent. Il faut attendre 1878 avec la création des premières écoles en soins infirmiers par le Dr Bourneville, aliéniste, pour qu'apparaisse la même année, la première école de gardiens de « l'asile de la Salpêtrière ». Mais à la différence des infirmières somaticiennes, le déploiement sur le territoire n'a pas lieu. Il faut attendre 1907 pour que le diplôme d'infirmier de secteur départemental soit créé. Les gardiens devenus infirmiers sont formés de manière aléatoire sur le territoire et s'ils le sont, le contenu de formation est toujours dépendant de l'aliéniste et de ses orientations théoriques. Avec l'apparition de la sismothérapie, de l'insulinothérapie et la dispensation de barbituriques, la formation de l'époque n'est plus suffisante. Les infirmiers départementaux doivent acquérir de nombreux savoirs en lien avec cette évolution. Le Décret du 26 mai 1930, introduit la dénomination « infirmier de secteur psychiatrique ». Cette même année apparaît une nouvelle formation d'une durée de 5 ans toujours dispensée par le médecin aliéniste de l'établissement. La formation mène au diplôme d'« infirmier des asiles d'aliénés de l'État Français ». Pour autant, Daumézon en 1935 pointe des disparités de formation. Il existe des infirmiers « bras droit » du médecin. Ces derniers ont bénéficié d'une formation riche et à l'inverse, dans d'autres structures il y a encore des infirmiers illettrés cantonnés à un rôle de maton. Daumézon suggère une sélection rigoureuse des futurs élèves et qu'une formation spécifique avec un programme commun soit mise en place afin de dépasser les querelles entre aliénistes. L'arrêté du 26 mai 1936 ira dans ce sens mais ne sera que très peu appliqué. En 1937 le terme « psychiatrie » est enfin officialisé en France. Les asiles deviennent « hôpitaux psychiatriques » et le titre d'infirmier psychiatrique remplace le titre des infirmiers des asiles d'aliénés. Ce diplôme n'est toujours reconnu que dans le département où l'infirmier a réalisé sa formation, à la différence des infirmiers somatiques qui peuvent exercer en France. La formation en soins infirmiers psychiatriques, reste très disparate sur l'ensemble du territoire malgré des tentatives de formalisation. Quand elle a lieu, elle est assurée par le médecin

psychiatre qui partage les savoirs et participe à la construction de l'identité des soignants qui exercent en psychiatrie, toujours selon l'obédience à laquelle il appartient.

2.2.4. La psychiatrie après la deuxième Guerre Mondiale

Après la deuxième Guerre Mondiale et l'idéologie eugéniste appliquée en Europe, le monde découvre l'horreur des camps de concentration. En France, sous le gouvernement de Vichy plus de 40 000 malades sont morts de faim. La plupart des personnes internées n'étaient pas « fous » mais le devenaient. Malgré l'institution de l'hospitalisation libre en 1937, il y avait environ 10 000 aliénés avant 1838 et les effectifs passent à environ 110 000 aliénés en 1939. Pour faire « asiler » une personne, un simple certificat médical dans lequel il est fait état des troubles suffisait. Il existait deux types de placement : le placement en asile sur demande d'un tiers ou le placement en asile sur demande de l'autorité (Préfet, Maire) en cas de trouble à l'ordre public. L'hospitalisation libre à cette époque n'était pas prévue par le législateur.

Un mouvement réactionnaire des psychiatres et des infirmiers psychiatriques au régime nazi et au fonctionnement concentrationnaire des asiles va naître.

2.2.4.1. Un mouvement désaliéniste : La psychothérapie institutionnelle, berceau de la psychiatrie moderne

Profitant d'un contexte politique et d'une opinion publique favorable, ce nouveau mouvement réclame l'abrogation de la Loi de 1838 liée à l'enfermement. Porté par des idées marxistes, philosophiques et psychanalytiques ce mouvement se veut également désaliéniste.

Théorisé et défendu par Lucien Bonnafé (1912-2003) François Tosquelles (1912-1994), Georges Daumézon (1912-1979), Roger Gentis (né en 1928), Paul Sivadon (1907-1992), Horace Torrubia (1917- 1999), ou encore Jean Oury (1924-2014), ces derniers vont œuvrer pour une transformation « théorico-pratique du travail soignant en psychiatrie » ou une thérapie institutionnelle qui se veut égalitaire, sans ségrégation.

L'hôpital est maintenant envisagé comme un organisme vivant. Son fonctionnement autarcique évolue vers une microsociété qui doit être en interaction avec la société. Les échanges internes et externes entre les différents protagonistes permettent de responsabiliser et d'impliquer les malades. Pour Daumézon (1952), la structure hospitalière est un médiateur au service de la relation thérapeutique. Cependant pour qu'elle soit opérante et non pathogène comme dans le système asilaire ou concentrationnaire, il y a nécessité de « *soigner l'hôpital avant de prétendre soigner les malades, et ne pas laisser sombrer les malades dans leur*

inactivité morbide » (Delion, 2013, p. 31). Jean Oury (2007) précise que pour se faire, l'analyse clinique des situations et des fonctionnements tant de l'institution que du personnel est nécessaire. La mise en place de réunions institutionnelles et cliniques pluridisciplinaires permettent de faire du lien et mettre en sens, afin d'éviter les dérives. Ces réunions sont aussi le lieu de la transmission des savoirs et de l'analyse de pratique. Les infirmiers en psychiatrie apprennent tout au long de leur exercice professionnel. De plus, un cadre contenant des règles institutionnelles (heures, tâches, repas, toilette) est établi afin que chacun puisse avoir des repères ce qui favorise l'inscription du malade dans l'ici maintenant, dans une réalité sociale.

Au quotidien, toutes les activités proposées en son sein peuvent être utilisées à des fins thérapeutiques (ergothérapie et sociothérapie) et le patient travaille comme toute personne dans la société. Au travers de ces activités, le professionnel cherche à maintenir ou créer des liens singuliers avec le patient. Cette attitude nécessite des dispositions psychiques non seulement personnelles mais aussi collectives. Cette fonction soignante quotidienne est un processus permanent d'accueil au cours duquel s'opèrent des transferts et projections. Ces transferts diffèrent selon la pathologie. A la différence de la cure analytique chez le névrosé au cours de laquelle s'opère le transfert avec le soignant, chez le psychotique il peut être « dissociés ou multi-référentiels ». Il s'agit d'un « *processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relations établies avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique* » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 492). Pour Jean Oury les objets transférentiels sont multiples. Ils peuvent être de simples objets, animaux comme des humains ou encore des espaces de vie, l'institution. Le patient projette ses propres réalités, désirs et pensées sur l'autre. Les infirmiers font partie de ces objets. Pour soigner, l'infirmier devient un médiateur. Selon Bion (1962), il est « *une machine à penser les pensées* » qui grâce à sa contenance et sa « *capacité de rêverie* » aide le patient à la remise en sens de sa propre réalité. Cette manière d'envisager le soin nécessite des infirmiers non des gardiens car ils deviennent soignants voire même objet du soin. En effet, « *Les personnels sont les objets collectifs, sociaux, vis-à-vis desquels le malade établira ses relations, et à l'égard desquels il manifestera tous les moyens de défense. C'est pourquoi, il faut absolument éviter que tel médecin plutôt que tel autre, tel infirmier plutôt que tel autre joue un rôle privilégié pour le malade. Le soin est un travail d'équipe, global, uniforme, s'offrant à tous les malades de la même manière (...)* La psychothérapie institutionnelle postule un certain nombre de qualités nécessaires chez l'infirmier, une attitude d'extrême souplesse, une réadaptation constante. » (Daumézon, 1952)

Ce nouveau paradigme selon Hochmann (2004) et Quétel (2009) marque la reconnaissance de l'infirmier en psychiatrie vis-à-vis des médecins psychiatres, l'inscrit dans un système décisionnaire non pyramidal dont le but est de favoriser la prise d'initiative et la libération de la parole. La participation des personnels soignants à la mise en place de cette approche du soin révolutionnaire marque le début de la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie qui obtiennent le qualificatif de thérapeute.

Nonobstant, les politiques ne modifient pas les textes en rapport avec la formation. Les débats sur la reconnaissance ou non de la psychiatrie comme discipline et de leurs infirmiers persistent. Les savoirs restent dispensés par les médecins psychiatres. Seul le contenu, essentiellement accès sur la psychiatrie, commence à devenir homogène sur l'ensemble du territoire, mais, l'arrêté du 3 février 1949 limite l'exercice professionnel des infirmiers psychiatriques aux seuls hôpitaux psychiatriques, sans possibilité d'aller exercer dans une structure en soins généraux.

2.2.4.2. L'apparition des thérapeutiques

L'utilisation du Largactil à partir de 1952 (neuroleptique sédatif qui permet de canaliser l'agressivité) introduit l'importance de la pharmacologie dans la discipline. Si elle permet d'apaiser les patients, cette découverte et celles qui vont suivre, vont donner à la psychiatrie une pseudo reconnaissance médicale, un attrait pour les laboratoires pharmaceutiques et par effet cascade une prise en charge des patients par la sécurité sociale. Cependant, l'apparition d'une pharmacopée relance les débats et incrimine non seulement la psychiatrie d'utiliser maintenant une camisole chimique pour restreindre les patients mais aussi les laboratoires d'être des nazis faisant des expériences sur les patients. Néanmoins la discipline réclame maintenant des connaissances en pharmacologie et permet aux aliénistes d'obédience organiciste d'affirmer leur positionnement idéologique.

Les pouvoirs publics vont légiférer à nouveau la formation afin que les professionnels aient les connaissances pharmacologiques nécessaires à la dispensation et la surveillance de ces nouveaux traitements. La formation est d'une durée de 2 ans et est toujours dispensée par le corps médical psychiatrique, en alternance avec la structure psychiatrique d'appartenance. L'arrêté du 23 juillet 1955 légifère, encadre le programme et crée un contenu multi référentiel de la formation des infirmiers en psychiatrie en France en lien avec les différents courants psychiatriques. Malgré cette avancée, la psychiatrie n'a pas fini sa mutation. Pour humaniser les soins, elle doit continuer à se désenclaver et cesser de vivre en autarcie. Dans les années 60,

le soin tel qu'il vient d'être décrit en psychiatrie est alors envisagé « hors des murs ». Ce mouvement est appelé la sectorisation. Mais, de manière concomitante, un mouvement de pensées et de pratiques, opposé à cette pensée de la psychiatrie apparaît : celui de l' « anti psychiatrie ».

2.2.4.3. La sectorisation : le soin dans la cité

En 1959, Bonnafé pense qu'il faut continuer à réformer, pour pouvoir prétendre à ce que la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques, soit humanisée et désenclavée. Le but est de quitter maintenant l'institution au bénéfice d'une prise en charge moins onéreuseⁱⁱ, au plus près de lieu de vie et de la famille de la personne. L'hôpital ne doit être qu'un passage.

C'est avec la publication de la circulaire du 15 mars 1960 dans laquelle sont dressées les orientations de la sectorisation que va débiter fragilement, ce mouvement. Freiné par le manque de moyens financiers et une faible portée législative, le déploiement sur le territoire de cette politique de soins est aléatoire pendant une vingtaine d'années malgré l'investissement des médecins et des infirmiers. A l'inverse de ces nouvelles directives, sur la même période, des hôpitaux supplémentaires vont être construits car les hospitalisations ne cessent d'augmenter, (112000 hospitalisations en 1962 et 160000 en 1969) à la suite d'une politique de santé publique qui veut soigner son pays des ravages de l'alcool et d'une population vieillissante qui s'accompagne de troubles démentielles.

Malgré tout, la sectorisation devient effective, avec la réforme des financements des hôpitaux psychiatriques de 1983 qui leur accorde une dotation financière propre pour la réalisation de ce projet et la création d'un cadre juridique qui précise que le but de la sectorisation est d'éviter le plus possible l'hospitalisation grâce à un dépistage précoce des populations et limiter la durée des hospitalisations et la chronicisation induite. Le malade doit être le moins longtemps possible séparé de son lieu de vie. Enfin, c'est aussi pouvoir proposer une post-cure afin d'accompagner le patient dans son milieu de vie, dépister les troubles en amont et éviter les hospitalisations multiples. Ces soins dits ambulatoires s'inscrivent dans une « continuité du soin » afin d'éviter une rupture entre le patient et l'institution car « *il n'y a 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). Les soins sont proposés par une équipe infirmière, représentant symboliquement l'hôpital psychiatrique. Parallèlement à la politique de secteur, l'Etat engage une politique de santé publique.

La psychiatrie avec « la sectorisation » va évoluer de manière considérable. Cette nouvelle approche de santé communautaire, va entraîner un décloisonnement entre les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La diversité des problématiques à traiter va amener la psychiatrie vers la notion de santé mentale qui selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « *fait l'objet d'un large éventail d'activités qui relèvent directement ou indirectement du "bien-être" [...] comme étant "un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.*

Paradoxalement les querelles entre aliénistes et la non reconnaissance de la psychiatrie comme une réelle discipline par le collège scientifique perdurent. De plus, le maillage réalisé sur le territoire pour proposer au plus près de la population des soins est maintenant assimilé par une frange « antipsychiatrique » à un contrôle social qu'ils nomment la « fliciatrice ». Mais qui sont-ils ?

2.2.4.4. « L'antipsychiatrie »

À cette même période (1960-1970), le contexte socio-politique doit faire face à une « contre-culture » qui est anti tout. Nommée, antipsychiatrie, à l'initiative de David Cooper, elle est composée d'un ensemble hétéroclite d'idées et de courants de pensée qui regroupe toutes les contestations à l'encontre du « pouvoir psychiatrique » et plus largement s'attaque au pouvoir politique de l'époque et aux normes. Pour eux, la folie n'existe pas, elle est un construit social. Les opposants politiques, sociologues (Robert Castel et Ervin Goffman), philosophes (Michel Foucault, Gilles et Deleuze), remettent radicalement en cause les notions de savoir et de pouvoir de la psychiatrie et celle-ci va être attaquée au travers de son institutionnalisation, son pouvoir judiciaire, son pouvoir d'enfermement, son traitement humiliant et autoritaire. Ils critiquent également la psychiatrie comme discipline et ses savoirs sont considérés comme infondés. Pour eux, il s'agit seulement d'une discipline pseudo-scientifique avec un discours permettant de contraindre un individu au service de la norme et à légitimer les relations de pouvoir des uns sur les autres. D'un point de vue philosophique, elle est attaquée sur la liberté d'aller et venir et les droits du patient, ainsi que les capacités qu'a la personne dans son autonomie et son libre arbitre. Lui seul peut décider de ce qui est bon pour son équilibre. Sur le plan social, ils estiment que le groupe a son importance grâce aux interactions qui en découlent

puisque pour eux, la maladie est, et se trouve, dans une problématique du lien entre les individus. Les antipsychiatres, David Cooper, Laing et Esterson préconisent des lieux sans hiérarchie entre les patients et les soignants, ni traitement, seulement des moments d'échange entre tous et d'autres moments où la personne peut se retrouver seule pour accomplir comme ils disent un « voyage » intérieur.

Indépendamment de la « guerre » idéologique entre antipsychiatriques et psychiatriques traditionnels, cette période voit apparaître une diversité d'approches qui va venir enrichir la discipline de la psychiatrie comme par exemple : la rééducation psycho-sociale, les théories cognitivo-comportementale (TCC), la démarche systémique issue des travaux de l'école de Palo Alto, qui cherchent à comprendre les phénomènes humains au travers d'une épistémologie de la communication. Même l'imagerie médicale avec les neurosciences cherche à soigner la maladie mentale. Ces multiples approches purement médicales ou au contraire issues des sciences humaines, font de la psychiatrie, indéniablement une discipline « borderline » ce qui donne matière aux débats : la psychiatrie est-elle une science médicale ? Malgré ces « querelles », en France, la formation des infirmiers en psychiatrie, se structure

2.2.4.5. La formation des infirmiers de secteur psychiatrique

L'arrêté du 12 mai 1969 entérine le titre « d'infirmier de secteur psychiatrique » et précise la séparation entre les soins généraux et les soins en psychiatrie. Il faut attendre l'arrêté du 16 février 1973ⁱⁱⁱ pour qu'une formation réellement formalisée sur l'ensemble du territoire voit le jour. En 1979, suite à l'arrêté du 26 avril la durée de la formation d'ISP passe de 2 ans et 4 mois à 3 années de formation car maintenant « *L'infirmière en plus de la connaissance de la maladie et de la technicité doit comprendre les besoins de santé des personnes et des groupes de personnes* » pour répondre aux exigences nouvelles du métier. Elle change également de paradigme et s'inscrit dans une approche bio-psycho-sociale^{iv} (qui sera développée dans cette même partie au Chapitre 2 : paragraphe 2) pour tenter de dépasser les clivages idéologiques au sein de sa discipline et tenter d'en faire une discipline « forte ».

L'organisation de la formation est la même qu'auparavant et ses savoirs sont toujours dispensés par le corps médical psychiatrique sauf un nouveau module appelé « pathologies d'ordre somatique » qui va être dispensé par des surveillantes de l'institut de formation en soins infirmiers. De plus, à la différence du programme de 1973, le futur infirmier psychiatrique va réaliser un stage en soins généraux afin de développer des compétences nécessaires à l'exercice

professionnel. Ces nouvelles connaissances doivent permettre aux futurs infirmiers psychiatriques de pouvoir dépister, voire soigner les patients atteints de pathologies d'ordre somatique associées aux pathologies psychiques de leurs patients. Néanmoins, le diplôme est toujours départemental.

A l'aube des années 80, la psychiatrie a le « vent en poupe » malgré ses détracteurs et les multiples discordances qui persistent entre les psychiatres, au sein du corps médical, de la société et des politiques ; l'histoire de la psychiatrie et de la santé mentale dans ses points positifs comme dans ses points négatifs, est soutenue et défendue par un collectif de psychiatres reconnus comme par exemple le Groupe de Sèves. Elle s'est même inscrite dans la conscience collective des soignants et des décideurs. Les politiques vont pour cela réformer le contenu de formation plusieurs fois. Les référentiels de formation successifs prennent en compte, ce passé, comme les différents courants de pensée qui irriguent la psychiatrie. Ils sont reconnus, enseignés, portés et partagés par l'ensemble de la profession. Paradoxalement, les politiques ne souhaitent toujours pas reconnaître à la psychiatrie et ses infirmiers, leur spécialité. Ce problème qui perdure depuis la création du métier, ne peut faire l'objet que de suppositions. En effet, est-ce lié à une peur du pouvoir d'enfermement détenu par les médecins psychiatres ? Est-ce lié à l'opinion publique ? Est-ce lié aux querelles au sein du corps médical ? Est-ce lié à la différence de statuts attribués aux infirmiers du secteur psychiatrique par leurs médecins comparativement à celui des infirmiers des soins généraux, qui ne restent encore que des exécutants ?... Cette non reconnaissance par les décideurs va perdurer et s'accroître. On peut naturellement se poser la question si au fond elle n'est pas l'une des causes qui a engendré la perte des savoirs en psychiatrie et mené aux difficultés observées actuellement chez les nouveaux diplômés quand ils débent dans ce métier.

Dans les années 1980, les savoirs ayant attiré à la discipline psychiatrique et aux soins sont existants et empreints d'une valeur ajoutée. Ils sont reconnus, transmis et appris. Mais la crise économique et l'arrivée de la pensée américaine vont venir enrayer cette évolution et la structuration de la psychiatrie et de ses soins infirmiers.

Chapitre 2 : L'« atomisation »^v de la psychiatrie : la disparition de ses infirmiers spécialisés et de ses savoirs

En effet, à partir des années 1980, à la suite des chocs pétroliers jusqu'à aujourd'hui, l'économie de la santé devient une priorité et la vision de la santé à l'américaine va s'imposer en France. Cette nouvelle doctrine va conduire la psychiatrie française petit à petit vers une « perte » de son histoire et de ses savoirs disciplinaires alors que paradoxalement cette histoire et ses savoirs sont reconnus par tous comme étant des incontournables pour prendre en charge les patients de manière optimale.

1. Une influence d'origine Américaine

En préambule, il semble important d'apporter des éléments concernant le système psychiatrique américain afin de voir pourquoi il s'est imposé en France et mettre en perspective les différences qui existent entre celui-ci et le système français. Cette partie, permet de comprendre la psychiatrie française d'aujourd'hui.

Pour commencer, il faut rappeler que les Etats-Unis sont une jeune nation par rapport au vieux continent et qu'elle s'est constituée grâce aux vagues successives d'immigrations faisant de ce pays un état « paradoxal », car il est à la fois polyculturel (avec des représentations de la folie et des croyances différentes selon l'origine ethnique) et à la fois conservateur. Sous l'Empire Colonial, l'Etat se soucie peu des personnes atteintes de troubles psychiques mais les préceptes^{vi} anglais ont traversé l'Atlantique et, les différentes communautés (Quakers, Luthériens...) s'occupent de leurs malades et construisent des cliniques privées comme en Angleterre. Cependant, seules sont acceptées les personnes guérissables et toutes ne peuvent se payer les soins. Ils restent donc dans leur famille ou à la charge de la communauté locale. Ce nouveau pays étant devenu une nation, l'Etat, face aux conséquences de l'augmentation de la démographie (misère sociale, alcool, violence, maladie, vieillesse...) engage au nom d'une « protection publique », la création de lieux (prisons et hospices) pour substituer les sujets qu'il estime dépendants, voire dangereux et pour lesquels la famille ou la communauté ne peut assurer la prise en charge. Coexistent alors des lieux publics et privés. Inscrit dans une pensée où la maladie mentale est curable, le traitement proposé, le « self-help » repose essentiellement sur une réhabilitation du sujet malade, par le travail. Ces deux principes : protection sociale et

curabilité vont perdurer malgré la Guerre civile et les découvertes du vieux continent restant à la marge ou de l'ordre du symbolique. Finalement, à la fin du XIX^{ème} siècle et ceci pour des dizaines d'années, l'esprit puritain, conservateur et protectionniste que l'on retrouve au travers des lois de « Santé d'Etats » engage la responsabilité de l'Etat face à la prise en charge de cette frange de la population et va légitimer une politique publique de santé hygiéniste qui va être défendue par une grande partie de la société. A l'inverse, le financement des cliniques privées issu de riches donateurs s'adresse à une population aisée où la pratique de la psychanalyse à l'américaine est de mise. Enfin, il existe une inégalité de traitement de la psychiatrie entre hôpitaux et cliniques mais aussi entre les différents Etats fédérés. Par ailleurs, tout au long de cette période, les médecins aliénistes américains sont peu reconnus et leur formation est aléatoire voire inexistante à la différence des médecins Européens qui ont un statut et une reconnaissance de la part de l'intégralité de la société. Pour acquérir une légitimité de la part de leurs concitoyens et gagner en objectivité, certains vont voyager et aller visiter leurs confrères européens. D'autres s'inscrivent dans un nouveau courant de pensée qui privilégie l'étude des comportements humains et qui vient de voir le jour : le béhaviorisme. Mais peu nombreux, la communauté aliéniste américaine portée par l'APA^{vii}, va s'inscrire dans une approche par le diagnostic médical et la recherche de cause étiologique de la maladie, qui est essentiellement identifiée à cette époque, comme étant une cause sociale. « *La politique sociale et la science médicale s'accordent sur l'utilité de classer les malades* » (Postel et Quetel, 2012, p. 532) afin de les diriger vers telle ou telle institution et de répondre aux attentes sociétales et politiques : avoir une société « sans malades ». La première classification est alors créée en 1917 par les membres de l'association : le « Statistical for the Use of Hospitals for Mental Diseases ». Mais celle-ci a plus un rôle de contrôle social que celui d'une véritable nosographie. Néanmoins ce projet va s'étendre à tout le pays en 1952 avec la publication du premier « Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders ».

Dans les années 30 et 40, l'approche psychanalytique va se retrouver renforcée avec l'arrivée de psychanalystes fuyant l'Allemagne nazi et l'Europe en Guerre. Cependant, après la guerre, les hôpitaux sont surpeuplés ce qui amène l'Etat et les professionnels à une prise de conscience sur la non-curabilité de la maladie et la chronicisation induite par les hospitalisations des patients. Une médecine communautaire interventionniste va être mise en place^{viii} pour proposer des soins au plus près de la population. Mais, « *Par la conjonction de l'hygiène mentale et de la psychanalyse s'est produit un évènement décisif : le décrochage de la médecine par rapport à l'idée de maladie et sa prétention d'avoir à intervenir dans les problèmes de la*

santé... ». (Postel & Quetel, 2012, p. 542). Le lien de cause à effet entre la maladie et les conditions sociales qui prédominent, va amener les professionnels de la santé et du social à s'intéresser à la personne saine (en particulier les enfants, les immigrés...) et à dépister, évaluer et obliger des personnes dites « potentiellement à risque de développer une éventuelle pathologie » d'être prises en charge dans des lieux publics afin de les « réhabiliter ».

Dans les années 60, le système est au bord de l'implosion. Les antipsychiatriques, les anciens patients ainsi qu'une partie de la société se soulèvent contre la psychiatrie et la santé mentale. En 1963, les résultats d'une commission d'enquête montrent, en effet, l'état déplorable de la psychiatrie américaine (conditions d'hospitalisation déplorables, bâtiments vétustes, violences, ségrégation...). Face à cela, sous la Présidence de Kennedy, des fonds pour une recherche tous azimuts dans le domaine de la Santé Mentale, sont alloués à la fondation « Community Mental Health act » pour une nouvelle approche du soin en santé mentale.

C'est à cette période que des laboratoires^{ix} en sciences humaines et sociales, grâce à l'obtention de financements, s'intéressent à la psychiatrie et la santé mentale, et enrichissent le soin des approches systémiques ou cognitivistes par exemple. Par ailleurs, si beaucoup de médecins s'inscrivent dans une démarche progressiste avec une médecine moderne, ils se voient freinés dans leur désir car ils doivent faire face au lobbying des grands patrons directeurs d'hôpitaux publics et des industries pharmaceutiques (Minard, 2013). Les médecins psychiatres toujours en recherche d'une reconnaissance scientifique par le corps médical, vont délaisser la psychiatrie, comme l'explique ce même auteur (2013, p.168) au profit de l' « *épidémiologie, des neurosciences, de la génétique, de la psycho-pharmacologie, du béhaviorisme, mais aussi des sciences comportementales.* ».

Cette nouvelle vision du soin va se matérialiser, grâce au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux nommé le DSM. Successivement, vont apparaître différentes versions du DSM^x afin d'affiner les diagnostics. Mais comme le précise Minard (2013) au fur et à mesure de leur parution, la psychanalytique, les mécanismes psychopathologiques, certaines pathologies vont disparaître au profit d'une approche descriptive de symptômes ou de troubles qui permettent à la communauté psychiatrique d'avoir un langage commun, un diagnostic quantifiable, prescriptif, remboursable. Bien que sa fiabilité ait été remise en cause par un grand nombre de professionnels, celui-ci est validé par l'OMS et s'impose sur le plan mondial facilité par la crise économique des années 80.

2. Une économie du soin et une approche biomédicale de la prise en charge de la maladie mentale

En effet, dans les années 80, à la suite des chocs pétroliers, débute une nouvelle vision de la santé et de la prise en charge du patient souffrant de troubles psychiques. Elle se veut maintenant économique. Elle naît aux Etats Unis, car le gouvernement américain souhaite réaliser des économies sur son système de santé. Selon Minard (2013) ou encore Postel et Quétel (2012) les premières mesures vont débiter par le déremboursement de la maladie psychiatrique au profit d'actes ciblés qui prennent appui sur le principe de la nomenclature établie par le DSM. Cette nouvelle approche du soin qui conjugue l'économie et les théories organicistes s'implantent à l'échelle mondiale.

En France, la psychiatrie psychanalytique et humaniste est reconnue comme utile par l'ensemble des professionnels et des décideurs. Mais, dans un même temps elle est « censurée » par les décisions politiques prises et par les sciences dites dures qui adoptent le système américain au profit d'une science comportementaliste procédurale qui ne prend en considération que le symptôme observable, le traitement puis la disparition du trouble. Pour Hochmann (2004) l'homme « malade » n'est plus pris dans son ensemble. Il est réduit à un symptôme ou un trouble qui va être évalué toujours sur la base du DSM. Néanmoins, comme l'expliquent ces auteurs et Zarifian (2000) en pratique, sur le terrain, coexistent deux approches : l'approche biomédicale voulue par les décisions politiques et une partie des médecins, et une approche bio-psycho sociale en réponse à cette déferlante outre atlantique.

3. L'approche bio-psycho-sociale dans le champ de la psychiatrie : un nouveau modèle de pensée pour une « trinité de la folie »

3.1. L'approche bio-psycho-sociale : un concept ?

L'approche bio-psycho-sociale est un nouveau modèle de santé holistique créé par Georges Libman Engel^{xi} qui durant toute sa carrière, a cherché à humaniser les soins apportés aux malades. Celui-ci n'a jamais cru en une séparation de la maladie entre le corps et l'esprit mais plus en ce que la maladie de l'humain est un tout, complexe et dynamique. Pour cela il va défendre l'idée d'une multidisciplinarité médicale et articuler la biologie, la psychologie et le social. Et, pour dépasser les oppositions entre chacune des disciplines et réunir le corps et

l'esprit, il va s'appuyer sur la théorie systémique. (Par là il ne dénature pas l'une ou l'autre des disciplines, puisque chacune d'elle a son propre système, avec ses qualités propres. Et pour les réunir, il existe un niveau supérieur du système qui se veut plus englobant et inclusif puisqu'il intègre maintenant l'aspect subjectif du patient avec sa propre réalité comme donnée objective).

Si cette approche ternaire proposée par Libman Engel s'oppose à la logique biomédicale qui se veut dualiste, réductionniste, causale ou encore à ceux qui remettent en question la psychiatrie comme étant une discipline non scientifique à cause de sa subjectivité, elle permet au contraire, grâce à son approche, de dépasser les conflits entre la médecine générale et le monde de la psychiatrie ainsi que les querelles entre les différentes obédiences disciplinaires. Elle permet surtout de réunir l'homme dans toutes ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales.

3.2. La psychiatrie française : un nouveau modèle de pensée

En France, cette approche bio-psycho-sociale, Edouard Zarifian l'a décrite dans son ouvrage de 2000 : « Les jardiniers de la folie ». Elle va réunir nombre de médecins qui pensent en effet que la séparation du corps et de l'esprit est un leurre et que la maladie est bien plus complexe qu'elle n'y paraît. Pour une partie de la communauté psychiatrique, elle est même un atout, puisqu'elle montre que leur discipline est une science, au même titre que les autres et face au changement de paradigme qui se veut maintenant financier et organiciste, elle est une alternative.

Une grande partie des médecins psychiatres français vont ainsi privilégier une approche par la complexité et décloisonner les champs théoriques psychiatrique, psychologique et social. Ils vont transmettre cette pensée et ces savoirs aux infirmiers, qu'ils forment encore, car ils comptaient selon Hochmann (2004) ou Postel et Quétel (2004), sur eux pour faire perdurer l'histoire de la psychiatrie et l'intégralité des savoirs disciplinaires. Mais, comme l'explique Zarifian (2000), si ce nouveau paradigme a favorisé un rapprochement entre les différentes théories qui couvrent le champ de la psychiatrie, de la psychologie et de la sociologie ; dans le nouveau dispositif de formation de 1979, à l'inverse, l'approche bio-psycho-sociale qui se voulait « unificatrice » n'a pas apporté la reconnaissance espérée. Elle va même renforcer la dualité avec les biomédicaux, tant dans les savoirs que dans la démarche clinique et scientifique.

Par ailleurs, pour répondre à la demande de soins dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale s'il faut faire des économies il faut aussi, des moyens humains, des moyens

financiers, et surtout que ces professionnels soient formés. Toujours dans une logique économique et organiciste, en France, les formations médicales et infirmières vont être restructurées pour faire des économies.

4. La perte des savoirs

Malgré, la spécificité du secteur psychiatrique et ses besoins, son augmentation et sa diversification d'activités, en 1992, les politiques vont unifier la formation en soins généraux et la formation en soins psychiatriques, pour un seul et même diplôme.

4.1. La formation en soins infirmiers à partir de 1992 : une seule et même formation pour un même diplôme

Le Décret du 23 mars 1992 réunit les secteurs psychiatriques et généraux au travers d'une même formation ; pour un seul et même Diplôme d'Etat. Cette réforme s'opère dans une logique d'évolution de l'hôpital et la volonté des pouvoirs publics de faire des économies et de produire des infirmiers polyvalents. Le Décret de compétences relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière voit le jour. La logique de formation est construite sur le même modèle que la formation antérieure, d'infirmière en soins généraux. D'une durée de 4760 heures elle est composée de 2100 heures de théorie, de 2100 heures de stage. Les 160 heures restantes sont consacrées à l'accompagnement pédagogique de l'élève et à celui de la réalisation d'un travail de fin d'étude. L'équipe pédagogique constituée de formateurs experts choisissait : la répartition des cours magistraux, les travaux dirigés, la répartition des stages ainsi que les modalités d'évaluation. Mais, organisé sous forme de modules, le contenu théorique est laissé au libre choix de l'institut. Selon l'arrêté, 440 heures théoriques étaient attribuées à la discipline psychiatrique. Dans les faits, pendant une dizaine d'années, ce module était peu enseigné parce qu'il n'y avait pas de formateurs experts dans la discipline. Par ailleurs les terrains de stages dans cette même discipline ne recevaient que très peu les étudiants à cause d'un mécontentement de la profession du secteur psychiatrique.

4.2. Un mouvement conservateur de la part des professionnels issus de la psychiatrie

En effet, en France, à la suite de la réforme de 1992, les professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie ont des difficultés à accepter que soient créés une seule formation et un seul et même diplôme. Ils défendent la spécialité psychiatrique et leur identité professionnelle. Après des manifestations sans résultat, ils vont opérer une résistance face à la transmission des savoirs. Cette réforme a engendré une autre problématique qui explique aussi pourquoi les professionnels de la psychiatrie étaient peu enclins à former. En effet, elle a attribué la possibilité aux infirmières des soins généraux déjà diplômées d'aller exercer en psychiatrie sans formation spécifique et l'impossibilité pour les ISP d'obtenir une quelconque équivalence, malgré un texte de Simone Veil en 1995. Les rares soignants issus des soins généraux qui choisissent de venir exercer en psychiatrie sans connaissances spécifiques vont connaître des difficultés d'intégration. Après 10 ans d'application d'un nouveau dispositif, les indicateurs de la prise en charge en psychiatrie se trouvent dépréciés. Les politiques s'inquiètent car la réforme de 1992 a engendré une crise opposant les deux disciplines avec plusieurs conséquences :

- le début de la disparition de la psychiatrie dans la formation,
- un savoir-faire de terrain qui n'est plus transmis par les ISP aux nouveaux arrivants,
- une crise identitaire chez les infirmiers exerçant en santé mentale et psychiatrie.

4.3. Une prise de conscience des difficultés en psychiatrie et santé mentale : un enjeu sociétal et de santé publique

En 2002-2003, les politiques mesurent la gravité de la situation car les nouvelles équipes soignantes manquent de connaissances. La plupart des instituts de formation n'ont pas de formateurs en psychiatrie et la discipline n'est plus ou peu enseignée. Pour remédier à ce déficit et sans la consultation des IFSI, une circulaire DGS/DHOS du 10 juillet 2003 (n° 2003-366) relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale avec « *application immédiate* » oblige ces derniers à un « *renforcement de la formation des infirmiers destinés à exercer dans le secteur psychiatrique* ». La même année, le premier rapport Cléry-Melin appelé « *plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* » reste lettre morte. Puis apparaît une note de cadrage n°234 du 8 juillet 2004 qui préconise la mise en place par les hôpitaux en santé mentale et psychiatrie, d'un dispositif de « *consolidation des savoirs* ». Chaque nouvel arrivant devra bénéficier d'une formation de 15

jours ayant pour but la « *consolidation et l'intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice d'infirmier en psychiatrie* ». Dans les faits, la formation, quand elle a lieu, est d'une durée bien inférieure à celle préconisée.

Puis, les évènements de décembre 2004 à Pau^{xiii}, relance le débat sur la formation des infirmiers et les manques de savoirs, dans la discipline de la psychiatrie. L'accompagnement est alors pensé par les instances gouvernementales ; ceci dans le but d'assurer la sécurité dans les établissements de santé en psychiatrie et faire face à la fuite des compétences liée aux départs en retraite d'infirmiers expérimentés. Dans ce but, un volet portant sur l'organisation de la transmission des savoirs dans le Plan Psychiatrie en Santé Mentale 2005/2008 conduit par le ministre de la santé de l'époque M. DOUSTE BLASY paraît et reconduit dans le Plan 2011/2015. Parallèlement, grâce à cette prise de conscience des pouvoirs politiques, le 19 novembre 2005 ont lieu les « *7^{èmes} assises nationales des infirmiers en psychiatrie et en santé mentale* » à Bordeaux. Ces assises aboutissent à la création d'un référentiel spécifique à la psychiatrie faisant apparaître les compétences nécessaires à l'exercice de la profession en psychiatrie. Ce référentiel n'aura aucune suite. S'ensuit une Circulaire en date du 16 janvier 2006 relative à la mise œuvre du tutorat des nouveaux professionnels exerçant en psychiatrie par des pairs expérimentés et formés afin de renforcer la formation initiale des infirmiers amenés à exercer en psychiatrie. Cette circulaire préconise aussi des axes de formation. En 2009, la Loi HPST est venue préciser dans l'axe 4 qu'il fallait « *prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs* ». Pour autant, une autre Circulaire datée du 8 avril 2009 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 fond de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) prévus pour la période 2005-2008* ». Cette circulaire souhaite faire évaluer le dispositif en cours, tout en précisant que le budget alloué pour sa mise en œuvre ne sera pas reconduit.

La réforme de 1992 avec l'amenuisement de ses contenus dédiés à la discipline psychiatrique ainsi que la rétention des savoirs opérée par les professionnels de ce secteur pendant des années auprès des jeunes générations a conduit à une perte de savoirs et à une baisse de la qualité des soins. Face à cette dégradation (et aux enjeux sociétaux et de santé publique qu'ils représentent), différentes directives et circulaires ministérielles sont publiées pour favoriser ce partage de connaissances afin qu'elles ne disparaissent pas et que la prise en charge des patients soit de meilleure qualité. Avec le premier Plan en santé mental, en 2006, le partage des savoirs qui était aléatoire sur le territoire français, reprend (bien que ce partage ait

déjà commencé dans nombre d'institutions depuis 2003). Des cadres de santé du secteur psychiatrique enseignent. Sur le terrain, les stagiaires sont acceptés et formés. Enfin les nouveaux diplômés sont tutorés pendant plusieurs mois par un expert qui leur transmet des connaissances, une culture et les aide à développer une identité d'infirmier en psychiatrie. Les médecins psychiatres partagent également la culture psychiatrique et ses savoirs. Cette transmission s'opère de façon orale comme auparavant. Néanmoins, comme le souligne Zarifian (2000), si dans certains IFSI et hôpitaux, une approche par la multidisciplinarité^{xiii} et la pensée complexe est privilégiée pour transmettre et faire acquérir l'intégralité du contenu des savoirs en psychiatrie, pour d'autres, il s'agit toujours de défendre l'obédience d'appartenance et de faire respecter l'esprit d'une formation en soins généraux. Finalement, les années 2000, pourraient être qualifiées d'une formation d'entre-deux. En effet, comme beaucoup d'autres infirmiers, la formation constituée de modules s'appuyait dans son ensemble sur une approche purement biomédicale et les modules de psychiatrie étaient enseignés par des cadres de santé du secteur psychiatrique qui avaient été eux-mêmes formés à une approche comme on l'a vu précédemment, bio-psycho-sociale. De plus, suite au « Plan Santé-Mentale » les organisations avaient mis en place un dispositif d'intégration^{xiv} des nouveaux diplômés. Ce dispositif, financé pendant plusieurs années, a permis de former des professionnels et a contribué à la sauvegarde des savoirs de la discipline.

Mais, de nouvelles réformes, en totale opposition avec les démarches mises en place pour former des professionnels compétents et in fine, préserver les savoirs, vont venir enrayer cette dynamique et accélérer la « crise psychiatrique ».

4.4. La professionnalisation des infirmiers

Parallèlement à la problématique de la psychiatrie, la professionnalisation des infirmiers continue. Le 21 décembre 2006 la Loi n° 2006-1668 créant l'Ordre National des Infirmiers est votée. Apparaît la même année le Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, donnant lieu à la création d'un code de déontologie infirmier. Celui-ci détaille l'ensemble des droits et devoirs que l'infirmier français se doit de respecter quel que soit le lieu où le mode d'exercice du métier. Il formalise les prérogatives énoncées par l'ordre infirmier (structuration d'un groupe, promotion de la profession...), les intérêts du patient ou encore la sécurité et la qualité des soins. L'ordre infirmier et le code de déontologie ont pour but de fédérer l'ensemble des infirmiers dans une même profession et doivent permettre l'obtention d'une reconnaissance. Dans un

même temps, le monde du travail devient indissociable du monde de la formation. En effet, une définition des activités que partagent les acteurs du soin est réalisée et donne lieu à un référentiel métier, traduit en compétences et en contenu de travail. Cette traduction doit permettre une homogénéisation de l'ensemble des pratiques soignantes pour donner lieu à un référentiel de formation. Cependant, le milieu de la psychiatrie et santé mentale n'a pas été consulté et n'a pas été traduit.

4.5. Les études en soins infirmiers d'aujourd'hui : un dispositif de professionnalisation

La formation en soins infirmiers est réglementée par l'Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier (consolidé le 1^{er} août 2013) et l'Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 pour les articles 55, 56, 57 et 61.

Les IFSI^{xv} ne sont pas indépendants, ils sont sous la tutelle du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et sont rattachés à un Centre Hospitalier Universitaire dont ils dépendent administrativement. L'aspect financier est géré par la grande région : la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale. Cette instance a également à charge, la délivrance du diplôme d'état. L'IFSI est également sous la tutelle de l'Agence Régionale de la Santé (l'ARS) en ce qui concerne le suivi et le contrôle de la formation. Enfin, Chaque IFSI est sous la tutelle de l'Université dont il dépend depuis les accords de Bologne pour que les études s'inscrivent dans une logique européenne. C'est l'université qui agréée et/ou propose des intervenants dans le cadre des champs 1 et champs 2 de la formation et délivre le grade de Licence.

Le dispositif de formation est organisé en trois référentiels : Un référentiel d'activités, un référentiel de compétences, un référentiel de formation et d'évaluation. Pour obtenir son diplôme, l'étudiant doit valider tout au long de ses trois années d'études, les compétences spécifiques liées aux différentes activités infirmières inscrites aux référentiels qu'il valide au travers d'Unités d'Enseignements (U.E.) et de stages.

La logique d'enseignement s'inscrit dans une approche dite par compétences et par une alternance dite intégrative « *Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa*

compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoirs faire, attitudes et comportements » (Annexe III de l'arrêté relatif au diplôme d'état infirmier).

La formation dure 6 semestres, ce qui représente un volume horaire de 5100 heures de cours dont :

- 1800 heures d'enseignement théorique obligatoire
- 2100 heures de stages cliniques obligatoires
- 300 heures de suivi pédagogique, temps personnel guidé, supervision, travaux entre étudiants
- 900 heures de travail personnel

L'institution privilégie une pédagogie active, basée sur la réflexivité pour qu'in fine le futur soignant puisse comprendre et expliciter sa pratique infirmière, adapter ses prises de décisions et être en capacité de les transférer dans le cadre de situations complexes. Centrée sur l'apprenant, cette formation favorise l'implication de celui-ci, par la mobilisation de ses connaissances et des compétences d'analyse, d'argumentation, de recherche et de synthèse grâce à différentes méthodes comme l'apprentissage par simulation, les analyse de pratique, le questionnement.

4.5.1. La discipline de la psychiatrie dans la formation des infirmiers aujourd'hui

Après trois années d'étude ces étudiants deviennent des infirmiers diplômés d'état formés selon une approche biomédicale^{xvi} non compatible avec l'approche bio-psycho-sociale que nécessite la santé mentale et psychiatrie. De plus, la transformation du système de formation nécessaire pour garantir à la population des soins de qualité et le référentiel de formation a restreint encore la discipline de la psychiatrie. Pour autant, diplômés, ils peuvent venir exercer leur métier de soignant en psychiatrie et santé mentale.

On constate que dans la formation actuelle, 80 heures d'apports directs sont dédiées à la psychiatrie sur 3 ans. Ces apports représentent un peu moins de 4.5% des enseignements théoriques car le référentiel de formation, considère la psychiatrie comme une spécialité médicale mais prévoit tout de même des apports sur les pathologies prévalentes et leurs thérapeutiques. Ceci soulève une interrogation. En effet, si cette discipline est considérée comme une spécialité pourquoi a-t-elle était professionnalisée comme l'égal des infirmiers en soins généraux ?

De plus, on remarque que la construction de la compétence 4 « Mettre en œuvre des actions à visées diagnostiques ou thérapeutiques » prévoit l'étude organistique d'un cas concret en psychiatrie et santé mentale. L'intégralité de cette compétence est validée lors de l'Unité d'Intégration « 5.5 : mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins » au semestre 5. Cette Unité d'Intégration correspond à 40 heures de travaux dirigés, qui seront consacrés à l'étude de ce cas. Comment est-il choisi ? Par ailleurs, l'approche envisagée pour traiter ce cas n'est pas une approche holistique. Peut-on dire que ces heures consacrées à l'étude d'un seul cas non représentatif de toutes les situations de soins vécues en psychiatrie et santé mentale, sont suffisantes pour comprendre la complexité de cette discipline ?

A cela s'ajoute le fait que l'étudiant bénéficie aussi d'environ 170 heures en lien indirect avec cette même discipline. Ces savoirs se trouvent dans deux Unités d'Enseignement du domaine des « Sciences humaines, sociales et droit ». Les UE « 1.1 S1 et 1.1 S2 », intitulée : « *Psychologie, sociologie, anthropologie* » au semestre 1 et 2 qui interviennent dans le champ de la compétence 6 « *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin* ». Elles ont de multiples objectifs et couvrent l'ensemble des disciplines du soin. Les contenus théoriques, d'une durée de 65 heures, sont dispensés en E-learning, sans échange avec l'université et 35 heures sont consacrées au travail personnel ainsi que 35 heures de travaux dirigés qui sont au libre choix des institutions de formation dans les champs de la psychologie, de l'anthropologie, du droit, du psychomoteur, de la sociologie, des relations humaines et culturelles. Elles représentent 90 heures d'apports. De plus, environ 35 heures sont dédiées à l'UI « 5.2 : Évaluation d'une situation clinique ». Les apports théoriques apportés, vastes et transférables à toutes situations de soins contribuent à travailler là encore un cas concret qui est au libre choix des instituts et de fait n'a pas forcément de lien avec la psychiatrie.

D'autre part, les étudiants ont l'obligation de réaliser au moins une formation clinique de dix semaines dans le champ de la psychiatrie. Cette spécialité représente un peu moins de 17 % des enseignements cliniques, soit environ 350 heures sur les 2100 heures de stage. Ce stage permet de découvrir et observer cette discipline. Cependant, rappelons que le fou fait peur. Dans la réalité, une grande partie du stage est consacrée à démystifier la psychiatrie, à rassurer l'étudiant. De plus, il est à préciser que les terrains de stages ne peuvent accueillir tous les étudiants, nombre d'entre eux réalisent ce stage sur des sites à orientation sociale, plus que psychiatrique.

Si cette formation permet l'implication de l'étudiant dans son apprentissage, par la mobilisation de ses connaissances et compétences, elle ne prépare que des infirmiers généralistes formés à une prise en charge organistique du patient. En effet, on remarque que cette réforme ne prépare pas les étudiants à l'exercice soignant en psychiatrie et santé mentale. Elle ne favorise pas l'acquisition des savoirs et compétences liés à la prise en charge en psychiatrie, ne parle ni de son histoire, ni de sa culture et n'aborde pas l'approche du soin bio-psycho-social. Dans les faits, cette réforme est venue accentuer la déperdition des savoirs psychiatriques.

Conclusion

L'étude sociohistorique de la constitution de la psychiatrie et de ses soins infirmiers permet de mesurer la complexité qui gouverne la construction de cette discipline. Miroir de notre société, elle s'est construite petit à petit, au gré des croyances sociétales, des idéaux philosophiques, des avancées médicales et théoriques et a répondu aux décisions parfois paradoxales des ordonnances prises par les politiques qui se voulaient à la fois humanistes, sécuritaires et économiques. Souvent considérée comme une pseudoscience par le corps médical, car trop subjective à leurs yeux, elle n'a eu de cesse de rechercher une reconnaissance. Cette quête a donné lieu à une multitude de théories faisant de la psychiatrie une discipline riche.

Parallèlement, dans son sillon, la psychiatrie a entraîné, formé et acculturé une catégorie de professionnels ; des infirmiers spécialisés du secteur psychiatrique. Ces derniers ont œuvré, eux aussi, à la construction de cette discipline riche et diversifiée. Reconnus par les médecins psychiatres qui les qualifiaient de psychothérapeutes, ils n'ont jamais pu obtenir une reconnaissance de la part de l'Etat ou du corps médical.

Dans les années 1980, la crise économique, la mondialisation et l'influence bio médicale de la psychiatrie outre atlantique ont bouleversé cette ascension. Mais, à cette même période, une partie de la psychiatrie française s'est inscrite dans un autre paradigme : celui du bio-psycho-social pour préserver ses savoirs et gagner en reconnaissance. Cette approche s'est matérialisée au travers du dispositif de formation en soins infirmiers psychiatriques de 1979.

Cependant, durant ces quarante dernières années, sous l'influence de la mondialisation et des crises économiques successives, les pouvoirs publics ont réformé le système de soin et la formation au désavantage de la psychiatrie. En effet, si avant 1992, il existait deux disciplines du soin avec leur formation respective, la réforme des études en soins infirmiers de cette même

année, les a unifiées, en une seule est même formation. Cette réforme a engendré une « crise identitaire des infirmiers du secteur psychiatrique et des savoirs psychiatriques » avec pour conséquence une baisse de la qualité des soins car ces professionnels, par opposition aux décisions prises n'ont plus partagé leur identité, leur culture et leurs savoirs aux nouvelles générations pendant près d'une dizaine d'années. Après une prise de conscience de cette communauté et un contexte politique favorable, les infirmiers de ce secteur, près de la retraite ont à nouveau transmis leurs savoirs selon le modèle bio-psycho-social. Mais, la professionnalisation des infirmiers de 2006 et la réforme de la formation en soins infirmiers de 2009 est pour De Miribel (2017) « *venue marginaliser les contenus obligatoires en psychiatrie* ». Le métier d'infirmier en psychiatrie est face à la déperdition de sa culture, de son identité, de ses savoirs, voir même jusqu'à son existence car ceux-ci ont été dissous au fur et à mesure des réformes de la formation en soins infirmiers.

Retracer cette évolution théorico-socio historique de la psychiatrie, de ses infirmiers et de leur formation est un incontournable. Plus qu'un simple rappel historique, il est surtout selon Gérard (1993) un aspect déterminant de la constitution de ce groupe professionnel dont l'histoire est une véritable composante de son identité collective. Cet ancrage historico-culturel, les références théoriques et l'hétérogénéité des pratiques qui en découlent ainsi que la disparition de ses savoirs théoriques et pratiques et leurs conséquences immédiates, permet de comprendre une partie des difficultés de professionnalisation qui touchent aujourd'hui les nouveaux diplômés en soins infirmiers qui souhaitent exercer dans ce milieu.

Cependant, regarder le contexte professionnel d'aujourd'hui, paraît aussi essentiel. En effet, le chapitre qui suit, propose d'ancrer dans le réel l'exercice infirmier en psychiatrie et santé mentale et de montrer, concrètement, les difficultés auxquelles les nouveaux professionnels sont confrontés. Il aura aussi pour intérêt, de faire émerger les enjeux qui sous-tendent cette inscription dans une recherche doctorale.

Chapitre 3 : Approche contemporaine de la profession

Après avoir décrit l'histoire de la psychiatrie, de ces infirmiers, de la formation de ces derniers et montré les enjeux sociétaux, sanitaires, identitaires et professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale d'aujourd'hui, ce chapitre a pour intention d'expliquer le contexte professionnel dans lequel les nouveaux diplômés débutent.

Pour cela une approche générale du système de santé et de ses organisations est proposée, afin de permettre de comprendre l'environnement de travail d'un infirmier en psychiatrie et santé mentale, et en quoi l'organisation hospitalière se trouve en difficulté pour proposer un accompagnement aux nouveaux diplômés.

Puis, un regard est posé sur l'exercice infirmier tel qu'il est envisagé par les textes qui encadrent la profession en France, et pour laquelle la formation réglementaire prépare les nouveaux infirmiers et l'exercice spécifique du soin en psychiatrie, tel qu'il est pratiqué. Ainsi les écarts qui existent entre la formation actuelle et l'activité réelle de l'infirmier, sont mis en évidence pour montrer non seulement l'écart entre les attentes des organisations et la réalité du terrain, mais aussi dans quelle mesure un nouveau diplômé choisissant d'exercer en psychiatrie est amené à apprendre son métier sur le tas, par expérience.

1. Le contexte général en France

1.1. La démographie infirmière

Selon la Direction de la Recherche, des études, de l'Evaluation et des Statistiques, en 2020, il y avait 744 307 infirmiers en France avec une densité moyenne de 800 infirmiers pour 100 000 habitants mais inégalement répartis sur le territoire. La profession est largement féminine (88 %) et exerce essentiellement dans les hôpitaux publics (65 %). La profession infirmière est la première profession de santé en termes d'effectifs soignants. Cependant, cette démographie reste insuffisante pour répondre aux besoins en santé de la population malgré ces 26000 nouveaux diplômés par an. Avec les départs à la retraite et « *la dégradation des conditions de travail, à la perte de sens à l'hôpital, à la maltraitance institutionnelle induite par le sous-effectif, 30 % des jeunes diplômés abandonnent la profession infirmière dans les 5 ans qui suivent le diplôme* », (Amouroux, 2019). Aujourd'hui, il existerait selon la FHP environ 100 000 postes vacants. Par ailleurs, il n'existe pas de chiffres spécifiques sur le nombre de

soignants exerçant dans le domaine de la psychiatrie et santé mentale puisque depuis la réforme de 1992, cette discipline n'est plus considérée comme une spécialité. Diplômés, les néo-professionnels peuvent exercer dans tous les domaines du soin infirmier.

1.2. Le contexte hospitalier

Comme vue précédemment, la Santé doit faire des économies et pour réduire ses dépenses l'hôpital mesure, contrôle l'activité grâce à ces nouveaux outils de gestion. L'hôpital subit des contraintes économiques et des restrictions budgétaires qui se heurtent aux valeurs portées par les différents professionnels du soin qui considèrent que le patient et/ou le soin passent avant le budget de l'hôpital. Mais, si ces mesures ont débuté dans les années 1980, depuis environ une vingtaine d'années, on constate une accélération des réformes hospitalières^{xvii} entraînant des contraintes organisationnelles dans le travail auxquelles les soignants doivent s'adapter rapidement. Les organisations inscrites dans une dynamique de changement, ont un impact réel sur le travail au quotidien. De plus, les disciplines soignantes et médicales ne cessent d'aller vers une plus grande technicité que l'infirmier se doit d'apprendre et comprendre. Le médico-légal quant à lui, réclame toujours plus de traçabilités, de justifications administratives et soignantes. Dans une même temporalité, le contexte économique impose de rationaliser les dépenses dans une optique visant non plus l'efficacité mais l'efficacité des actions grâce à un nouveau type de management de l'hôpital : le management public ou le New Public Management (NPM). Ce courant gestionnaire est basé sur la culture du résultat et transpose des outils et des pratiques issus du privé dans le public. La tarification à l'acte (T2A) ordonnée par le plan santé 2007, que l'on retrouve essentiellement dans les structures traitant de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique en est un exemple. Tous les actes sont tarifés, quantifiés, budgétés prenant appuis sur le CIM 10. A contrario, les actes en psychiatrie ne sont pas encore soumis à la T2A car difficilement quantifiables voire qualifiables, bien que de manière non formelle cela est fait et les actes sont saisis (entretiens, accompagnements, présences etc). De fait, « la psychiatrie » pour fonctionner perçoit encore à ce jour une enveloppe budgétaire globale et celle-ci n'a de cesse de diminuer depuis ces dix dernières années alors que les flux de patients augmentent. Aujourd'hui, l'environnement du travail s'inscrit dans une dynamique de changement soutenue qui impacte tous les professionnels. La situation économique des structures en santé mentale et psychiatrie permet de comprendre les difficultés de recrutement qui perdurent depuis plusieurs années.

1.3. L'organisation du travail

D'autres éléments du fonctionnement sont à prendre en compte pour appréhender la vie de l'hôpital. Le travail du soin est hiérarchisé, tant dans les différentes professions, qu'entre les disciplines considérées comme plus ou moins prestigieuses. Aujourd'hui, perdure cette distinction entre les soins généraux et la psychiatrie héritée du passé. De plus, à l'hôpital, les activités et les tâches sont réparties en fonction des catégories professionnelles et figurent dans les Décrets de compétences liés à chaque métier. Malgré cette « division du travail », certaines activités sont perméables entre différentes professions et peuvent être réalisées sur délégation par un « subalterne ». Il s'agit d'activités plus ou moins nobles qu'Hugues (1962) nomme « le « sale boulot » qui sont des révélateurs d'une réelle hiérarchisation des professionnels dans ce milieu.

Ces conditions environnementales et sociétales ont un impact sur la prise de poste des nouveaux diplômés. Les effectifs soignants ne permettent pas d'accompagner correctement les nouveaux venus. L'étudiant infirmier, « protégé » durant ses études de ce contexte se retrouve projeté brutalement dans cette réalité de terrain. On retrouve chez tous les sujets interrogés ce même vécu que le sujet 4 : « l'école ne m'a pas préparée à ce genre de situation », « j'ai été mise dans le bain » ou encore « je suis arrivée dans ce service là le premier jour de mon embauche et démerde toi ». Si l'on comprend maintenant, pourquoi ces nouveaux diplômés sont seuls dans l'exercice de leur fonction, ce fait, couplé à une formation qui n'est pas en adéquation avec la réalité du terrain et le manque de savoirs théoriques et pratiques ne peut qu'amener ces nouveaux diplômés à un vécu que l'on pourrait qualifier de « négatif » de leur métier d'infirmier. Mais ne serait-il pas intéressant de préciser ce qu'est un infirmier aujourd'hui, en particulier en psychiatrie ?

2. Etre infirmier aujourd'hui

2.1. L'exercice infirmier

Le référentiel métier infirmiers français, considère « *comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre* ». Les infirmiers ont des compétences qui leur permettent de dispenser de manière adaptée des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Ils contribuent à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins, en

lien avec leur projet de vie. Selon le secteur d'activité choisi, l'infirmier travaille en autonomie ou en équipe pluridisciplinaire. Par ailleurs, l'infirmier se doit d'actualiser ses connaissances au rythme des avancées médicales et technologiques. Dans ce cadre-là, les professionnels peuvent se professionnaliser en bénéficiant de formations qui leur semblent nécessaires pour la poursuite de leur activité. Les activités de soins réalisées par un infirmier, sont déclinées selon le modèle du référentiel de formation et recouvrent trois dimensions : technique, relationnelle et organisationnelle, auxquelles nous devons ajouter une dimension pédagogique. L'infirmier(ère) peut travailler dans tous les secteurs de la santé (médecine, chirurgie...) en secteur hospitalier ou extra-hospitalier, de la fonction publique ou du secteur privé à but lucratif ou non. L'exercice infirmier est naturellement possible en psychiatrie et santé mentale ; cependant celui-ci nécessite une approche et un champ de connaissances spécifiques pour prendre en charge de manière optimale les patients souffrant de troubles psychiques.

2.2. L'exercice infirmier en santé mentale et psychiatrie

L'exercice soignant en psychiatrie a pour but d'accompagner les populations accueillies vers « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser ». ^{xviii} L'objectif est de maintenir un équilibre psychique compatible avec une vie en société. Les lieux d'intervention sont différents des soins généraux car le soignant intervient en intra ou extra hospitalier (CMP ou domicile du patient) mais aussi en milieu scolaire, carcéral et dans tous les établissements médicaux sociaux (foyer, ephad...). Il peut également intervenir de façon ponctuelle pour répondre à une demande sociétale (attentats, violence conjugale, covid...) lorsqu'un patient ou une situation de crise nécessite une prise en charge dite d'urgence.

L'exercice réclame des connaissances spécifiques. En effet, la prise en compte de l'évolution de la société, de ses mutations et de ses risques (risque suicidaire, le vieillissement, l'immigration, la précarité, l'exclusion ou encore le travail, le chômage...) ainsi que la connaissance des grandes théories ^{xix} qui traversent la discipline. Il existe aussi une diversité de techniques ^{xx} et de champs conceptuels qu'il est nécessaire de connaître car selon la problématique du patient et selon l'obédience médicale les actions de soins seront différentes et influenceront la prise en charge. De plus, pour réaliser les tâches multiples et variées, des connaissances psychosociales ainsi que des connaissances théoriques sur les pathologies mentales et leur sémiologie sont requises car les méconnaître c'est prendre le risque « *de se mettre en danger psychologiquement mais aussi de devenir éventuellement soi-même pathogène*

pour les patients. » (Carbou, Legendre, Gueudry et al. 2006) D'autres notions sont essentielles pour comprendre ce qui se passe dans la relation à l'autre comme : les mécanismes de défense, les projections, le transfert ou contre transfert, l'espace psychique, la bonne distance avec le patient, ou encore la cohérence et la permanence du soin^{xxi}...

2.2.1. Les actions de soins des infirmiers en psychiatrie

Les savoirs infirmiers en psychiatrie n'ont pas été formulés dans des ouvrages théoriques ou pratiques mais ont été essentiellement transmis de génération en génération.

Ce travail infirmier s'inscrit dans une approche holistique du patient. Il cherche à comprendre ce qui se passe chez le patient pour l'aider à résoudre les problématiques diverses et variées auxquelles il est confronté. Pour cela, l'infirmier a différents outils dans la relation de soin comme l'observation et l'écoute. Selon Lanquetin, 80 % du travail en psychiatrie est un « *travail informel* » (2014). Les connaissances théoriques et la sémiologie psychiatrique des pathologies correspondantes permettent d'observer le comportement du patient, son état, ses relations au sein d'un environnement, dans le but de comprendre et formuler des hypothèses pour produire une évaluation clinique (de son état psychique et somatique, et/ou de la thérapeutique appliquée à sa pathologie) afin d'apporter des solutions adaptées, voire rapides si besoin.

L'écoute quant à elle offre un espace-temps dans lequel le patient peut exprimer son histoire, ses peurs, ses joies, ses angoisses, ses souffrances, ses difficultés ou réussites pour tenter de se construire ou se reconstruire. On distingue l'écoute formelle que l'infirmier peut réaliser et qui nécessite la maîtrise de différents types d'entretien^{xxii} de l'écoute informelle qui correspond à la permanence du soignant dans les échanges du quotidien. Le travail en psychiatrie suppose d'accompagner le patient dans une démarche de protection, de réassurance. L'infirmier aide ce dernier dans la reconstruction épisodique de son histoire entre rechute et stabilisation. Certains patients ne connaîtront l'hospitalisation qu'une fois dans leur vie, sans conséquence dans la poursuite de leur histoire personnelle. D'autres, s'inscriront dans un système d'étayage basé sur l'aller-retour entre l'hôpital psychiatrique et leur domicile afin d'accompagner la chronicité de leur maladie et leur permettre de restaurer ou acquérir un lien social. Pour d'autres enfin, l'extériorité institutionnelle n'est pas possible car la maladie est trop invalidante (autisme ou TED, schizophrénie). Être soignant en santé mentale et psychiatrie suppose de savoir accueillir le discours du patient tout en laissant exprimer son délire. Pour cela, le soignant doit trouver la bonne distance (face à des personnes qui sont soit dans le repli,

la fuite, soit dans la fusion) et respecter l'espace psychique du patient en évitant de devenir persécuteur (toute puissance du soignant) ou moralisateur ce qui peut conduire au rejet ou encore à des situations de passage à l'acte. Tout travail en psychiatrie et en santé mentale suppose donc une notion de « bonne distance » que l'infirmier doit trouver pour se situer dans le champ du soin et de l'éducatif et non pas dans le champ de l'affectif ou tout autre mode de relation relevant des affects. L'infirmier a pour mission d'éduquer le patient et son entourage à l'intérêt de la prise du traitement et ses effets, à repérer ses symptômes d'aggravation ou de régression de la maladie. Il aide et assiste dans la compréhension de sa maladie mentale et ses effets et s'il le faut dans les gestes de la vie quotidienne. Le soignant accompagne le patient vers son inscription dans sa prise en charge pour qu'il devienne acteur de ses soins, ceci dans le but d'accéder à une meilleure qualité de vie. L'objectif d'autonomisation du patient conduit à des projets d'insertion (ou de réinsertion) dans la société. L'infirmier réalise démarches, entretien, ménage, budget, en partenariat avec différents intervenants (tuteurs, aides ménagères, assistants de service social...). Le soignant parfois doit produire un étayage constant, dans le vécu au quotidien, comme dans la souffrance psychique où la relation à l'autre est basée sur les notions de contenance, de permanence, de référence. Le travail infirmier réclame une relation d'aide articulée par les actions de soins, la permanence du soignant et la cohérence de l'équipe pluri-professionnelle.

La relation psychothérapeutique déjà développée dans le chapitre sur la psychothérapie institutionnelle est toujours d'usage dans la pratique du soin. Malgré une grande variété de méthodes, on peut dégager quelques caractéristiques communes :

Une unité de lieu : une psychothérapie ne se fait pas n'importe où, mais dans un espace neutre réservé à cette fin.

Une unité de temps : Un temps spécialement réservé à l'action psychothérapeutique.

Une unité d'action : Après analyse en équipe de la situation puis inscription dans le cadre du projet thérapeutique, des objectifs sont définis en accord entre le (ou les) soigné(s) et le (ou les) thérapeute(s) en fonction de la demande plus ou moins explicite du (ou des) soigné(s). Par ailleurs le soignant peut être amené à réaliser des ateliers de remédiation corporelle^{xxiii} ou objectale et sociale^{xxiv}. Ces actions de soins à visée socio-thérapeutique sont des actions, centrées sur la valorisation de soi-même, la reconnaissance de l'autre, du groupe, du lien social. Elles permettent aussi d'évaluer les possibilités de resocialisation et de restaurer les acquis non-exploités ainsi que l'emprise des thèmes délirants et anxiogènes dans le quotidien.

Enfin, la violence et l'agressivité peuvent exister et être anxiogène comme l'explique le sujet 2 lorsqu'elle dit : « *cette violence, là, ou plutôt cette agressivité verbale, je m'y fais un peu mieux... mais l'agressivité physique, là, toujours et bien... je tremble.* » Elle parle également d'une autre violence. Celle-ci est « *ressenti* » et amène à de la « *souffrance... à craquer.* » Après avoir proposé d'arrêter l'enregistrement ce qu'elle a refusé, elle raconte que « *pour se protéger* », elle était « *dans le faire* », avec « *aucune relation* » vis-à-vis du patient. Garant de la sécurité du patient et des autres patients, l'infirmier doit protéger et évaluer les différents risques imminents afin d'élaborer une stratégie rapide et efficace de la prise en charge (risque suicidaire, risque de violence ou d'agression...). Dans les phases aiguës, il doit savoir évaluer, différencier et gérer la violence et l'agressivité afin de désamorcer la situation de crise. Parfois, il faut donc « accompagner » le patient vers la chambre d'isolement pour garantir sa sécurité, celle des autres patients et celle des soignants. Ces situations quand elles se présentent peuvent nécessiter une organisation spécifique comme dans l'exemple du sujet 3.

La description d'une situation de soin, comme celle de la toilette, paraît intéressante car concrète, elle illustre et met en lumière les différences et les manques entre les deux exercices infirmiers.

2.2.2. La toilette

La toilette est une activité qui se réalise aussi bien dans les soins généraux qu'en psychiatrie. Dans les habitudes, elle a lieu le matin. Dans les soins généraux cette activité est souvent réalisée par les aides-soignantes sur délégation infirmière. En psychiatrie, les aides-soignantes sont peu nombreuses et même si elles sont présentes, souvent cette activité est réalisée en binôme : infirmier/aide-soignant. Les compétences nécessaires à sa réalisation, s'acquièrent soit pendant les études d'aides-soignantes soit tout au long de la formation en soins infirmiers grâce à un apport théorique en rapport avec l'hygiène, la sécurité, le rapport au corps de l'autre, la prise en compte de la douleur, de la nudité, de l'âge, de l'évaluation de l'état cutané... Puis les stages cliniques permettent de mettre en pratique les connaissances théoriques, et développer son savoir-être et sa technicité afin que ce geste devienne un soin « routinier ».

Mais faire une toilette auprès d'un patient atteint de psychose ou de troubles envahissants du développement réclame en plus de ces savoirs de base d'autres connaissances. En effet, ce geste va nécessiter des connaissances sur la pathologie psychotique ou des TED

TSA ainsi que la théorie du « moi-peau » décrite par Anzieu car la communication, la position du corps et des gestes doivent être adaptés au patient pris en charge, car ce dernier ne vit pas la même réalité que celle du soignant. Tout d'abord le soignant va évaluer dans quelle disposition psychique est le patient car se laver peut-être traumatisant pour lui. La communication dans une perspective d'invitation à la toilette et de réassurance est essentielle. En effet, son enveloppe corporelle peut-être si morcelée qu'il ne va pas pouvoir se déshabiller pensant que son corps se disloque au fur et à mesure qu'il enlève ses vêtements. De plus, le soignant est obligé de se tenir à une certaine distance, jamais de dos et ne peut s'approcher de lui. Par ailleurs, pour se sentir vivre, exister, certains patients jouent avec l'eau. Cela nécessite une surveillance de la température de l'eau pour éviter les brûlures ou à l'inverse une hypothermie chez le patient. Parfois, on peut être amené à démonter le robinet pour éviter que le patient ne se fasse du mal en s'agitant. Pareillement, le risque de noyade est élevé pour les mêmes raisons. Souvent, lorsque ces patients acceptent le bain et que cela est possible, on profite de ce moment pour échanger avec eux autour d'une problématique ou on propose un « bain bulles » pour la détente et on observe et évalue le comportement du patient. Enfin, si le patient a accepté de se laver, la deuxième étape est de le faire sortir du bain tout en sachant que cette étape est parfois difficile. La facilité serait de vider l'eau de la baignoire avec le patient dans la baignoire mais ceci est à proscrire car ce dernier aurait le sentiment de disparaître dans le siphon.

Dans la réalité, à cause de ces méconnaissances, il n'est pas rare d'avoir un appel à renfort émanant d'un jeune diplômé face à un patient agité. Cette situation de soin n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. Mais comment peut-il faire ? Il ne l'a pas appris et personne ne lui a dit. Seules les expériences négatives semblent être sources d'apprentissage, cela peut l'amener à quitter la psychiatrie et la santé mentale.

Conclusion

Le travail infirmier en psychiatrie et santé mentale, peut être considéré comme un champ de pratiques empreint d'une certaine complexité, (ou histoire, théories, pratiques sont interdépendants) associée à des besoins de formation comme l'ont affirmé la succession de rapports ministériels (Roelandt, 2001 ; Cléry-Melin, 2003 ; Couty, 2009 ; Milon, 2009 ; Robiliard, 2013) et de textes organisateurs du champ de la psychiatrie et de la santé mentale (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 et de la réforme des études en soins infirmiers de 1992.

Malgré ces besoins identifiés depuis près de 20 ans, la réforme des études en soins infirmiers de 2009 n'a pas suivi les recommandations et a marginalisé cette discipline et établi un curriculum de formation qui n'est pas en adéquation avec les réalités du terrain et les besoins des organisations. De plus, ces dernières années, les institutions doivent faire face aux départs d'infirmiers qualifiés et expérimentés ce qui engendre un déficit des effectifs qui ne permet plus de former et d'acculturer les nouveaux diplômés et assurer la transmission des savoirs. Malgré de nouveaux rapports en 2013, 2016 et 2018 sur le besoin en formation aujourd'hui, la psychiatrie et santé mentale fait face à la disparition de ses savoirs théoriques et pratiques.

Alors, comment dans un contexte de déficit de connaissances spécifiques et de difficultés d'accompagnement, les nouveaux diplômés peuvent-ils acquérir les savoirs inhérents à la prise en charge de patients en santé mentale et psychiatrie aujourd'hui ?

Cette question professionnelle a donné lieu à une inscription dans une recherche de Master 2. Celle-ci consistait à tenter de comprendre comment les nouveaux diplômés élaboraient leur expérience dans un contexte d'apprentissage sur le tas. Cependant les résultats obtenus ont fait émerger un nouveau questionnement.

Chapitre 4 : Apprendre son métier sur le tas, par l'expérience : vers un objet de recherche

Ce chapitre est composé de deux parties. La première concerne la présentation des résultats de la recherche en Master 2 et du questionnement qui en a découlé car si ces premiers résultats ont permis de mettre en exergue les moyens mis en œuvre par les nouveaux diplômés pour apprendre leur métier, à contrario ils ont révélé aussi la présence d'« un vide » et que pour combler ce vide, il existerait un élément dans l'environnement qui leur permettait d'apprendre. Au regard de cette interrogation, une phase exploratoire d'observation du terrain a été menée. La deuxième partie est donc consacrée à la présentation de ces résultats et de l'objet de la recherche qui en a émergé.

Pour rappel, les chapitres précédents ont montré que la psychiatrie et santé mentale s'est construite une culture, une identité et des savoirs spécifiques pour prendre en charge les patients atteints de troubles psychiques. Cependant, les orientations politiques, économiques et scientifiques ont entraîné des réformes successives au détriment de cette discipline. Les réformes des études en soins infirmiers de 1992 puis celles de 2009 en sont le reflet. Aujourd'hui, les savoirs psychiatriques ne constituent plus qu'à peine 10 % du curricula de la formation des étudiants en soins infirmiers. Or, les organisations attendent de ces nouveaux professionnels qu'ils soient opérationnels, ce qui ne peut être le cas. Pour surmonter ces difficultés, des directives ministérielles ont préconisé un accompagnement des nouveaux diplômés. Cependant, le contexte hospitalier actuel, ne permet pas d'apporter cet accompagnement auprès de ces nouveaux professionnels. Ce contexte m'amène à vouloir comprendre, comment ces nouveaux professionnels qui ont choisi d'exercer dans le domaine de la psychiatrie et santé mentale apprennent leur métier sans accompagnement formalisé ?

1. Les résultats issus de ma recherche en Master 2 confirmés par l'observation exploratoire de la thèse

Porter à votre connaissance les résultats de ma recherche en Master 2 est important car c'est à partir de ces derniers que cette recherche prend appui. Cette démarche en 2014, cherchait à comprendre comment un nouveau diplômé en soins infirmiers élabore son expérience. L'analyse du discours, sur l'activité obtenue par un phénomène d'identification à un sujet X

avait mis en évidence une absence de tutorat et avait montré que pour apprendre les jeunes diplômés observaient les savoirs faire d'autrui et pratiquaient l'essai erreur. Ces résultats se sont confirmés lors de l'observation exploratoire réalisée dans le cadre de cette recherche. Cependant, cette phase exploratoire sera abordée dans le chapitre suivant et dans la méthodologie de la recherche.

1.1. Une absence de tutorat

Dans le champ infirmier, le tutorat auprès des nouveaux diplômés est très dépendant des effectifs présents dans le service d'accueil. Certains secteurs du soin comme la psychiatrie sont en « déficit soignant ». Malgré les recommandations, le nouveau diplômé n'est pas doublé et ne bénéficie pas d'un tutorat de la part d'un expert, comme le relate tous les sujets de cette étude. Ils expliquent que le novice qui prend son poste est considéré comme faisant partie intégrante de l'équipe et d'une organisation du travail. Il peut être « *le seul infirmier de l'équipe et travailler avec 2 soignants* »^{xxv}.

Pour remédier à cette difficulté connue des étudiants, certains d'entre eux usent de stratégies pour « se pré professionnaliser » dans la discipline vers laquelle ils souhaitent postuler car ils bénéficient, dans ce contexte, d'un accompagnement de la part des soignants comme l'explique le sujet 9 de notre étude. En faisant part de son projet, le terrain de stage d'accueil a accentué son accompagnement auprès de cette « future nouvelle collègue ». Cette période lui a permis d'acquérir des connaissances ciblées en lien avec la discipline visée, de mieux approfondir le fonctionnement de l'institution et l'organisation du travail. L'intégration dans l'environnement institutionnel se fait alors en amont du recrutement et permet aux nouveaux diplômés qui ont pu en bénéficier d'avoir une prise de poste moins anxiogène. Cependant, dans les faits, rares sont les étudiants à obtenir l'accord des IFSI pour réaliser ce dernier stage en psychiatrie.

Pour autant qu'ils aient bénéficié ou non d'une intégration en amont de leur prise de poste à leur arrivée dans l'institution, ils se heurtent à plusieurs difficultés : l'entrée dans une microsociété et une spécificité du soin pour laquelle ils n'ont pas été préparés.

1.2. L'observation pour apprendre

Les résultats de la recherche en Master 2 et ceux de l'observation du terrain ont montré que les nouveaux diplômés observaient de manière attentive les personnes et/ou les situations qui pour eux avaient un intérêt. Il s'agit d'une observation simple et directe des activités de

soins réalisées par les autres soignants. Grâce à cette exploration du champ perceptif, ils sélectionnent puis trient les éléments les plus significatifs et qu'ils considèrent utiles pour la poursuite de leur activité. Ils encodent symboliquement ces données en se créant un panel d'images mentales de situations. Pour Carré (2004, p. 25) ce travail d'observation actif est un modelage par lequel, le nouveau diplômé extrait les règles sous-jacentes aux comportements observés. Par-là, ils se construisent eux-mêmes des modalités comportementales proches de celles du modèle. Les novices les dépassent en générant de nouvelles compétences et de nouveaux comportements. Préexistante à l'action, cette activité d'observation permet aux nouveaux diplômés d'apprendre progressivement et intuitivement, à partir du savoir-faire d'autrui. Cependant cette étape ne semble pas suffisante pour apprendre un métier. Les résultats ont montré aussi que les novices pratiquaient un autre genre d'apprentissage.

1.3. Un apprentissage sur le tas par l'expérience non performant

En effet, les résultats de la recherche en Master 2 et ceux de l'observation exploratoire ont montré que les novices, en plus de l'observation de leur environnement, apprenaient leur métier sur le tas, par expérience, comme par le passé. Cette expérience professionnelle se développe aussi bien dans l'action que dans la relation aux autres. Pour comprendre en quoi consiste cette forme d'apprentissage, Pastré, Vergnaud, Gérard et Mayen (2006) ou encore Barbier (2013) apportent un éclairage, bien qu'ils n'utilisent pas le même vocabulaire. En effet, si l'apprentissage sur le tas est pour les premiers auteurs un « *apprentissage par incident* » (Pastré, Vergnaud & Mayen, 2006, p. 155) pour Barbier il s'agit de l'expérience. Cependant, d'un point de vue théorique, tous sont d'accord pour dire que cet apprentissage est composé de deux étapes pour être performant. Selon eux, il nécessite de la part de l'apprenant qu'il réalise tout d'abord « *une activité productive* » (ibid., 2006, p. 155), qui est l'essai erreur (ou le vécu d'expérience), puis une « *activité constructive* » (ibid., 2006, p. 155) qui correspond à « l'élaboration de l'expérience ». Qu'en est-il dans la réalité ?

1.4. L'essai erreur : une autre modalité d'apprentissage

Les résultats ont montré que les nouveaux diplômés s'engageaient dans les activités de soin, face au patient sans savoir réellement ce qu'ils devaient dire ou faire, avec pour conséquences des expériences vécues positives mais aussi négatives. Pour eux, c'est en faisant que l'on apprend, l'essai erreur est courant : « je fais avec ce que j'ai, ce que je suis et je trouve

des choses et ça passe ou ça casse... », « je teste », « j'essaie ». Sans filet, ils agissent sur l'action en cours, dans laquelle ils essaient de transformer le réel.

On peut supposer qu'il existe alors autant de vécus qu'il peut y avoir d'espaces investis par l'activité, car chaque situation de soin va être mémorisée et intériorisée. Ce vécu ne peut qu'être individuel et personnel, car par définition, chaque sujet est porteur d'une sensibilité qui lui est propre, d'une histoire de vie et d'une culture qui lui sont personnelles. Ce vécu élémentaire, subi par le sujet, n'est pas mis en représentation, ni en discours, car il n'est pas reconnu ou identifié comme tel par le nouveau diplômé. Pour Barbier (2013, p. 69), cette étape est indissociable des affects et correspond aux « *transformations immédiates qui s'opèrent chez un sujet à l'occasion de son activité.* ».

Quand les nouveaux diplômés pratiquent l'essai erreur, ces activités s'inscrivent dans leur mémoire et revêtent un caractère émotionnel. Il ne s'agit alors que d'un vécu d'activité (ou d'une activité productive). Cette pratique de l'essai erreur n'est pas suffisante car elle ne peut donner lieu à une construction de sens. Comment, ou par quel moyen arrivent-ils à mettre en sens, ce vécu d'activité, afin d'acquérir des compétences ? Dès lors, ces informations nous ont permis de mieux comprendre que la pratique de l'essai erreur n'était pas suffisante pour apprendre et qu'il y avait d'autres éléments à rechercher pour comprendre comment ils apprenaient.

1.5. L'élaboration de l'expérience et construction de sens

Rappelons que les auteurs mobilisés précédemment expliquent que l'apprentissage sur le tas, par expérience était constitué de deux étapes pour mener à la construction de sens et finalement à la compétence. Il y a d'abord l'essai erreur puis une deuxième activité : une « *activité constructive* », appelée aussi « *élaboration de l'expérience.* ». Les résultats de la recherche en Master 2 ont montré que les sujets pratiquaient l'essai erreur mais n'ont pas montré s'ils parvenaient à élaborer leur expérience. En quoi consiste l'élaboration de l'expérience ?

1.5.1. L'élaboration de l'expérience

Cette seconde étape qu'est l'élaboration de l'expérience, prend naissance à « *partir de l'activité* » (Barbier, 2013, p.72) et prend appui sur le vécu d'activité. Elle apparaît dans le « *cadre d'actions singulières* » (ibid., p.72), sous l'impulsion des émotions du sujet. En effet, quand un sujet est engagé dans une action de transformation du monde physique, social ou mental, il peut y avoir une réémergence d'émotions (acquises au cours du vécu de l'activité)

qui vont réactiver la mémoire du sujet. Cette réactivation peut être due à une ou plusieurs ruptures de valeurs ou encore à des routines ou habitudes devenues inopérantes pour le but poursuivi dans l'action du sujet. Ce qui va faire expérience, c'est le lien qu'il va opérer par une action de pensée entre l'action qu'il vient de réaliser et les conséquences éprouvées de cette action. Ce dernier va interroger la ou les ruptures rencontrées au cours de son activité. Il va interpréter son vécu. Cette opération est, pour Barbier, (2013, p. 113) « *un travail mental de transformation de représentations* ».

« *Les apprentissages qui se font par guidage – une hétéro-formation – laissent peu de place au développement du sujet ; au développement aussi bien identitaire que réflexif, de ses capacités d'analyse et de synthèse, de mise en problèmes de ces situations professionnelles dans lesquelles il est pris. A l'inverse de ces modèles, les pédagogies de l'intégration (Roegiers, 2010) visent au-delà de l'application de savoir-faire, un savoir penser pour agir. La didactique professionnelle (Pastré, 2011) pose trois conditions qui permettent à un apprentissage de supporter un développement : l'approche par les situations de discordances et la capacité du sujet à en tirer profit, l'abstraction réfléchissante et un apprentissage en première personne où il a pour seul moyen d'apprendre, le fait d'apprendre par lui-même.* » (Vannereau, 2023, à paraître).

1.5.2. Les représentations : objets complexes, essentiels à l'élaboration de l'expérience

Autant individuelles que sociales, les représentations sont situées à l'interface du psychologique et du sociologique (Mannoni, 2012, p.3). En fait, chaque personne est transcendée par le social. Dans le cas qui nous intéresse, le nouveau diplômé qui construit ses représentations dans un environnement de soin doit non seulement intégrer les valeurs et représentations du groupe pour évoluer et appartenir à cette collectivité et plus largement à l'institution et en même temps construire, prouver, défendre ses propres valeurs et représentations. Pour comprendre en quoi ces interactions et confrontations continues entre l'individuel et le collectif autorisent une réélaboration constante des représentations, il nous faut mobiliser des auteurs qui se sont intéressés à ce sujet. Selon Barbier, les représentations aident le sujet à interpréter son environnement, dans le but de « *régler sa conduite dans l'action* » (2013, p. 113). De fait, la représentation est un « *objet convoyeur de sens* » (Sallaberry, 1996, p.22). De par son fonctionnement et sa pluralité, la représentation porte en elle une logique complexe, « *plurielle* » qui nécessite, pour la comprendre « *une pensée*

conjonctive...voire contradictoire... un dynamique intérieur/extérieur » (ibid., 1996, p.22). Si la représentation est tout d'abord un système individuel, intime et personnel, véhiculé par le langage et construit en fonction des expériences que le sujet traverse et des émotions qui lui sont liées, elle se construit aussi sous l'influence implicite ou explicite de la société dans laquelle le sujet vit. La représentation se situe alors au sein d'un système collectif, car les groupes ont leurs propres règles et représentations. A l'inverse, le sujet construit ses représentations à partir de son propre vécu et peut, sous l'effet de l'expérience ou du groupe, leurs faire subir des modifications, les faire évoluer.

L'élaboration de l'expérience est donc un processus de construction de sens dans, sur et pour l'activité, qui associe des processus mentaux, affectifs et conatifs du sujet engagé dans une action de transformation de représentations. Elle a pour intérêt d'être une ressource significative pour le sujet, pour son action future. Par cette « quête de sens » le sujet apprend, élabore son expérience, se développe individuellement en interaction avec son environnement. Etre soignant c'est travailler en équipe ce qui suggère que le nouveau diplômé est en interaction constante avec chacun de ses membres et donc que ses propres représentations sont continuellement confrontées à celles du groupe ? C'est en lisant Richard Wittorski (1998, p.4) qu'une autre question a émergé. Cet auteur précise que « *par ajustements successifs et adaptation progressive des comportements* », sans accompagnement, ceci amène l'individu à produire des « routines » insuffisantes. Rappelons que les résultats ont montré que les nouveaux diplômés expliquaient ne pas bénéficier d'un accompagnement. Alors, s'ils observent le savoir-faire d'autrui et qu'ils pratiquent l'essai erreur, comment peuvent-ils élaborer leur expérience dans un contexte de non accompagnement ? Existerait-il un autre élément, qui permettrait aux nouveaux diplômés d'apprendre leur métier sur le tas par l'expérience, dans un contexte de non accompagnement ?

La lecture d'une étude réalisée par Knight, Tait et Yorke en 2006 (pp. 319-339) auprès des enseignants universitaires interrogés « *sur les représentations qu'ont les universitaires de l'apprentissage de leur métier d'enseignant* », a apporté des éléments de réponse à cette question. Quels sont-ils ?

2. L'émergence d'un objet de recherche : la notion de tiers

Les résultats de la recherche de Knight, Tait et Yorke en 2006 (pp. 319-339) montrent que les enseignants avaient appris tout en enseignant, sans être accompagnés. Comme les infirmiers, ces professionnels apprennent leur métier sur le tas ; seuls et au cours de leur activité.

Cette étude ajoute de nouvelles notions qui intéressent cette recherche. Elle souligne que les sujets apprennent grâce à l'expérience, mais aussi au contact du groupe dans lequel ils évoluent, ou encore par la recherche d'informations extérieures. En effet, les enseignants racontent que pour développer leur exercice professionnel, ils s'appuient sur leur vécu d'étudiant, les conversations informelles avec les collègues, qu'ils complètent par des conférences ou autres ateliers de travail. Ils n'ont pas de tuteurs et donc recherchent et trouvent dans leur environnement des éléments qui leurs permettent d'apprendre, de progresser. Les espaces professionnels mêlent activité et interaction avec l'environnement au sens large (les individus, l'institution, la singularité de la situation). Ces contextes constituent par leurs richesses, de multiples occasions d'enrichir la propre expérience du sujet, au cours même de l'activité de par le caractère co-construit et co-productif, dans une dimension socialement située. Comme eux, les novices en soins infirmiers évoluent au sein d'une institution, d'un groupe soignant porteur d'une culture. Cet environnement peut assurément fournir des sources multiples et variées d'apprentissages. De plus, les interactions entre le groupe et le novice peuvent amener à des modifications de représentations opérées par le jeune diplômé. Enfin, cette variabilité des situations de travail est un facteur à prendre en compte. En effet, le sujet lui-même est un sujet social, porteur d'une histoire, d'affects qui influencent chaque situation, chaque rencontre et donne, ainsi lieu, à un vécu singulier où chaque sujet « *agit et réagit selon ses propres motifs et buts, sa compréhension de la situation, son investissement, sa relation à son interlocuteur, au cadre et à l'objet de l'intervention.* » (Mayen, 2007 p.53). Ceci suggère qu'une même situation n'est pas forcément source d'apprentissage comme l'ont montré les premiers résultats exposés précédemment. Par ailleurs, comme il semble ne pas y avoir d'accompagnement proposé, cela amène à penser que c'est l'apprenant qui choisit dans son environnement ce qu'il estime nécessaire pour lui, pour son apprentissage. Les infirmiers nouvellement diplômés procéderaient-ils de la même manière que ces enseignants ? Ces informations apportées par Knight, Tait et Yorke en 2006 ont participé à nourrir le guide d'observation, réalisé en vue de produire l'observation exploratoire de terrain pour regarder comment les nouveaux diplômés apprennent leur métier sur le tas, par expérience, dans un contexte de non accompagnement.

2.1. Une observation exploratoire du terrain

Cette observation exploratoire du terrain s'est déroulée sur une période de dix mois afin de regarder comment les nouveaux diplômés apprenaient. Sa méthodologie est développée dans

la partie 3, Chapitre 2, paragraphe 2). Mais, pour mieux appréhender les résultats qui vont suivre, il semble important de préciser quelques éléments.

Pour sa réalisation, une grille de lecture a été construite sur la base des résultats de l'étude de Knight, Tait et Yorke en 2006, afin de guider mais aussi analyser cette démarche.

Par ailleurs, si une partie des résultats obtenus a permis l'émergence de l'objet de la recherche et vont être présentés ici, d'autres résultats ont émané de cette analyse et seront présentés plus explicitement dans le chapitre 3, paragraphe 2.1.2).

En effet, différentes situations pouvant être sources d'apprentissage non formalisées ont été repérées dans l'environnement de travail grâce à l'observation, au discours tenu par les professionnels et des nouveaux diplômés autour du mot apprendre ou de situations supposées être source d'apprentissage. Ces micro-situations évoquent par exemple un nouveau diplômé avec un patient, avec un collègue, ou encore lorsqu'il mange avec le groupe des soignants.... Elles sont au nombre de quatorze. Elles ont pour ambition de proposer un échantillon de situations assez large pour la poursuite de la recherche car ces micro-situations serviront d'outil projectif lors de la campagne d'entretien qui sera réalisée auprès de nouveaux diplômés. Grâce au raisonnement analogique induit par la lecture de ces situations, cela leur permettra de faire des liens entre les scénarios proposés et les situations d'apprentissage vécues et *in fine*, après analyse, de produire des inférences sur le propre fonctionnement du sujet.

2.2. Le discours des experts soignants : le tiers

Si les résultats ont montré que les nouveaux diplômés ne bénéficiaient pas d'accompagnement de la part de leurs pairs ; cette période exploratoire a montré aussi que les nouveaux diplômés apprenaient. Cette évolution s'observe, au travers du discours tenu par les experts de terrain lors de leurs échanges entre eux ou avec le cadre de santé. Ces échanges informels, auxquels je ne participais pas mais que j'observais, ont une teneur évaluative. La progression des connaissances et des savoirs du nouveau était mesurée et dans ce cadre-là plusieurs fois le mot tiers a été employé par différents professionnels. C'est-à-dire que lorsqu'ils soulignaient ou évoquaient une évolution de la pratique chez les nouveaux diplômés, ils appuyaient leurs propos par « Il a bénéficié d'un tiers », « c'est grâce au tiers qu'il a évolué ». A l'inverse pour justifier le fait qu'il n'y ait pas de progression, le manque de tiers était avancé. « Il n'a pas de tiers, c'est pour ça ». A quoi faisaient-ils référence ? De quel tiers parlaient-ils ?

Aujourd'hui, le mot tiers est ancré dans le langage courant et veut dire troisième. Il a pour féminin le mot tierce. Dans le Petit Larousse et le Petit Robert, le tiers fait toujours référence à une personne qui interfère dans une relation duelle ou groupale et ajoutent qu'il appartient au domaine juridique, il s'agit alors d'une « *personne étrangère à une affaire, à un acte juridique, à un jugement* ». Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales reprend l'intégralité de ces définitions et complète l'utilisation du mot tiers aux domaines de la musique, des finances et des assurances. Pourquoi ces professionnels employaient-ils ce mot ? Quel sens avaient-ils pour eux ?

Bien que les dictionnaires ne le relatent pas, Xauflair (2013) explique que le milieu professionnel s'est approprié l'usage du mot tiers et lui a attribué un autre sens ; celui de tuteur.

Le monde de la formation, n'échappe pas à ce glissement. Le tiers est un tuteur, il est considéré comme une personne experte qui, au travers de l'accompagnement qu'il produit, poursuit deux objectifs : celui de faciliter l'intégration du novice dans le groupe professionnel et d'assurer selon Wittorski « *une fonction de transmission de savoirs ou de connaissances* ». (2007 p. 119). Il semblerait que les soins infirmiers n'échappent pas à cet usage, car interrogés à ce propos, les professionnels attribuent eux aussi au mot tiers, le même sens que celui du mot tuteur.

Ceci soulève une interrogation car l'observation du terrain a montré qu'il n'y avait pas d'accompagnement proposé auprès des nouveaux diplômés. Pourquoi les professionnels attribuaient-ils cette évolution ou cette non évolution des nouveaux diplômés à la présence d'un tiers ou tuteur ? Dans cette situation, s'il y a bien la présence d'un apprenant et d'un savoir psychiatrique, force est de constater une place vide, celle de l'expert qui transmet. Néanmoins, si l'on interroge ce vide et que l'on se réfère à la physique, un espace lacunaire est un lieu où gravite des éléments. Il n'est en fait jamais vide. Ne serait-ce pas cet espace, cette place, qu'il faudrait interroger pour comprendre comment un nouveau diplômé apprend son métier et construit du sens ? Par ailleurs, s'ils apprennent leur métier comme les enseignants universitaires sur le tas, grâce à l'expérience et à leur environnement, que représente le tiers dans ce dispositif ? Les résultats proposés par Knight, Tait et Yorke sur l'étude des enseignants universitaires seraient-ils justement des tiers, puisqu'ils permettent aux universitaires d'apprendre ? Pour, Six en 1990 et Denis en 2001, il ne faut pas réduire la notion de tiers à une personne. Ils ajoutent que la question du tiers se situe à un autre niveau. Que veulent-ils dire ? Denis (2001, p. 202) précise que la notion de tiers est à mettre en « *rapport*

avec le langage, le symbolique, l'Autre, la Référence, la Loi, le Père... une dimension de transcendance, d'extériorité. ».

Ce cas de figure suggère que le tiers n'est pas obligatoirement une personne et pourrait être tout autre chose comme une émotion, un symbole ou encore un intercalaire socio-symbolique. Qu'est-il exactement ? Comment se manifeste-t-il ? Le tiers serait-il l'élément qui permettrait aux novices d'apprendre sur le tas et d'élaborer leur expérience ? Si c'est le cas, quel est son rôle dans ce processus ?

Conclusion

Progressivement, à travers ces chapitres, j'ai montré comment je suis passée d'une problématique professionnelle avec ses enjeux, à l'élaboration de mon objet de recherche issu d'une démarche exploratoire, basée sur l'observation du terrain.

L'approche théorico-socio-historique de la psychiatrie, l'étude de la documentation qui encadre la constitution du champ de la santé en psychiatrie, de la formation et de l'activité des soins infirmiers ont permis de comprendre pourquoi les nouveaux diplômés en soins infirmiers qui choisissent d'exercer en psychiatrie et santé mentale étaient en difficulté lors de leur prise de poste car ils devaient apprendre leur métier de soignant. Les résultats de la recherche en Master 2, qui s'intéressait à cet apprentissage post-diplôme, ont montré que ces novices s'inscrivaient dans un modèle d'apprentissage sur le tas, par expérience, sans accompagnement formel. À la lumière de ces résultats, un nouveau questionnement a émergé. En effet, comment ces néo-professionnels pouvaient-ils élaborer leur expérience sans accompagnement formel de la part des professionnels ? La lecture d'une recherche réalisée par Knight, Tait et Yorke et les résultats issus de la démarche exploratoire, ont permis d'identifier un élément : le tiers.

Cet objet de recherche amène à poser comme question de recherche : « **Quel est le rôle du tiers dans le processus d'apprentissage sur le tas, par l'élaboration d'expériences de jeunes diplômés en soins infirmiers qui ont choisi d'exercer en santé mentale et psychiatrie.**

Mais avant de pouvoir répondre à cette question de recherche, interroger la notion de tiers semble nécessaire car comment comprendre son rôle, si on ne sait pas ce qu'il est et ce qu'il fait. La déclinaison de sous questions paraît importante afin de guider cette recherche :

Qu'est-ce que le tiers ? Quel est son fonctionnement ? Quel est son rôle dans l'apprentissage ?

Cadre conceptuel : le tiers « dans tous ses états »

Chapitre 1 : Options épistémologiques et théoriques de la recherche

La recherche proposée ici, se donne comme objet d'étude, le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas, par expérience de nouveaux diplômés en soins infirmiers qui exercent en psychiatrie et santé mentale et amène à poser comme question de recherche : « Quel est le rôle du tiers dans le processus d'apprentissage sur le tas, par l'expérience, de jeunes diplômés en soins infirmiers, qui ont choisi d'exercer en santé mentale et psychiatrie ? Néanmoins, comme précisé dans le chapitre précédent, interroger la notion de tiers semble primordiale car comment comprendre son rôle, si on ne sait pas ce qu'il est et ce qu'il fait ? Pour cela, la déclinaison de sous questions a été établit, à savoir :

Qu'est-ce que le tiers ? Quel est son fonctionnement ? Quel est son rôle dans l'apprentissage ?

Pour débiter, il m'est apparu comme une évidence de rechercher la définition du concept de tiers en sciences de l'éducation et de la formation. C'est en lisant les livres de Michel Serres sur le tiers instruit et celui de Xypas, Fabre et Hétier réunissant un collectif de chercheurs dans le tiers éducatif : une nouvelle relation pédagogique, que j'ai compris plusieurs choses. Premièrement, le concept de tiers dans le domaine de la pédagogie est « *un savoir en voie de construction* » (2011, p.12) et qu'il me fallait avant de pouvoir répondre à l'objet de recherche, continuer à construire cette connaissance au regard de ce concept. Deuxièmement, ces premières recherches ont également montré que le concept de tiers est un concept complexe, polysémique et ontologiquement dynamique et qu'il est un objet privilégié de la complexité. Finalement, pour comprendre cet objet complexe évoluant dans un système tout aussi complexe, sans omettre ses relations et interrelations, mon positionnement épistémologique a été de m'inscrire dans une démarche pluridisciplinaire mais aussi de la complexité, de multidisciplinarité et de la transdisciplinarité pour comprendre l'objet et ne pas le dénaturer.

Complexe, ne veut pas dire compliqué. Pour Edgar Morin, « la *complexité*, de *complecti* », qui veut dire contenir, représenterait un ensemble d'éléments hétérogènes, réunis ensembles. Ce « tissu » constitué d'éléments associés et inséparables qui pose « *le paradoxe de l'un et du multiple* », (Morin, 1994, p. 316), permet de penser le monde. De prime

abord, la complexité tend à laisser croire qu'il s'agit d'un ensemble hétéroclite d'objets, où règne le désordre et qu'il faille seulement remettre de l'ordre en sélectionnant naturellement « *les éléments d'ordre et de certitude, de désambiguïser, de clarifier, de distinguer, hiérarchiser...* »^{xxvi}.

Nicolescu (1986, p. 64-66) précise qu'il faut distinguer à propos des disciplines l'« inter », le « pluri » et le « trans ». L'interdisciplinarité "*concerne le transfert des méthodes d'une discipline à l'autre... (mais dont) la finalité reste... inscrite dans la recherche disciplinaire*" (p. 65-66). La pluridisciplinarité « *concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois ... mais reste inscrit dans la recherche disciplinaire...* » (p. 64). Enfin, il explique que la transdisciplinarité peut être définie, comme suis : « *le préfixe "trans" indique ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline* » et sa finalité est « *la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance* », il ajoute que « *si la recherche disciplinaire concerne, tout au plus, un seul et même niveau de réalité, ... la transdisciplinarité s'intéresse à la dynamique engendrée par l'action de plusieurs niveaux de réalités à la fois* ».

La première démarche pourrait être assimilée à une approche pluridisciplinaire car un regard pluridisciplinaire a été porté sur le concept de tiers ainsi que sur l'objet « le rôle du tiers dans un processus d'apprentissage sur le tas, par expérience ». Pour y répondre, différentes disciplines comme la philosophie avec Michel Serres, l'anthropologie (Girard, Chabal, Temple), la sociologie (Volckick, Simmel, Thouard et Zimmermann), la psychologie (Freud, Lancan, Green), les sciences de l'éducation et de la formation (Xypas et le collectif de chercheurs, Jorro, Lerbert-Serenni...), la physique quantique (Lupasco, Nicolescu) ou encore la psychodynamique du travail avec Dejours ont été convoquées. Cependant, Morin précise que pour comprendre les phénomènes complexes et qu'ils livrent leur intelligibilité, il ne suffit pas de les réduire à un modèle d'épistémologie classique. Pour faciliter la compréhension d'un phénomène en particulier humain, il faut, certes, démêler cet imbroglio, mais il faut surtout qu'il soit envisagé sous un aspect multidimensionnel. Cette épistémologie n'est pas incompatible avec la pluridisciplinarité. Elle va seulement plus loin car elle autorise la prise en compte des relations « qui se tissent entre ce qui relève de l'individu, du groupal et du social » mais elle permet aussi d'articuler, de mettre en lien les différentes disciplines convoquées pour réaliser une analyse articulée en niveau. Si l'élucidation du concept de tiers et de l'objet m'a conduit en premier lieu à multiplier les regards théoriques et disciplinaires, elle m'a amenée dans un deuxième temps à cette approche multi-référentielle pour relier les points communs

et/ou discuter les regards d'homogénéisation et d'hétérogénéisation portés et défendus par les différents auteurs et différentes théories autour de l'objet tiers.

Mais l'aspect dynamique et triangulaire de cet objet m'a aussi amenée vers une approche transdisciplinaire. Selon Nicolescu le mot « trans » porte l'idée de tiers et souligne que les mots « trans », « trois » et « tiers » ont la même étymologie et qu'ils signifieraient la transgression du deux. La transdisciplinarité est pour cet auteur « la transgression de la dualité opposant les couples binaires ». Ce choix épistémologique a pour intérêt de favoriser la prise en compte de l'intégralité des éléments d'une situation problème qui semblent contradictoires, mais aussi les différents niveaux et les différents domaines convoqués. Mais pour être effective, elle nécessite une méthode qui intègre la logique du tiers inclus. Cette inclusion du tiers permet de relier, simultanément deux éléments qui semblent contradictoire entre eux. Nicolescu ne fait pas abstraction de l'une ou l'autre des disciplines. Au contraire, il va au-delà. Il transgresse la dualité existante. C'est-à-dire qu'il considère, à la différence des sciences classiques, qu'il existe entre, à travers et au-delà de chacune d'entre elles un espace qui n'est pas vide, mais au contraire un espace plein de potentialités. Cette approche logique, nécessite l'intervention d'un tiers inclus, qui médiatise et intègre dans un troisième terme (à un autre niveau) la prise en compte des deux autres termes. Ainsi, le tiers inclus permet de relier et autorise une lecture dynamique et triangulaire de l'objet étudié.

Finalement, la conjugaison de ces différentes épistémologies sont complémentaires. Elles favorisent une lecture de l'objet. Néanmoins, Peut-on dire qu'elles permettront réellement de faire le tour de l'objet ?

Dans ce chapitre, une première partie est donc consacrée à expliciter le concept de tiers dans toutes ses dimensions, sans le dénaturer afin de répondre aux sous questions établies, puis une deuxième partie propose de montrer son rôle et comment il peut intervenir dans l'apprentissage des nouveaux diplômés.

Chapitre 2 : Le concept de tiers pluridisciplinaire et multiréférentiel : Un objet aux multi-facettes

Le concept de tiers, traverse différents champs disciplinaires relevant des sciences humaines. Or, ces multiples approches, parfois au sein même des disciplines voire même dans son écriture, en ont complexifié le sens, le rôle et la place. Cette revue de littérature n'a pas une valeur d'exhaustivité. Le but est de s'inscrire dans une logique trans et pluridisciplinaire afin de comprendre ce que représente le concept de tiers grâce à l'émergence de similitudes ou au contraire des points de divergences autour de ce concept. Concept peu abordé, le choix des disciplines s'est réalisé en fonction de ce qui avait été écrit sur le concept de tiers et l'idée qu'un individu n'est pas un être isolé mais bel et bien une personne qui vit et existe au sein d'un groupe.

1. Le tiers en anthropologie

L'anthropologie est une discipline des sciences humaines qui cherche à comprendre aussi bien l'évolution et le développement de l'homme dans son individualité que dans ses échanges avec le groupe social. Bien que le concept de tiers n'ait pas donné lieu à une étude spécifique, on retrouve l'idée de tiers dans les théories du « bouc émissaire » développée par René Girard et celle sur la réciprocité réalisée par Temple (1997) et Chabal (1995). Ces approches montrent que le tiers prend naissance au sein des interactions humaines et que celui-ci est un élément essentiel au fondement de l'ordre social tout en autorisant la construction de l'individu. Que disent ces auteurs au sujet du concept de tiers ?

1.1. La théorie du « Bouc émissaire » et le tiers

La théorie du Bouc émissaire développée par René Girard représente un mécanisme collectif de défense autorisant le groupe à dépasser la violence générée par le « désir mimétique » de ses membres. Ce mécanisme se traduit par la désignation d'un « bouc émissaire », à qui les individus font endosser collectivement l'intégralité des maux, afin de rétablir l'équilibre du groupe. Bien que le concept de tiers ne soit pas formalisé chez cet auteur, Dahan-Gaida (2007) a identifié à partir de ses travaux, différents tiers. Quels sont-ils ? Le premier est un « tiers intercesseur ». Ce tiers conduit aussi bien à une « violence réciproque » entre les individus par

la désignation d'un objet à envier et, à l'inverse pour refréner cette dynamique conflictuelle, il amène le groupe à détourner cette violence par un sacrifice qui fait du « bouc émissaire » un autre tiers : un « tiers sacralisé ». On voit ici surtout, que ce tiers est situé en extériorité des sujets et qu'il est ambivalent puisqu'il peut endosser un double rôle : unir ou désunir. Au-delà de cette logique, on constate aussi que le tiers peut transcender le groupe grâce à un objet devenu sacré. Ce processus instille une nouvelle dynamique symbolique, l'interdit ou celui de ne pas tuer. Dahan-Gaida (2011, p.22) a identifié d'autres tiers. Elle souligne que pour éviter le désordre dans une société, les individus ont aussi besoin d'un tiers institutionnel, qui soit le même pour tous. Celui-ci rassemble l'ensemble des sujets afin qu'ils soient soumis aux mêmes règles dans le but d'éviter d'éventuels affrontements. Elle prend pour exemple la justice et ses lois, pour étayer son argumentaire, et précise (Ibidem, 2011, p23) que ces règles peuvent être aussi porteuses de symboles. Dans ce cadre-là, le tiers institutionnel a un autre rôle, celui de médiateur symbolique. Ces symboles, (comme par exemple les valeurs d'un Etat) circulent au sein des groupes pour maintenir le lien social. A contrario du tiers intercesseur, on remarque que le tiers institutionnel n'a pas un rôle de division entre les individus mais plus un rôle d'unification car il dépasse les dualités et pose les interdits dans le but d'enrayer la violence liée à la vengeance réciproque. Cependant la réciprocité entre les individus est-elle toujours de nature violente ? Cela permet de penser, que le groupe et chacun des individus qui le constitue, acquièrent les mêmes règles et ont besoin de tiers dans leurs échanges, pour se construire individuellement et collectivement. Ceci suggère que le tiers est intimement lié au concept de réciprocité, ce que confirment Temple et Chabal en 1995 dans leur étude socio-anthropologique du concept de réciprocité.

1.2. L'obligation de tiers dans la réciprocité

Pour ces deux auteurs, la réciprocité est à la base des échanges entre êtres humains et prend appui sur la théorie du don et contre don, développée par Marcel Mauss qui défend l'idée qu'une personne qui reçoit quelque chose doit rendre obligatoirement ce geste d'offrande. Cet échange échappe à toute relation marchande et cette obligation de donner, recevoir, puis rendre, amène le sujet à échanger non seulement des contenus divers et variés (savoirs, denrées, objets...) mais aussi à produire du sens sur l'importance des interactions humaines. Pour Chabal et Temple (1995) le don serait une forme de réciprocité qui autoriserait la naissance des valeurs humaines grâce à l'émergence d'un tiers inclus qui permettrait d'accéder à la différence par la

médiatisation entre lui-même et l'autre. Pour cela, ils distinguent différentes réciprocités : une négative comme dans la théorie du Bouc émissaire, une positive ou encore une symétrique amenant à des valeurs d'ordre éthique. Dès lors, on s'aperçoit ici qu'au lieu d'un affrontement entre les personnes comme dans la théorie du Bouc émissaire, la violence ou la vengeance n'est pas le seul moyen pour se construire. Cependant, ces positions de donneur ou de receveur ne sont pas figées. En effet, celles-ci peuvent se construire dans une « réversibilité bilatérale » (Chabal, 1996) ou les rôles de donneur et de receveur se voient inversés ou dans une « réciprocité ternaire » qui consiste à donner ou à rendre à une personne autre. Quelle que soit sa forme, pour Temple, (2009) la réciprocité représente « à la fois l'alternance et la symétrie de chacun des protagonistes et autorise un équilibre dans du contradictoire à partir de positions antagonistes » d'où émerge un tiers inclus. Ce principe du tiers inclus interdépendant de la réciprocité, dirige et organise les rapports humains et fait émerger la notion d'interdit. Pour réguler ou dépasser l'interdit, les hommes ont donc besoin d'un tiers qui médiatise leurs relations, qui leur donne le sens, le lien, et la dynamique de la relation. Ce tiers est produit par la réciprocité entre les individus et s'acquière de manière consciente ou inconsciente. Symbolique ou réel, ils amènent le sujet à dépasser les écueils auxquels il est confronté et à pouvoir envisager autre chose, du différent. Le tiers aurait donc un double rôle : il participerait à la construction du sujet car il est un opérateur de transformation et aurait une fonction sociale puisque le sujet est à la fois un donneur ou un receveur, ce qui lui permettrait d'appartenir à un groupe dans lequel il y a du tiers pour l'égalité de tous. A l'inverse, l'absence de tiers dans la réciprocité amène l'individu et/ou le groupe au désordre voire à sa destruction.

2. Le tiers chez les sociologues

Le concept de tiers en anthropologie est au fondement de l'ordre social et permet dans un même temps la construction de l'individu et celle du groupe, grâce au lien qu'il crée entre l'individu et le groupe, le sujet et son objet. Regarder ce que dit la sociologie, paraît tout aussi important, puisque ce concept est aussi mobilisé par Simmel (1999) et Volckrick (2007). Pour eux, le tiers intervient dans les situations conflictuelles, et son rôle est de médiatiser la relation dans le but de créer un lien entre les individus pour que in fine il y ait un groupe.

2.1. Simmel et le concept de tiers

Selon Lits en 2007 et le collectif de chercheurs dirigés par Thouard, D. et Zimmermann, B en 2017, la théorie Simmelienne s'inscrit dans une sociologie « *inclassable* » (Thouard, D. p. 14) et celle-ci est encore considérée comme « *frivole et inconséquente* » ou « *non aboutie* » par nombre de ses contemporains. Même si ces auteurs reconnaissent eux aussi que la plupart des recherches de Simmel ne sont pas finalisées sur le plan conceptuel et/ou sont diffusées au travers de ses nombreux ouvrages, ils reconnaissent néanmoins la richesse de ses travaux qui cherchent à comprendre les processus dynamiques à l'œuvre entre l'individuel et le collectif et plus particulièrement le concept de tiers comme lien entre ces deux pôles. Si le concept de tiers a été exploré par Simmel, lors de la lecture de deux de ses œuvres, il s'avère en effet qu'il a fallu faire face à sa pensée au sujet du tiers qui est distillée et éparse au travers de ses écrits.

La réalisation de ce chapitre s'est fait essentiellement sur deux œuvres écrites par Simmel mais prend surtout appui sur les études faites par Lits et le collectif de chercheurs dirigés par Thouard, D. et Zimmermann, B qui ont recensé la pensée de Simmel au sujet du concept de tiers.

Au début de ses recherches Simmel explore les interactions conflictuelles entre les individus et le chiffre 3. Le tiers est alors considéré comme une troisième entité qui interfère et influence l'autre dans une relation ou la relation entre les personnes. Dans ce cas de figure, Simmel décline plusieurs rôles que le tiers est susceptible d'endosser. Il y a le tiers partial qui tire profit de l'un ou de l'autre des sujets en conflit. Il y a aussi le tiers qui provoque le conflit de manière intentionnelle dans le but d'acquérir une certaine forme de pouvoir sur les autres. Enfin, il y a le tiers impartial qui ne prend pas partie ou participe de manière égale dans la prise de décision. Dans ce dernier cas de figure, il assimile le tiers à un rôle de juge. On retrouve ici la définition de sens commun attribuée au concept de tiers et cet aspect suggère que le tiers est nécessairement une personne qui est à la fois distante et plus ou moins neutre dans sa relation à l'autre. Cependant Simmel remarque que dans cette configuration, le tiers peut amener soit à un ressenti d'exclusion de la part d'un des protagonistes soit à une unification grâce à un élément commun. De ce fait, il en conclut selon Lits (2007, p.2 et 3) qu'« *il n'y a que des individus pris dans des interactions réciproques... pour qu'il y ait société des éléments communs liant les individus qui leurs sont extérieurs... doivent être pris en compte par le sociologue.* ». Ce dernier aspect va faire évoluer la pensée de Simmel tant sur le plan épistémologique que sur l'objet lui-même. Pour comprendre ce lien qui unit, il s'inscrit dans une logique triadique en intégrant une « troisième dimension » et dépasse les logiques dualistes

en rejetant les oppositions et/ou les antagonismes. Il en conclut que le rôle du tiers serait justement d'établir ce lien grâce à la médiation d'un tiers invisible porteur de normes partagées entre les individus. Pour illustrer ces propos, Simmel (1999, p. 131) prend pour exemple l'église et explique que la parole de Dieu délivrée au sein des églises transcende les individus et les réunit malgré leurs différences autour d'une même croyance.

On constate que chez Simmel, le concept de tiers, a deux sens. Le premier qui nous apporte peu, est envisagé dans sa compréhension minimale et correspond aux définitions que l'on retrouve dans les dictionnaires. Le second sens que Simmel attribue au concept de tiers est plus intéressant et montre comment un groupe social se construit au-delà de situation conflictuelle. En effet, cette configuration du tiers est plus complexe puisqu'elle existe dans un système triadique. Elle permet de comprendre que le rôle du tiers est de créer un lien entre les individus grâce à une médiation invisible. Ce tiers invisible peut être endossé par une personne ou tout autre chose et amène les individus à dépasser leurs différences pour s'unir autour d'un même objet, projet, valeur ou principe.

2.2. Volckrick et le concept de tiers

Volckrick (2007), qui étudie les rapports à la norme et le principe de médiation dans les relations conflictuelles entre les individus, rejoint Simmel et ajoute que le tiers est essentiel « *à la structuration du sujet humain et au maintien du lien social.* » (Ibidem, 2007, p. 77). Celui-ci intervient comme médiateur et objet de négociation entre les individus grâce à son introduction ou réintroduction par une tierce personne. Elle précise que le fait d'introduire ou de réintroduire du tiers dans une relation suggère que le tiers n'est pas une personne mais que celle-ci peut être porteuse de tiers et que le tiers peut être plus ou moins absent au sein des groupes. Cependant, à la différence de Simmel, Volckrick (2007) ne parle pas de structure triadique ni de tiers invisible mais de trois formes de tiers qui agiraient de manières dialectiques et se conjugueraient pour parvenir au lien entre l'individuel et le collectif. Elle décline :

- un « tiers généralisé » où dans ce cadre-là, positionné en extériorité aux individus, le tiers serait les normes et règles qui régissent les individus. Il serait un objet de négociation pour être approprié par chacun des individus dans le but de former un collectif.

- Un « tiers empirique », où ici, il est envisagé comme médiateur de la relation entre individus et repose sur les rapports de forces et d'influence des uns sur les autres. Celui-ci

correspondrait au premier sens Simmelien du tiers. Le « tiers empirique » apparaîtrait lorsque le tiers généralisé est défaillant.

- Enfin, un « tiers réflexif » qui correspondrait à la mise en discussion par les individus de ces normes. Cette action langagière favoriserait : la transformation, l'évolution des normes versus un tiers généralisé, l'apaisement au sein du groupe, et in fine : le développement du sujet grâce à sa participation au processus de changement.

Cette catégorisation fait penser à celle établie par Lourau dans les années 70. Prenant appui sur l'analyse institutionnelle et Hegel, ce dernier souhaitait étudier les situations conflictuelles et a pour cela, créé un modèle de « socianalyse institutionnelle », constituée :

- d'un institué qui représente la norme, les lois et représenterait le tiers généralisé décrit par Volckrick,
- d'un instituant qui remet en question les normes établies. Celui-ci pourrait représenter le « tiers empirique ».
- d'une institutionnalisation. Lieu de négociation entre l'institué et l'instituant donnant lieu à la résolution du conflit grâce à l'émergence d'un nouvel ordre, de nouvelles normes qui pourrait être l'équivalent du « tiers réflexif ».

Le tiers serait un élément incontournable auquel le sujet doit consentir pour se structurer individuellement et s'inscrire dans un monde social. Cependant, chez les sociologues comme chez Lourau, le concept de tiers est mis en rapport avec les notions de pouvoir, de conflits et de normes. Leur approche évoque plus la construction des consensus dans les groupes, où ces différentes formes de tiers sont une forme de contrainte qui doit être acceptée par l'individu pour que s'établisse une forme de liaison entre l'individuel et le collectif dont les discours entre les individus à son sujet en serait le lien.

3. Le concept de tiers dans la psychiatrie et la psychanalyse

Lorsque la psychiatrie et la psychanalyse s'emparent de ce concept, la question du tiers devient centrale car il est considéré comme l'élément essentiel participant à la construction du sujet. Chacune des théories psychanalytiques abordées va apporter de nouveaux éléments, et de fait, enrichir le concept de tiers. Cependant, ce choix disciplinaire s'est fait aussi sur la base de mon expérience professionnelle qui m'a amenée à penser comme Freud en 1921 (1981, p.23) que « *la psychologie individuelle est aussi, d'emblée et simultanément, une psychologie sociale* » ; c'est-à-dire que la construction subjective du sujet ne peut se faire qu'en prenant en

compte aussi cette dimension sociale. Ainsi, on peut remarquer que s'inscrire dans une logique pluridisciplinaire et transdisciplinaire préserve cette cohérence, puisqu'elle tend à comprendre ce qu'est un tiers tout en préservant le sujet et son interaction avec l'environnement dans lequel il évolue. Alors, que disent les théories psychanalytiques au sujet du concept de tiers ?

3.1. Les Freudiens et le concept de tiers

Chez Freud, le tiers permet au sujet d'accéder à la réalité « psychique, effective et réelle » (Martin-Mattera, p. 129) avec la structuration du « MOI ». IL a aussi un rôle prépondérant dans la structuration affective du sujet grâce à la relation triangulaire entre la mère, l'enfant, et le père. Ici le tiers endosse un rôle de rival permettant au sujet de se séparer de sa relation avec sa mère et de s'individualiser. Dans la prolongation de ces travaux on s'aperçoit que chez Winnicott qui a créé le concept d'« objet transitionnel » le tiers a un autre rôle. Selon Dahan-Gaida (2007, 15), le tiers aurait un rôle instaurateur. Celui-ci s'expliquerait par des choix opérés par l'individu de certains objets issus de son environnement qui au sein d'un espace transitionnel (qui est un lieu de séparation et de « reliance ») lui permettraient d'accéder à la différence et à la séparation d'avec ces objets afin de créer un nouveau lien, un nouveau sens. D'autres psychiatres et psychanalystes ont travaillé sur le concept de tiers et ont une autre approche du concept.

3.2. Les lacaniens et le concept de tiers

Chez Lacan prenant appui sur Pierce, le tiers serait lié au langage et véhiculerait des éléments symboliques en lien avec un Grand Autre qui ferait référence à la Loi ou le « Nom du Père ». A l'inverse des précédents auteurs, il aborde la question du tiers par son absence et démontre que ce manque peut amener à de l'indifférenciation du sujet avec l'objet et/ou à de la toute-puissance de la part du sujet vis-à-vis de l'objet. On remarque que chez Lacan le tiers a deux rôles. Le premier est celui de médiateur parce qu'il permet au « Nom du Père » d'introduire de la différenciation entre le sujet et l'objet et d'éviter qu'advienne une confusion identitaire. Il a aussi un rôle d'autorité par l'apport d'un cadre structurant et l'apport de limites que Dahan-Gaida (2007, 16) estime être « *au fondement de l'ordre social* » du sujet. Finalement, même si par ces propos il rejoint l'avis des sociologues, il précise que la conservation du lien social est une condition de la structuration du sujet. Cette construction est essentielle afin d'éviter la déliance sociale. Le tiers, ici, a un seul et même rôle puisque la

conservation du lien social est une condition de la structuration du sujet selon Bolle De Bal (2003).

3.3. André Green et le concept de tiers

Green psychiatre et psychanalyste va réunir ces différentes orientations et proposer une définition globale du tiers et lui attribuer le différencier, un nom composé et le nommer tiers analytique. S'il personnifie lui aussi le tiers comme Simmel, il va plus loin et pense comme Lacan et Freud que le tiers n'est pas forcément une personne. Il précise que son rôle est de véhiculer des éléments symboliques et considère comme Lacan que le tiers peut être plus ou moins absent de la relation. S'inspirant des travaux de Pierce, le tiers s'inscrirait toujours dans un système triadique dans lequel il serait le troisième élément qui favoriserait la mise en relation des deux autres éléments afin de séparer pour mieux relier. Pour illustrer ses propos, il prend appui sur les théories freudiennes et prend pour exemple la relation transférentielle fournie par un professionnel au sein d'un espace transitionnel^{xxvii}, au cours duquel le tiers amènerait le sujet à un travail d'élaboration prenant appui sur des éléments symboliques issus de la relation entre son Moi antérieur et le thérapeute. Ici, il semblerait que le tiers, passe par la parole. Celle-ci véhicule cet Autre plus ou moins absent, qui symboliquement permet au sujet de se déconstruire pour mieux se construire ou se reconstruire et gagner en liberté et en autonomie grâce à un tiers intercesseur qui peut représenter par exemple : le père, une institution, les normes, un modèle...

Ainsi, les différentes approches disciplinaires abordées au sujet du concept de tiers permettent de comprendre qu'il existe une grille de figures de tiers riche et diverse. Matériel ou immatériel, conscient ou inconscient, il peut être Tiers intercesseur, symbolique, juge, médiateur, empirique, analytique, réflexif, inclus... Pour tenter de le différencier, les différents auteurs lui ont attribué un nom composé. Mais, si certains n'ont pas le même rôle et le même but, d'autres au contraire sont identiques dans leur rôle mais leur place et la situation dans laquelle ils évoluent, sont différentes. Ambiguë, on retrouve néanmoins un point commun entre toutes ces disciplines et les différents auteurs que nous avons abordé : le tiers crée le lien entre, dans lequel il est le lien ; il peut être porteur du discours, ou être le discours. Le tiers est un objet polymorphe, ambivalent, réversible tant dans ses fonctions que dans ses actions. Opérateur de différenciation ou de médiation, il peut unir comme désunir, créer comme détruire, détruire comme recréer, instaurer un nouvel ordre et à l'inverse créer le désordre, autoriser

comme réfréner. Sa place est également incertaine. Tantôt situé à l'intérieur de la relation, il peut aussi être en extériorité de cette dernière. Il peut être également inclus ou exclus, transcendant, juge, voir se situer entre deux éléments. Cependant, on constate que le concept de tiers ne peut être exclu du concept de réciprocité sinon ce dernier perdrait son sens.

Après avoir tenté d'élucider ce que représente le concept du tiers et repéré des caractéristiques ; regarder ce que disent les sciences de l'éducation et de la formation à son sujet semble pertinent.

Chapitre 3 : Le tiers dans les sciences de l'éducation et de la formation

Le concept de tiers est un objet, peu étudié dans les sciences de l'éducation et de la formation et les écrits à son sujet sont rares. La réalisation de ce chapitre prend appui essentiellement sur l'œuvre de Michel Serres en 1991 : « le tiers instruit » parce qu'il explore toutes les significations du tiers, mais aussi sur le collectif de chercheurs réunis en 2011 par Xypas, Fabre et Hétier parce qu'ils se sont intéressés à cette question du tiers dans les apprentissages.

Prenant appui sur Serres, Xypas, raconte, qu'après avoir lu « le tiers instruit », il s'est demandé (2011, p. 9) :

« En quoi consiste cette tierce place, qui permet à un sujet de franchir le « seuil du passage ? De quel sujet s'agit-il ? En vue de quelle destination ? J'ai d'abord noté que même si la présence d'un guide est nécessaire, le tiers en éducation n'est pas une personne ! C'est sans doute pourquoi Michel Serres emploie souvent comme synonyme, « la tierce place ». Autrement dit, le tiers de Michel Serres serait un système comportant trois éléments en interaction : le sujet... le guide... le « seuil du passage » qui conduit à une destination » et que le chemin emprunté passe par un entre-deux.

Sans apporter « un savoir constitué », l'ensemble de ces chercheurs a tenté de répondre à ce questionnement. Même si pour Xypas (2011), cet ouvrage n'apporte pas de solution ou de définition précise, il a eu pour intérêt d'ouvrir des pistes de réflexion qui sont venues alimenter ma propre réflexion dans cette recherche et son questionnement m'a servi de guide pour la réalisation de ce chapitre.

De plus, au cours des différentes lectures réalisées pour tenter d'élucider le concept de tiers, des traces de ce dernier ont été relevées dans d'autres recherches. Bien qu'il ne soit pas le concept principal de ces études, l'ensemble de ces données a permis d'enrichir la compréhension du concept de tiers.

1. Apprendre : un voyage avec le tiers

Michel Serres en 1991 décline au travers de son livre « le tiers instruit », les « multiples significations de ce tiers difficiles à cerner » qui viennent d'être exposées dans le chapitre

précédent. Mais à la différence des précédents auteurs, Serres montre en quoi et comment chacune de ces significations attribuées au tiers, peuvent intervenir et jouer un rôle dans les apprentissages informels et la transformation du sujet tout au long de sa vie. Par un jeu de métaphores qui court au fil des pages, il raconte qu'apprendre est « un voyage », qui demande de la part de celui qui apprend, de passer par une « tierce place » et d'avoir envie de « s'exposer », découvrir, se lancer et s'essayer pour évoluer, se transformer. Pour Xypas (2011, p.8), cette « tierce place » serait synonyme du concept de tiers et consisterait en un processus que Serres image par des berges, un cours d'eau, les tumultes d'un courant que toute personne qui apprend doit traverser. Mais, comme le dit Michel Fabre (2011, p. 13) « le tiers est neutre en ce sens qu'il n'est ni berge, ni l'autre, mais plutôt la ligne invisible qui est à la fois le point de chute et le passage. ». Michel Serres (1991, p. 24) souligne qu'en effet, « le vrai passage est au milieu... Cette traversée permet au sujet d'apprendre, de s'initier à une nouvelle culture, un nouveau savoir. Cette traversée que l'on pourrait qualifier de cheminement est le trait-d'union, un « entre deux entre ce que le sujet a été et celui qu'il est devenu » car effectivement, si le sujet a appris, à évoluer il est toujours celui qu'il a été. Bien que « l'observateur extérieur croie volontiers que celui qui change passe d'une appartenance à l'autre. Il n'en est rien. » L'apprenant est devenu métissé, c'est-à-dire qu'il est un peu l'un et un peu l'autre : « un tiers instruit ». Mais tous ces auteurs précisent que pour qu'il y ait tiers, il faut la présence d'un passeur ou d'un guide.

2. La nécessité d'un passeur dans l'apprentissage

Au fur et à mesure de son écriture, Michel Serres (1991) ajoute la nécessité d'un guide dans cette aventure. En effet, l'apprenant n'est rien sans un passeur car tout apprentissage « exige ce voyage avec l'autre ». Que fait-il ? Qui est-il ?

2.1. Le rôle du passeur dans ce voyage : que fait-il ? qui est-il ?

Appelé passeur, guide ou pour Xauflair (2010, 2012), « *agent terceisateur* », ce dernier sépare aussi bien qu'il médiatise les rapports qu'entretient l'apprenant avec son « voyage », son propre savoir, ses expériences et ses échanges avec les autres. Ne pourrait-on pas dire que le « seuil du passage » se situe ici et qu'il est synonyme de la médiation ? Car comme l'explique Imbert en 1992 la médiation est « comme ce qui réalise un vide, ce qui dégage une place là où il n'y avait que du plein, où tout collait au point de paralyser tout jeu/je possible. » (Imbert, p. 160) et les espaces intermédiaires comme un lieu de passage et de transformation, ou encore

« d'interpellation, qui mettent le sujet en mouvement, le conduisent à prendre place dans un circuit d'échanges et de réciprocité ». (Ibidem, p. 153).

Michel Serre (1991) apporte une précision autour de la notion de médiation car le tiers comme nous l'avons vu, peut aussi faire référence au juge. Cette fonction du tiers bien que moins visible au travers de son écrit et somme toute essentielle pour l'apprenant, lui apporte un cadre structurant dans lequel il évolue, et peut être assimilé à l'évaluation, au respect des règles ou encore comme l'explique Michel Fabre (2011), faire référence aux méthodes employées ou aux dispositifs dans lesquels évolue l'apprenant. On retrouve ces mêmes idées chez Anne Jorro, Jean-Marie de Ketele et France Merhan en 2017 et le collectif de chercheurs qu'ils ont dirigés pour traiter des apprentissages professionnels accompagnés. Ils expliquent que ces dispositifs sont des lieux de « *médiations professionnelles* » dans lesquels « *une triangulation semble à l'œuvre entre l'apprenant, le tuteur et l'environnement de travail* »^{xxviii}. Parler de médiation invite donc à penser la présence d'un tiers au sein de ce dispositif, ce que confirment ces auteurs. En effet, ils précisent que le professionnel expérimenté, qu'ils désignent comme tuteur, serait un tiers médiateur car son rôle serait de créer des espaces intermédiaires que l'on pourrait qualifier, de transitionnels au sens où l'entend Winnicott, pour que le sujet apprenne. Au sein de cet espace investi par l'apprenant, le tuteur crée du lien. Il facilite surtout les échanges sur les activités ou les situations vécues par l'apprenant pour favoriser la prise de distance face à sa production, dans le but de l'inviter à produire du sens, à l'inscrire dans un processus de changement qu'il peut opérer face à sa pratique.

Son rôle serait donc d'aider l'apprenant dans son aventure, à créer du lien, à mettre en sens son vécu et à se détacher de « l'autre » pour devenir autonome et ne pas devenir une copie conforme de l'autre mais un « *tiers instruit qui s'est emparé des savoirs de ces ancêtres...* » pour qu'un jour, lui aussi partage ses savoirs.

Cependant, l'approche de ces derniers chercheurs ne concerne que des dispositifs d'accompagnement formalisés à l'inverse de Michel Serres. Par ailleurs, rappelons que dans notre étude, nous n'avons pas observé d'accompagnement formalisé. Néanmoins, De Kétèle (2017, p. 222), en conclusion de cet ouvrage collectif relève que les apprenants évoluent dans des contextes professionnels où il y a la présence d'autres professionnels qui, s'ils n'accompagnent pas le sujet de manière formalisée, peuvent, pourquoi pas, endosser ce même rôle de tiers médiateur et permettre au sujet d'apprendre. Qualifiée de « *guidance indirecte* » par Bourgeois et Merhan (2017, p.79), cette stratégie d'apprentissage de l'apprenant, selon eux, « *mériterait des études plus spécifiques.* ». Pour autant, à la lecture d'Eneau (2005) à propos de

ses recherches sur les concepts de réciprocité et d'autoformation, qu'il s'agisse d'apprentissage formel ou informel, on retrouve l'idée de passeur et de tiers.

2.2. La réciprocité et le lien grâce à des figures de tiers

En effet, Eneau (2005) qui s'est intéressé à l'autoformation et aux apprentissages informels relève que dans ce cas de figure où le sujet qui apprend n'a pas de tuteur, celui-ci est en recherche continue de ressources externes (matérielles ou humaines) pour le guider et lui servir de passeur. Cette démarche fondamentalement sociale est liée aux interactions humaines et se traduit par un apprenant qui va puiser selon ses besoins et ses envies, une multitude de tiers ou comme les nomment Labelle des « autrui »^{xxix} aussi bien individuels que collectifs, et ce, dans son entourage professionnel ou privé, afin de trouver des ressources qui lui permettent de monter en compétences tout en se construisant un réseau de personnes susceptibles de les aider. Cette espace que Pineau qualifie en 2000 d'« espace intermédiaire choisi » est un lieu de relations entre ces « autrui » et l'apprenant, où toute relation marchande est proscrite puisqu'il s'inscrit dans une logique du Don et du Contre Don. Eneau en 2005 et Labelle en 2000 ainsi que Paul en 2015 qui ont regardé « *le rôle d'autrui et la place de l'autre dans la formation de soi* » estiment que dans cette configuration non formalisée, l'idée de lien, d'échange et de réciprocité entre les personnes est indéniable. Pour eux, il s'agit avant toute chose d'une « *relation d'aide* », essentielle pour l'apprenant. Construit dans, et par la relation, elle serait à la base de « *l'autonomisation* » car les échanges informels, autoriseraient l'acquisition de savoirs et le développement de compétences et serait inévitablement créatrice de lien entre les différentes personnes et finalement sources d'apprentissages, puisque tous « *partagent spontanément l'information et s'identifient réciproquement à travers leurs champs d'expertises spécifiques* »^{xxx}. Ces trois auteurs attribuent à ces « autrui » le qualificatif de « figures de tiers » et distinguent quatre sortes de « *figures du tiers* »^{xxxi} endossées par ce tiers médié.

La figure du « tiers-modèle » : « s'apparente à l'attitude de prévenance et se manifeste dans les rôles de témoin ou d'éveilleur ; c'est une référence qui influence ; il peut être admiré ou imité (voire rejeté) ; il intéresse, donne envie et peut servir à s'identifier. »

La figure du « tiers-passeur » : « s'apparente à l'attitude d'itinérance et peut être un recours, un support ou un partenaire de jeu : il aide, accompagne, soutien, renforce, conseille et stimule ; il est aussi celui qui fait prendre plaisir à l'apprentissage. »

La figure du « tiers-écho »: « s'apparente à une attitude concertante et peut jouer le rôle de miroir ou de déchiffreur ; il renvoie l'image de soi comme apprenant ; il permet de prendre du recul, de relativiser, dans une démarche réflexive d'apprentissage. »

La figure du « tiers-garant » : « est la fonction d'autorité, dans une fonction réciproquante et peut jouer les rôles de garant ou d'éclaireur indiquant les repères, obstacles et impasses, passages obligés ou points d'appui ; il confirme les résultats, valide les apprentissages et permet de s'affirmer ; c'est dans ce rôle, d'ailleurs qu'autrui participerait le plus à la construction de l'identité et de l'autonomie. ».

Le rôle de passeur, de guide ou d'autrui comme le nomme Labelle (2000), créait du lien et apporte aide, participe à la construction de sens chez le sujet, afin qu'il gagne en altérité et devienne autonome, ces figures montrent surtout que les activités qui s'y réfèrent sont différentes et fonction de ce dernier.

Par ailleurs, ces autrui, sont des personnes. Or Eneau (2005, p.137) précise que pour apprendre, l'apprenant de manière consciente ou inconsciente, selon ses besoins, peut rechercher et puiser aussi dans d'autres ressources. Celles-ci peuvent être d'ordre matériel comme par exemple un livre ou un objet mais aussi immatérielles comme le montre Lemaitre (2011, p. 121) avec la notion de « tiers pédagogique » qui « peut s'incarner dans des formes de savoirs... des dispositifs et des situations ». Michel Serres (1991) fait également référence à ces mêmes éléments qui peuvent intervenir dans l'apprentissage du sujet, donne d'autres exemples de ressources et fait référence à l'aspect transcendant du tiers, à la culture, aux symboles ou encore à la religion. Ces ressources diverses et variées peuvent, elles aussi endosser un rôle de « passeur » au même titre que les « figures de tiers » et permettre au sujet de devenir un « tiers instruit ». Mais, Paul en 2011 (p. 95) précise que « pour qu'il se passe quelque chose, il ne suffit pas d'être deux » ; un apprenant et un passeur (humain, matériel ou immatériel).

2.3. D'une relation dyadique à une relation triadique

En effet, Paul (2011) ainsi que Wunenburger (1990, p. 32) ou encore Lerbet-Sereni (1992, p.160 à 164) qui se sont intéressés plus particulièrement aux liens entre les « formes de relations à autrui » et « l'autonomie des sujets en relation, estime que « *la relation se place sous le sceau de la réciprocité, sous peine de se trouver réduite à un rapport d'assimilation ou d'exclusion.* ». De ce principe Lerbet-Sereni établit une modélisation des relations

interpersonnelles et précise que cette relation duale qu'entretient l'apprenant avec « autrui » (ou avec un objet matériel ou immatériel) peut conduire soit à :

- Une « relation de type fusionnelle (ou $1+1 = 1$) » où, dans ce cas précis, il ne peut y avoir de différenciation entre le passeur et le sujet. L'un et l'autre se confondent et ne peuvent gagner en autonomie. Ce système que forme ce couple s'épuise et ne peut plus interagir avec son environnement.
- Une « relation de type $1+1 = 2$ » qu'elle nomme aussi « différenciatrice ». Ce type de relation à l'inverse de la première, conduit non seulement à l'éclatement du système que forme ce couple sujet et passeur mais aussi à une non prise en compte de l'environnement.

Mais, en passant d'une logique dyadique à une logique triadique, Lerbet-Sereni a identifié un autre type de relation qu'elle nomme « différenciatrice et authentique » ou le $1+1=3$. A la différence des deux autres relations, ici les deux éléments du couple cohabitent de manière autonome et différenciée. Grâce à « un noyau commun » entre eux, cette dyade communique aussi avec l'environnement ce qui fait de ce couple un système autonome riche et varié ce qui l'autorise sans cesse à s'auto-organiser. Cette relation peut exister selon cette même auteure, parce qu'elle « *est une relation paradoxale et réciproque qui instaure un espace tiers entre deux sujets* ». (Lerbet-Sereni (1992, p. 164)

Pour que le sujet puisse mettre en sens et apprendre, être deux ne suffit pas. Il faut au sein de cette relation entre le sujet et son passeur, un troisième élément que Serres, Fabre et Xypas, Lerbet-Sereni, Sibony et Wunenburger, qualifient d'« entre deux ».

3. L'entre deux

Dans son livre « l'entre deux : l'origine en partage », Daniel Sibony (1991, p.11) explique que « *L'entre deux est une forme de coupure lien entre deux termes, à ceci près que l'espace de la coupure et celui du lien sont plus vastes qu'on ne croit ; et que chacune des deux entités a toujours déjà partie liée avec l'autre* ». Ici, il n'y a pas de vide, ni une extrémité plus forte que l'autre voire totalement différentes. Au contraire, elles sont l'une et l'autre et elles transitent au sein de cette espace d'échange mouvant, dans lequel le tiers les lie, les relie va même jusqu'à les transformer. Pour Wunenburger (1990. p. 46 et 47) le tiers se situe dans cet entre deux et il a deux rôles. Il est un « *interface de contact* » et un « *opérateur de transformation* » pour l'apprenant. Il est en fait un lien et un liant. Lien, selon Dahan-Gaida (2007, P 14 et 15) parce qu'il « *conditionne la disposition réciproque des entités qu'il met en*

relation », liant « *par le jeu des collaborations, des oppositions et des coalitions qu'il suscite, il donne naissance à une matrice mobile de relations d'inclusions et d'exclusions* ». Pour Michel Serres, toute personne qui apprend, doit passer par cet espace, cette « *terce place* » car elle est le lieu qui permet au sujet d'être métissé. Que veut-il dire par là ? Par un jeu d'images et de métaphores il reprend ce que disent Sibony (1991) et Wunenburger (1990) et éclaire leurs propos. Pour lui l'entre-deux correspond à une étendue d'eau plus ou moins mouvementée, qu'une personne doit traverser pour se rendre d'une rive à l'autre. En traversant, l'Un et devenu un Autre, selon le principe du tiers exclus. Pour autant il est et reste toujours le même donc il est un peu l'un et un peu l'autre. En fait, selon lui, il est devenu multiple car il est tout à la fois et il a en plus, fait l'expérience de la traversée. Selon cette conception, on ne peut qu'admettre la notion de contradictoire car le nouveau diplômé se situe dans plusieurs ensembles. Il est à la fois une personne, un nouveau diplômé, un apprenant mais il est aussi un infirmier comme les autres et réalise des soins. Au cours de son activité, il apprend, il évolue et il reste toujours la même personne. Il est un peu tout à la fois. Mais, Sibony (1991, précise que, « *la séparation, inhérente à l'entre deux, agit dans chacune des parties, et cela tire à conséquences : les deux parties, liées du fait de la coupure qui les sépare, ne forment pas un tout quand elles sont réunies.* ». En effet, il ne s'agit pas d'une logique ensemblière ou de juxtaposition de tout ou partie de notre sujet car l'entre deux ne correspond pas à la somme de l'un et de l'autre des parties ou à sa différence. Il doit être envisagé dans une vision beaucoup plus large. Philippe Caillé (1991, p.153) pense que l'entre deux est un lieu d'intégration dans lequel « *1 et 1 font 3* ». Cette vision a « *l'avantage d'être plus qualitative plutôt qu'arithmétique* » et montre que l'entre deux n'a pas une fonction additionnelle mais plutôt une fonction trans-dimensionnelle qui prend en compte l'ensemble du comment et du grâce à quoi, peut-être, le nouveau diplômé passe d'un état à un autre. Il serait finalement, le lieu d'où émergent des identités en devenir, où les sujets s'auto-construisent.

4. Le tiers : un élément au sein d'un système ternaire inclusif et dynamique

Si l'on se réfère à Wunenburger en 1991 et à Lerbet-Sereni en 1992, le trois et ses déclinaisons ont donné lieu à des modèles ternaires divers et variés. Cependant, ces mêmes auteurs précisent qu'il ne faut pas se tromper. En effet, si moult systèmes sont composés de trois éléments, certains sont exclusifs et d'autres au contraire sont inclusifs. Mais comment les différencier ? Xypas en 2011, nous apporte des éléments de différenciation pour pouvoir les distinguer. En premier lieu, il donne un exemple de contre modèle inclusif. Pour étayer son

argumentaire, il s'appuie sur le modèle triadique exclusif le plus connu dans les sciences de l'éducation et de la formation, celui de Jean Houssaye en 1984 : le triangle pédagogique. Ce modèle triadique associe « *trois binômes : l'élève et le professeur, l'élève et le savoir, le professeur et le savoir* » avec pour finalité la transmission de savoirs au sein d'une relation pédagogique instituée. Selon Xypas (Ibidem) dans cette configuration triadique la relation qu'entretiennent les éléments dans cette logique est exclusive car l'un des sommets est toujours exclu de la relation qu'entretiennent les deux autres sommets. Les trois éléments ne communiquent jamais entre eux car il n'y a pas d' « entre deux ». Or, comme nous l'avons vu précédemment pour Lerbet-Sereni, Xypas, Paul ou encore Michel Fabre et Miche Serre, « qui prend trop de place la perd : ce qui n'en tenait aucune la prend toute » et amène soit à une relation de type de $1+1 = 2$ soit à $1+1 = 1$.

Un système composé de trois éléments n'est donc pas une donnée suffisante. Pour Michel Serres celui-ci doit accepter la contradiction ou « une troisième possibilité », c'est à dire une inclusion. En effet, pour qu'un modèle ternaire soit inclusif, la présence d'un élément qui lie l'ensemble est nécessaire, afin de permettre « *d'enrayer le face à face, pour propulser le sujet apprenant et le passeur* » (Paul, 2011, p.108) qui sont en relation réciproque. Si ce nouvel élément est un incontournable pour que le « voyage » de l'apprenant soit fructueux, on remarque surtout qu'il revêt différentes appellations : « *espace tiers, troisième terme ou entre deux ou encore tiers inclus* » selon les différents auteurs consultés. Xypas, (2011, p.210) apporte d'autres précisions pour différencier le système ternaire exclusif du système ternaire inclusif. Il explique que le système ternaire exclusif est repérable essentiellement dans des dispositifs formalisés, prévisibles et organisés. À l'inverse, le tiers apparaît dans des « *situations informelles, opportunes et bienveillantes* ». (Xypas, 2011, p 170). Cette relation se déroule donc au cours de « rencontres imprévues entre un initiateur, un voyageur et une destination inconnue ». La finalité est également différente entre les deux modèles triadiques car si dans le modèle ternaire exclusif la finalité est le savoir, dans le modèle inclusif la finalité est une prise de conscience de nouveau sens, « un effet subjectif qui ne peut être observé par autrui » (Ibidem, p.170) et dont les effets peuvent apparaître à plus ou moins long terme. Ceci suggère que le moment de la rencontre n'est pas prévisible car il est fonction des besoins de l'apprenant. Par ailleurs, chaque rencontre ou expérience vécue n'est jamais la même car elle est intimement liée au sujet, à ses envies et ses besoins. Nous pouvons dire alors que le tiers se

situe toujours dans un modèle inclusif et qu'il autorise la construction de sens, cependant ce qui fait tiers pour un apprenant ne fait pas forcément tiers pour un autre.

5. Le tiers comme objet et/ou le tiers comme sujet

À la suite des travaux d'un collectif de chercheurs qui a donné lieu à la parution d'un livre en juillet 2021, « Le tiers comme objet et sujet », coordonné par Martinez et Poplimont ; il actualise le cadrage théorique réalisé. En effet, celui-ci apporte des éléments qui peuvent enrichir l'objet de cette recherche.

Tout d'abord, ce collectif de chercheurs confirme que le tiers comme objet de recherche, dans les sciences de l'éducation et de la formation est un savoir en construction et que son étude peut être une valeur ajoutée dans la compréhension de situations éducatives. Ils motivent et expliquent que le tiers comme objet ou comme sujet dans la relation a été « souvent confondu voir indifférencié » ou au contraire a fait l'objet d'une opposition totale (Martinez et Poplimont, p. 1) ; aujourd'hui, son appréhension dans la réciprocité permet d'envisager le tiers comme objet ou comme sujet comme étant deux entités liées l'une à l'autre. Mais, penser ce lien n'est pas simple. Selon eux, seule la médiation et une inscription dans une pensée ternaire peuvent dépasser le risque d'enfermement dans une relation duale entre ces deux pôles. Ils précisent aussi que cette même médiatisation peut poser problème. En effet, cette difficulté serait liée à la conception que le chercheur a de la médiation, ou encore aux approches théoriques et outils investis par ce dernier qui peuvent amener à confondre soit à « chosifier ou réifier » le tiers ou le sujet. Concernant l'approche ternaire, les présents chercheurs ont investi le modèle de la médiation sociale selon PetiClerc (2005) pour tenter de dépasser cet écueil. Leurs recherches, publiées au sein de cet ouvrage proposent, grâce à ce modèle, l'identification de différents tiers et permet de montrer leurs fonctionnements au sein de relations éducatives diverses et variées.

Néanmoins, si l'ensemble de ces auteurs n'a pas la même approche de l'objet que celle privilégiée dans cette recherche, ce groupe de chercheurs a pu identifier nombre d'objets tiers. Comme chez Eneau (2005), bien qu'il ne lui attribue pas le même terme, ils représentent toujours quelque chose de « matériel et d'inerte, concret ou abstrait » (Martinez et Poplimont, 2002, p. 194). On retrouve par exemple des dispositifs interlocutifs, des textes, l'écriture, le journal de bord, un objet transitionnel, un lieu. Cependant, à la différence de l'ensemble des auteurs qui ont été convoqués précédemment, le tiers comme objet est considéré ici comme un objet médiateur, qui fait tiers « entre soi et l'autre » mais aussi entre « soi et soi-même » si bien que la notion d'entre deux n'est pas abordée. Cependant, l'identification de ces objets tiers

conforte non seulement l'idée qu'ils peuvent être de nature diverse et variée mais aussi l'importance qu'ils peuvent avoir dans l'apprentissage d'une personne.

Par ailleurs, toutes les procédures méthodologiques de ces chercheurs débutent par l'identification de ces objets tiers. Leur approche ne fait que renforcer cette démarche de recherche, qui souhaite comme eux identifier dans un premier temps les différents tiers convoqués par les nouveaux diplômés. Ils expliquent aussi que l'identification des différents tiers peut être utile aux pédagogues car il peut être un puissant vecteur d'apprentissage, dans le cadre d'activité de médiation réflexive et qu'il peut autoriser l'évaluation des pratiques « éducatives enseignantes ou formatrices » réalisées car selon eux « le tiers objet est investi symboliquement par l'apprenant. En fait, l'objet tiers est un inducteur d'efficience et est « un support, un facilitateur, un opérateur de changement ou de problématisation » pour l'apprenant. Par-là, ils rejoignent la pensée de Xauflair à propos du tiers que cette auteure qualifie « d'agent terceisateur ». Mais, à la différence de ces chercheurs, cette auteure considère que le tiers comme sujet a les mêmes caractéristiques que le tiers objet ce qui ne semble pas être le cas ici. En effet, pour Martinez et Poplimont (ibid) si le tiers sujet est une personne comme chez Xauflair, ils défendent l'idée qu'il peut être endossé ou porté par tout à chacun, car il représente une posture adoptée par la personne. Ils expliquent que cette posture à une action seulement dans une relation de triangulation, en présence d'une instance tierce, qui peut être « intermédiaire ou intramédiaire ». Si ces critères sont réunis, il va y avoir pour résultats « une convergence complémentaire » entre les deux protagonistes au regard de normes. Celles-ci ont été négociées pour être renormalisées, grâce à une action créative de la part de chacun. Ce tiers est pour ces auteurs, un tiers personnel », une posture, qui autorise la co-construction et ou la transformation de l'un sur l'autre, sous l'action réciproque de chacun et il permet aussi de sortir d'un « face à face » entre l'enseignant et l'apprenant.

Par ailleurs, ces auteurs soulèvent un autre aspect du tiers qui n'a pas été réellement abordé. Ces objets tiers peuvent revêtir un aspect négatif. En effet, ils précisent que si ceux-ci peuvent être bénéfiques dans l'apprentissage ils peuvent être aussi destructeurs, « sources de confusion, de trahison » à cause de la « posture professionnelle » adoptée par le pédagogue qui n'a pas réussi à réaliser une « bonne tiercéité ».

Néanmoins, si ces auteurs enrichissent le cadrage théorique construit, celui-ci diverge en un point. En effet, pour tous les auteurs préalablement consultés, le tiers, qu'il soit objet ou sujet ne peut qu'apparaître dans des situations informelles, et choisi par l'apprenant, comme

c'est le cas dans cette étude. Or pour ce collectif, la question du tiers est traitée dans des espaces formalisés, endossés par l'enseignant ou le formateur.

6. Le tiers une matrice dynamique composée de trois éléments

Ontologiquement, le tiers n'est donc pas une notion opérationnelle mais plus, un lien, un « entre-deux » d'où émerge une identité tierce (Sibony 1991) qui permettrait de concevoir à la fois l'un et le multiple ou encore le même et l'autre. Le « ET » dans cette configuration a son importance car cela suppose que l'on inclue quelque chose, entre ces deux éléments. A la différence, l'utilisation du « ou », ou du « de », ou encore du par « rapport à » inscrirait cette relation dans une logique binaire d'exclusion. Pour rendre compte de cette configuration triadique et inclusive, cela implique de passer d'une logique binaire à une logique ternaire. Mais avant d'aborder ce chapitre, il nous faut parler de la souffrance exprimée par les nouveaux diplômés que nous avons interrogés car pourrait-elle être un indicateur d'apprentissage ? L'approche proposée par Christophe Dejours (1993) par rapport à ce sujet va venir enrichir cette recherche.

Chapitre 4 : La souffrance : un indicateur pour l'apprendre

L'élaboration de ce travail de recherche s'est construit selon un processus itératif. Au fur et à mesure des lectures réalisées à propos du concept de tiers et l'exploitation des matériaux, il nous est apparu important de ne pas banaliser les multiples plaintes exprimées par les sujets interrogés, relevées dans leur discours. De prime abord, il était facile d'établir un raccourci entre l'expression de ce mal être et l'absence de tiers chez le sujet car comme l'ont expliqué les différents auteurs convoqués au préalable, cette absence pouvait amener au vide, au néant, au chaos à la destruction ; à de la souffrance et finalement « *compromettre la possibilité de se constituer en tant que sujet et mettre en péril le lien social.* » (Lebrun et Volckick 2007, pp. 9-10). Cependant, Christophe Dejours (1993) précise que les plaintes peuvent aussi être un indice dans l'apprentissage d'une personne. Les travaux de cet auteur portent un double intérêt pour cette recherche : ils peuvent permettre d'exploiter l'intégralité des discours obtenus et regarder si cette expression de la souffrance est liée à de l'apprentissage ou de la souffrance au travail, élément, qui pourrait expliquer pourquoi l'intégralité des sujets interrogés a quitté le soin pendant cette étude.

1. Le travail selon Christophe Dejours

Dans une perspective clinique et psychodynamique l'approche de Christophe Dejours (1993) a l'intérêt de s'intéresser aussi bien au sujet qu'à son interaction ou plus précisément l'impact que peut avoir l'environnement de travail sur son développement. Il défend l'idée que le travail favorise le développement et/ou la construction du sujet dans de nombreuses sphères essentielles à la poursuite de son activité et à son équilibre psychique. Pour lui, le travail participe entre autres à la construction de l'identité ou encore à celle de compétences, il permet le développement de mécanisme cognitif (raisonnement, élaboration, résolution...) et le travailler ensemble (rapports humains...).

1.1. Le travail : une confrontation au réel

Pour Christophe Dejours (1993), il existe de multiples définitions de ce qu'est le travail. Chez ce chercheur, le travail correspond à ce qu'est capable de réaliser un sujet pour combler les décalages qui existent entre le prescrit et la réalité des situations, auxquelles celui-ci est confronté. Il explique que dans certaines situations, le sujet est confronté au « réel », c'est-à-dire qu'il doit faire face à ses limites ; ses propres représentations qui sont en décalage avec une réalité de terrain, et/ou ses propres capacités ou incapacités et/ou ses propres manques de savoirs et connaissances pour résoudre les problématiques auxquels il est confronté dans son travail.

Se confronter à ce « réel » c'est se confronter au contradictoire et devoir le sublimer malgré que cet état selon Dejours (1993), soit une période de souffrance pour la personne qui le vit. Elle provoque chez le sujet, une période de doute, un sentiment d'incapacité, la crainte d'être jugé incompetent. Ces écarts qualifiés de « réel du travail », sont repérables car ils se manifestent toujours de la même manière. Il y a échec dans la réalisation de la tâche et production d'affects négatifs que l'on peut retrouver dans le discours des personnes sous forme de plaintes. Puis, normalement si le sujet dépasse ces situations d'échecs, ses limites, il y a une reprise de la tâche « stoppée » à plus ou moins long terme, avec cette fois-ci, une production d'affects positifs et de fait, un discours empreint du plaisir car le sujet a su transcender ces situations tensionnelles, c'est-à-dire trouver des solutions que l'on peut supposer être du tiers, pour dépasser ses blocages. Ce que décrit Christophe Dejours pourrait-il correspondre à ce que Michel Serre en 1991 décrivait comme : apprendre est « un voyage » qui demandait de la part de celui qui apprend, de s'exposer et de subir les tumultes d'un courant ?

1.2. Le travail : un vecteur d'apprentissage

Le travail est un vecteur puissant d'apprentissages pour Dejours (1993, 2016). Il précise même que toutes les expériences professionnelles peuvent autoriser le développement de l'individu car travailler, c'est faire « l'expérience de ce qui résiste, de ce qui ne marche pas... c'est le travail d'invention » par le sujet, pour lui permettre de dépasser ses propres blocages. Cette aptitude qu'à le sujet à « combler » et à trouver des solutions, laisse penser que l'on peut faire un parallèle avec les situations d'apprentissage sur le tas, vécues par les nouveaux diplômés. En effet, ces derniers se trouvent la plupart du temps confrontés à des situations que

l'on pourrait qualifier d'expérimentales et pour lesquelles ils n'ont pas forcément les clefs qui leur permettent de réussir.

1.1.1. Entre souffrance et plaisir

Confrontés au « réel du travail », à leurs propres limites, ils peuvent « échouer » dans la réalisation de leur tâche. Les marqueurs de cet « arrêt » sont ceux de la « souffrance » non pathologique. Ils peuvent être repérables dans le discours des sujets que nous avons interrogés.

A l'inverse, les marqueurs de la « reprise » dans leur activité ainsi que les marqueurs du « plaisir » qu'elle engendre peuvent-êtr également relevés. Ces écarts entre arrêt et reprise ou souffrance et plaisir peuvent in fine permettre l'identification de situations contradictionnelles binaires mais aussi les situations que le sujet a su transcender grâce au tiers.

2. La souffrance au travail

Mais parfois l'homme peut être « empêché » dans cette espace d'adaptation à cause « d'un mensonge institué » par les organisations qui sont dans un « déni du réel » où les échecs... sont l'expression d'une incompétence... » du sujet. Celui-ci ne va alors plus s'inscrire dans une résolution de problèmes par peur d'être jugé incompétent. Il va au contraire s'adapter à sa propre souffrance et tenter de développer des mécanismes de défense pour ne pas se délirer psychiquement. Si cette souffrance n'est pas partagée dans l'environnement de travail, C. Dejours (1993) énumère pour autant des signes repérables du déni de cette souffrance chez le sujet. Ils se traduisent, la majeure partie du temps, par une destruction de la réciprocité, un isolement, de l'indifférence à l'égard de l'autre, de la peur et/ou de la soumission de la part du sujet au sein de son espace de travail. L'individu peut alors s'inscrire dans une « rationalisation » de son activité. C'est-à-dire que sa pensée va se scléroser et tenter de trouver des justifications ou des excuses à ce mensonge et accepter malgré ses valeurs, de contribuer à la réalisation d'un travail qui soit d'une qualité inférieure. Il peut également devenir « maltraitant » à l'égard d'autrui ou s'inscrire dans une conduite d'évitement et fuir. Ce dernier aspect nous intéresse plus particulièrement car peu de temps après notre campagne de récolte des matériaux, l'un des sujets dont le discours était le plus porteur de souffrance a quitté le métier. Etait-ce de la fuite liée à une souffrance au travail ? Après avoir vu l'intérêt pour cette recherche d'avoir porté un regard sur cette souffrance exprimée, il convient d'aborder maintenant, pourquoi et comment passer d'une logique binaire à une logique ternaire.

Chapitre 5 : D'une pensée binaire à une pensée ternaire

1. Préambule

Selon Dufour (1990 et 2001) la construction de l'homme et sa socialisation sont en lien avec le langage. Pour cet auteur, parler, c'est s'inscrire dans un dispositif irréductible, qu'il nomme « trinitaire » ou le « je » parle à un « tu » au sujet d'un « il » absent. Il postule que cette forme naturelle d'échange est inhérente à notre condition d'être parlant et que de par sa propriété « trine » le sujet peut apprendre, se construire, se socialiser. Cet espace est également selon Dufour, (2001) un lieu d'activité symbolique car l'absent est redevenu présent au travers du discours tenu par les personnes présentes. En effet, par la présence du « je » et du « tu » qu'ils échangent entre eux, l'absent est symboliquement pensé, parlé et représenté par le « il ». « Que nous le voulions ou non, nous sommes, en tant que sujets parlants, sujet du trinitaire » (ibidem, p.16). Cependant, cette pensée trinitaire aujourd'hui est supplantée par un autre régime de pensée. « *Notre monde est passé sous le contrôle de l'ordre du deux... un monde binaire, opératoire, dualisme, dialectique, causale.* », (ibidem, p. 22) qu'il nous faut aborder pour comprendre comment et pourquoi nous passons d'un mode de pensée binaire à un mode de pensée ternaire.

2. La pensée binaire : une logique classique

Dufour (2001), distingue deux formes de pensées binaires : une « frustrée » et une « actuelle ». La première abreuve les théories comportementalistes, béhavioristes et pavloviennes. Elle correspond à une pensée « causale simple » ou déterministe du type : stimuli/réponse où chaque cause est suivie de ses effets. A la différence, la deuxième pensée quant à elle, s'appuie sur des rapports différentiels entre les éléments étudiés et elle s'exprime : si... alors.... Cette pensée est portée par le courant structuraliste et a donné naissance à l'informatique et aux nouvelles technologies de communication. Cette pensée binaire simplifiante, à l'avantage de classer, ranger, de catégoriser des « objets » et fait référence à la logique classique.

La logique classique prend appui sur le principe du tiers exclu qui s'inscrit dans une dichotomie rationnelle. Elle permet de découvrir la vérité dans des catégories prédéterminées. Noir ou blanc, être ou non être, l'un ou l'autre, novice ou expert, cette logique se définit par

trois axiomes. Le premier est le principe d'identité. Celui-ci s'exprime sous la forme : « ce qui est, est » ($A \text{ est } A$) et « ce qui n'est pas, n'est pas » ($\text{non } A \text{ est non } A$). Alors, une proposition vraie est toujours vraie. Le deuxième principe est celui de la non-contradiction. Celui-ci s'explique par : soit la proposition A est vrai soit la proposition Non- A est fausse. Pour exemple, si l'on prend les propositions : « Tous les chats sont gris » et « Quelques chats ne sont pas gris », ces deux phrases sont contradictoires. En effet, deux propositions opposées par la négation ne peuvent, être vraies ou fausses. Obligatoirement l'une est vraie et l'autre est fausse. Il n'y a pas de tierce possibilité. Dans ce cadre-là « Il n'est pas possible qu'il y ait un intermédiaire entre les énoncés contradictoires : il faut nécessairement affirmer ou nier un seul prédicat, quel qu'il soit. ». Le troisième axiome quant à lui est celui du Tiers exclu. Ontologiquement cette logique ne peut avoir qu'une propriété et une propriété contraire car on ne peut affirmer qu'une proposition soit vraie et fausse en même temps. Suivant le principe d'identité, l'arbre reste arbre, un nouveau diplômé reste un nouveau diplômé.

Cette logique prédictive est importante à prendre en compte et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, si l'on ne l'admet pas, alors le sens des concepts change, ce qui revient à dire qu'on ne peut rien dire qui ne soit contradictoire. Ensuite, cette approche binaire est utile car elle est rigoureuse. Elle permet de classer, mais aussi d'éliminer tout ce qui est inutile. Pour autant, son domaine de « validité » convient dans les « situations simples » car elle ne met en perspective qu'une réalité unidimensionnelle. En effet, dans cette étude, les nouveaux diplômés sont infirmiers et exercent le soin en psychiatrie mais ils sont en même temps novices et apprennent leur métier sur le tas, par l'expérience car la formation dont ils ont bénéficié ne leur a pas permis d'acquérir les connaissances nécessaires à l'exercice de ce métier. Cette logique ne peut admettre que le novice peut être à la fois infirmier et apprenant. Par ailleurs, elle ne permet pas d'envisager la contradiction ou « une troisième possibilité », c'est à dire une inclusion, mécanisme par lequel le sujet apprenant peut se détacher de sa relation réciproque avec le passeur, qu'il aura choisi dans le but de construire du sens.

Néanmoins, Nicolescu (2012) précise que la logique du tiers exclus n'est pas rejetée, elle doit être « englobée » par la logique du tiers inclus.

3. Une pensée ternaire

Pour Nicolescu, la logique du tiers inclus proposé par Lupasco, est la logique à privilégier pour aborder l'étude d'objets et de situations complexes car celle-ci est systémique et permet d'unir ce qui semble désuni sans dénaturer l'objet et les phénomènes en jeux. Elle

dépasse la logique binaire qui amènerait à formuler des propositions d'exclusion de l'un ou l'autre des éléments étudiés. Au contraire, elle admet ce qui semble contradictoire.

3.1. Luspaco : la dynamique d'un système

La logique ternaire de Stéphane Luspaco est la logique systémique du tiers inclus. C'est en abordant la physique quantique que Stéphane Luspaco, épistémologue, fonde une logique ternaire afin de comprendre la dynamique constitutive de « l'énergie ». Pour cet auteur, tout phénomène, tout évènement ou objet est obligatoirement lié à un mouvement : à la structuration de l'énergie libérée. Cette approche dynamique et systémique permet d'observer les relations et connexions entre objets, grâce aux différents mouvements à l'œuvre, quel que soit le niveau dans lequel ces derniers évoluent. Pour y parvenir, Luspaco (1960) a distingué différents types de mouvements successifs et constitutifs de l'énergie sans lesquels le système ne peut fonctionner.

3.1.1. *Le principe d'antagonisme*

Le premier principe est celui antagoniste de l'énergie. Selon Luspaco (1960), l'énergie est la conséquence de mouvements antagonistes entre l'actualisation d'un phénomène (un vécu, l'identité) et une potentialisation de ce non phénomène (le non vécu, la non identité). Dans ce mouvement l'un des processus n'annule pas l'autre, sinon cela reviendrait à une logique classique, une fausse réalité. Il ne s'agit donc pas d'une opposition au sens stricte mais d'une coexistence antagoniste entre ces deux pôles. Ils s'actualisent et se potentialisent réciproquement, simultanément, l'un entraînant l'autre et inversement de manière continue. Il n'existe donc pas de terme absolu A ou non \bar{A} , seulement un A plus ou moins actualisé et un non \bar{A} plus ou moins potentialisé. Cette dynamique antagoniste est donc essentielle car si elle n'avait pas lieu, il n'y aurait pas d'énergie, pas de système. Cependant, pour qu'il y ait système, cette dynamique n'est pas suffisante il faut également un principe de contradiction entre de l'homogénéité et de l'hétérogénéité.

3.1.2. *Le principe de contradiction*

Le second principe est celui de la contradiction. Il s'écrit : (A, non-A et T) et repose sur deux forces : l'homogénéisation, qui est un mouvement vers du semblable, fondé sur l'identité, le même ; un second mouvement l'hétérogénéisation, qui est un mouvement vers du différent, l'autre. Ces deux forces doivent s'équilibrer entre elles, car s'il y a « une homogénéité absolue

et totale elles s'annihileraient dans la même identité » à l'inverse, parfaitement hétérogène, « elles s'ignoraient dans une diversité chaotique et illimitée... ». Mais grâce à la notion contradictionnelle, « à un jeu réciproque » d'actualisation et de potentialisation de l'homogénéisation et de l'hétérogénéisation, il y a équilibre. Lupasco (1960) créait de ce phénomène, une logique à trois valeurs, qu'il nomme « orthodialectique » et qu'il fait correspondre à « trois matières ». Selon lui, la première valeur qu'est l'actualisation de l'homogénéité qui potentialise l'hétérogénéité donne la matière-énergie physique. À l'inverse, l'actualisation de l'hétérogénéité qui potentialise l'homogénéité, est la matière énergie biologique. Enfin, la troisième valeur appelé Etat T, correspond à l'inclusion du tiers. Ce moment est identifiable lorsque des mouvements antagonistes s'équilibrent réciproquement. Il y a entre chaque mouvement une « coexistence antagoniste dans un état de semi-actualisation et de semi-potentialisation, mi-homogénéisation, mi-hétérogénéisation ». C'est ici que l'on trouve la « concentration d'énergie la plus forte ». Cet ensemble surplombe les deux autres systèmes, c'est la troisième matière, le troisième système énergétique appelé neuro-psychique : la conscience.

4. Le tiers inclus ou l'Etat T et les niveaux de réalité

L'Etat T, lie sans les confondre, A et non -A, puisqu'il est à la fois A et non-A. Cependant, l'Etat T s'exprime à un autre niveau de réalité. Pour représenter l'Etat T, Nicolescu utilise l'image du triangle.

Figure 1 : représentation schématique de l'action de la logique du tiers inclus

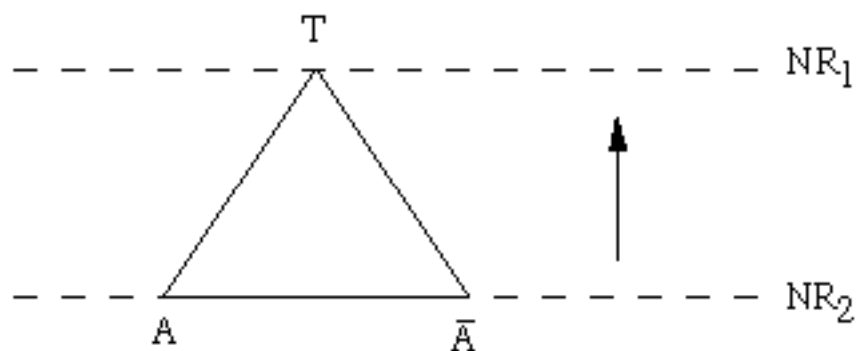


Fig. 1: Une représentation schématique de l'action de la logique du tiers inclus. NR_1 et NR_2 signifient deux niveaux différents de Réalité.

Ici, on voit comment le tiers inclus réunit ce qui semble contradictoire et que, A, -A et T sont toujours en relation. L'Etat T est toujours à un autre niveau de réalité. En effet, pour Nicolescu, il existe différents niveaux de réalité et il précise que « deux niveaux de réalité sont différents si, en passant de l'un à l'autre, il y a rupture des lois et rupture des concepts fondamentaux ». Ce qui peut paraître discontinu ne l'est pas puisque tous les éléments du système se retrouvent reliés entre eux, par ces différents niveaux de réalité. Nicolescu précise que ce changement, qui est à la fois du semblable et du différent à lieu en même temps, à la différence de la triade proposée par Hegel pour lequel la temporalité n'est pas la même.

Cependant l'Etat T n'est pas une fin en soi. En effet, celui-ci peut lui aussi « subir » la contradiction et donner lieu à un nouveau niveau de réalité A ou -A. Ceci suggère que dans cette configuration, il existe de multiples niveaux de réalité. Nicolescu apporte deux précisions à ce dispositif. La première est que la dynamique systémique du tiers inclus n'est pas à confondre avec les travaux sur la dynamique systémique issu de l'école de Chicago. Pour cet auteur, les niveaux de réalité sont différents des niveaux d'organisation car ces derniers selon lui, appartiennent « à un seul et même niveau de réalité ». La deuxième, quant à elle concerne le processus itératif et le caractère inépuisable de cette logique. Celle-ci est due au fait que chaque expérience vécue par un individu va alimenter de nouveaux couples de contradictoire, prenant appui sur les précédents et créant ainsi de nouveaux niveaux de réalités. Une Réalité non seulement multidimensionnelle mais aussi multi-référentielle qui n'a de cesse de s'enrichir. (Nicolescu, 2012). Ce processus itératif, inépuisable et systémique a des conséquences car d'ores et déjà nous pouvons dire qu'il est impossible d'accéder à l'ultime connaissance puisque les entretiens que nous avons réalisés, ne rendront compte que d'un discours situé et délimité dans un espace-temps.

5. Conclusion

Le tiers est-il polysémique ? Pour Boumard (2011, p. 55) « *plutôt que de parler de polysémie, le tiers devrait alors être envisagé selon différentes facettes, existant ensemble, articulées entre elles de manière floue et jamais stable, toujours déjà là mais décalée.* ». Néanmoins au regard de ce qui vient d'être abordé, nous pouvons d'ores et déjà établir une première définition du concept de tiers. Celle-ci est peut-être incomplète, mais elle a l'avantage d'apporter une certaine stabilité à l'objet et à la recherche menée.

Le tiers sert l'apprentissage. Il peut être convoqué par le sujet, selon ses désirs et ses besoins dans des situations d'apprentissage informelles. A l'inverse, son absence amène au chaos et à de la souffrance. Le tiers est un système ternaire inclusif et dynamique composé :

- d'un passeur, qui peut être représenté par différentes figures de tiers (des personnes, des modèles, des accompagnants, des évaluateurs...) ou par des « figures » matérielles ou immatérielles (des dispositifs pédagogiques, des principes, des cadres de références, des valeurs symboliques, des théories...).

- d'un apprenant face à une situation qui lui pose problème.

- d'un entre deux qui a deux rôles : celui d'établir un lien entre les différents éléments en présence puis propulser le sujet apprenant et le passeur qui sont en relation réciproque dans un ailleurs, pour permettre la construction de sens.

Le tiers autoriserait donc chez le sujet, un changement de niveau dans son processus d'apprentissage ; un recadrage de sa pensée ou de son comportement initial.

Par ailleurs, la logique dynamique du contradictoire de Lupasco (1951, p.21) « *se présente... comme la logique même de l'expérience, en même temps que comme l'expérience de la logique* ». C'est-à-dire que pour Nicolescu (2012) « *le sujet connaissant est impliqué lui-même dans la logique qu'il formule* ». Cette approche a des conséquences épistémologiques car la circularité induite par le tiers inclus, montre que le nouveau diplômé en situation d'apprentissage sur le tas par expérience crée lui-même sa propre connaissance en fonction de la situation qu'il vit, son expérience passée et ses besoins. Par conséquent, il est possible, d'ores et déjà d'affirmer que :

- accéder à la connaissance construite par le sujet ne sera pas possible car celle-ci est conditionnée aux besoins du nouveau diplômé. Seule la présence d'un changement sera observable. En effet, chacun des nouveaux diplômés ne construira pas les mêmes connaissances car celles-ci sont intrinsèquement dépendantes de l'expérience passée du nouveau diplômé et de ses besoins dans la situation qui lui pose problème,

- chacun des nouveaux diplômés ne choisira pas forcément les mêmes passeurs, ou s'ils sont identiques, la situation pour laquelle ils sont convoqués sera sûrement différente.

Finalement, comme il s'agit d'un processus implicite chez le sujet, celui-ci ne pourra qu'être observé au travers du discours tenu par les nouveaux diplômés qui seront interrogés.

En revanche, cette approche va permettre d'observer le rôle du tiers et le processus d'apprentissage du sujet apprenant sans dénaturer l'un ou l'autre des éléments.

Pour comprendre le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas par expérience des nouveaux diplômés et proposer une modélisation de ce processus il nous faut repérer et identifier :

- Les différents passeurs qui peuvent être représentés par différentes figures de tiers ou par des « figures » matérielles ou immatérielles,
- La relation réciproque avec le passeur choisi pour construire du sens et la « troisième possibilité », pour se détacher de cette relation binaire,
- Les situations qui posent problèmes aux nouveaux diplômés. C'est-à-dire que :
 - S'il y a arrêt dans l'exécution d'une tâche et/ou l'expression d'une souffrance, cela voudra dire que le nouveau diplômé est confronté au réel de l'activité.
 - S'il y a reprise de l'activité et /ou l'expression d'un plaisir, cela voudra dire que le nouveau diplômé a su dépasser la limite binaire auquel il était confronté.

On peut alors proposer les hypothèses suivantes

- Si l'écart entre l'arrêt dans l'exécution d'une tâche et la reprise de l'activité, entre l'expression d'une souffrance et celle d'un plaisir correspond à une activité d'apprentissage, on peut supposer qu'il y a la présence de tiers dans ce processus.
- Le rôle du tiers serait alors d'autoriser le lien qui permet au sujet de dépasser cette situation binaire.
- Le nouveau diplômé n'a pas trouvé de tiers qui l'autorise à dépasser ses limites binaires et il n'y a pas d'apprentissage.

Cependant, si après l'expression d'une souffrance qualifiée de non pathologique, aucune reprise d'activité n'est observée au travers du discours tenu, nous pouvons supposer alors que :

- La souffrance exprimée est peut-être devenue pathologique et peut expliquer le départ des nouveaux diplômés.

Après avoir repéré l'intégralité de ces éléments, il me faudra reconstruire l'intégralité du processus observé pour comprendre si le tiers joue un rôle dans l'apprentissage des nouveaux diplômés pourra être reconstruit.

Cadre méthodologique et conduite de la recherche

Grâce au cadrage théorique, une première définition du concept de tiers a été établie afin d'apporter une certaine stabilité à l'objet de la recherche, à savoir :

Le tiers sert l'apprentissage. Il peut être convoqué par le sujet selon ses désirs et ses besoins dans des situations d'apprentissages informelles. A l'inverse, son absence amène au chaos et à de la souffrance. Le tiers est un système ternaire inclusif et dynamique composé :

- **d'un passeur, qui peut être représenté par différentes figures de tiers (des personnes, des modèles, des accompagnants, des évaluateurs...) ou par des « figures » matérielles ou immatérielles (des dispositifs pédagogiques, des principes, des cadres de références, des valeurs symboliques, des théories...),**

- **d'un apprenant face à une situation qui lui pose problème**

- **d'un entre deux qui a deux rôles : celui d'établir un lien entre les différents éléments en présence puis propulser le sujet apprenant et le passeur qui sont en relation réciproque dans un ailleurs, pour permettre la construction de sens.**

Le tiers autoriserait donc chez le sujet, un changement de niveau dans son processus d'apprentissage ; un recadrage de sa pensée ou de son comportement initial.

Des hypothèses de recherches ont été formulées dans le but de comprendre le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas par expérience des nouveaux diplômés et proposer une modélisation de ce processus pour lequel il nous faut repérer et identifier :

- Les différents passeurs qui peuvent être représentés par différentes figures de tiers ou par des « figures » matérielles ou immatérielles,

- La relation réciproque avec le passeur choisi pour construire du sens et la « une troisième possibilité », pour se détacher de cette relation binaire,

- Les situations qui posent problèmes aux nouveaux diplômés. C'est-à-dire :

- S'il y a arrêt dans l'exécution d'une tâche et/ou l'expression d'une souffrance, cela voudra dire que le nouveau diplômé est confronté au réel de l'activité.
- S'il y a reprise de l'activité et /ou l'expression d'un plaisir, cela voudra dire que le nouveau diplômé a su dépasser la limite binaire à laquelle il était confronté.

On peut alors proposer les hypothèses suivantes

- Si l'écart entre l'arrêt dans l'exécution d'une tâche et la reprise de l'activité, entre l'expression d'une souffrance et celle d'un plaisir correspond à une activité d'apprentissage, on peut supposer qu'il y a la présence de tiers dans ce processus.
- Le rôle du tiers serait alors d'autoriser le lien qui permet au sujet de dépasser cette situation binaire.
- Le nouveau diplômé n'a pas trouvé de tiers qui l'autorise à dépasser ses limites binaires et il n'y a pas d'apprentissage.

Cependant, si après l'expression d'une souffrance qualifiée de non pathologique, aucune reprise d'activité n'est observée au travers d'un discours tenu, nous pouvons supposer que :

- La souffrance exprimée est peut-être devenue pathologique et peut expliquer le départ des nouveaux diplômés.

Cependant, pour rappel, la circularité liée au tiers inclus, a montré que le nouveau diplômé en situation d'apprentissage sur le tas par expérience créait lui-même sa propre connaissance en fonction de la situation qu'il vit, son expérience passée et ses besoins. Par conséquent :

- il ne sera pas possible d'accéder à la connaissance construite par le sujet mais seulement regarder la présence d'un changement.

- chacun des nouveaux diplômés ne construira pas les mêmes connaissances car celles-ci sont intrinsèquement dépendantes de l'expérience passée du nouveau diplômé et de ses besoins dans la situation qui lui pose problème,

- chacun des nouveaux diplômés ne choisira pas forcément les mêmes passeurs, ou s'ils sont identiques, la situation pour laquelle ils sont convoqués sera sûrement différente.

Néanmoins, avant d'aborder cette étape, exposer l'intégralité de la démarche de recherche de manière chronologique est primordiale puisqu'elle permet de montrer que cette recherche a débuté par un travail documentaire pour enrichir le contexte de la recherche. Ensuite, une observation exploratoire a été menée et elle a conduit à l'émergence du tiers comme objet de cette recherche, pour finir par une recherche qualitative pour comprendre et analyser, au moyen d'une lecture dynamique, le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas des

nouveaux diplômés et d'identifier les situations de plaisir et de souffrance du travail vécues par ces derniers.

Chapitre 1 : Les choix méthodologiques

Dès le début de cette recherche, appartenant physiquement et symboliquement à l'environnement de cette recherche ; l'implication entre sujet et acteur a été acceptée et assumée. Elle n'est sûrement pas sans influencer l'objet et les matériaux recueillis, néanmoins lorsque les nouveaux diplômés expliquent ou se racontent, s'inscrire dans une perspective subjective et compréhensive, c'est accepter aussi d'être pris affectivement par les propos des sujets afin d'en saisir le sens. Cependant, cette approche est aussi intellectuelle car l'analyse produite cherche à saisir le sens des propos tenus par les personnes interrogées, pour comprendre le rôle du tiers dans l'apprentissage de ces derniers.

L'objet de cette recherche, se trouve donc à la croisée d'une approche par l'activité et d'une approche par les actes de langage. Activité, ou plus précisément une activité cognitive parce qu'il s'agit d'un processus non conscientisé, implicite chez le sujet qui ne peut être observé qu'au travers du discours tenu par les nouveaux diplômés interrogés sur des actions qu'ils mènent pour comprendre comment ils apprennent. Actes de langage parce que pour accéder à ce processus, il faut recueillir le discours des intéressés afin d'accéder « indirectement au sens construit, par inférence, par la médiation d'énoncés, dépendant d'une combinaison de méthodologie. » (Alvear, 2013, p. 70).

Ici, l'objectif de la présente recherche est de comprendre et d'analyser, au moyen d'une lecture dynamique, le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas de nouveaux diplômés et d'identifier les situations de plaisir et de souffrance du travail vécues par ces derniers.

En référence à Paillé & Mucchielli, (2003, p. 5) la démarche proposée s'inscrit dans une approche qualitative car elle est

« une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience, d'un phénomène. La logique à l'œuvre participe de la découverte et de la construction de sens. Elle ne nécessite ni comptage, ni quantification pour être valide, généreuse et complète, même si elle n'exclut pas de telles pratiques. Son résultat n'est, dans son essence, ni une proportion ni une quantité, c'est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet. »

De plus, cette démarche se veut inductive, compréhensive et exploratoire car les objectifs visés par la recherche, partent d'une observation scrupuleuse avec l'élaboration d'une

catégorisation conceptualisante des données empiriques pour parvenir à la description et la compréhension d'un phénomène ; le rôle du tiers dans l'apprentissage des nouveaux diplômés.

Inscrite dans une démarche d'induction progressive, cette analyse peut être définie comme l'explique Pierre Paillé et Alex Mucchielli (2003, p. 162) comme étant un exercice d'interprétation et de théorisation des données empiriques qui se trouvent être en lien avec l'objet de recherche. Ici, il s'agit d'un contexte de découverte et non l'étude des liens de causalités.

Ici, « le travail d'analyse à l'aide de catégories, est le produit à la fois d'une observation proximale et attentive des évènements et des expériences, et d'un essai de conceptualisation du phénomène correspondant, du processus en jeu, de la logique à l'œuvre, à partir, non pas de leviers théoriques déjà constitués, mais d'une construction discursive originale. Ainsi, le chercheur n'emprunte pas directement à un système ou à des référents préexistants pour nommer les phénomènes examinés, il cherche plutôt à les épeler lui-même, à les amener à un niveau d'intelligibilité à l'intérieur de leur logique propre. » (Paillé & Mucchielli, 2003, p. 160)

Cette étape a permis l'émergence d'un objet de recherche et d'une catégorie de figures de tiers.

Mais pour Dejours (1980) étudier la charge mentale au travail qui est par définition subjective et personnelle car elle est liée à l'expérience vécue du sujet ne peut être quantifiée. Ici, les notions de plaisir et de souffrance permettent de comprendre ce qu'elles recouvrent dans l'expérience du sujet. Seule l'approche qualitative couplée à une approche compréhensive apparaît comme étant le seul moyen d'accéder à la logique interne du sujet. De plus, recueillir des données dont les sujets n'ont pas conscience et qui ne peuvent être observées demande d'être appréhendé par la parole des sujets, où des conditions d'intersubjectivités ont leurs importances entre le locuteur et le destinataire. C'est-à-dire que le chercheur doit être dans une posture « Rogerienne », qui pourrait être assimilée à une posture d'entretien soignant, afin d'être à l'écoute et accueillir la parole du sujet qui peut être porteuse de souffrance psychique. La prise en compte de cet aspect, a conduit à l'arrêt de l'enregistrement et à la non retranscription du discours tenu au sujet de ce mal être.

Cette approche méthodologique prend donc appui sur les principes et méthodes proposés par :

- la théorie du sujet car la subjectivité de l'acteur est son monde intime, pour lequel il n'a aucune conscience mais aussi sur ses rapports avec les autres car ici le sujet est considéré comme un être social qui construit son univers en rapport avec ce qui l'entoure et vice-versa ;
- les méthodes et principes issus de l'ergonomie et de la psychologie du travail puisqu'il s'agit de proposer une modélisation de la situation d'apprentissage et d'interpréter les différentes figures de tiers (ou passeurs) ainsi que leurs rôles dans cette activité.

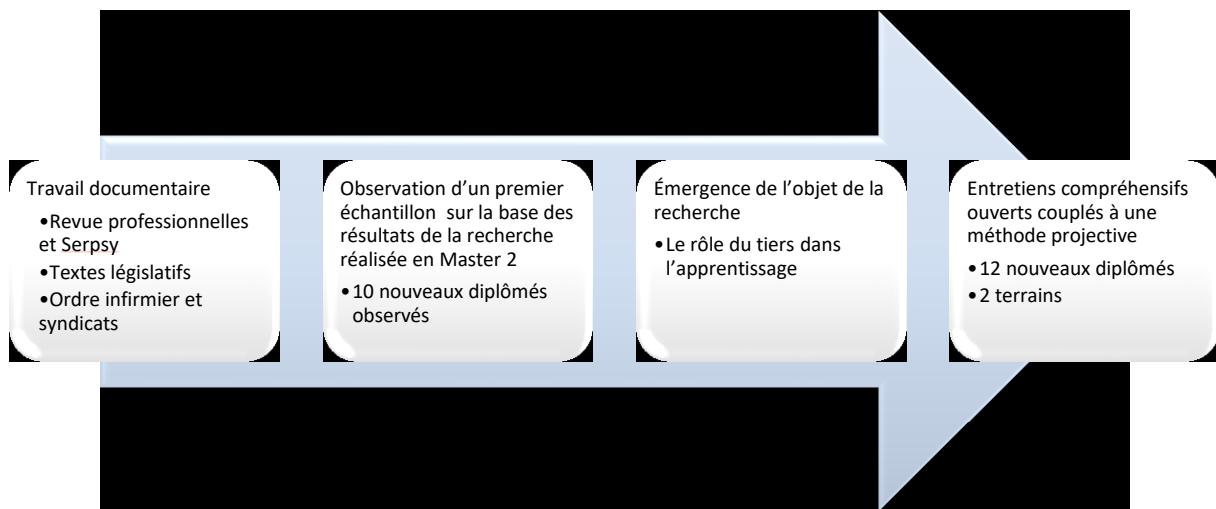
L'utilisation de l'entretien pour rendre compte des activités mentales du sujet, inférées à partir de ses verbalisations semble opportune. En effet, si l'on se réfère à Hatano-Chalvidan & Lemaitre (2017, p. 26) « *la production du discours est sous-tendue par de multiples processus de construction ou de reconfiguration* » car pour ces auteurs : « *au travers des propos tenus, le sujet parle de lui, de « ce qu'il est, ce qu'il fait* ». Il fait part de son « *propre cadre de référence... un univers de sens* » sur lequel il est possible d'inférer. Cette approche n'est pas antinomique avec la pensée de Dejours (2000) qui précise justement, que l'une des difficultés méthodologiques est de pouvoir recueillir des données qui ne peuvent être directement observées et dont les sujets n'ont d'ailleurs pas connaissance puisqu'il s'agit d'une activité et de faits non conscients. Pour ce même auteur, certaines dimensions comme par exemple la dimension subjective du travail ne peut être appréhendée que par l'écoute et la parole comme chez Hatano-Chalvidan & Lemaitre. Alors pour obtenir un discours qui soit au plus près du fonctionnement cognitif des sujets interrogés, une méthode projective a été associée à une méthode par entretien non directif afin d'obtenir des éléments de réponses spontanées sur leur manière d'apprendre. Quatorze situations supposées être source d'apprentissage ont pu être identifiées. Retranscrites, elles ont servi de supports projectifs à un entretien auprès de nouveaux diplômés dans le domaine de la psychiatrie pour qu'ils puissent les lire.

Le jour de l'entretien, ils ont été incités à commenter et s'exprimer sur les situations projectives proposées.

Chapitre 2 : La conduite de la recherche

La conduite de la recherche est jalonnée de plusieurs étapes.

Figure 2 : Les grandes étapes de la recherche



- un travail documentaire pour étayer le contexte théorique, socio historique de la psychiatrie et des soins infirmiers,

- une observation exploratoire du terrain qui a donné lieu non seulement à l'émergence de l'objet de cette recherche mais aussi à la création de situations sources d'apprentissage pour la réalisation des entretiens.

- La réalisation d'entretiens ouverts non directifs couplés à une méthode projective, prenant appui sur les différentes situations créées. Mais quand est-il dans le détail ?

1. Un travail documentaire

La psychiatrie et le monde de la santé font l'objet de réflexions, de débats, de commentaires dans une multitude d'espaces. La grande majorité des écrits concernant la psychiatrie relèvent de la vulgarisation ou sont d'ordre critique et traitent la plupart du temps de la « violence qui y règne ». Mais, cette littérature est aussi riche d'enseignements sur les problèmes actuels que rencontre le métier, et singulièrement ceux sur lesquels porte le présent travail de thèse, concernant le défaut de formation des infirmiers face aux difficultés de la psychiatrie dans le contexte contemporain et la nécessité de construire de nouvelles stratégies d'apprentissage autour de ressorts cognitifs désignés ici comme « faisant tiers ». Il m'a donc paru judicieux, dans l'économie générale de l'enquête, d'effectuer un premier travail d'analyse de cette littérature à disposition, dans le but de cerner les représentations qui dominent aujourd'hui dans la société, sur les métiers de la psychiatrie et l'exercice du métier d'infirmier. Cette littérature recouvre des documents relevant de trois domaines de pratique :

- Politique et social
- Les revues professionnelles et l'association Soins Etudes et Recherches en Psychiatrie (SERPSY)
- L'ordre infirmier et les syndicats
- Les textes législatifs qui accompagnent la politique générale de la santé en France et qui encadrent le champ de la psychiatrie, des soins infirmiers et de la formation infirmière.

Le domaine de la psychiatrie et la santé mentale s'inscrit plus largement dans le domaine de la santé en général. Si bien que la grande majorité des écrits dans ce domaine recouvrent plusieurs axes qui dépassent ce champ. Si la prise en charge de la population en santé mentale et psychiatrie en France est abordée, celle-ci reste à la marge face aux écrits qui traitent de l'économie de la santé et la fermeture des lits. Cependant, depuis la période Covid, on constate l'apparition d'écrits qui concernent maintenant les conditions de travail au sens large des professionnels de santé et la « pénurie » de professionnels soignants.

En ce qui concerne les revues professionnelles, mise à part une revue spécialisée dans ce domaine, celles-ci relèvent plus d'une littérature évaluative ou de conseils à destination du lecteur autour de la prise en charge infirmière dans lesquelles la psychiatrie est à la marge. Si l'on souhaite se renseigner sur la formation des étudiants, leur apprentissage ou encore leur prise de poste, il faut consulter les revues managériales spécialisées dans le champ de la santé.

Les écrits professionnels à ce sujet sont peu nombreux et on observe une subdivision de ces derniers. C'est-à-dire :

- ils traitent dans la majorité des cas des étudiants et de leur apprentissage.
- essentiellement dans les soins généraux.
- moins de dix articles traitent de la problématique en psychiatrie, de la prise de poste des nouveaux diplômés.

Finalement, la plupart des écrits qui traitent de la psychiatrie, des nouveaux diplômés et des difficultés émanent de l'association SERPSY, des syndicats mais aussi de l'Ordre Infirmier^{xxxiii}. Ils alertent dès 2010 sur les risques qu'encourt la psychiatrie face à la réforme en soins infirmiers de 2009 et défendent l'idée d'une spécialisation en psychiatrie et santé mentale. On retrouve des documents de travail dans lesquels les activités soignantes spécifiques à la psychiatrie et à la santé mentale sont répertoriées. Les écrits syndicaux quant à eux vont plus loin et expriment ouvertement de multiples difficultés qu'ils mettent en lien avec les études actuelles comme par exemple : le manque de connaissances des nouveaux professionnels qui induisent la montée de la violence, la baisse de qualité du soin et les difficultés de recrutement en psychiatrie, le turn-over, le burn out.

Cette documentation relative au champ de la santé a permis d'enrichir le contexte socio-professionnel de la psychiatrie et santé mentale. Cependant, historiquement, le champ de la santé et sa formation sont extrêmement légiférés. Le champ de la santé est codifié (Lois, Décrets, Rapports ministériels, circulaires, directives, protocoles...). La consultation des anciens textes a permis de comprendre l'évolution socio-politico-économique de la psychiatrie, le métier d'infirmier et sa formation. Cette étude couplée aux ouvrages historiques a contribué à retracer son histoire.

Enfin, la formation en soins infirmiers ainsi que l'exercice de la profession sont encadrés par des textes prescripteurs qui définissent d'un point de vue légal le curricula de formation ainsi que l'activité professionnelle des infirmiers. Ces textes couplés aux documents de travail sur l'activité en soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie qui émanent de l'association SERPSY ont aidé à montrer les écarts entre la formation actuelle en soins infirmiers et l'activité réelle en psychiatrie.

Cette partie de l'enquête permet non seulement de caractériser le contexte légal et sociopolitique dans lesquels les infirmiers se construisent des représentations de leur métier et des savoirs dans leurs pratiques professionnelles, car c'est pour eux un univers de référence à

disposition ; mais aussi, la possibilité pour le chercheur de prendre de la distance avec sa posture de praticien afin de dresser un contexte non partisan et le plus objectif possible.

2. Une observation exploratoire et la construction de l'objet de recherche

La démarche d'enquête exploratoire de la thèse s'inscrit dans une continuité des travaux précédemment menés dans le cadre d'un master, réalisé en 2014. Mais l'enquête proposée ici se donne d'autres objectifs pour comprendre comment des nouveaux diplômés en soins infirmiers apprennent leur métier sur le tas, par expérience. Cette approche a surtout pour but de :

- confirmer ou réfuter les résultats obtenus lors de la recherche en Master 2,
- repérer des situations qui pourraient être sources d'apprentissage et s'il existe un élément issu de cet environnement vecteur d'apprentissage,
- faire émerger un objet de recherche.

2.1. Une première étape : une observation qualifiée « d'empirisme qualitatif » au service d'une démarche exploratoire

Après l'analyse de la littérature professionnelle à disposition, une première étape a consisté en une démarche exploratoire d'observation des pratiques d'apprentissage professionnelles des infirmiers. Son choix a été motivé par deux choses :

- Le fait que le terrain choisi était facile d'accès puisque je travaillais déjà dans ce milieu,
- Que depuis la réalisation du Master, intuitivement, j'observais déjà ces pratiques fortement contextualisées.

Si la méthode de l'observation directe permet la compréhension des phénomènes afin d'en extraire des lois ou principes, ici son utilisation intuitive cherchait à comprendre comment les nouveaux diplômés apprenaient. Il fallait alors formaliser cette activité dans le cadre de cette recherche.

Si son utilisation requiert comme matériel un simple journal de bord, afin de saisir les données, son choix réclame de la part du chercheur de s'interroger au préalable :

- sur le terrain choisi et les conditions d'accueil du chercheur par ce dernier.
- sur le rôle et le statut du chercheur dans cet environnement.
- sur les modalités de l'observation qu'il va produire car celle-ci conditionne le degré d'objectivité des données récoltées de par son implication sur le terrain.

Kaufman (2004) ou encore Arborio et Fournier (2009) précisent qu'il existe différents types d'observation : l'observation participante, l'observation directe ou indirecte, structurée ou non. L'observation serait selon eux, la seule méthodologie de recherche où cette question du choix de la modalité se pose, car « un mode d'observation, revient à choisir le rôle social à occuper, dans la situation observée ». Cependant, Jean Peneff (2011) explique que ces « différents courants relatifs à l'observation » et leurs protocoles, conviennent surtout aux chercheurs qui sont éloignés des « univers sociaux » qu'ils étudient. Il précise qu'il existe un autre courant : celui de l'empirisme qualitatif. Cette autre approche de l'observation intéresse plus particulièrement les individus qui appartiennent à une communauté ; comme c'est le cas ici et qui souhaite comprendre les phénomènes qui entourent leur espace professionnel. Il se traduit par un protocole moins exigeant, qui consiste la plupart du temps en une observation de l'environnement et des échanges « banals » avec les différents professionnels, afin de créer de la connaissance. Considéré comme « moins académique » par une partie des chercheurs, ce courant ne doit pas être négligé car selon Peneff (Ibidem), il donne accès à des terrains difficilement abordables et la recherche qui est alors menée, est une recherche active, longue, avec une véritable immersion du chercheur. Mais, il précise aussi que ce type d'observation ne peut être qu'une approche empirique, car une étude sociologique basée essentiellement sur l'empirisme qualitatif comporte des biais, en particulier celui où le chercheur est en prise avec son objet et ne peut gagner en objectivité. Elle sert surtout à l'émergence d'objet à étudier.

2.1.1. Un terrain

Cette approche de l'observation d'« empirisme qualitatif » présentée par Peneff, est celle dans laquelle sans le savoir, j'étais inscrite. En effet, de par mon statut d'infirmière, j'ai eu l'opportunité de pouvoir intervenir dans les différents services de soins qui accueillaient un nouveau diplômé en soins infirmiers. Tout en exerçant, j'ai pu les observer dans leur environnement de travail et remarquer spontanément :

- Qu'ils ne bénéficiaient pas d'un accompagnement de la part de leur pair,
- Qu'ils étaient seuls et souvent en difficultés,
- Que les situations de violences avec appel à renfort étaient de plus en plus fréquentes,
- Que certains semblaient apprendre, d'autres non
- Qu'ils quittaient l'institution rapidement.

Au regard, de ces observations, il m'a semblé opportun de systématiser cette démarche d'observation avec un protocole de recherche.

La question du choix d'un terrain, de sa durée et du public observé ne s'est donc pas posée, puisqu'il se situait au sein de l'institution dans laquelle je travaillais.

2.1.2. Entre une posture de chercheur et une posture professionnelle

2.1.2.1. Une éthique

Hugues (1996, p. 267) précise une règle incontournable : il ne faut jamais faire « *de tort à ceux que l'on observe*. ». De ce principe, j'ai établi certaines règles dans la manière de mener cette observation de terrain, tant d'un point de vue organisationnel, qu'éthique.

Ici, la grande majorité des professionnels que j'ai rencontrés me connaissaient et tous savaient que j'étais inscrite dans un processus de recherche. Cependant, ils n'en connaissaient pas le contenu exact. Pour les autres professionnels, en particulier les nouveaux diplômés, ils ne savaient pas que j'avais réalisé ou que j'allais réaliser une recherche. Et, si certains d'entre eux me connaissaient (de nom), à l'inverse d'autres ne savaient pas du tout qui j'étais, si ce n'est que j'étais une infirmière appartenant à une équipe qui intervenait au sein de l'établissement pour renforcer les équipes.

Avant même de systématiser cette campagne d'observation, il me fallait répondre à des règles éthiques tout en souhaitant obtenir des matériaux qui soient les plus authentiques possible, mais aussi, répondre à la double posture endossée (à la fois chercheuse et praticienne). Pour se faire, j'ai choisi de ne rien révéler sur le projet d'observer les professionnels afin de ne pas influencer leur manière de faire. Cependant, pour respecter un principe éthique, j'ai décidé à la fin de ce recueil :

- d'informer les professionnels qu'ils avaient été observés pour obtenir leur accord sous respect de l'anonymat,
- de leurs soumettre les observations faites,
- de demander s'ils étaient d'accord pour que je conserve les matériaux recueillis.

Après avoir réalisé cette campagne d'observation, j'ai rencontré l'intégralité des professionnels qui avaient fait l'objet de cette observation et j'ai :

- informé ces professionnels qu'ils avaient été observés dans le cadre d'une recherche doctorale qui cherchait à comprendre comment des nouveaux diplômés apprennent en psychiatrie.

- partagé avec eux les observations réalisées. Les résultats obtenus ont été discutés avec eux et confirmés par ces derniers.

- obtenu leur accord sous respect de l'anonymat, pour conserver les matériaux recueillis. Les noms des personnes rencontrées ainsi que les différents services de soins dans lesquels je suis intervenue, ont fait l'objet d'un nom d'emprunt et tous ont accepté leur diffusion.

2.1.2.2. Une posture

Après s'être préoccupée de principes éthiques et organisationnels, il me fallait répondre à ma « double fonction », c'est-à-dire à la fois praticienne et chercheuse car celle-ci peut induire des biais, liés à une intersubjectivité tant dans la relation aux autres qu'au terrain et avec l'objet d'étude. Cependant, cette part d'intersubjectivité est apparue à mes yeux plus importante à cette étape de la recherche car :

- Elle laisse place à l'intuition du chercheur,
- Elle permet de relever des éléments, qu'un protocole strict ne permettrait peut-être pas d'identifier,
- Elle autorise l'insertion sur le terrain en particulier lorsqu'il s'agit d'un terrain protégé, qui accepte difficilement d'être l'objet d'une recherche, ou encore l'acquisition d'un vocabulaire technique et des codes d'une profession.

Mais, une autre question a émergé. Comment conjuguer une posture de chercheur qui observe et une posture de praticien qui travaille dans un même temps ? En effet, le temps imparti à l'observation des pratiques soignantes autour de l'apprentissage du métier de soignant, n'a pas donné lieu à un aménagement pour réaliser cette activité de recherche. Ce temps s'est en fait adapté au fil de l'eau entre temps de travail, temps de repos et phase d'observation possible. Ceci montre surtout que cette observation même si elle s'étale sur une période de plusieurs mois, dans les faits, le taux horaire qui lui a été consacré est moindre.

Finalement, pour réaliser cette observation exploratoire et qu'elle soit la plus pertinente possible, tout en limitant le plus possible les biais induits par une observation dite « d'empirisme qualitatif », une posture mixte a donc été adoptée. C'est-à-dire qu'une place a été laissée à la part de subjectivité induite par la connaissance préalable du terrain observé et à

la pratique du soin et un protocole d'observation a été réalisé en amont, afin de limiter certes des effets de biais mais surtout optimiser les phases d'observation.

2.1.3. Un préalable à la phase d'observation exploratoire

Pour limiter les effets de biais mais surtout optimiser les phases d'observation et éviter la dispersion et le recueil de matériaux inutiles, une grille d'observation a été construite. Tout en laissant une liberté aux questionnements et aux échanges avec le terrain. Cette grille (Annexe 1) constituée de plusieurs questions fermées, a été élaboré sur la base des résultats issus de la recherche en Master 2.

Pour rappel, les résultats obtenus montraient que pour apprendre les nouveaux diplômés observaient les professionnels et pratiquaient l'essai-erreur car selon eux, il n'existait pas d'accompagnement de la part des pairs. Inscrite dans une continuité de cette recherche exploratoire du Master, il me paraissait judicieux de confirmer ou réfuter les résultats obtenus puisque c'est justement sur ces résultats que prend appui la question de la recherche actuelle à savoir comment un nouveau diplômé apprend son métier ? Dans un même temps, ces questions peuvent permettre de donner un statut de matériaux aux phénomènes relevés de manières intuitive.

Couplé à ce questionnaire, un guide de mots clefs a été construit. Celui-ci est composé :

- d'un premier tableau en lien avec le verbe « apprendre » afin d'aider au repérage de situations qui pourraient être sources d'apprentissages.

Tableau 1 : Guide de mots clefs en lien avec le mot « apprendre pour l'observation

Apprendre					
Faire	Savoir	Faire des liens	Montrer	Guider	Découvrir
Comprendre	Acquérir	Expliquer	Digérer	Expliquer	Dire
Réussir	Évaluer	Approfondir	Progresser	Étudier	Inculquer
Initier	Transmettre	S'imprégner	S'habituer	Répéter	...

- d'un deuxième tableau dans lequel figure des critères issus de l'étude de Knight, Tait et Yorke de 2006 « *The professional learning of teachers in higher education.* » sur les éléments « tiers » qui permettaient aux enseignants d'apprendre leur

métier sans accompagnement, afin de pouvoir repérer des éléments issus de l'environnement des nouveaux diplômés qui pourraient être vecteur d'apprentissage.

- faire émerger un objet de recherche.

Tableau 2 : Grille de tiers issus de l'étude de Knight, Tait & York

Formation	Colloque	Anecdotes	Livre
Internet	Le patient	L'équipe	Un soignant
Le cadre de santé		

Enfin, des critères de sélection en ce qui concerne les personnes à observer et/ou avec qui échanger ont été établis. Mon choix s'est porté sur :

- Des nouveaux diplômés qui ont moins d'un an de diplôme.
- Les différents professionnels qui gravitent autour du nouveau diplômé.
- Le cadre de santé.
- Un ou des services en psychiatrie et santé mentale, qui accueillent un nouveau diplômé.

2.1.4. L'échantillon de l'observation exploratoire

Tableau 3 : Echantillon de l'observation exploratoire

Services	Jours observés	Nombre de professionnels et leurs catégories					
		CS	IDE	AS	ND	Méd	Psycho
Service A	21	1	19	2	1	4	1
Service B	22	1	19	2	1	2	1
Service C	17	1	19	2	1	3	1
Service D	22	1	18	2	1	4	1
Service E	20	1	7	6	1	0,25	0,5
Service F	14	1	6	4	1	0,25	0,5
Service G	18	1	6	5	1	0,25	0,5
Service H	22	1	6	5	1	0,25	0,5
Service I	19	1	5	10	1	0,5	0,25
Service J	21	1	4	12	1	0,25	0,25

Dix services d'un même établissement ont été observés. Tous ont accueilli un nouveau diplômé en juillet 2013. On remarque que le nombre, et le temps des médecins et des psychologues sont très variables. En effet, ils peuvent être plusieurs, comme assurer seulement une demie journée de présence dans un service. Enfin, on constate qu'il y a des disparités des effectifs infirmiers en fonction du service mais aussi en fonction du nombre d'aides-soignants.

Tableau 4 : Caractéristiques de l'échantillon de la phase d'observation exploratoire

Caractéristiques de l'échantillon pour l'observation exploratoire				
Sujets	Sexe	Age	Diplôme	Lieu des études
ND 1	F	21	Juillet 2013	Etablissement 1
ND 2	F	22	Juillet 2013	Même établissement
ND 3	H	22	Juillet 2013	Même établissement
ND 4	F	22	Juillet 2013	Même établissement
ND 5	F	20	Juillet 2013	Même établissement
ND 6	F	23	Juillet 2013	Même établissement
ND 7	F	22	Juillet 2013	Même établissement
ND 8	H	21	Juillet 2013	Même établissement
ND 9	F	21	Juillet 2013	Même établissement
ND 10	F	23	Juillet 2013	Même établissement

Plus précisément, l'échantillon des nouveaux diplômés est composé de 10 sujets. Il y a deux hommes et huit femmes. La moyenne d'âge est de 22 ans et demi. Le plus jeune a 20 ans et le plus âgé a 23 ans. Tous ont réalisé leurs études dans le même établissement, et ont donc reçu le même enseignement au sein de l'institution, mais n'ont pas forcément réalisé les mêmes stages.

Cette phase exploratoire s'est donc déroulée dans un seul et même établissement en psychiatrie et santé mentale. Elle a duré dix mois et elle a consisté en une observation et en des échanges informels auprès de dix nouveaux diplômés, au sein de leur environnement professionnel.

2.1.5. Analyse de l'observation exploratoire

Après avoir recueilli ces données, il fallait les exploiter. Cette analyse composée de deux parties, a traité dans un premier temps les matériaux en lien avec les questions fermées. Puis, au regard d'un nouvel élément qui a émergé au cours de ce traitement, j'ai décidé de m'appuyer sur l'étude de cas pour traiter la deuxième partie des données.

Ce choix pour l'étude de cas avait plusieurs intentions :

- Identifier des situations problèmes, les plus représentatives, source d'apprentissage pour les nouveaux diplômés.
- Repérer dans cet ensemble de situations apprenantes, ce qui pourrait faire tiers pour les nouveaux diplômés.
- Se servir de ces cas, comme support à la réalisation de nos futurs entretiens auprès des nouveaux diplômés

2.1.5.1. Le traitement des questions fermées

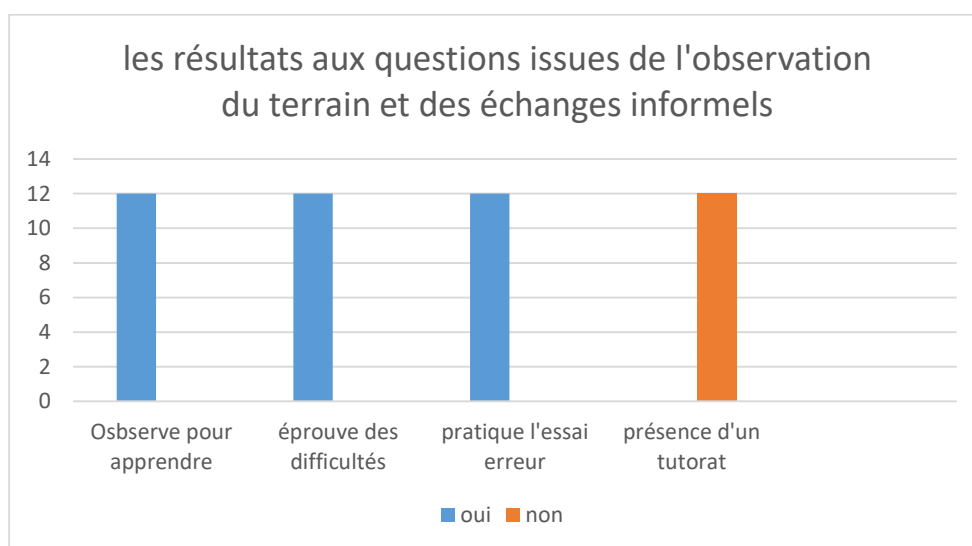
Les questions fermées qui répondaient aux propositions : oui ou non, ont été quantifiées, pour rendre compte des réponses obtenues.

Cependant, rappelons que l'observation réalisée, était couplée à des échanges informels en lien avec ces questions. Ces données ont été traitées sous la forme d'un résumé pour éclairer les réponses obtenues.

2.1.6. Les résultats de la phase exploratoire de la recherche

2.1.6.1. Les résultats aux questions fermées

Tableau 5 : les résultats aux questions issues de l'observation du terrain et des échanges informels



2.1.6.1.1. Les nouveaux diplômés observent les professionnels experts pour apprendre

L'intégralité des nouveaux diplômés observés et avec lesquels il y a eu des échanges informels, observent les différents professionnels avec qui ils travaillent pour apprendre. « *Moi, j'observe comment ils font, cela me permet d'apprendre* ».

On remarque qu'ils observent les soignants comme les patients. « *les patients parfois ils miment des symptômes d'autres patients et du coup... comment dire... bai la veille il avait pas ces signes. Euh, enfin dans une dépression, y a pas d'hallucination... enfin je crois* ». Ils regardent les interactions soignants/soignés, les comportements de chacun. Ils essaient de repérer les symptômes et d'en déduire des pathologies et des façons d'être, face à l'expression de la maladie. Lors des échanges, ils racontent aussi que s'ils observent les professionnels, c'est pour qu'ils puissent faire une sélection des comportements ou attitudes qui leurs semblent pertinentes et qui correspondent à leurs valeurs. « *je regarde les collègues comment ils font. C'est pas facile car le comportement qu'ils adoptent ils n'arrêtent pas de changer. En tout cas, y a des attitudes qui me plaisent et d'autres non. Je trie.* » Enfin, ils complètent leurs propos en expliquant qu'ils regardent également le déroulement d'une journée de soins, les interactions

entre les professionnels, pour se situer dans leur environnement de travail, pour exercer leur métier et in fine s'inscrire dans le groupe. *« En fait une journée, c'est assez ritualisé, enfin y a des grands moments, du coup je regarde les autres pour comprendre et pas faire quelque chose en début de faction alors que d'habitude cela se fait plus tard... où l'inverse comme les papiers d'autorisation de sortie ; bien là faut que cela soit fait tôt le matin pour avoir un retour du Directeur ou de la Préfecture. »*

2.1.6.1.2. Les nouveaux diplômés pratiquent l'essai/erreur

L'observation du terrain ainsi que les échanges avec les nouveaux diplômés confirment qu'ils pratiquent l'essai erreur. *« L'école ne m'a pas préparé, du coup bah j'essaie. Ça marche c'est cool, ça ne marche pas bah des fois sauve qui peut. »* Ils expliquent que sans connaissances, ni accompagnement, ils sont obligés de faire des actes de soins, car pour eux, les patients n'y sont pour rien et ils en ont besoin pour aller mieux. Pour traduire cette situation, l'un des nouveaux professionnels emploie le terme *« bidouille »*, ou comme le nouveau diplômé cité précédemment *« ça marche, tant mieux »*. Tous pensent qu'*« il n'y a que comme ça que l'on peut apprendre. Néanmoins, ils précisent tous que lors d'un soin, ils ne savent pas toujours pourquoi ils font de telle manière, pourquoi cela fonctionne ou cela ne fonctionne pas. « Pourtant, tu vois des fois je fais quelque chose ça marche. Le lendemain je fais la même chose ça marche pas. Bien je ne sais pas pourquoi ou à cause de quoi dans un cas ça marche et l'autre ça marche pas »*.

2.1.6.1.3. Les nouveaux diplômés éprouvent des difficultés

L'observation du terrain montre que les nouveaux diplômés sont en difficultés. Ils doivent faire face à des situations pour lesquelles ils n'ont pas étaient préparés (nombreuses situations d'agressivité voire de violence), qu'ils génèrent parfois. Les échanges informels avec eux confirment l'observation. *« L'école, pff je me demande à quoi elle sert car là franchement j'ai pas été préparé »* Ils expriment un sentiment de solitude et de doute par rapport à leurs compétences *« j'ai l'impression d'être une grosse nulle »*. Ils racontent faire des choses qu'ils ne comprennent pas, *« souffrir »* de ne pas avoir un accompagnement comme lorsqu'ils étaient étudiants pour leur montrer, expliquer les choses. *« Avant d'embaucher, j'ai la boule au ventre, j'arrive pas à respirer. J'suis toujours toute seule, sans accompagnement, c'est : démerde toi. »* Certains d'entre eux expriment de la peur et/ou d'avoir une *« boule au ventre »* quand ils travaillent.

2.1.6.1.4. Une absence de tutorat

Aucun accompagnement n'a été observé durant cette période et a été confirmé par les nouveaux diplômés ainsi que l'encadrement lors des échanges informels. « *J'suis arrivée, j'étais la seule infirmière. J'ai jamais été doublée* ». Selon les services, l'observation des plannings montrent que les nouveaux diplômés sont positionnés comme un professionnel expert et sont parfois le seul infirmier dans le service. A ce sujet, l'encadrement explique, qu'au vu du manque d'effectif soignant, le nouveau diplômé ne peut être accompagné dans sa prise de poste et dans son apprentissage. « *J'ai pas assez de personnel. Il m'est impossible de proposer à un nouveau diplômé un accompagnement, qu'il soit doublé* ». Il précise par ailleurs que le nouveau diplômé progresse quand même, même s'il ne bénéficie pas d'un accompagnement. « *mais, ils finissent par apprendre quand même car même s'ils ne sont pas accompagnés, ils bénéficient d'un tiers qui les aide* ». Une ambivalence apparaît dans le discours des encadrants.

2.1.6.1.5. Tuteur ou tiers ?

Après échanges, les professionnels confirment qu'il n'y a pas d'accompagnement et notent malgré tout une progression des nouveaux diplômés, sous-entendu : ils apprennent. « *Oui, y a pas d'accompagnement, mais ils apprennent. Ils ont des tuteurs quand même* ». Pour eux, on remarque que l'emploi du mot tuteur ou tiers est indifférencié et que l'évolution observée est due à un tiers ou à un tuteur. Devant l'emploi de ces deux mots par l'ensemble des professionnels, les échanges réalisés ont tenté de comprendre la terminologie que ces derniers leurs attribuaient. « *Tiers ou tuteurs, c'est la même chose* », « *c'est la même chose non ? tu me colles le doute là... non, non, c'est la même chose.* »

Pour les professionnels, les mots tiers ou tuteur dans la pratique professionnelle, ont la même définition et le même rôle. Ils veulent dire la même chose. Il s'agit d'une personne qui accompagne et guide une autre personne.

2.1.7. Un ensemble de situations apprenantes

Pour l'élaboration de ces cas, je me suis appuyée sur l'observation de terrain en psychiatrie et les multiples échanges que j'ai pu avoir avec les différents professionnels rencontrés.

Pour leur repérage, mon action s'est centrée, essentiellement, sur des unités de sens :

- la présence de critères en lien avec le mot apprendre, issus de la grille d'observation déjà présentée.

Apprendre					
Faire	Savoir	Faire des liens	Montrer	Guider	Découvrir
Comprendre	Acquérir	Expliquer	Digérer	Expliquer	Dire
Réussir	Évaluer	Approfondir	Progresser	Étudier	Inculquer
Initier	Transmettre	S'imprégner	S'habituer	Répéter	...

- la présence de critères (non exhaustifs) issus de l'étude de Knight, Tait et Yorke de 2006 « *The professional learning of teachers in higher education.* » sur les éléments « tiers » qui permettaient aux enseignants d'apprendre leur métier sans accompagnement ont été sélectionnés, pour servir de guide dans la création des cas.

- la présence d'éléments tiers qui à ce stade de la recherche, reste à l'état d'hypothèse.

Tableau 6 : Des éléments tiers à l'état d'hypothèse

Hypothèse de tiers					
Lecture	Lieux	En dualité (avec qui)	N. Diplômés	Groupe	Formation
Réunion	Patient	Formel / Informel	Professionnels	Echanges	Recherche
Réseaux	Ami	Partage d'information	Anecdotes	Famille	...

- Est-ce que les éléments repérés sont inscrits dans une situation d'apprentissage formel ou informel.

Concrètement, à chaque fois que le mot « apprendre » ou l'un de ses synonymes ou une expression qualifiant l'apprentissage était exprimé par un nouveau diplômé, le discours qui s'y rapportait était relevé.

A suivre, le mot « apprendre » ou l'un de ses synonymes ou une expression qualifiant cet apprentissage était codée en rouge.

Puis, les éléments qui avaient pu contribuer à cet apprentissage étaient codés en vert.

Enfin, je regardais si cette situation d'apprentissage était une situation formelle ou informelle.

Tableau 7 : Exemple d'analyse pour la création de cas simplifiés

Thématique	Résultats
Le patient La symptomatologie	« J'ai senti que son regard a changé... Il a voulu essayer de m'étrangler. »
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Reconnaissance du symptôme Changement de pratique	« Bien, maintenant, je pense que, si de nouveau j'étais confrontée à ce regard je serais, euh comment dire, j'arriverai à plus anticiper »

Au regard de la fréquence des échanges informels et de la redondance des éléments ciblés, les situations les plus explicites ont été retenues, car elles reflètent des thématiques récurrentes exprimées par les nouveaux diplômés.

Tableau 8 : Les différentes tiers abordées dans les situations

Situations	Thématique : tiers
Situation 1	Le livre L'expérience
Situation 2	Le patient La symptomatologie
Situation 3	Le patient La symptomatologie Expérience vécue
Situation 4	Un collègue
Situation 5	Lieu/moment Anecdote
Situation 6	Le patient Le symptôme Le soignant
Situation 7	Règles institutionnelles Pratiques soignantes
Situation 8	Le médecin La symptomatologie
Situation 9	Les réunions L'échange dans le groupe
Situation 10	La cigarette Les règles institutionnelles
Situation 11	Le cadre de santé
Situation 12	Le nouveau diplômé
Situation 13	Repas de service Le groupe soignant
Situation 14	Les pratiques du groupe soignant

On remarque que si certaines d'entre elles ne comportent qu'une seule idée, en revanche, d'autres sont plus complexes car elles contiennent plusieurs thématiques. Ces thématiques sont de différents ordres. Elles recouvrent des personnes (individuelles ou groupales) ou encore des éléments matériels ou immatériels qui ont été vecteurs d'apprentissages dans la situation énoncée. Ce qui supposerait que le tiers aurait un rôle dans l'apprentissage et que celui-ci pourrait revêtir différentes formes.

Le choix d'associer plusieurs thématiques dans une même situation avait deux buts :

- Ne pas proposer un nombre trop élevé de situations au risque d'être redondante,
- Avoir un panel de thématiques suffisamment riches et non restrictives à soumettre aux nouveaux diplômés qui seront interrogés lors de notre campagne d'entretien.

Enfin, aucune situation d'apprentissage formelle n'a été observée.

Les situations identifiées sont donc au nombre de quatorze. Ces situations apprenantes, non formelles, dans lesquelles des supposés tiers interviennent ou sont convoqués par des nouveaux diplômés vont servir de support aux entretiens au cours desquels, une nouvelle cohorte de nouveaux diplômés va être incité, à commenter et s'exprimer sur les situations projectives proposées.

Avant de poursuivre, il est important de préciser que si le déroulement de cette recherche et ses choix méthodologiques se sont établis progressivement, le cadrage théorique quant à lui, a impacté les premiers résultats obtenus. En effet, le mot tiers y est employé pour représenter quelque chose qui intervient dans l'apprentissage de nouveaux diplômés. Or, le concept de tiers est bien plus complexe que cela. Les thématiques proposées au sein des situations, sont en fait, des figures de tiers en référence à Eneau (2005, p.137), Lemaitre (2011, p. 121), Serres (1991), Paul en 2011 (p. 95) et Labelle (2000). De ce principe, un réajustement des résultats est proposé. Ci-après un tableau avec les corrections qui sont apportées en rouge. Celui-ci permet de distinguer le concept de tiers des figures de tiers.

Tableau 9 : Les différentes figures de tiers

Situations	Thématique		
	Figures de tiers humains	Figures de tiers matériel	Figure de tiers immatériel
1		Le livre	L'expérience
2	Le patient		La symptomatologie
3	Le patient		La symptomatologie Expérience vécue
4	Un collègue		
5			Lieu/moment Anecdote
6	Le patient Le soignant		Le symptôme
7			Règles institutionnelles Pratiques soignantes
8	Le médecin		La symptomatologie
9			Les réunions L'échange dans le groupe
10		La cigarette	Les règles institutionnelles
11	Le cadre de santé		
12	Le nouveau diplômé		
13			Repas de service Le groupe soignant
14			Les pratiques du groupe soignant

3. Accéder au discours de nouveaux diplômés : Un choix, l'entretien compréhensif non directif couplé à une approche projective

Afin de pouvoir identifier les figures de tiers convoquées par les nouveaux diplômés puis comprendre le rôle du tiers dans l'apprentissage sans oublier de relever les situations de souffrances vécues par les nouveaux diplômés, la réalisation d'entretien compréhensif ouvert associé à une méthode projective a été privilégiée.

Pour Kauffman (2013) l'entretien compréhensif permet de comprendre le social aux fins de l'objectiver, de le rendre intelligible et/ou de l'expliquer. Ce type d'entretien s'enracine dans les faits. En partant des pratiques ordinaires, l'entretien compréhensif permet de rendre plus compréhensibles les faits observés, par le biais d'un processus d'action et de pensée que le sujet interrogé donne à voir. « Il ne s'agit pas de prélever sur le terrain de quoi répondre à des questions standardisées, mais de construire la théorie dans un va et vient entre proximité et

distance, accès à l'information et production d'hypothèses, observation et interprétation des faits ». (Duchesne, 2000). Le choix pour ce type d'entretien compréhensif a donc plusieurs intérêts. Tout d'abord, en privilégiant la parole des sujets interrogés, il doit permettre de discuter les manières d'agir et de penser des nouveaux diplômés. Puis, ce type d'entretien est susceptible d'apporter de nouvelles catégories qui pourront venir enrichir l'objet de la recherche. Afin de faciliter l'expression des sujets et qu'ils puissent approfondir leur discours, l'utilisation de l'entretien compréhensif, non-directif a été privilégiée. La caractéristique de ce type d'entretien est qu'il constitue « un modèle générique d'interactions grâce à sa structure flexible qui permet à l'interviewé de se l'approprier » (Duchesne, 2000). Il s'inscrit dans « une approche dialogique » ou « l'enquêteur ne pose à la personne qu'il interroge qu'une seule question directe » : la consigne. « Le reste de ses interventions a seulement pour but d'encourager la personne interviewée à enrichir et approfondir sa réponse ». (Duchesne, 2000). L'entretien non directif ne nécessite donc pas de questionnaire préétabli. Cependant il comporte deux caractéristiques à prendre en compte pour sa réalisation. La première est qu'il comporte une phase introductive nommée la consigne. Il s'agit d'un moment qui vise le sujet et seulement lui. Elle a pour conséquence d'impliquer le sujet et l'inviter à développer son idée. Ce moment doit également définir les contours du thème sur lequel porte la réflexion. Dans cette recherche, cette phase introductive a été remplacée par les supports projectifs. Puis une seconde caractéristique pour laquelle j'ai utilisé deux techniques de relance :

- La reprise du ou des derniers mots utilisés par le sujet : ce qui permet de confirmer l'intérêt que l'on porte à ce qui est dit par le sujet et favorise dans un même temps le sujet à poursuivre son développement.
- La reformulation qui s'accorde à reprendre la dernière partie du discours ou une idée principale pour clarifier l'idée, la pensée développée par le sujet.

Néanmoins, en chaque être humain il y a un univers privé totalement subjectif, un construit de ses propres « croyances ». Ce monde, pour Alex Mucchielli (1995) oriente et informe activement les perceptions et les conduites. Ce même auteur propose pour y accéder la possibilité d'utiliser une « méthode projective ».

La projection quant à elle a l'avantage de s'inscrire dans un processus dynamique et d'autoriser l'expression d'un « monde intime ». Ici, pour accéder à ce monde, elle consiste à proposer au sujet interrogé, une situation « à laquelle il répondra selon le sens que la situation a pour lui » (Pougnat & Vannereau, 2021). La méthode projective est peut-être une méthode moins utilisée que d'autres, cependant elle semble intéressante car le raisonnement analogique

qu'elle induit, peut permettre aux sujets interrogés, de faire des liens entre les différentes situations d'apprentissage proposées au travers des cas et leurs propres fonctionnements en situation d'apprentissage, et par là, avoir accès par inférence à ce processus.

Les supports de la projection au cours d'un entretien peuvent être divers et variés. Il peut s'agir de textes, de dessins, d'images ou tout autre chose. Dans le cadre de cette recherche, les 14 situations identifiées précédemment ont été choisi comme support de la projection lors des entretiens compréhensifs dans le but de :

- Libérer la parole chez la personne interviewée.
- Obtenir des matériaux qui soient suffisamment denses.
- Provoquer un phénomène d'identification grâce à la lecture des différentes situations proposées.
- Avoir des éléments permettant de comprendre le rôle du tiers dans l'apprentissage des nouveaux diplômés.
- Pouvoir accéder aux sens construits par les nouveaux diplômés.

Le choix pour l'entretien compréhensif non directif couplé à une approche projective dans le cadre de cette recherche est apparu le plus adapté. En effet, s'il permet la production d'un discours spontané, les supports projectifs autorisent quant à eux la possibilité au sujet interrogé de pouvoir commenter les situations proposées tout en s'identifiant aux « acteurs » des situations proposées.

D'un point de vue technique, devenue cadre de santé, trouver des nouveaux diplômés pour un entretien s'est révélé plus difficile que lors de la phase d'observation exploratoire où j'étais infirmière. Cette difficulté est liée à l'existence d'une hiérarchie dans le soin. Mais, après deux années, une ancienne étudiante m'a mise en contact avec dix nouveaux diplômés et ces derniers ont accepté d'échanger avec moi en dehors de l'institution, à leur demande. En première intention, un premier échange téléphonique a donc eu lieu afin d'expliquer ma démarche et je leur ai laissé la possibilité de me recontacter pour me faire part de leur refus ou de leur acceptation de participer à cette recherche. Tous m'ont recontactée et ont accepté ma proposition. Lors d'un second échange, les modalités de la recherche (enregistrement, anonymat, la remise pour lecture des situations 48 heures avant le rendez-vous pour l'entretien) ont été précisées. Par ailleurs, des dates de rendez-vous ainsi que le lieu de la rencontre ont été convenus. Enfin, les mails de chacun ont été échangés pour l'envoi des situations à lire 48 heures avant l'entretien.

Néanmoins, au regard de ces difficultés d'accès au terrain et devant la demande des dix nouveaux diplômés de réaliser les entretiens en dehors de l'institution, intuitivement, il semblait important de réaliser aussi des entretiens dans une autre institution afin de regarder si l'on retrouvait les mêmes caractéristiques d'apprentissage dans un autre établissement dans lequel je n'exerçais pas. Après une demande dans un autre département, auprès d'un cadre de santé que je connaissais, j'ai eu la possibilité de réaliser deux autres entretiens sur site.

3.1. La réalisation d'entretiens compréhensifs ouverts couplés à une méthode projective

Comme convenu lors des différents échanges téléphoniques avec les douze nouveaux diplômés sollicités, 48 heures avant la réalisation des entretiens, les quatorze situations leur ont été adressées par mail. Puis, lors de la rencontre, avant de débiter chaque entretien, un rappel des modalités a été fait en particulier les buts et objectifs de l'entretien et plus largement ceux de la recherche. Les règles d'anonymat ont aussi été exposées à nouveau.

Par ailleurs, afin de faciliter les échanges et tenter de gommer la hiérarchie « cadre de santé/infirmier, une posture compréhensive, d'écoute et de disponibilité « plus proche de la conversation entre deux être égaux », a été adopté.

Douze entretiens ont donc été réalisés auprès de douze nouveaux diplômés, entre le mois de juin et le mois de novembre 2016 et l'enregistrement audio a été utilisé à des fins de retranscription.

Tableau 10 : Caractéristiques de l'échantillon pour les entretiens

Caractéristiques de l'échantillon pour l'entretiens				
Sujets	Sexe	Age	Diplôme	Lieu des études
ND 1	F	21	Juillet 2015	Etablissement 1
ND 2	F	28	Juillet 2015	Etablissement 1
ND 3	H	22	Juillet 2015	Etablissement 1
ND 4	F	22	Juillet 2015	Etablissement 1
ND 5	F	20	Juillet 2015	Etablissement 1
ND 6	F	24	Juillet 2015	Etablissement 1
ND 7	F	25	Juillet 2015	Etablissement 1
ND 8	H	41	Juillet 2015	Etablissement 1
ND 9	F	31	Juillet 2015	Etablissement 1
ND 10	F	27	Juillet 2015	Etablissement 1
ND 11	H	22	Avril 2016	Etablissement 2
ND 12	F	22	Juillet 2016	Etablissement 2

Ces échanges se sont déroulés dans un endroit neutre, un parc, à la demande des différents sujets interrogés issus de l'hôpital A et les deux entretiens de l'hôpital B ont eu lieu sur leur lieu de travail. La durée fixée en accord avec les différents sujets était d'environ trois quart d'heure à une heure maximum. Néanmoins, il semble important de préciser que certaines rencontres ont duré plus de 2 heures. En effet, tous souhaitaient discuter, échanger sur leurs conditions de travail et leur mal-être qu'ils estimaient en lien avec leurs manques de savoirs et de compétences. Si pour certains, l'on retrouve une partie de ces discours dans les enregistrements, pour d'autres, à leur demande, ces derniers ont été arrêtés.

Enfin, un entretien compréhensif ouvert est un dialogue entre deux personnes et sa retranscription est une image de cette interaction. L'intégralité des entretiens a été retranscrite le plus fidèlement possible. Les questions et les relances de la part de l'interviewer ont été retranscrites en gras et le discours des interviewés en italique.

Chapitre 3 : Approche et méthode d'analyse des matériaux

Comme il a été précisé en amont, l'objet de cette recherche est à la croisée d'une approche par l'activité et d'une approche par les actes de langage. Parmi les différentes méthodes d'analyse qualitative, deux méthodes ont été retenues pour identifier les différentes figures de tiers puis le rôle du tiers dans l'apprentissage à savoir : l'analyse catégorielle proposée par Bardin (1989) couplée à une approche issue de l'analyse de l'éthos discursif proposée par Hatano-Chavildan & Lemaitre (2017), d'inspiration structurale pour laquelle un outil d'analyse spécifique a été construit.

L'analyse des données de cette recherche, s'est faite à partir de la retranscription des entretiens réalisés auprès des sujets interrogés. Afin d'être le plus fidèle possible au discours des personnes interrogées, cette retranscription s'est faite, sur la base des entretiens enregistrés. Comme ce type d'entretien est avant tout une interaction entre deux sujets et que sa retranscription est une reconstruction de cette interaction, le choix a été de faire apparaître en italique les réponses données par la personne interrogée.

Mais, avant de débiter l'analyse de ce corpus, une première étape a été de pallier à la construction en spirale du discours des sujets interrogés, généré par les entretiens ouverts non directifs, utilisés pour la récolte des matériaux.

Pour pallier à cette construction en « spirale » des données, Michelat (1975) invite le chercheur, à procéder en deux temps. C'est à dire que chaque entretien doit être étudié « *pour lui-même avant de procéder à l'interprétation de l'ensemble du corpus.* »

Chaque entretien a donc été traité de façon distincte avant de procéder à une analyse complète du corpus.

Pour comprendre le rôle du tiers, l'attitude adoptée au regard de cette analyse, pourrait être qualifiée dans son ensemble, d'une attitude structurale car j'ai cherché dans « *l'ordre immuable sous le désordre apparent, le squelette ou l'ossature invariable sous l'hétérogénéité patente des phénomènes... démonter le mécanisme, expliquer le fonctionnement et... retrouver les mêmes rouages ou le même moteur, quelles que soient la forme de l'horloge ou la couleur de la carrosserie.* » (Bardin, 1989, pp. 276-277)

En effet, pour comprendre, j'ai essayé de décomposer le phénomène étudié, dans le but d'en saisir ses éléments intrinsèques. Pour se faire, il m'a fallu identifier les différentes figures de tiers mais aussi les activités^{xxxiii} qui s'y rapportaient et dont le sujet n'a pas conscience.

Mais Bardin (1989) précise que « *Dans l'analyse à caractère « structural », on ne travaille plus (ou plus seulement) sur la base du classement des signes ou des significations, mais on se penche sur l'agencement des différents items, en essayant de découvrir des constantes significatives dans les relations (apparentes ou latentes) qui organisent ces items entre eux.* » (Ibid, 1989, p. 277).

Or s'il m'a fallu rechercher le sens qui était attribué aux éléments ; la caractéristique de ce type de matériaux, m'a amené à classer, déclasser, reclasser, voire éliminer les idées redondantes et éparses.

Finalement, opter pour une analyse catégorielle semblait le plus judicieux puisque cette méthode d'analyse permet de pouvoir au travers des activités, repérer les figures de tiers mobilisées par les nouveaux diplômés. Cependant, l'aspect dynamique du tiers ainsi que la notion de contradictoire était à prendre en compte. J'ai dû ainsi, construire un outil d'analyse qui puisse admettre le contradictoire et ne dénature pas l'aspect dynamique de l'objet de la recherche.

1. Une analyse catégorielle des entretiens

Le choix pour une méthode d'analyse afin d'identifier les différentes figures de tiers présents dans les discours des sujets interrogés, s'est porté sur l'analyse catégorielle proposée par Bardin. (1989). Cette méthode qui se définit comme étant « *un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages* ». (Ibidem, 1989, p. 42), permet surtout d'identifier des catégories, de classer. Applicable à une multitude de matériaux ici, elle a eu pour but d'analyser les énoncés et d'en faire émerger des thématiques en lien avec les figures de tiers telles que les sujets les convoquent.

Pour réaliser cette analyse, une grille d'analyse a été construite. Celle-ci prend appui sur les figures de tiers en référence à Eneau (2005, p.137), Lemaitre (2011, p. 121), Serres (1991), Paul en 2011 (p. 95) et Labelle (2000) ainsi que les premiers résultats issus de la phase exploratoire pour servir de guide.

Tableau 11 : Les figures de tiers pour l'analyse

	Dispositif formel	Dispositif informel
La figure du « tiers-modèle »		Admiré ou imité (voire rejeté), donne envie et peut servir à s'identifier.
La figure du « tiers-passeur »		accompagne, soutien, renforce, conseille et stimule notion de plaisir
La figure du « tiers-écho »		Aide à une démarche réflexive d'apprentissage.
La figure du « tiers-garant »	donne des repères, notion d'évaluation	
La figure matériel		Objets
La figure immatériel	des dispositifs	des situations, la culture, aux symboles

Concrètement, l'analyse a consisté à dégager des thématiques, des catégories, rassemblant un ensemble de propos permettant l'identification des différentes figures de tiers convoquées par le nouveau diplômé pour lui permettre d'apprendre.

Leur repérage a nécessité plusieurs étapes.

- Une première lecture linéaire, au cours de laquelle à chaque fois mon action s'est centrée essentiellement sur des unités de sens en lien avec la grille. Par exemple si le nouveau diplômé exprimait de l'admiration (ou un synonyme) à l'encontre d'un sujet, le dit admiré était sélectionné et considéré comme une figure de tiers modèle.

Tableau 12 : Exemple d'identification d'une figure de tiers : cadre de santé

Cadre de santé	une figure de « tiers-garant »	une figure de « tiers-passeur »	une figure de « tiers-échos »	figure de « tiers modèle »
	« son rôle, c'est tout d'abord d'accueillir le nouvel arrivant »... afin j'ai besoin de quelqu'un ou de me présenter la structure,... »	« Au final quand j'ai des difficultés... si je repose sur quelqu'un, je sais que voilà il y a toujours quelqu'un ».	« aider à élaborer une stratégie »	« Seulement si le Cadre de Santé a travaillé en psychiatrie et santé mentale »

Néanmoins, cette phase d'analyse si elle permet l'identification des différents passeurs, n'est pas suffisante car elle ne rend pas compte de la dynamique de l'objet et ne permet pas de répondre aux hypothèses formulées.

1.1. Une reconstruction du discours

En effet, après avoir identifié les figures de tiers présents dans les discours, un deuxième niveau d'analyse du corpus était nécessaire pour prendre en compte la dynamique de l'objet et pouvoir dans un même temps répondre aux différentes hypothèses élaborées à savoir :

- Les liens potentiels entre ces figures de tiers.
- Montrer comment cette relation réciproque entre le passeur et le nouveau diplômé donnait lieu à une « une troisième possibilité », pour se détacher de cette relation binaire.
- Identifier les situations qui autorisaient une reprise de l'activité ou une non reprise de celle-ci.
- Regarder la présence d'une souffrance non pathologique ou pathologique.

L'analyse du discours proposé par Bardin n'était pas suffisante et l'analyse de l'éthos discursif proposé par Hatano-Chavildan & Lemaitre (2017), d'inspiration structurale ne correspondait pas réellement à l'analyse voulue. Néanmoins certains des éléments de leur approche correspondant aux « *associations et oppositions structurantes : comment analyser les systèmes de valeurs du locuteur* » avaient un intérêt, pour la construction d'un dispositif d'analyse correspondant à cette recherche.

Pour ces auteurs, « *il est possible de repérer et d'identifier dans les textes des associations et des oppositions structurantes, qui correspondent en réalité aux marqueurs discursifs de l'architecture des systèmes de valeurs.* » (Hatano-Chavildan & Lemaitre, 2017, p. 52). Ici il ne s'agit pas de repérer des systèmes de valeurs mais de comprendre comment les nouveaux diplômés pensent puis opèrent un lien entre cette réalité et les éléments de leur discours. Mais comment s'inscrire dans une analyse ternaire et non binaire, même si celle-ci ne peut être exclue puisqu'elle sert de base à l'approche ternaire. Si comme l'explique Hatano-Chavildan & Lemaitre, « *La représentation que l'on se fait d'un objet, dans le discours, s'accompagne toujours de son opposé, c'est-à-dire de la représentation inverse.* » (2017, p. 53) pourquoi ce dispositif ne pourrait-il pas admettre le contradictoire ?

Le but recherché ici n'est pas une analyse structurale comme l'envisage Bourgeois, Nizet, Piret, en 1996, à l'inverse de ces auteurs, il s'agit d'une analyse qui se veut comme Hatano-Chavildan & Lemaitre, « globale et filée tout au long du texte » (2017, p. 54) afin de mettre à jour un système de pensées et que celui-ci puisse rendre compte dans un même temps :

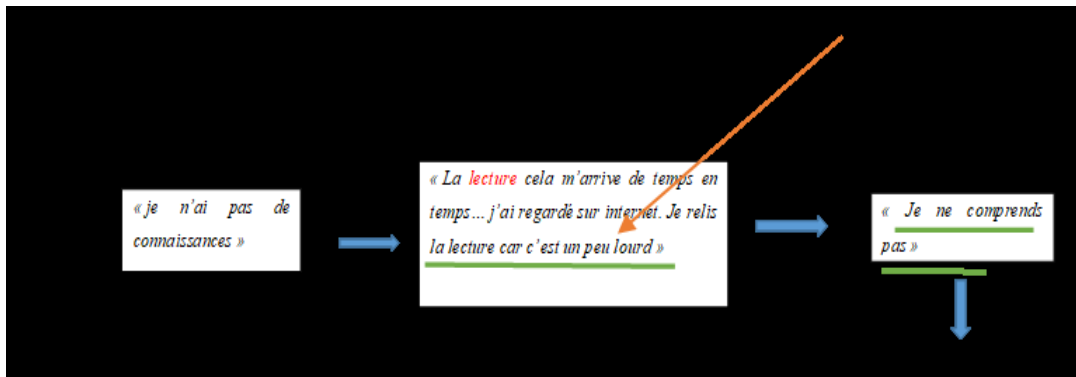
- Des liens potentiels entre les figures de tiers,
- Montrer comment le passeur et le nouveau diplômé donnent lieu à une « troisième possibilité », pour se détacher de leur relation binaire,
- Identifier les situations qui autorisent une reprise ou une non reprise de l'activité,
- Regarder la présence d'une souffrance non pathologique ou pathologique.

Pour se faire, une lecture minutieuse et linéaire des matériaux a été réalisée. A chaque fois qu'une figure de tiers était identifiée (en rouge), je regardais s'il y avait un verbe d'action en lien avec une activité, puis je recherchais s'il y avait apprentissage ou non apprentissage grâce à la présence ou non :

- D'un discours tautologique : « je ne comprends pas / je ne comprends toujours pas »,
- D'un discours contradictoire « je ne comprends pas / j'arrive à mieux comprendre », « j'y arrive / je n'y arrive pas »,
- D'une ouverture vers une autre idée comme à la fin du processus « je comprends mieux / je n'arrive pas à faire les liens »,
- D'une affirmation : j'ai appris, je sais...

Un exemple :

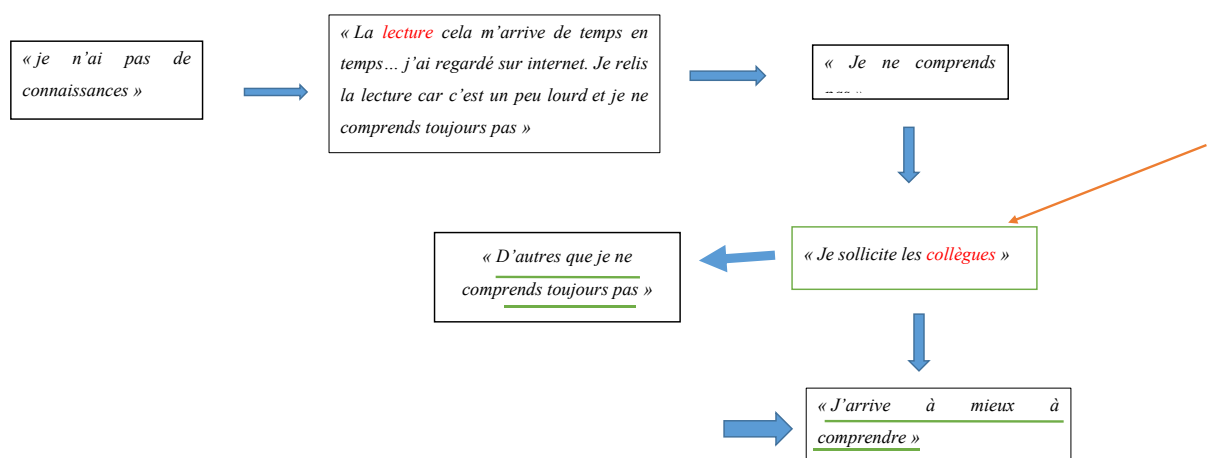
Ici, le sujet 1 multiplie les passeurs dans une seule et même activité. Mais ces derniers ne sont pas destinés exclusivement à cette activité. Dans cet exemple, le sujet 1 utilise un premier passeur qui est internet. Puis il a une réponse contradictoire quant à son utilité car il dit : « *la lecture c'est un peu lourd / je ne comprends pas* ».



Il ne dit pas qu'il n'a rien appris. Mais, pour éviter une fusion ou une relation clivante avec ce premier passeur, le sujet 1 va solliciter un deuxième passeur représenté par les collègues.

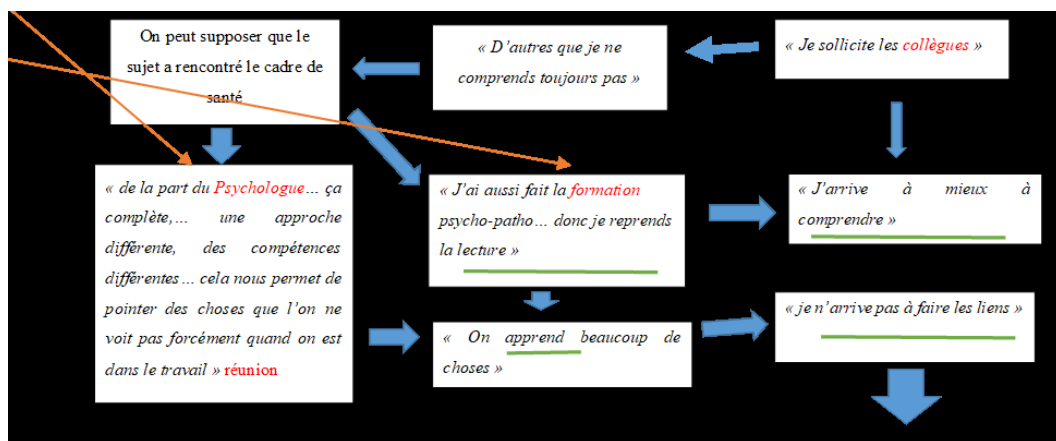
Là encore, on s'aperçoit que pour construire des connaissances, le sujet 1 va avoir une réponse contradictoire : « *J'arrive à mieux comprendre / d'autres que je ne comprends toujours pas* ».

Apprentissage de la théorie (1.2)



Devant les éléments qu'il n'arrive toujours pas à comprendre, le sujet 1 va rencontrer le cadre de santé. Le cadre de santé va avoir deux actions : l'une à destination d'une formation et l'autre à destination des réunions. Ici on ne sait pas s'il s'agit du sujet qui a demandé une formation et décidé d'aller dans les réunions ou si c'est le cadre de santé qui l'a invité à se rendre dans les réunions et a pris l'initiative de l'inscrire dans une formation. Néanmoins il s'agit de deux objets tiers qui là encore, permettent au sujet 1 d'apporter une réponse contradictoire. En effet, on peut supposer que la formation a permis au sujet 1 d'apprendre, de comprendre certains éléments qui ont impulsé chez lui un changement de comportement puisqu'il reprend la lecture et maintenant comprend mieux.

En réunions, le sujet 1 explique « *apprendre beaucoup de choses* ». Néanmoins, il s'inscrit dans une nouvelle activité car il « *n'arrive pas à faire les liens* »



Cependant, on peut dire qu'il y a eu apprentissage puisqu'il change d'activité.

Chapitre 4 : les résultats de la recherche : Le rôle du tiers dans l'apprentissage

1. Un préalable : caractéristiques de l'échantillon et les lieux d'exercices

Tableau 13 : Analyse de l'échantillon interrogé et des lieux d'exercices

Services	Nbr de lits	Effectif requis	Effectif réel	AS	IDE	Expérience de l'équipe en psy		Sujets	CARECIN	MEDICIN	PSYCHO
						IDE + AS + de 10 ans	IDE + AS - de 4 ans				
A	27	24	20	2	18	8	12	2, 9, 8	1	4	1
B	15	20	18	12	8	0	18	6 et 7	1	1	0,25
C	20	25	19	2	17	1	18	3	1	3	1
D	20	20	20	4	16	3	17	4	1	4	0,5
E	20	20	20	12	8	2	18	1 et 5	1	0,5	0,25
F	27	24	24	4	20	0	24	10	1	4	1
Autre établissement											
G	30	25	24	2	22	0	24	11	1	3	1
H	30	25	24	3	21	0	24	12	1	4	1

Code couleur	Sous-effectif soignant	Expérience dans la psychiatrie
--------------	------------------------	--------------------------------

Dix nouveaux diplômés travaillent dans le même établissement et deux autres exercent dans un établissement hors département. On remarque que le nombre de lits et celui des effectifs est fonction du type de service et donc du degré de décompensation de la pathologie et de la

population accueillie. Par ailleurs, si les effectifs soignants requis pour le fonctionnement du service sont atteints, on constate que les nouveaux diplômés sont inclus dedans et qu'il manque des professionnels soignants dans trois services. De plus, on s'aperçoit que les services B et F ont plus d'aides-soignantes que d'infirmières. Leurs nombres est fonction du type de service et est corrélé au nombre d'aides-soignants, ce qui sous-entend que l'infirmière ne peut travailler que très rarement avec un binôme infirmier.

Si l'on s'intéresse plus précisément à l'expérience des équipes, ce tableau permet de constater que les services A, C, D et E ont des soignants au sein de leurs effectifs, avec plus de 10 ans d'expérience. Néanmoins, leur nombre n'est pas élevé puisque si le Service A détient 8 soignants, les autres services n'ont seulement que 1 ou maximum 3 soignants avec de l'expérience. A l'inverse, les services B, F, G et H ont des effectifs jeunes avec moins de 4 ans d'expérience. On observe également que seulement trois cadres de santé ont une expérience de la psychiatrie, contrairement à leurs collègues qui sont issus des soins généraux. Enfin, le nombre et le temps des médecins et des psychologues sont très variables. En effet, ces derniers peuvent être plusieurs, à temps plein, comme assurer seulement une demie journée de présence dans un service et être le seul médecin ou le seul psychologue.

Après avoir exposé ces éléments environnementaux dans lesquels les nouveaux diplômés interrogés travaillent, que sait-on sur eux ?

Tableau 14 : Caractéristiques de l'échantillon de la phase d'entretien

Sujets	Sexe	Age	Diplôme	Lieu des études
1	F	21	Juillet 2015	Etablissement A
2	F	28	Juillet 2015	Etablissement B
3	F	22	Juillet 2015	Etablissement A
4	F	22	Juillet 2015	Etablissement A
5	H	20	Juillet 2015	Etablissement A
6	F	27	Juillet 2015	Etablissement C
7	F	25	Juillet 2015	Etablissement A
8	H	41	Décembre 2015	Etablissement A
9	F	21	Juillet 2015	Etablissement A
10	F	27	Juillet 2015	Etablissement A
11	F	22	Janvier 2016	Etablissement D
12	H	22	Janvier 2015	Etablissement D

L'échantillon des nouveaux diplômés est composé de 12 sujets. Il y a trois hommes et neuf femmes. La moyenne d'âge est de 22 ans et demi. Le plus jeune a 20 ans, le plus âgé a 30 ans. Huit d'entre eux ont réalisé leurs études dans le même établissement et ont donc reçu le même enseignement. Néanmoins ceux-ci n'ont pas forcément réalisé les mêmes stages cliniques. Par ailleurs quatre nouveaux diplômés sont issus d'instituts implantés dans d'autres départements dont deux sont issus du même établissement. Comme pour les autres diplômés, les stages ont été différents pour chacun d'entre eux. Quant au contenu de formation, s'il diffère dans l'approche, ce dernier reste le même que les huit autres nouveaux diplômés puisque celui-ci est légiféré. Enfin, on remarque que sept d'entre eux ont été diplômé en juillet 2015 alors que les sujets 8, 11 et 12 ont été diplômé après. En ce qui concerne le sujet 8, celui-ci a été diplômé plus tardivement et est arrivé dans l'établissement en décembre 2015, parce qu'il n'avait pas validé l'intégralité des unités d'enseignement. Il a donc eu un complément de formation. Pour les sujets 11 et 12, l'obtention de leur diplôme a eu lieu en janvier 2016 et ce décalage s'explique par le fait que la rentrée dans leur institution s'effectue en février et non en septembre comme pour les autres nouveaux diplômés. A la date des entretiens, les nouveaux diplômés ont entre 6 mois et 1 an d'expérience dans la profession et en particulier dans le domaine de la psychiatrie.

Mais, avant d'aller plus avant, il semble important de partager ici le devenir des sujets qui ont participé aux entretiens. En effet, tous ont quitté la psychiatrie même parfois peu de temps après cet entretien. Leur départ a soulevé des interrogations. Ce départ rapide pourrait-il être lié à la thématique abordée ? Serait-il lié à la rencontre avec le chercheur qui sans le savoir aurait endossé un rôle de passeur autorisant chez le sujet une construction de sens menant à la décision de quitter ? Les résultats de l'étude des matériaux apporteront peut-être des réponses à ce questionnement ?

Après contact avec eux, ils donnent deux raisons à leur départ : le manque de savoirs dans la discipline et la violence induite par ce manque. Tous ont préféré partir car il se sentaient « épuisés ». Le sujet 7 est celui qui explique le plus clairement cet épuisement, puisqu'il est la conséquence de son arrêt de maladie puis de sa reconversion. Cinq sur les douze ont fait une reconversion et les autres ont souhaité changer de discipline et n'ont pas souhaité participer à un autre entretien. « *C'était sympa de parler avec toi, mais j'ai tourné la page. J'ai trop morflé. Je veux plus.* » Sujet 5 (contacté par téléphone en 2021)

Tableau 15 : Devenir de l'échantillon de l'étude

Sujet	Départ		Raisons	Départ	Situation
Sujet 1	Changement de discipline	de	Manques de savoirs Violences	Janvier 2017	Chirurgie
Sujet 2	Arrêt		Ne donne pas de raisons	Janvier 2021	Reconversion
Sujet 3	Changement de discipline	de	Manques de savoirs Violences	Octobre 2017	Gériatrie
Sujet 4	Changement de discipline	de	Manques de savoirs Violences	Janvier 2017	Chirurgie
Sujet 5	Arrêt		Manques de savoirs Violences	Aout 2016	Reconversion
Sujet 6	Changement de discipline		Manques de savoirs Violences	Juillet 2017	Gériatrie
Sujet 7	Arrêt de maladie pendant 3 ans puis arrêt		Manques de savoirs Violences	Juillet 2019	Reconversion
Sujet 8	Changement de discipline	de	Manques de savoirs Violences	Décembre 2017	Médecine
Sujet 9	Changement de discipline	de	Envie de découvrir autre chose	Février 2019	Chirurgie
Sujet 10	Arrêt		Manques de savoirs Violences	Décembre 2016	Reconversion
Sujet 11	Changement de discipline	de	Manques de savoirs Violences	Octobre 2016	Médecine
Sujet 12	Changement de discipline	de	Envie de découvrir autre chose	Juin 2019	Réanimation

2. Une approche projective efficace : un discours au plus près des situations

Pour rappel, le dispositif méthodologique proposé ici, souhaitait provoquer un phénomène d'identification par le biais de situations projectives dans lesquelles des nouveaux diplômés apprenaient. Cette approche avait pour but d'obtenir un discours qui soit au plus près de leur propre vécu ; leur propre fonctionnement.

Tableau 16 : une projection

Les situations proposées	
Sujet 1	« Cela par le de la pratique professionnelle en lien avec l'expérience. Des situations qui ont pu mettre en difficultés, ou pas spécialement parce qu'après, ils parlent plus de l'enrichissement... alors il y a des choses ou j'étais plutôt d'accord et d'autres un peu moins »
Sujet 2	« Cette lecture... tu te revois moi, nous... je me suis reconnue »
Sujet 3	« Je me suis reconnue dans certaines de tes situations »
Sujet 4	« ça m'a fait penser à moi »
Sujet 5	« ça a fait échos à pas mal de choses, c'est ce que je vis au quotidien »
Sujet 6	« c'est ce que je vie tous les jours... je me reconnais »
Sujet 7	« y a des choses qui m'ont parlé ... mais je n'ai pas tout lu »
Sujet 8	« Quand je l'ai lu, ça m'a évoqué la prise de fonction, avec le manque d'expérience, des apports théoriques..., tes textes ça rappelle des situations... Oui j'étais comme ça »
Sujet 9	« je me reconnais... je me suis retrouvée dans toutes tes situations »
Sujet 10	« je me disais, ce que l'on fait, c'est ça »
Sujet 11	N'a pas lu les situations
Sujet 12	N'a pas lu les situations

10 des sujets interrogés sur 12 ont lu les situations proposées à la lecture, en amont de l'entretien. On s'aperçoit que la construction du discours, ainsi que les propos tenus par les 10 sujets interrogés sont identiques car dans un premier temps ils s'identifient aux personnages. Différents indicateurs dans la construction du discours permettent d'avancer ces conclusions.

Dès le début de l'entretien, les sujets disent se reconnaître dans les situations proposées : « Je me reconnais..., c'est ce que je vis au quotidien ». Ils comparent, commentent les comportements et les actions des sujets présents dans les situations. Puis au fur et à mesure de l'avancée de l'entretien, les sujets interrogés se détachent progressivement des situations pour parler d'eux et étayent leur propos par d'autres situations vécues. Ils parlent d'eux, de leur expérience, de leur vécu. Les verbes utilisés sont des verbes d'action colorés de marqueurs temporeux faisant références à : quand les sujets sont engagés dans une action ; quand ils racontent une expérience qu'ils ont vécue ou encore quand ils se projettent dans une activité similaire à celle qu'ils ont pu vivre.

Enfin, l'emploi du « Je » et du « moi » ou encore du « on » et du « nous » présents dans le discours, permet de dire que les personnes interrogées parlent d'elles. Elles se racontent, en train de faire, en train d'apprendre.

Le dispositif méthodologique a permis, de provoquer une identification aux sujets des situations lues et par analogie, il a favorisé chez le sujet interrogé un discours qui soit au plus près de son propre vécu et de son propre fonctionnement. En effet, ce dispositif a permis d'une

certaine manière un « *redoublement des expériences vécues* » (Clot, 2001, p. 272) car spontanément, les sujets interrogés font parfois part de leur activité en réentrant dans l'action. Par-là, le discours recueilli est au plus près de l'élaboration de l'expérience et de la réflexion sur l'action du sujet interrogé.

En s'intéressant aux verbatim marqués par les pronoms « je » et « moi » cette analyse s'est appuyée sur les significations accordées par ces jeunes. Ces caractéristiques nous ont permis d'être au plus près du vécu et des actions des sujets interrogés.

3. Une multitude de passeurs (ou figure de tiers)

Grâce au protocole d'analyse, différentes catégories de passeurs ont pu être identifiées.

3.1. Des passeurs ou figures de tiers humains

3.1.1. Le cadre de santé

Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel	
Cadre de santé	une figure de « tiers-garant »	une figure de « tiers-passeur »	une figure de « tiers-échos » figure de « tiers modèle »
	« son rôle, c'est tout d'abord accueillir le nouvel arrivant »... afin j'ai besoin de quelqu'un ou de me présenter la structure,... »	« Au final quand j'ai des difficultés... si je me questionner sur quelqu'un, je sais que voilà il y a toujours quelqu'un. »	« aider et travaillé en psychiatrie et santé mentale » « Seule-ment si le Cadre de Santé a une mentale »

Aucun élément en faveur d'une figure de « tiers modèle » n'est retrouvé dans l'analyse des verbatim. Pour autant, cette figure semble bien être incarnée par le cadre de santé. En effet, si huit des douze nouveaux diplômés interrogés attribuent à ce dernier les figures de « tiers-garant », « tiers échos » et « tiers passeur », ils expliquent qu'il le sollicite parce qu'il est issu de la filière psychiatrique. Il a, de fait, une expérience propre à la discipline à partager. Ils ajoutent qu'ils ne feraient pas cette démarche si le cadre de santé était issu d'une autre discipline. De manière concomitante, on confirme chez les quatre autres nouveaux diplômés la même recherche identificatoire « si je ne vais pas le voir, c'est qu'il vient des soins généraux... ». Ce qui suppose que si le cadre de santé était issu de la filière psychiatrique, peut-être le solliciteraient-ils. En recherche identificatoire, les nouveaux diplômés attribuent au cadre de santé un rôle d'accompagnateur, au sens minimal « être avec et aller vers, sur la base d'une valeur symbolique, celle du partage. » (Paul, 2009, p.95). Cela commence même avant leur

prise de poste, pour certains d'entre eux. Les nouveaux diplômés parlent de la phase d'accueil réalisée par le cadre de santé qui endosse, dans ce contexte, une figure de « tiers garant ». Ils conçoivent cette rencontre comme primordiale afin d'obtenir des repères d'ordre institutionnel. Le premier contact avec le futur environnement de travail est, pour Crélot, (2012, p.16) l'accueil : « *le moment où le nouvel arrivant reçoit toutes les informations utiles et nécessaires à sa prise de fonction. Il s'agit donc d'un acte relationnel déterminant.* ». Formelle, cette étape est essentielle à l'intégration d'un sujet dans le collectif et plus largement au sein d'une institution. Par la suite, les nouveaux diplômés disent apprécier que les cadres de santé se rendent disponibles pour eux. Ils attendent d'être « *soutenus* ». Les mots bienveillance, réassurance et soutien sont récurrents dans les discours. Ce soutien est pour eux un élément incontournable dans leur développement professionnel. De plus, les nouveaux diplômés expliquent qu'ils sollicitent le cadre de santé comme « tiers écho » quand ils ont besoin d'aide, car pour eux, ils transmettent de la connaissance, partagent leurs expériences ou les guident dans leur prise en charge. Cette relation d'aide, emprunte de valeurs, opérée par le cadre de santé se traduit par une aide au développement des capacités et/ou à faire des choix. Le cadre de santé serait-il en position de « *counselling* » avec les nouveaux diplômés ? Pour Maéla Paul, il s'agit d'une sorte d'accompagnement « *à la fois psychologique, éducatif et social* » (2009, p.32) qui a lieu quand il y a un « *risque d'exclusion* » (ibid., p.32) par le groupe. Pour les nouveaux diplômés, l'accompagnement du cadre de santé revêt un rôle social. Spontanée, cette relation échappe à une relation marchande. Celle-ci fait appel au don et a pour but la création d'un lien social portée par le cadre de santé issu de la filière psychiatrique, dans son rôle de « tiers passeur ».

3.1.2. Le patient

Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
Le patient	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers- modèle »
	« Il fallait qu'elle me dise oui, ce qu'elle attendait de moi »	« j'ai écouté... et il m'apprends...ça me rassure »	« ils nous renvoient des choses »	

Aucun élément en faveur d'une figure de « tiers modèle » n'est retrouvé dans l'analyse des verbatim, mise à part, pour le sujet 7. On peut facilement en conclure qu'il s'agit d'une normalité puisque les patients ne sont pas des soignants. Néanmoins, on ne peut s'empêcher de se poser la question : pourquoi le sujet 7 attribue-t-il cette figure au patient ? Par ailleurs, onze des nouveaux diplômés interrogés attribuent à ce dernier la figure de « tiers passeur ». En effet pour eux, il est un élément essentiel dans leur apprentissage. Ils expliquent que le patient, les guide, les rassure dans leurs gestes et leurs façons de faire. Ils complètent leurs propos en attribuant au patient soit le rôle de « tiers-garant » et/ou le rôle « tiers échos ». En effet, le patient valide leur geste, ce qui leur permet de réajuster, ou les aide à réfléchir sur leurs actions. Cette démarche d'aller vers le patient, est à l'initiative des nouveaux diplômés car ils expliquent être en recherche de connaissances et de savoir-faire et selon eux, le patient est le mieux placé pour apporter cette aide. A l'inverse, les patients qui sont en capacité de le faire, répondent à cette sollicitation ; parfois, c'est eux qui sont à l'initiative de ce partage. Les patients auraient-ils conscience des besoins en apprentissage des nouveaux diplômés ? Mais peut-on leur attribuer un rôle d'accompagnateur au sens minimal où l'entend Paul (2009, p.95) « être avec et aller vers, sur la base d'une valeur symbolique, celle du partage. » ?

Néanmoins, cette relation d'aide, semble comme les professionnels empreints de valeurs. Opérée par le patient, elle se traduit par une aide au développement des capacités et/ou à faire des choix chez les nouveaux diplômés. Cependant à l'inverse du cadre de santé, avec le patient, peut-on parler de « counseling » avec les nouveaux diplômés ou encore de coaching, de mentoring, de médiation sociale ou éducative, de parrainage ou de tutorat ? Pour autant, l'accompagnement réalisé par le patient semble revêtir lui aussi un rôle social. Spontanée, comme pour le cadre de santé, cette relation échappe à une relation marchande. Celle-ci fait appel au don et a pour but la création d'un lien social, dans son rôle de « tiers passeur ».

3.1.3. Le groupe soignant ou le soignant : une figure de tiers positive ou une figure de tiers négative

Sujets	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
		Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
6	Un groupe de soignant	« Avant de prendre une décision... je consulte mes collègues »	« je leurs fait part de mes doutes... je les questionne »	« j'écoute les conseils pour soi, pour ma sécurité »	« Y a des choses oui.... Mais moi je vais pas fonctionner comme ça »
8		« On écoute bien les collègues » « j'ai peur du jugement de l'autre »	« l'équipe peut nous mettre pas consciemment en difficulté »	« Oui je le demande... pourquoi on fait ça... quand on me répond tant mieux, ... on a pas le temps d'approcher les collègues »	« je sais me positionner, et je ne ferai pas ça »

Ici, les réponses sont facteurs dépendants de la composition de l'équipe et du moment. Tout d'abord, les éléments en faveur d'une figure de « tiers modèle » sont retrouvés dans l'analyse des verbatim, mais seulement si les professionnels ont une expérience de la psychiatrie, sinon les sujets comparent les pratiques et s'en inspirent peu ou prou. Ils précisent même, qu'avec les équipes plus jeunes, ils apprennent moins de choses, voire rien du tout. Par ailleurs, la figure de « tiers-garant » est octroyée aux groupes de jeunes soignants qui valident ou invalident les résultats, les décisions... du nouveau diplômé. Il semblerait que tous produisent une évaluation puisqu'ils valident les nouveaux diplômés en amont ou en aval d'un soin. On peut se poser la question du statut et de la valeur de cette évaluation ainsi que la nature des éléments validés ou invalidés ? Cet aspect nécessiterait d'être interrogé plus avant. Enfin, des figures de « tiers échos » et « tiers passeur » sont également présents. Cependant, ils sont à nuancer car ils sont facteurs dépendants là aussi, de l'expérience du groupe.

On retrouve un autre aspect des figures de tiers. Celui-ci est relevé par le sujet 8 et rend compte d'un aspect négatif de la figure de tiers. En effet, la figure de « tiers garant » du groupe soignant, ne serait pas réellement recherché par le nouveau diplômé pour apprendre, plutôt subi afin de ne pas être « jugé » par le groupe. Ce même sujet rend compte également de l'aspect négatif de la figure du « tiers passeur » en expliquant que le groupe soignant peut aussi mettre en difficulté, sans en avoir conscience, un nouveau diplômé par son manque de connaissance.

Ce manque explique peut-être pourquoi il y a une absence de figure de « tiers échos » relevé par le sujet 8. Enfin, la figure de « tiers modèle » est pour le sujet 8 ici une figure de contre-modèle, qu'il ne faut surtout, pas selon lui, suivre. L'on retrouve chez les sujets 4, 9 et 11 cette figure de contre modèle.

Sujets	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
			Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
		Une figure de « tiers-garant »			
S3	Un soignant		<i>« je pose beaucoup de question à un infirmier »</i>		<i>« après identifier un infirmier spécifique expérimenté... »</i>
S12					<i>« ce qui manque c'est d'être avec un ancien... un pilier »</i>

Il semble important de parler ici du soignant comme pouvant être lui aussi une figure de tiers au même titre que le groupe, s'il peut être une figure de tiers échos ou encore une figure de passeur pour la moitié des sujets, seul les sujets 1 et 3 lui attribuent une figure de tiers modèle. Cette attribution s'explique par le fait que le soignant désigné, a une longue expérience en psychiatrie. Néanmoins seulement la moitié des sujets l'abordent en terme positif et aucun élément négatif à ce sujet n'est retrouvé. Pourquoi si peu de nouveaux diplômés sollicitent un collègue ? Les sujets 3 et 12 donnent peut-être un début de réponse, quand ils expliquent que ce qui manque, c'est d'être avec un ancien et qu'il n'est pas chose aisée d'identifier ou de trouver un infirmier expérimenté. Peut-on d'ores et déjà expliquer cet état par une absence de figure de tiers ?

3.1.4. Le médecin /psychologue

Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
		Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Psycho et Le médecin	Une figure de « tiers-garant »	« Elle aime bien transmettre... avec des mots simples. »	Après avoir subi de la violence le sujet en a « parlé au médecin... » pour comprendre	

Aucun élément en faveur d'une figure de « tiers modèle » et de « *tiers-garant* », n'est retrouvé dans l'analyse des verbatim. Ceci peut s'expliquer par le fait que le médecin comme le psychologue ne sont pas là pour organiser et/ou valider les soins et leur organisation. De plus, même s'il s'agit de soignants, il s'avère qu'ils n'ont pas le même rôle et la même fonction qu'un infirmier. Seul le sujet 1 et le sujet 9 leur attribuent une figure de « *tiers échos* ». Ceci s'explique par le fait qu'ils ont vécu une situation particulière avec un patient et que cela a nécessité l'intervention rapide du psychologue/médecin avec la mise en place d'une analyse de pratique. Par ailleurs, 8 des sujets attribuent une figure de « *tiers passeur* » au médecin ou au psychologue. Ils expliquent qu'ils les considèrent comme des personnes ressources, qu'ils sollicitent pour répondre à leurs questions. A l'inverse, on remarque que cette démarche n'est pas unilatérale. En effet, les médecins et/ou psychologues dispensent sans sollicitation leur aide aux nouveaux diplômés. Ici, les médecins et psychologues se rendent disponible pour les guider, les rassurer et transmettre ou encore faire acquérir des connaissances et des savoirs faire, à destination des nouveaux diplômés. Pour les 4 autres sujets, 3 d'entre eux disent ne pas oser les questionner. Cette affirmation ne veut pas dire que les médecins/psychologues ne viennent pas vers eux et n'ont pas là aussi, à leur rencontre, un « rôle de passeur ». A l'inverse, pour le sujet 4, aucun rôle n'est attribué au médecin/psychologue. Néanmoins, ils ne sont pas absents car il précise simplement qu'ils ne lui ont rien appris, ce qui peut vouloir dire qu'il les a tout de même sollicités. Finalement, on retrouve encore un rôle d'accompagnateur, au sens minimal « *être avec et aller vers, sur la base d'une valeur symbolique, celle du partage.* » (Paul, 2009, p.95) car les médecins/psychologues répondent à leurs sollicitations ou transmettent de la connaissance, guident dans les prises en charge. Cette relation d'aide est ici encore empreinte de valeurs, et se veut aidante. Celle-ci fait appel au don, sans contrepartie, portée par le médecin et/ou le psychologue, dans son rôle de « tiers passeur ». Spontanée, cette relation échappe à toute relation marchande.

3.1.5. D'autres figures de tiers

D'autres figures sujets sont retrouvées dans le discours des nouveaux diplômés, comme d'autres nouveaux diplômés ou encore le chercheur. Mais celles-ci sont moins représentées. Les sujets 2 et 12 font références aux autres nouveaux diplômés et leurs attribuent des figures de « tiers échos » ou encore de « tiers passeur » pour se soutenir et échanger entre eux. Le sujet 7 quant à lui, fait part de personnes extérieures au service dans lequel il travaille. Il sollicite lui aussi, des nouveaux diplômés qui ont réalisé leurs études dans le même établissement que lui ou encore, leur stage, dans le même service que celui dans lequel il exerce. Enfin, le chercheur a été identifié comme étant porteur d'une figure de « tiers échos » car pour le sujet 6 il a permis de mettre en sens un vécu, grâce à la lecture des situations et à l'entretien.

Mais, il existe d'autres figures présentes dans le discours des nouveaux diplômés.

3.2. Des passeurs matériels ou immatériels issus de dispositifs formels ou informels

Au travers du discours tenu par tous les nouveaux diplômés, on relève une diversité de figures de tiers (ou passeurs) de natures matérielles immatérielles comme le montre les tableaux suivants.

Tableau 17 : Des passeurs matériels, immatériels formels et informels

Passeurs matériels ou Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Institution / Règles	« C'est plus qu'important. On apprend beaucoup de chose »	« je ne respecte pas forcément le cadre lorsqu'un patient n'est pas bien »
Le service	« L'admission, c'est plus enrichissant... au niveau psychopatho, symptomatologie »	
Formation continue	« oui, ça m'a aidé à comprendre »	
Réunion	« j'assiste à toutes les réunions... ça m'apporte beaucoup »	
Communauté Facebook		« Je consulte les lecture mise en ligne... Il y a les lectures... sur la gestion de la violence »
Les anecdotes		« J'apprends beaucoup... quand elles me racontent des situations »
La symptomatologie		« les signes, j'arrive à les déceler... j'arrive à déceler le même signe sur un autre patient » »
Livres		« je me documente beaucoup sur internet... je lis »
La violence		« Oui, je pense aussi à une situation où j'ai été confronté à la violence... une autre il m'a frappé »
Les pratiques		« les connaissances elles viennent aujourd'hui par le travail »
Les moments informels		« entendre les autres parler sur, et du coup j'écoute... lors de moment informel »

Mais avant de détailler les données, il paraît essentiel de ne plus parler ici de figure de tiers, mais d'objets tiers, de passeurs matériels ou immatériels. La catégorisation apportée par Eneau, Labelle ou encore Paul au sujet des figures de tiers, ne peut être attribuée aux objets car comment qualifier une pratique, un moment ou encore un lieu de figure de tiers modèle ou encore de figure de tiers échos pour finalement leur attribuer une valeur humaine ? Ici, il s'agit d'un objet support qui est inanimé. L'intégralité du corpus analysé fait état de ces différents objets. Il peut s'agir de livres ou d'internet, de réunions, de la formation, de règles institutionnelles, d'un lieu... Ces objets peuvent être également de différentes natures, car ils peuvent être individuels, collectifs, de nature réflexive, et/ou des objets partagés ou non. Lo Monaco (2021, p. 13-14), Beroud (2021, p. 45), ou encore Mercier Brunel (2021 p.60) rendent compte, dans leurs recherches, de cette diversité mais ne font pas état des aspects formels ou informels de l'objet tiers. En effet, ici, on remarque que ces objets peuvent s'inscrire dans deux grandes catégories : un ensemble d'objets informels, et un ensemble d'objets que l'on pourrait qualifier de formels, puisque qu'ils s'inscrivent et appartiennent au fonctionnement de l'institution. Mais peu importe leur nature ou leur appartenance car ces objets tiers sont manipulés, utilisés consciemment ou inconsciemment par tous les nouveaux diplômés dans leur apprentissage et leur développement.

De manière générale, seul élément en faveur d'une figure de « tiers modèle » est retrouvé dans l'analyse des verbatim. Celle-ci est attribuée à un soignant qui a plus de 20 ans d'expériences dans le domaine de la psychiatrie. Pour autant, cette figure semble aussi être incarnée par le cadre de santé ou d'autres soignants. En effet, les nouveaux diplômés interrogés expliquent solliciter le cadre de santé ou certains soignants, parce qu'ils sont issus de la filière psychiatrique ou parce qu'ils ont une grande expérience en psychiatrie. Pour eux, ils ont de fait, des savoirs à partager, à contrario des professionnels, qui n'ont pas ou peu d'expérience en psychiatrie. Certains ajoutent qu'ils ne feraient pas cette démarche s'ils étaient issus d'une autre discipline, d'autres précisent qu'ils ne sollicitent pas le cadre de santé ou certains soignants parce qu'ils sont issus d'une autre filière de soins. En recherche identificatoire, les nouveaux diplômés attribuent au cadre de santé et aux soignants un rôle d'accompagnateur comme, au sens minimal « *être avec et aller vers, sur la base d'une valeur symbolique, celle du partage.* » (Paul, 2009, p.95). Cela commence pour certains, avant leur prise de poste. Les nouveaux diplômés parlent de la phase d'accueil réalisé par le cadre de santé qui endosse, dans ce contexte, une figure de « tiers garant ». Ils conçoivent cette rencontre comme primordiale afin d'obtenir des repères d'ordre institutionnel. Le premier contact avec le futur environnement de

travail est pour Crélot, (2012, p.16) l'accueil : « *le moment où le nouvel arrivant reçoit toutes les informations utiles et nécessaires à sa prise de fonction. Il s'agit donc d'un acte relationnel déterminant.* ». Formelle, cette étape est essentielle à l'intégration d'un sujet dans le collectif et plus largement au sein d'une institution. Mais cette figure de tiers garant perdure au-delà de la phase d'accueil. Si elle semble normale chez le cadre de santé puisqu'elle peut-être corrélée à son rôle d'évaluateur dans l'institution, il s'avère que l'on retrouve cette figure de tiers garant aussi endossée par la majeure partie des soignants ou équipes qui ont moins de 4 ans d'expérience. Pourquoi évaluent-ils leurs collègues alors que cette activité ne relève pas de leurs attributions ? Que cache cette évaluation ? Peut-on réellement attribuer une figure de tiers garant à ces soignants ?

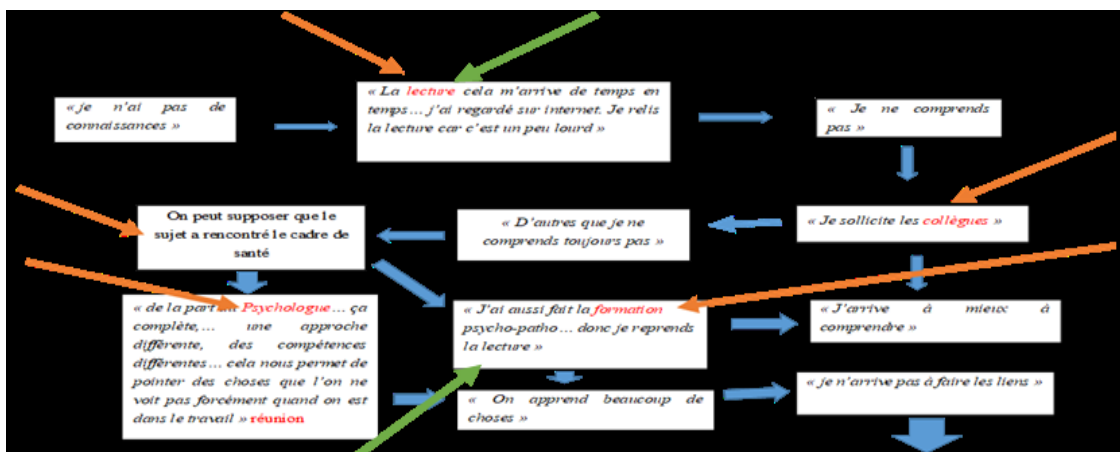
Les nouveaux diplômés disent apprécier que les cadres de santé se rendent surtout disponibles pour eux. Ils attendent d'être « *soutenus* ». Les mots bienveillance, réassurance et soutien sont récurrents dans les discours. Ce soutien est pour eux un élément incontournable dans leur développement professionnel. De plus, les nouveaux diplômés expliquent solliciter le cadre de santé ou certains soignants comme « tiers échos », quand ils ont besoin d'aide car pour eux, ils transmettent de la connaissance, partagent leurs expériences ou les guident dans leur prise en charge. Rare dans les équipes, cette relation d'aide, emprunte de valeurs, opérée par le cadre de santé ou les soignants qui ont été identifiés par les nouveaux diplômés, se traduit par une aide au développement des capacités et/ou à faire des choix. Le cadre de santé ou les soignants, serait-il en position de « *counselling* » avec les nouveaux diplômés ? Pour Maéla Paul, il s'agit d'une sorte d'accompagnement « *à la fois psychologique, éducatif et sociale* » (2009, p.32) qui a lieu quand il y a un « *risque d'exclusion* » (ibid., p.32) par le groupe. Pour les nouveaux diplômés, l'accompagnement du cadre de santé ou les soignants, revêt un rôle social. Spontanée, cette relation échappe à une relation marchande. Celle-ci fait appel au don et a pour but la création d'un lien social porté par le cadre de santé et les soignants issus de la filière psychiatrique ou avec une expérience en psychiatrie, dans leur rôle de « tiers passeur ».

Ce rôle de tiers passeur est également attribué au patient. Pour les nouveaux diplômés il a un rôle prépondérant. Il les guide dans leurs gestes, leurs approches du soin. Il va jusqu'à leur expliquer les traitements et leurs effets secondaires. Il partage avec eux leurs symptômes et les décrit. Il leur parle de la maladie et de ses effets. Ce passage se fait de deux manières : soit par une communication verbale, soit par une communication non verbale plus ou moins violente.

Mais s'il existe des passeurs sujets, il existe aussi des passeurs objets auxquels on peut attribuer la catégorisation des figures de tiers puisqu'ils sont inanimés. Ces objets divers et variés, formels ou informels sont convoqués, manipulés par les nouveaux diplômés au même titre que les figures de tiers. Lo Monaco (2021) précise que ces objets sont en fait des « réceptacles et en même temps des courroies de la transmission des représentations » (2014, p.14). Ici, l'objet influence le nouveau diplômé, tant d'un point de vue psychique que comportemental. Il lui permet d'acquérir des connaissances, d'évoluer, de changer personnellement et d'adapter, modifier sa pratique. De la même manière que pour le tiers sujet, ces passeurs matériels ou immatériels peuvent être convoqués par le nouveau diplômé, selon son désir et ses besoins (comme par exemple, lorsqu'ils lisent un livre ou lorsqu'ils sollicitent le cadre de santé pour demander une formation.)

4. Une multitude de passeurs pour une seule et même activité

Devant la multitude de situations et la diversité des passeurs convoqués par les nouveaux diplômés, il paraît opportun de s'appuyer sur un exemple où on constate que l'intégralité des sujets procèdent de la même manière que le sujet 1.



On remarque en effet, que pour une seule et même activité, le sujet convoque différents passeurs (flèches rouges). Ce passage d'un passeur à un autre est toujours accompagné soit :

- D'un discours tautologique : « je ne comprends pas / je ne comprends toujours pas ».
- D'un discours contradictoire « je ne comprends pas / j'arrive à mieux comprendre », « j'y arrive / je n'y arrive pas ».

- D'une ouverture vers une autre idée comme c'est le cas à la fin du processus ici « je comprends mieux / je n'arrive pas à faire les liens ».

De plus, on constate que dès qu'il y a un « blocage » ou pour éviter ce « blocage » avec le passeur sollicité, un autre passeur est convoqué, jusqu'à ce qu'un changement soit observé. Par exemple, ici le sujet réalise une lecture qu'il dit ne pas comprendre. On pourrait considérer qu'il y a arrêt de l'activité puisqu'il s'arrête de lire. Néanmoins, il recherche des éléments de compréhension en lien avec cette lecture lorsqu'il sollicite ses collègues. On peut donc considérer que ces discours signent aussi bien l'arrêt et la reprise d'activité du sujet. En référence à Christophe Dejourné, ces comportements ne sont en rien les signes d'une souffrance pathologique.

Tous les nouveaux diplômés procèdent de la même manière. Ils font appel à une succession de passeurs comme le sujet 1. Qu'ils soient sujets ou objets, deux ou dix, il n'y a pas de préférences, ni un sens précis. Avec les flèches vertes on voit que le nouveau diplômé sollicite deux fois la lecture, sous-entendu un tiers objet : livre, internet). Cette action n'est pas rare puisque l'on retrouve chez tous les sujets la réutilisation d'un passeur pour la même activité.

Enfin, par ce mécanisme d'analyse dynamique, apparaissent deux nouveaux éléments :

- le passeur peut endosser deux statuts : un rôle de médiateur pour extraire le nouveau diplômé de sa relation avec le passeur précédent pour devenir à son tour un passeur.
- l'apparition de tiers-espaces.

5. La relation réciproque avec le passeur choisi pour construire du sens : une « troisième possibilité »

5.1. Le passeur : un rôle de médiateur

On remarque que cette relation duelle entre ces deux entités, le sujet et un passeur, n'est pas suffisante pour amener les nouveaux diplômés à comprendre, apprendre et se développer. Elle ne fait que participer à ce processus car on constate que pour une seule et même activité les sujets multiplient les passeurs. Cette succession permet d'éviter au sujet de s'enfermer dans la relation qui unit le nouveau diplômé au tiers objet ou sujet choisi et a pour effet aussi d'attribuer un statut de médiateur au passeur qui succède à un autre. Afin d'enrayer le « *face à*

face et propulser les deux acteurs en relation réciproque à travers un troisième élément » (Paul, 2011, p.96) : l'entre-deux.

Rappelons que pour Paul (2011, p.96) « *ce qui fonde la relation n'est pas une simple juxtaposition spatiale de deux sujets* » ou d'un sujet avec son objet, car une relation tournée vers une homogénéité absolue entrainerait une « *annihilation dans la même identité* ». A l'inverse, une relation intégralement hétérogène amènerait au chaos. Cette relation passeurs / nouveaux diplômés considérée comme un système, peut donc engendrer un enfermement des acteurs et amener à de la confusion, de l'épuisement voire à l'éclatement de la relation. Pour que cette relation contribue à une construction de sens, l'introduction d'un tiers est nécessaire. Il faut un agent médiateur endossé par le passeur qui succède à un autre.

5.2. L'investissement des nouveaux diplômés dans d'autres tiers

On retrouve dans le discours des nouveaux diplômés deux tiers-espaces. Le premier est formel. Il s'agit des réunions cliniques ou institutionnelles organisées par le cadre de santé. Le second tiers espace est informel. Il correspond aux échanges et anecdotes racontées entre les soignants, lors des temps de pause dans la tisanerie, ou par l'entremise de groupes sociaux. Les nouveaux diplômés portent un grand intérêt à ces espaces pour plusieurs raisons. Ils expliquent que ces lieux favorisent l'expression d'un ressenti personnel et/ou professionnel face à un patient, une prise en charge, une problématique, un symptôme... Grâce aux anecdotes et/ou aux apports cliniques, ces tiers-espaces permettent de mettre en mots ce qui s'est passé, ce qui est en train de se passer, ce qui peut se passer pour finalement donner du sens à un vécu, à une représentation. Ces espaces d'échanges sont privilégiés car ils permettent l'élaboration « *théorico-pratique* ». Ils sont un lieu de réflexion, porteurs de construction de sens. Pour Beroud (2021,49) « *un lieu n'est jamais neutre* » car il implique les personnes qui y participent tout en apportant une distanciation avec l'objet de la rencontre. Qu'ils soient formels ou non, ces tiers-espaces permettent aux nouveaux diplômés, dans leur démarche d'apprentissage, de ne pas « *s'enfermer* » dans une relation exclusive qui pourrait être contre-productive. D'autre part, ces tiers-espaces sont aussi des lieux d'intégration sociale où se rencontrent « *différentes générations* » de soignants. Ils favorisent non seulement la rencontre de l'autre mais aussi le travail en équipe. Ces tiers-espaces sont donc des lieux importants dans l'élaboration de l'expérience, dans la création du lien social et professionnel. Finalement, ces tiers-espaces sont des lieux « *d'innovation et d'émergence pour des significations nouvelles* » (Dahan-

Gaida,2007, p. 24) qui peuvent induire un apprentissage, un changement de comportement psychique et pratique, le développement d'une identité nouvelle chez le nouveau diplômé comme chez les différents membres du groupe.

6. Des activités marquées par de l'apprentissage

On relève de nombreuses activités marquées par un début d'apprentissage, de développement professionnel, de développement identitaire ou encore de changement de pratique dans l'intégralité des discours qui émanent des sujets.

Tableau 18 : Un échantillon d'activités marqué par un changement

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
La prise de fonction		x	x		x			x		x	x	x
Construire des connaissances en psychiatrie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Apprendre les mécanismes psychopathologies	x	x			x							x
Apprendre grâce aux patients	x			x			x	x		x		
Travailler dans différents services	x		x		x			x	x	x		
Apprendre grâce à la lecture		x										
Apprendre des situations de violences		x	x				x	x	x			
Adapter sa pratique	x						x	x	x			
Apprendre des moments informels		x			x	x						
Apprendre en faisant		x										
Apprendre dans les réunions			x	x								
Construire une identité pro				x			x	x	x			x
La formation							x					
La chambre d'isolement		x										
Acquisition d'un cadre symbolique		x										
Apprendre ailleurs		x										
La relation avec le cadre de santé			x									
Mettre du sens	x			x				x	x			x
Acquérir un positionnement									x			
Etre en difficulté									x			
Le cadre de santé : entre aide et contre-aide						x						
Une autonomie empêchée						x						
La prise de risque						x						
De l'appréhension au doute de soi						x						
Emergence du doute dans le soin								x				
Recherche d'une bienveillance												x
Etre insatisfait	x											
Un apprentissage empêché										x		
Apparition d'une souffrance au travail		x										
Vers un sentiment de dévalorisation				x								
Une lutte personnelle pour la maîtrise des soins				x								
Un développement de soi empêché						x						
Le médecin : une figure de tiers inefficace				x								
Le cadre de santé un révélateur de la perte de l'estime de soi					x							

Les sujets parfois, n'en ont même pas conscience. On repère cette évolution, grâce à :

- Des déictiques : avant/maintenant, puis, ...
- Des verbes d'actions : j'y arrive, je peux, j'adapte, je n'y vais pas, ça m'apporte, je comprends...
- Des phrases précises comme « *maintenant quand il a le regard noir, je ferme la porte* » (Sujet 1).

On remarque que le sujet 7 dit « *En arrivant... je n'étais pas autonome* ». Ceci sous-entend que maintenant ce nouveau diplômé est plus autonome. Au fur et à mesure, les nouveaux diplômés gagnent en autonomie et prennent « *des décisions* » comme le souligne le sujet 2. Ils expliquent repérer des signes cliniques et adapter leur pratique comme le raconte le sujet 1. « *J'adapte en fonction du patient... S'il y a la même pathologie, ils sont différents... du coup on va réagir différemment en fonction de la personne... les patients on les connaît au fil du temps* ». Ils vont jusqu'à dire qu'ils pourraient surement reconnaître des signes, s'ils changeaient de services et rencontraient d'autres patients. Certains « sentent » aussi des choses « *Petit à petit... Pas à chaque fois mais, la plupart du temps j'arrive à sentir... et il y a des signes que je repère.* » (sujet 7) mais ils ne peuvent pas toujours mettre de sens dessus comme le précisent les sujets 1, 2, 4, 5 et 9. Or, ils commencent à faire des liens entre les choses qu'ils ont pu lire, vivre, entendre, expérimenter et les éléments du terrain comme pour le sujet 2 « *Plus je lisais, plus je reconnaissais ce qu'ils me disaient* ».

Mais tous sont unanimes, ils apprennent surtout grâce aux patients. « Il me renvoie des choses » (sujets 2 et 4), « leur regard, » (sujets 1, 2, 5, 6, 8, 9) et les écoutes (sujets 2 et 4). Si tous apprennent grâce à cette succession de passeurs, à l'inverse, on remarque qu'il existe aussi des activités pour lesquelles il semble ne pas y avoir d'apprentissage ou de changement positif chez les nouveaux diplômés.

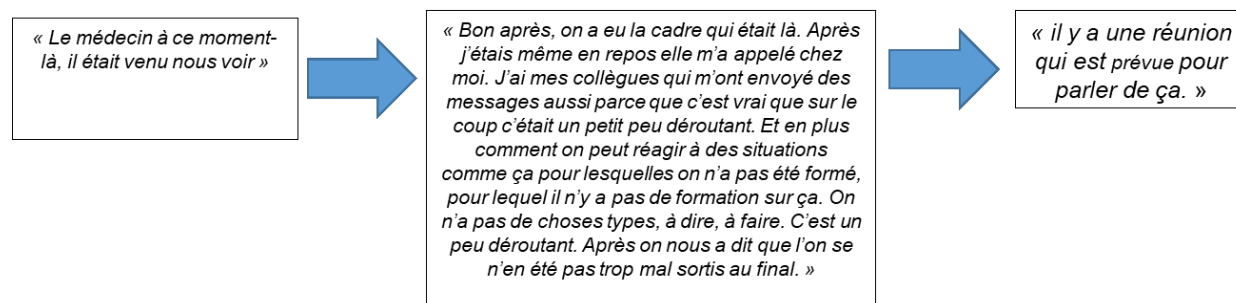
7. Des activités sans traces d'apprentissage

Au travers du discours tenu par les sujets, on peut relever différentes situations dans lesquelles il n'y a pas de traces qui laisse penser qu'il y ait apprentissage. Ces situations revêtent différentes caractéristiques. Celles-ci peuvent être classées en deux groupes distincts : un apprentissage en cours et une absence d'apprentissage.

7.1. Une activité d'apprentissage en cours

Chez tous les sujets, on remarque que certaines activités ne sont pas finalisées car elles sont en cours d'apprentissage et n'ont pas donné lieu à une succession de passeurs. Le discours tenu à ce sujet est explicite. « Je ne comprends pas », « je ne fais pas de liens, » « je n'y arrive pas » mais ces phrases sont toujours accompagnées d'une relance faisant état d'une poursuite de l'activité et d'un passeur. D'autres situations font part des expériences vécues qui n'ont pas encore donné lieu à l'intervention d'un passeur comme c'est le cas avec le sujet 12, lorsqu'il évoque les deux suicides qui ont eu lieu dans son service, sur sa faction, le même weekend. On constate ici que le médecin et le cadre de santé sont intervenus afin de s'enquérir du bien-être du sujet. Dans ce contexte, ils représentent tous les deux des passeurs pour le nouveau diplômé. À l'initiative du médecin et du cadre de santé, une réunion est prévue pour parler et travailler en équipe pluridisciplinaire, de cette situation. Ici, rien ne permet de dire qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas eu d'apprentissage, puisqu'au moment où le sujet 12 raconte ce vécu, elle est encore en prise avec ses émotions, sans prise de recul. Seules des suppositions peuvent être formulées comme par exemple : l'impact que ces situations peuvent avoir sur le psychisme du sujet 12.

Sujet 12

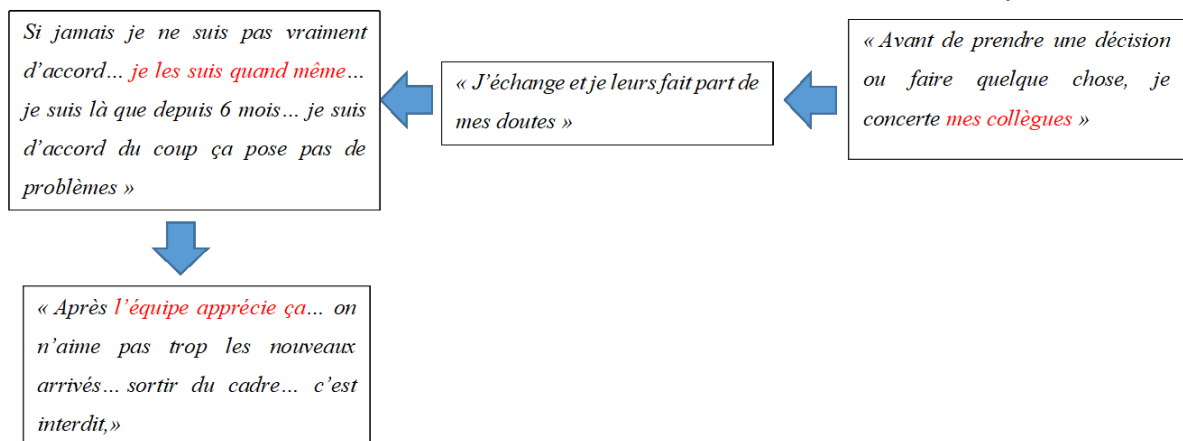


7.2. Une activité sans apprentissage

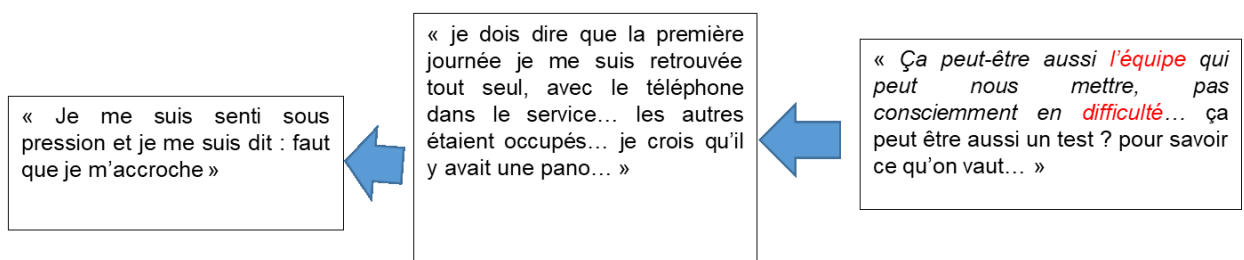
On s'aperçoit que pour d'autres activités aucun élément en faveur d'un apprentissage n'est retrouvé dans le discours des sujets. Il n'y a pas de trace en faveur d'une poursuite de l'activité. Il n'y a pas de passeur et le discours tenu est explicite. « Je n'ai rien appris », « je ne sais pas faire », « je ne l'ai jamais fait ou vu » ou encore il s'agit d'un discours tautologique « je n'y arrive pas, « je n'y arrive toujours pas ».

7.2.1. Une activité empêchée

On remarque que certaines activités ont été empêché et ne conduisent pas à un apprentissage. A la différence des sujets 7 et 10 qui recherchent un statut de suiveur car cela les rassure, les sujets 2, 5, 6, 8, et 9 n'ont pas d'autre choix que de suivre les décisions de leurs pairs. Dans l'exemple du sujet 6, on relève que malgré le fait de solliciter des passeurs, de leur faire part de ses réflexions et/ou de ses doutes dans le but d'apprendre ; le sujet 6 n'arrive pas à s'affirmer, se positionner et finalement ne peut se développer sur un plan identitaire. Il précise que pour ne pas poser de problèmes, il ne dit rien et suit l'équipe ; « *l'équipe apprécie ça* » de la part des nouveaux.



On retrouve cette même idée chez le sujet 8, lorsqu'il explique que quand il doit poser des questions, il ne sait pas s'il doit les poser. « *J'y vais prudemment* ». Ce même sujet 8, apporte d'autres informations par rapport à cet empêchement. Selon lui l'équipe pourrait de manière inconsciente, mettre en difficulté les nouveaux diplômés dans certaines situations.



Au regard de ces données, un nouveau questionnement a émergé. Dans ces situations, peut-on réellement qualifier les personnes désignées de passeurs ? En croisant ces données avec le tableau qui rend compte des caractéristiques de l'équipe dans laquelle travaillent les sujets ; force est de constater que ceux qui sont impactés par « cet empêchement », travaillent dans des équipes jeunes, sans infirmiers expérimentés avec parfois un cadre de santé qui n'est pas issu de la psychiatrie.

On peut alors formuler de nouvelles hypothèses, à savoir :

- Le tiers est-il présent dans ces situations ?
- La réassurance exprimée par les sujets 7 et 10 est-elle la véritable raison, car ces nouveaux diplômés sont dans une équipe jeune ?

7.2.2. *Des activités à connotations négatives*

Par ailleurs, on retrouve chez tous les sujets un changement avec une connotation négative et pour certains d'entre eux, une souffrance exprimée qui semble de nature différente de celle de la souffrance décrite par Dejours (1993, 2016) inhérente à toute personne en situation d'apprentissage. En effet, on relève dans le discours des sujets, un sentiment de doute, voire un sentiment de dévalorisation pour certains d'entre eux « je suis nulle » (sujet 4), de l'appréhension et des difficultés exprimées et « *une pression ... faut que je m'accroche* » (sujet 8). D'autres expriment le poids des responsabilités (sujet 5) leur fatigue « *j'ai craqué* » (sujet 2) et du « dégoût » avec le souhait de partir. (sujet 5).

On retrouve bien un changement chez les sujets, mais peut-on le qualifier d'apprentissage car celui-ci est porteur de négativité ? Existerait-il un lien entre ce changement et les activités empêchées ?

7.3. Une absence de tiers ou un tiers négatif

Au contraire des situations où il y a eu apprentissage et celles en cours d'élaboration, on remarque que les activités empêchées ou les activités à connotations négatives, si elles ne sont pas marquées par un apprentissage, le sont à cause d'une absence de tiers qui se traduit soit par :

- Une absence de passeurs,
- Une absence de discours contradictoire et donc d'entre deux,
- La présence d'un passeur négatif.

On constate aussi qu'à chaque fois qu'il y a une absence de tiers, les activités engagées par le sujet sont la majeure partie du temps stoppées. Mais on a pu voir aussi que certaines activités, sont « déviées » vers le patient ou vers le cadre de santé, si ce dernier est porteur d'une expérience en psychiatrie. Si la présence du cadre de santé peut s'expliquer par la théorie de Mauss sur le « Don et Contre-don qu'en est-il du patient ? Celui-ci est omniprésent dans le discours des nouveaux diplômés et il revêt des figures de tiers passeurs et échos ? Le patient serait-il conscient des difficultés auxquelles sont confrontés les nouveaux diplômés dans leur apprentissage ? Serait-il lui aussi dans une posture de Don / Contre-Don ?

Par ailleurs, dans les situations où il n'y a pas de reprise de l'activité observée, on constate un élément qui questionne. En effet, si certaines activités peuvent être empêchées par les passeurs négatifs, d'autres sont empêchées par le nouveau diplômé, comme s'il s'autocensurait. Pourquoi s'autocensure-t-il ? Serait-ce de la fuite ? Serait-ce un mécanisme de défense ?

Chapitre 5 : Le tiers : entre apprentissage et « souffrance » : mise en perspective des résultats

1. Les passeurs

La recherche a montré qu'ils existent de multiples passeurs dans l'environnement du nouveau diplômé.

Ils peuvent être incarnés soit par :

- Des tiers sujets avec chacun d'entre eux une figure de tiers qui lui est propre,
- Des objets tiers d'ordre matériel (ou des passeurs matériels) formels ou informels,
- Des objets tiers d'ordre immatériel (ou des passeurs immatériels).

Divers et variés ces passeurs sont présents dans l'environnement proximal du nouveau diplômé et participent à l'apprentissage de ce dernier. Ils aident, accompagnent, transmettent des connaissances et des savoirs aux nouveaux diplômés. Ils favorisent également la construction identitaire du néo-professionnel et son appartenance à un groupe professionnel car ces passeurs véhiculent aussi des valeurs, des symboles et une culture psychiatrique. Cependant, ces propos sont à nuancer car, s'ils peuvent permettre aux nouveaux diplômés d'évoluer, les résultats montrent aussi que ces derniers recherchent essentiellement des figures de tiers dotées d'une « solide » expérience professionnelle en psychiatrie. Mais à ce stade, peut-on considérer que cette liste de passeurs mobilisée par les nouveaux diplômés est complète et suffisante pour comprendre le rôle du tiers dans l'apprentissage ? Il semblerait que non, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il semblerait qu'il soit impossible d'établir une liste exhaustive de ces objets ou sujets tiers puisqu'ils sont facteurs/dépendants du désir et besoin du nouveau diplômé et donc du moment. On peut par ailleurs se poser la question de savoir si cette exhaustivité a un intérêt dans cette recherche ? Néanmoins avoir accès à cette diversité permet surtout de montrer et prendre conscience que finalement tout dans l'environnement du nouveau diplômé peut être un supposé passeur. De plus, la catégorisation des passeurs sujets, en figure de tiers et des passeurs objets, si elle enrichit la recherche, force est de constater que le premier niveau d'analyse ne permet pas de rendre compte de l'aspect dynamique du tiers, seul le deuxième niveau d'analyse a rendu dynamique le processus. Ce niveau d'analyse peut être considéré comme complexe, néanmoins, il a permis dans le cadre de cette étude d'apporter non seulement une lecture dynamique du processus et de rendre compte dans un même temps, des différents

éléments que constitue le tiers, de la mise en évidence de son rôle mais aussi de faire émerger d'autres éléments qui ouvrent à de nouvelles perspectives de recherches, qui seront abordées à la fin de ce chapitre.

2. L'entre-deux : un troisième espace

Néanmoins, après avoir identifié les différents passeurs, cette étude a montré que la relation avec un seul passeur qu'il soit sujet ou objet, n'est pas suffisante pour construire du sens. Le nouveau diplômé doit multiplier les passeurs indéfiniment et de manière indifférenciée dès qu'il en ressent le besoin. Ils se succèdent, sont interchangeable et réutilisables en fonction des situations jusqu'à ce qu'il estime ne plus en avoir l'utilité ou avoir appris. Si dans la plupart des situations, le nouveau diplômé choisit les passeurs, ces derniers peuvent aussi s'imposer à lui. Il peut les rejeter comme s'en saisir. En effet, des objets tiers peuvent être introduits par une figure de tiers comme c'est le cas avec le cadre de santé qui prend l'initiative d'inscrire un nouveau diplômé dans une formation ou dans une réunion. Cependant, quels qu'ils soient, ces choix de passeurs imposés ou non, font l'objet :

- D'une attribution de valeurs comme par exemple l'expérience en psychiatrie du passeur,
- D'une production de la part du nouveau diplômé, d'une évaluation non seulement de ses propres besoins à l'instant T mais aussi à l'égard du passeur.

Mais, s'il existe une succession de passeurs pour une seule et même activité, on remarque aussi que la relation qui unit le nouveau diplômé à chacun des passeurs, peut être rompue de deux manières : soit à l'initiative du sujet, soit à l'initiative du passeur. Néanmoins que ce soit l'un ou l'autre, celui qui rompt la relation endosse alors un deuxième rôle, celui de médiateur de la relation pour que :

- Le sujet et le passeur ne restent pas enfermés dans la relation qui les unit,
- Une « *interface de contact* » soit créée,
- Être à la fois un « *opérateur de transformation* » (Wunenburger, 1990. p. 46 et 47), pour l'apprenant.

Cet entre-deux, est un espace de médiation. Il est en fait un lien et un liant : pour la poursuite de l'activité, entre les passeurs et il met fin dans un même temps à une relation duelle qui unit le nouveau diplômé et le passeur. A chaque fois que le nouveau diplômé passe de l'un à l'autre des passeurs, il transite au sein de cet espace qu'est l'entre-deux où selon Ouattara (2007), « *les éléments d'une culture, d'une identité circulent dans cet entre-deux, ils permettent*

le lien social et l'accès au sens avec une ouverture sur la mémoire de la réciprocité », (p. 57). Il autorise donc la transformation des représentations du nouveau diplômé et une construction de sens.

De plus, au cours de cette médiation, on a pu relever chez le cadre de santé la possibilité, de créer des tiers-espaces formels et informels pour mettre fin à sa relation duelle qu'il entretient avec le nouveau diplômé et dans un même temps permettre à celui-ci, d'être avec un autre passeur représenté « *par l'équipe pluridisciplinaire, au sein de tiers-espace* » (Pougnat & Vannereau. 2021). Ces tiers espaces, peuvent être considérés comme des entre-deux, puisqu'ils amènent le nouveau diplômé ; au même titre que la succession de passeurs décrite précédemment, à des constructions de sens, au développement d'une identité et permettent la création d'un lien social.

Les passeurs qu'ils soient objets ou sujets ont donc un rôle de partage de savoirs, de codes, de symboles mais ils ont aussi un rôle de médiateur pour mettre fin à la relation duelle et conduire le nouveau diplômé dans un entre-deux, d'où il sortira selon Serre (1991, p. 26) « *transformé mais restera toujours celui qu'il a été...il deviendra multiple* ». Néanmoins, pour apprendre, le nouveau diplômé va multiplier ces passages grâce à la multiplicité des passeurs jusqu'à ce qu'il ait appris, se soit développé et n'ait plus besoin de passeurs ; « *En traversant la rivière, en se livrant de tout nu à l'appartenance du rivage d'en face, il vient d'apprendre une tierce chose. L'autre côté, de nouvelles mœurs* » (Serres, 1991, P. 27).

Le tiers est bien un processus ternaire composé d'un sujet, d'un passeur et d'un entre-deux. Son rôle est de favoriser les constructions de sens des nouveaux diplômés dans l'apprentissage sur le tas avec pour finalité : l'apprentissage, le développement de l'identité, tout en jouant un rôle dans la conservation du lien social et des savoirs inhérents au domaine dans lequel ils sont convoqués. Mais ce processus itératif mène-t-il réellement à de l'apprentissage ?

3. Apprendre et se développer grâce aux tiers

Si l'on s'intéresse aux situations dans lesquelles les nouveaux diplômés se sont confrontés au « réel », en référence à Dejours (1993) c'est-à-dire à leurs limites, à leurs manques de connaissances et de savoirs et qu'il y a arrêt, puis, la présence d'une reprise d'activité ; il y a toujours apprentissage. Ces situations sont toujours marquées par la présence d'un tiers, le passage d'une expression de souffrance à celle de plaisir et la présence d'un écart

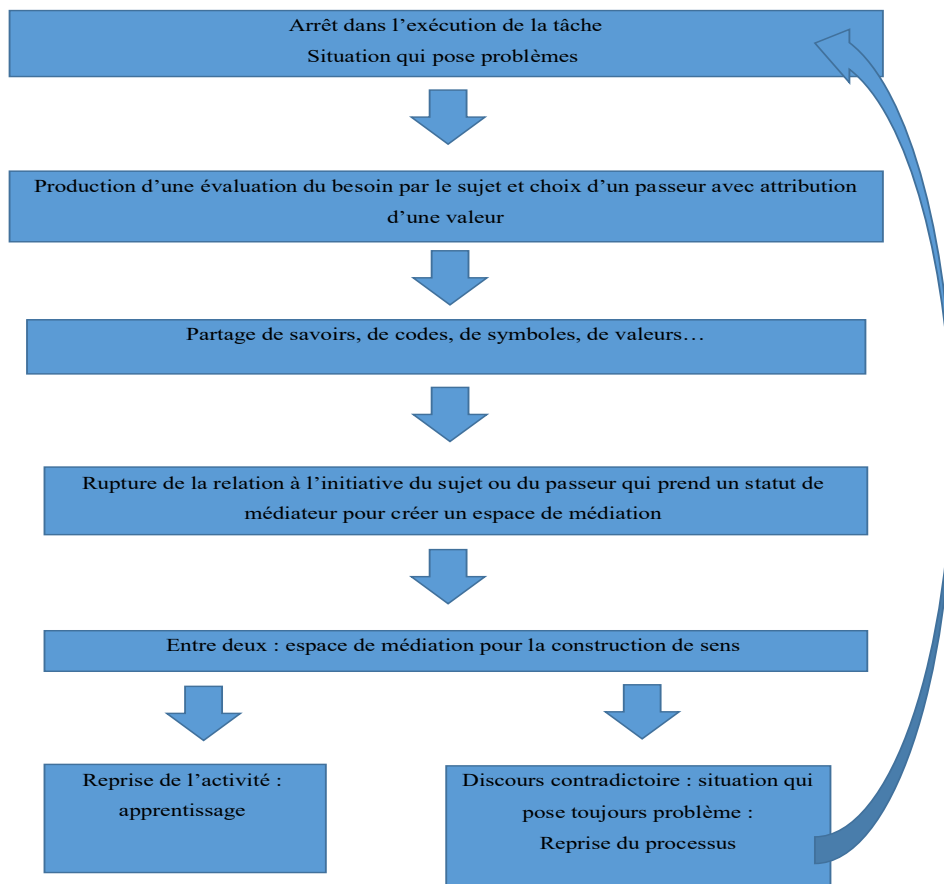
mesurable entre l'activité qui a posé problème et la reprise d'activité. Ce processus d'apprentissage est toujours le même.

À chaque fois qu'il y a un arrêt de l'activité, le nouveau diplômé a un discours qui prend une connotation négative (je n'y arrive pas, je ne sais pas faire, je ne comprends pas...) et il fait appel à un premier passeur. Puis, successivement, on remarque des « arrêts/reprises » de l'activité qui a posé problème. Ces arrêts/reprises sont repérables dans les discours, puisqu'ils prennent toujours la forme d'un discours contradictoire (je comprends / je ne comprends pas, j'y arrive / je n'y arrive pas...) suivi d'un réinvestissement auprès d'un autre passeur. C'est ici que se situe l'entre-deux. Quand ce processus itératif prend fin :

- il n'y a plus l'intervention de passeurs,
- le discours du nouveau diplômé prend une connotation positive (j'y arrive, je sais faire, je connais, je repère...) et/ou, il y a un changement de pratique ou de comportement (quand je vois son regard noir, maintenant je ferme la porte je ne rentre pas..., il y a des choses que je repère...),
- Il y a une reprise de l'activité et/ou l'expression d'un plaisir, qui se traduit par un discours positif,

Dans ces situations d'apprentissage, le nouveau diplômé a su dépasser la limite binaire auquel il était confronté. Il a su investir un processus ternaire : le tiers, composé de lui-même, d'une succession de passeurs et d'une succession de passages dans « un entre-deux » repérable grâce au discours contradictoire. Le rôle du tiers a été d'autoriser des liens entre les passeurs au sein d'entre deux afin d'aider le nouveau diplômé à réaliser des constructions de sens avec pour finalité : apprendre et se développer. Cependant, si les nouveaux diplômés apprennent et se développent grâce au rôle du tiers, ils ne construisent pas les mêmes connaissances. Celles-ci sont intrinsèquement dépendantes de l'expérience passée et vécue du nouveau diplômé et de ses besoins dans la situation qui pose problème. De plus, les nouveaux diplômés ne choisissent pas forcément les mêmes passeurs, ou s'ils sont identiques, la situation et le but pour lesquels ils sont convoqués, est souvent différente.

Figure 3 : Le rôle du tiers



Si on a pu élucider le rôle du tiers et montrer que celui-ci a pour finalité l'apprentissage et le développement du sujet ; la recherche a révélé aussi que certaines situations ne menaient pas à de l'apprentissage et au développement du nouveau diplômé.

4. Une absence d'apprentissage

Ces situations sans apprentissage débutent comme les situations apprenantes, par une confrontation du nouveau diplômé au « réel » qui se solde par un arrêt dans l'exécution de la tâche. Mais, à la différence des situations apprenantes, il n'y a aucune reprise de l'activité. Il manque un ou plusieurs éléments que constituent le tiers. Ces situations sont marquées par l'absence du tiers.

Il peut y avoir une absence de passeurs. Les nouveaux diplômés réalisent alors des actions de manière sporadique, font, agissent et réagissent avec ce qu'ils sont et sans qu'il y ait de construction de sens. Ces moments sont pour eux anxigènes et génèrent de la peur.

D'autres situations montrent au contraire, que les nouveaux diplômés font appel à des passeurs mais restent dans un système binaire, d'où ils n'arrivent pas à s'extraire pour s'inscrire dans un système ternaire et dépasser son écueil.

Cet état est repérable grâce à différents critères et se traduit de différentes façons. À chaque fois qu'il y a un arrêt, le nouveau diplômé comme précédemment, produit un discours porteur d'une connotation négative (je n'y arrive pas, je ne sais pas faire, je ne comprends pas...). Puis, il va faire appel à un passeur, mais la relation qui unit le sujet et le passeur mène soit à :

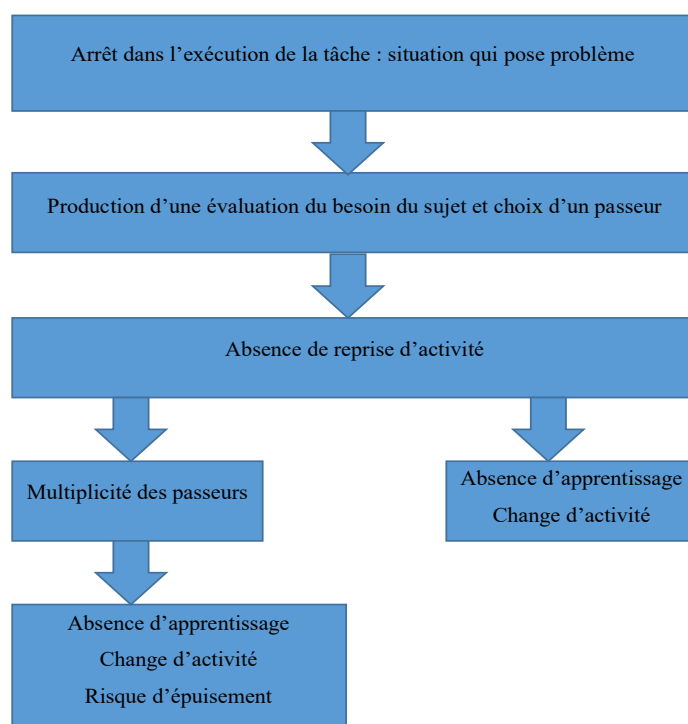
- « Une relation de type fusionnelle ; $1+1 = 1$ », en référence à Lerbert-Sereni (1992). C'est-à-dire, un enfermement de la relation sujet/passeur que l'on retrouve grâce à un discours tautologique « Je n'y arrive pas », « je n'y arrive toujours pas » => « je n'ai rien appris » et à une « fuite » de la situation qui pose problème vers une autre situation problème.

- « Une relation de type différenciatrice ; $1+1 = 2$ » (Ibidem, 1992). C'est-à-dire un « éclatement » de la relation sujet/passeur qui se traduit par l'utilisation d'une multitude de passeurs.

Cependant, dans ce cas, on ne retrouve aucun discours porteur de contradiction et de fait, aucun rôle de médiation, ni d'entre-deux pour favoriser la construction de sens chez l'apprenant. Seule la présence d'un discours tautologique et/ou avec une connotation négative est relevée et il n'y a pas de changement de pratique identifié.

Pour s'extraire de cette situation, le nouveau diplômé va avoir deux types de réactions. Il peut délaissé et/ou fuir l'activité qu'il n'arrive pas à dépasser ou au contraire il peut faire appel à une succession de passeurs qui donnent l'impression que le sujet s'est inscrit dans une sorte de spirale dont il ne peut sortir et dans laquelle il ne trouve aucune réponse lui permettant une reprise de l'activité. Ces réactions ne seraient-elles pas des mécanismes de défense en référence à Dejours (1993) ?

Figure 4 : Situation sans apprentissage



N'ayant pas plus d'information à ce sujet, car il faudrait étudier de manière plus spécifique ces mécanismes, on constate que dans cette situation de non apprentissage, bien qu'il y ait un apprenant et des passeurs, le nouveau diplômé n'a pas trouvé de tiers qui l'autorise à dépasser ses limites binaires.

5. Une absence de tiers = de la souffrance

Ne pas investir le tiers semble avoir des conséquences car s'il n'est pas vecteur d'apprentissage, il semble avoir une autre incidence sur les nouveaux diplômés car on remarque que le discours porteur d'une négativité, peut au fur et à mesure se durcir et laisser transparaître une perte de l'estime de soi qui se traduit par des propos tels que : « je suis nulle », « je n'arrive à rien » ou encore « j'en fait rien ».

Ici se pose la question de la souffrance exprimée de ces nouveaux diplômés. Est-elle pathologique ou non pathologique ? Par ailleurs, on peut aussi s'interroger sur le rôle endossé par certains des passeurs. Peut-on réellement les considérer comme des passeurs au même titre que ceux présents dans les situations apprenantes ? Grâce au dispositif méthodologique d'analyse créé, d'autres situations dans lesquelles il n'y avait pas d'apprentissage ont pu être

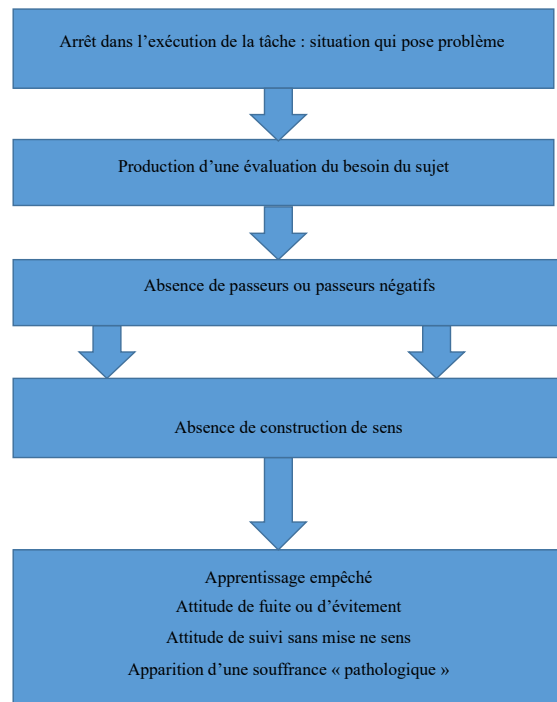
repérées. Il s'agit de situations que l'on a qualifiées : « d'apprentissage empêché » et pour lesquelles on retrouve un point commun avec les situations que l'on vient d'aborder.

5.1. Des apprentissages empêchés

Effectivement, d'autres situations sans apprentissages ont pu être repérées. Cependant, ici, à la différence des précédentes, le sujet peut être en relation avec des passeurs que l'on a qualifiés de passeurs négatifs car ces derniers semblent impulser l'émergence d'un sentiment négatif chez les nouveaux diplômés et de fait bloquer les apprentissages et le développement du nouveau professionnel. On repère ces situations à l'aide de différents indicateurs. Tout d'abord, il n'y a pas de discours contradictoire ce qui laisse penser qu'il n'y a pas d'entre deux. Il n'y a pas de reprise d'activité non plus et de fait, il n'y a pas de traces d'apprentissage. A contrario, on retrouve plusieurs attitudes adoptées par le nouveau diplômé.

La réaction des nouveaux diplômés à ce phénomène est toujours la même. Ils vont avoir une attitude de suiveur et les propos du sujet 6 montrent qu'il semble ne pas avoir le choix puisque « *l'équipe apprécie ça* ». Ils ne questionnent pas, ne disent rien et exécutent les décisions des collègues. Ils réalisent les actes sans qu'il y ait de réflexion en amont ou en aval de la réalisation. Dans l'éventualité, où certains d'entre eux auraient une pensée divergente du groupe, ils s'abstiennent de partager leur pensée. Ils se renferment voire s'isolent de peur de déranger. Serait-ce la peur d'être jugés, sanctionnés ?

Figure 5 : L'influence du passeur négatif



En croisant ces nouvelles données entre les nouveaux diplômés concernés par ce phénomène, les lieux où ils exercent (et plus particulièrement les caractéristiques de l'équipe avec laquelle ils travaillent) ainsi que les types de figure de tiers qui s'y rapportent, on constate que ces passeurs négatifs sont représentés dans l'intégralité des résultats, par des soignants qui ont moins de quatre ans d'expérience ou par des équipes essentiellement constituées de jeunes soignants. De plus, si l'on recroise ces données avec le premier niveau d'analyse on remarque qu'il s'agit des figures de tiers qui endossent le statut de figure de tiers garant. Les résultats ont montré qu'ils jugent et/ou évaluent les nouveaux diplômés comme s'ils étaient encore des étudiants. Or, cette production relève de la fonction et du rôle du cadre de santé. De plus, ce procédé semble aléatoire car il semble n'y avoir de critères objectifs à la différence du cadre de santé.

Néanmoins, dans cette configuration il n'y a pas de tiers et pas d'apprentissage, ni de développement. Seule la présence des passeurs négatifs est relevée et il semblerait que cette relation nouveaux diplômés / passeurs négatifs amène à de la souffrance. Les nouveaux diplômés semblent être dans le déni de cette situation. Néanmoins, ce qui ressemble à des stratégies de défenses pour lutter contre une décompensation psychique ont pu être identifiées.

Si l'on se réfère à Dejours et ses recherches en psychopathologie du travail, on retrouve des similitudes entre ces propos et les discours et/ou attitudes des nouveaux diplômés. L'auteur explique que le sujet « *qui souffre est dans le déni de sa propre souffrance... ce qui le conduit à s'isoler...* ». Il précise que si « *cette souffrance n'est pas suivie de décompensation... c'est parce que le sujet déploie des défenses qui permettent de la contrôler.* ». Il précise que des mécanismes de défenses récurrents comme la peur, la soumission des individus, le silence, la honte du sujet apparaissent et « *pour continuer à exister, à vivre psychiquement* », les individus vont rationaliser pour éviter la confrontation. C'est-à-dire que ce qu'ils vivent, devient « l'ordre du normal ». Une certaine forme de banalisation s'installe « *avec une activité réalisée sans réflexion* » (Ibidem). N'est-ce pas les signes de ce que l'on a pu observer chez certains des nouveaux diplômés ?

Quand le tiers est absent, pour Dahan-Gaida (2007, p. 24) se référant à Lacan, cela a pour « *conséquence un non accès à la construction d'une identité propre et cela amène à une confusion des identités* ». Mais peut-on dire qu'il y a confusion des identités entre les nouveaux diplômés et les passeurs négatifs ? Il semblerait que non. Néanmoins ici, l'absence de tiers semble amener à de la souffrance. Son absence, pour Volckrick (2007, p. 77) peut être « *l'occasion d'agressivité, d'hostilité, de méfiance, de duplicité, de duperie.... Pris dans un système où il n'y a plus de possibilité, à décider collectivement, à collaborer, à partager un univers social. ... Il y a un risque de régression dans des rapports non réglés de force et de violence.* ». N'est-ce pas cette réalité que l'on a pu observer ?

Conclusion

Les activités humaines en situation professionnelle autorisent au sujet d'apprendre et de développer son identité, au même titre que les espaces consacrés spécifiquement à l'éducation et à la formation. Cependant, comme le souligne Thievenaz, « *la littérature académique limite parfois ces phénomènes d'apprentissage exclusivement à une dimension cognitive et dans des contextes avec une intention de formation* ». Par ailleurs, s'il est acquis que le travail est un espace formateur pour le sujet et qu'il est aussi admis que tout dans celui-ci ne fait pas l'objet d'un développement ou d'acquisitions pour le sujet, il reste encore pour les sciences de la formation une part d'ombre à explorer et à comprendre. Le contexte d'apprentissage sur le tas que l'on appelle parfois « apprentissage par activité », ou encore « apprentissage par l'expérience », comme il est question ici, échappe à ce contexte formalisé et exclusivement dédié aux savoirs. Néanmoins, il permet tout autant aux sujets d'apprendre « de faire les choses autrement » (Barbier, 2012, p. 32).

Face aux multiples difficultés contextuelles de la psychiatrie et de la santé mentale en France (perte des savoirs, désertification du personnel...), cette recherche se donnait pour objectif, de comprendre comment les nouveaux diplômés en soins infirmiers qui exercent dans ce domaine pouvaient apprendre leur métier, sur le tas. L'étude exploratoire réalisée, montrait, que si ces néo-professionnels pratiquaient l'essai-erreur, en revanche, ils ne bénéficiaient selon eux, d'aucun accompagnement de la part de leurs pairs pour construire du sens. Néanmoins, ces résultats ont permis l'étude d'un objet de recherche : le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas et à poser comme question de recherche : « Quel est le rôle du tiers dans le processus d'apprentissage sur le tas, par l'expérience, de jeunes diplômés en soins infirmiers, qui ont choisi d'exercer en santé mentale et psychiatrie ? Mais avant de comprendre son rôle, la déclinaison de sous questions a été établie, pour savoir : Qu'est-ce que le tiers ? Quel est son fonctionnement ? Quel est son rôle dans l'apprentissage ?

Inscrit dans une démarche pluridisciplinaire, de la complexité, de la multidisciplinarité et de la transdisciplinarité pour comprendre sans le dénaturer l'objet et favoriser sa lecture dynamique ; une multiplication des regards théoriques et disciplinaires, a été menée.

Objet à la croisée d'une approche par l'activité et d'une approche par les actes de langage, des entretiens compréhensifs ouverts associés à une méthode projective ont été réalisés auprès de douze nouveaux diplômés. Une méthode d'analyse qualitative conjuguant l'analyse catégorielle proposée par Bardin (1989) couplée à une approche issue de l'analyse de l'éthos discursif proposée par Hatano-Chavildan & Lemaitre (2017), d'inspiration structurale pour

laquelle un outil d'analyse spécifique a été construit et déployé. Il a permis de comprendre le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas.

Les résultats obtenus permettent de montrer que le tiers n'est pas un tuteur, mais un processus ternaire puissant doté de plusieurs rôles. Il aide à la construction de sens dans l'apprentissage sur le tas et au développement professionnel du sujet ; mais il est aussi un « gardien » des savoirs et un pilier essentiel dans la cohésion d'un groupe. Il peut être défini comme :

Le tiers est un système ternaire inclusif et dynamique composé :

- **d'un apprenant face à une situation qui lui pose problème,**
- **d'un passeur, qui peut être représenté par différentes figures de tiers (des personnes, des modèles, des accompagnants, des évaluateurs...) ou par des « objets » matériels ou immatériels (des dispositifs pédagogiques, des principes, des cadres de références, des valeurs symboliques, des théories...) qui font l'objet d'une attribution de valeurs par l'apprenant,**
- **d'un entre deux qui a deux rôles : celui d'établir un lien entre les différents éléments en présence, puis propulser le sujet apprenant et le passeur qui sont en relation réciproque dans un ailleurs, pour permettre la construction de sens.**

Le principe dynamique du tiers est toujours le même. Lors d'une situation problème, le sujet apprenant va convoquer, selon ses désirs et ses besoins dans des situations d'apprentissage informelles, une succession de passeurs. Pour éviter un enfermement de la relation qui unit le sujet et le passeur, l'un ou l'autre va endosser une posture de médiateur pour mettre fin à cette relation et permettre au sujet d'investir un entre-deux pour construire du sens. Ce processus itératif passeurs/entre-deux est repérable grâce à la présence d'un discours contradictoire chez le sujet et prend fin quand il y a apprentissage.

Le tiers apparaît dans des situations informelles ou formelles et sert l'apprentissage, le développement de l'identité. Le tiers autoriserait chez le sujet, un changement de représentations et de niveau dans son processus d'apprentissage, un recadrage de sa pensée ou de son comportement initial qui nécessite du temps.

A l'inverse, l'absence du tiers amène à une déficience d'apprentissage, d'un développement de l'identité empêché, voire à de la souffrance. Cette absence du tiers est repérable quand il n'y a pas de passeurs experts, et/ou d'entre deux et /ou le sujet n'arrive pas à sortir d'une relation binaire et/ou il y a la présence d'un passeur négatif.

En effet, la recherche a montré que le tiers pouvait faire défaut. Si cette situation empêche le sujet d'apprendre, de se développer cette étude a montré que l'absence du tiers et / ou le tiers négatif est un facteur favorisant non seulement la souffrance au travail mais révèle aussi être synonyme d'une perte des savoirs et du « délitement de la psychiatrie et santé mentale ». La présence du tiers dans une organisation semble avoir un rôle dans la préservation des savoirs et l'équilibre de la vie sociale, son absence quant à elle semble être un facteur de la perte des savoirs et de la déprofessionnalisation d'un groupe, cet aspect pourrait expliquer le départ des nouveaux diplômés de l'institution, voire de la profession.

A ce propos, la présence du chercheur, repérée dans le discours des nouveaux diplômés, permet de poser l'hypothèse que le chercheur a été assimilé à un rôle de passeur par les nouveaux diplômés, que les entretiens étaient des « entre-deux » aux cours desquels il y a eu une construction de sens qui les a amenés à quitter l'établissement et / ou le soin.

Finalement, l'étude du tiers dans la formation et les sciences de l'éducation a un véritable intérêt. Elle favorise la compréhension de l'apprentissage et du développement d'un sujet dans un contexte d'apprentissage sur le tas sans accompagnement formalisé et d'en proposer une définition. Néanmoins, si le tiers dans l'apprentissage est un puissant levier il nécessite du temps et la présence de passeurs porteurs d'une expertise qui peut se transposer à d'autres contextes ou professions.

Bibliographie

- Acker, F. (1997). Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier. *Cognition et information en société*, 8, 65-94.
- Acker, F. (2003). Les infirmières, une profession en crise ? Dans J. De Kervasdoué, *La Crise des professions de santé* (pp. 281-306). Dunod.
- Acker, F. (2004). Configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. Rapport récupéré sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200501-art09.pdf>.
- Albarello, L. (2011). *Méthodes en sciences humaines : Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. De Boeck.
- Albarello, L. Barbier, J-M. Bourgeois, E. & Durant, M. (2013). *Activité, apprentissage, formation et pratique professionnelle*. PUF.
- Amouroux, T. (2019). Les infirmières quittent l'hôpital. Syndicat national des professionnels infirmiers SNPI CFE-CGC. https://www.linkedin.com/posts/thierry-amouroux-16482937_les-infirmi%C3%A8res-quittent-lh%C3%B4pital-la-vague-activity-6866103620459368448-woya
- Arborio, AM. (2009). Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot". Dans D. Demazière & C. Gadea. (dirs.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis* (pp.51-61), Paris.
- Ardoino, J. (1980). *Éducation et relations : introduction à une analyse plurielle des situations éducatives*. Bordas.
- Ardoino, J & De Peretti, A. (1998). *Penser l'hétérogénéité*. Desclée de Bower.

- Anzieu, D. & Martin, J.-Y. (2011). *La dynamique des groupes restreints*. PUF.
- Atlan, H. (1979). *Entre le cristal et la fumée : essai sur l'organisation du vivant*. Ed du Seuil.
- Autès, M. (2012). Un impensé : les inégalités sociales de santé. Dans L. Demailly & M. Autès (dirs.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses* (p. 41-51). Armand Colin.
- Ayme, J. (2009). Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle.
<https://psychologue-quimper.fr/archives/Jean-AYME-psychotherapie-institutionnelle.doc>
- Barbier, J.-M. & Durant, M. (2006). *Sujets, activités, environnements*. PUF.
- Barel, Y. (1987). *La quête du sens. Comment l'esprit vient à la cité ?*. Le Seuil.
- Barbier, J.-M. (2009). Les dispositifs de formation : diversités et cohérences – Outils d'approche. Dans J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. Chapelle, G. & J.-C. Ruano-Borbalan, *Encyclopédie de la Formation*. (pp. 223-249), PUF.
- Barbier, J.-M. (2009). Le champ de la formation des adultes. Dans J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. Chapelle, G. & J.-C. Ruano-Borbalan, *Encyclopédie de la Formation*. (pp. 1-28), PUF.
- Barbier, J.-M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris : PUF.
- Barbier, J.-M. et Thievenaz, J. (2013). *Le Travail de l'expérience*. L'Harmattan.
- Beillerot, J. (2000). Le savoir, une notion nécessaire. Dans N. Mosconi, J. Beillerot et C. Blanchard-Laville (dirs.), *Formes et formations du rapport au savoir* (pp. 15-37). L'Harmattan.

- Benner, P. (1995). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Inter Éditions.
- Bercherie, P. (1991). *Histoire et structure du savoir psychiatrique. Les fondements de la clinique*. Editions Universitaires.
- Berger, P. et Luckmann, T. (2014). *La construction sociale de la réalité*. Taminioux,
- Berland, Y. & Gousseron, T. (2002). *Mission « démographie des professions de santé »*. La Documentation française.
- Bernard, P. (1972). *Manuel de l'infirmier en psychiatrie*. Masson & Cie.
- Bernard, Y. (2002). L'évolution de 1838 à aujourd'hui. Dans R. Lepoutre et J. de Kervasdoué (dirs.), *La santé mentale des français* (pp. 35-68). Odile Jacob.
- Biarez, S. (2004). Une politique publique : la santé mentale (1970-2002). *Revue française d'administration publique*, 111, 517-531.
- Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. PUF.
- Bolle De Bal, M. (2003). Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques. *Sociétés*, 80, 99-131. <https://doi.org/10.3917/soc.080.0099>
- 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, 34-37.
- Bonnafé, L. (2000).
- Botbol, M. (2006). Les modèles en psychiatrie. *Revue de recherche et d'échanges*, 45, 203-214.

- Boumard, P. (2011). La juste place du maître dans le dispositif de la pédagogie institutionnelle. Dans : Constantin Xypas éd., *Le tiers éducatif. Une nouvelle relation pédagogique : Figures et fonctions du tiers en éducation et formation* (pp. 43-55). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.xypas.2011.01.0043>
- 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 (2010). *Le militantisme en psychiatrie, de la libération à nos jours. Quelle histoire*. Sud/Nord.
- Caillé, A. (1995). *Un et un font trois Le couple révélé à lui-même*. ESF.
- Caillé, P. (2007). *Anthropologie du don*. La découverte.
- Caillé, P. (2017). Ce que dire veut donner. *Revue du MAUSS*, 50, 25-28. <https://doi.org/10.3917/rdm.050.0025>
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie du XXI ème siècle. *Savoirs*, Hors-série, 9-50.
- Carré, P. (1992). L'autoformation dans la formation professionnelle. *La Documentation Française*
- Carré, P. (1995). L'autodirection en formation ; contribution à une analyse ternaire de l'autoformation, dans G. Pineau, *L'autoformation en chantiers*. Education Permanente, 122
- Castel, F., Castel, R. & Lovell, A. (1979). *La société psychiatrique avancée : le modèle américain*. Grasset.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris.

- Casteran Sacreste, B. (2016). La formation aux professions de santé en 2014. Statistiques, DRESS <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/la-formation-aux-professions-de-sante-en-2016-hors>
- Chabal, M. (2017). *Réciprocité et tiers inclus*. Collection réciprocité.
- Clery-Melin, P. Kovess-Masfety, V. & Pascal, J-C. (2003). Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. <https://www.vie-publique.fr/rapport/26282-plan-dactions-pour-le-developpement-de-la-psychiatrie-et-la-promotion-d>
- Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. Dans : Jean-Michel Baudouin éd., *Théories de l'action et éducation* (pp. 255-277). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.baudo.2001.01.0255>
- Clot, Y. (2000). *La fonction psychologique du travail*. PUF.
- Clot, Y. (2001). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. *Education permanente*, 146, 35-49.
- Clot, Y. (2002). Clinique de l'activité et répétition. *Cliniques méditerranéennes*, 66(2), 31. <https://doi.org/10.3917/cm.066.0031>
- Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V. & Mousquès, J. (2009). *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. Questions d'économie de la santé*. IRDES.
- Couty, E. (2009, janvier). Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à la ministre de la santé et des sports. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications->

- Dahan-Gaida, L. (2007). *Logique du tiers : littérature, culture et société*. Presse Université de Franche Comté.
- Dallaire, C. et Dallaire, M. (2009). Proposer de nouvelles perspectives de carrières : comment choisir ? Dans C. Sliwka et P. Delmas (dirs.), *Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?* (pp. 267-292). Lamarre.
- Daumézon, G. (1974). *Savoir infirmier psychiatrique*. Comptes rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurobiologie de langue française. Masson.
- Daumézon, G. et Koechlin, P. (1952). La psychothérapie institutionnelle française contemporaine. *Anais Portugueses de siquiatria*, IV (4), 271-312.
- Dejours, C. (1996). Folie et travail : de l'analyse étiologique aux contradictions théoriques. *Revue Psychiatrie Française*, 2, 123-140.
- Dejours, C. (1993). Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Ed le Seuil.
- Dejours, C. (2016). Souffrance et plaisir au travail. L'approche par la psychopathologie du travail. *Travailler*, 35, 17-30. <https://doi.org/10.3917/trav.035.0017>
- Dejours, C. (2017). La psychiatrie résiste-t-elle au néolibéralisme ?. *L'information psychiatrique*, 93, 39-42. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1580>
- Delion, P. (2001). Thérapeutiques institutionnelles. EM-Consulte. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier.
- Delion, P. (2009). Préface. Dans F. Tosquelles, *Le travail thérapeutique en psychiatrie* (pp. 7- 15). Erès.

- Delion, P. (2011a). *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne*. Dunod.
- Delion, P. (2013). *Ecouter, soigner. La souffrance psychique de l'enfant*. Albin Michel.
- Demailly, L. (2011). Les résistances à la violence des institutions psychiatriques. Dans C. Rostaing & D. Laforgue (dirs.), *Violence et institutions*. (pp.181-201). CNRS Editions.
- Demailly, L. & Maury, C. (2012). Continuités et inflexions de la politique du soin psychique. 1950-2011. Dans L. Demailly et M. Autès (dirs.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*. (pp. 15-28). Armand Colin.
- Demailly, L., Roelandt, J.-L. & 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 (dirs.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses* (pp. 173- 184). Armand Colin.
- 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). John Libbey Eurotext.
- De Miribel, J. (2017) *L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale : enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier*. [Thèse de doctorat, Centre Interuniversitaire de Recherche en Education de Lille], Thèse.fr.
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01775318>
- Denis, C. (2001). *La médiatrice et le conflit dans la famille*. Erès.
- Denis, T. & Zimmermann, B. (2017). *Simmel, le parti pris du tiers*. CNRS.
- Dewey, J. (1968). *Expérience et éducation*. Armand Collin.
- Didier, M. (2006). *Dans les nuits de Bicêtre*. Gallimard.

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2011a). La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. *Études et résultats*, 759 (8). DRESS.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2011b). La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. *Études et résultats*, 760 (8). DRESS.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2011c). L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010. DRESS
- Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. (2015). L'état de santé de la population en France. Rapport 2015. DRESS
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2016). Portrait des professionnels de santé. *Études et recherche*, 134. DRESS.
- Dubois-Fresney, C. & Perrin, G. (2009). *Le métier d'infirmier en France : du métier d'infirmier à l'exercice professionnel des soins infirmiers ?*. PUF.
- Dufour, D-R. (1990). *Les mystères de la trinité*. Gallimard.
- Dufour, D. (2001). Portrait du grand Sujet. *Raisons politiques*, 2, 9-25. <https://doi.org/10.3917/rai.002.0009>
- Durand, M. (2012). Travailler et apprendre : vers une approche de l'activité. Dans E. Bourgeois et M. Durand (dirs.), *Apprendre au travail* (pp. 13-32). PUF.
- Eneau, J. (2005). La part d'autrui dans la formation de soi - Autonomie, Autoformation et Réciprocité en Contexte Organisationnel. L'Harmattan.
- Fabre, M. (2017). *Qu'est-ce que problématiser ?*. Vrin.

- Forne, M. et Niederlender, P. (2007). Premiers pas d'une forme de compagnonnage en psychiatrie. Une expérience de tutorat en psychiatrie... Consulté le 20 novembre 2015 sur http://www.serpsy.org/formation_debat/Bilan%20Tutorat%202008.pdf
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard.
- Freud Sigmund., (1921), « *Psychologie collective et analyse du moi* ». *Essais de psychanalyse*, Payot.
- Fustier, P. (2008). La relation d'aide et la question du don. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6, 27-39. <https://doi.org/10.3917/nrp.006.0027>
- Gérard, J.-L. (1993). *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération. Une formation en question*. Lamarre.
- Girard, R. (1982). *Le bouc émissaire*. Le livre de poche.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Les Editions de Minuit.
- Grunberg, F., Massé, G., Lalonde, P. & Aubut, J. (1999). Psychiatrie bio-psycho-sociale. Dans P. Lalonde, J. Aubut et F. Grunberg (dirs.), *Psychiatrie clinique. Une approche bio psychosociale. Tome 1. Introduction et syndromes cliniques* (pp. 2-18). Gaëtan Morin.
- 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.

- Hochmann, J. (2004). *Histoire de la psychiatrie*. PUF.
- Hochmann, J. (2015a). *Les antipsychiatries : une histoire*. Odile Jacob.
- Hochmann, J. (2006). La peur du fou. *Santé mentale au Québec*, 6(1), 3-18.
<https://doi.org/10.7202/030085ar>
- Hochmann, J. (2015b). Les contestations de la psychiatrie. Entretien réalisé par O. Mongin, M-O, Padis & J. Roman. *Esprit*, 413, 19-27.
- Houssaye, J. (1988). *Le triangle pédagogique*. Peter Lang.
- Imbet, F. (1992). Vers une clinique du pédagogique. Un itinéraire en sciences de l'éducation. *Matrice*.
- Jaeger, M. (1990). « Garder, surveiller, soigner. Essai d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique ». *VST - Vie sociale et traitements*, 3.
- Jaeger, M. (2016). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique: 1. L'anti-mythe Jean-Baptiste Pussin. *VST - Vie sociale et traitements*, 131, 104-119. <https://doi.org/10.3917/vst.131.0104>
- Jaeger, M. (2016). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique: 2. Personnel laïc et personnel religieux. *VST - Vie sociale et traitements*, 132, 105-115. <https://doi.org/10.3917/vst.132.0105>
- Jaeger, M. (2017). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique: 3. La constitution d'une profession. *VST - Vie sociale et traitements*, 133, 104-123. <https://doi.org/10.3917/vst.133.0104>

- Jaeger, M. (2017). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique: 4. La formation des infirmiers. *VST - Vie sociale et traitements*, 134, 109-126. <https://doi.org/10.3917/vst.134.0109>
- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01>
- Jorrot, A., De Ketele, J-M. & Merhan, F. (2017). *Les apprentissages professionnels accompagnés*. De Boeck.
- Kaës, R. (2010). *La parole et le lien : Associativité et travail psychique dans les groupes*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.kaes.2010.01>
- Kaufmann, J-C. (2013). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif*. Amand Collin.
- Knibiehler, Y. et al. (1984). *Cornettes et blouses blanches - Les infirmières dans la société française (1880-1980)*. Hachette.
- Knight, P., Tait, J., & Yorke, M. (2006). The professional learning of teachers in higher education. *Studies in Higher Education*, 31(3), 319-339. <https://doi.org/10.1080/0307507060068078>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning. Experience at the source of learning and development*. Prentice Hall.
- Koupernik, C. (1974). *L'antipsychiatrie : sens ou non-sens ?* PUF.
- 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.
- Labelle, J-M. (1996). *La réciprocité éducative*. PUF.

Labelle, J-M. (2001). Une recherche collégiale en équipe, sur les manières d'apprendre des adultes. *Perspective documentaires en éducation*, 52, 67-86.

<http://docplayer.fr/145528732-Une-recherche-collegiale-en-equipe.html>

Lacan, J. (2005). Des noms du père. Seuil

Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.

Lebrun, J-P. (2005). *Avons-nous encore besoin d'un tiers ?*. ERES.

Lebrun, J. & Volckrick, M. (2005). Introduction. Dans : J-P Lebrun (Dir.), *Avons-nous encore besoin d'un tiers ?* (pp. 9-18). Érès.

<https://doi.org/10.3917/eres.lebru.2005.02.0009>

Lemaître, D. (2007). Entre savoirs et identités : le phénomène de mimesis dans la formation des ingénieurs. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 40(3), 11.

<https://doi.org/10.3917/lisdle.403.0011>

Leplat, J. (1997). *Regard sur l'activité en situation de travail : contribution à la psychologie ergonomique*. PUF.

Lerbert, G. (1998). *L'autonomie masquée, histoire d'une modélisation*. L'Harmattan.

Lerbet-Sereni, F. (1992). Relation duale et tiers inclus. Contribution à l'approche pragmatique de l'autonomie des systèmes relationnels et perspectives éducatives. [Thèse de doctorat, Université de Tours]. HAL sciences ouvertes. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01631204/document>

Lerbet-Sereni, F. (1994). *La relation duale. Complexité, autonomie et développement*. L'Harmattan.

- Lits, G. (2009). Tiers et objectivité sociale chez George Simmel. *Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales*, Presses universitaires de Louvain.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00747402>
- Lupasco, S. (1947). *Logique et contradiction*. PUF.
- Loquet, J., Ricroch, L. (2014). *Les conditions de travail dans les établissements de santé. Le panorama des établissements de santé*. DRESS.
- Lupasco, S. (1960). *Les trois matières*. Julliard.
- Lupasco, S. (1979). *L'univers psychique : la fin de la psychanalyse*. Denoël Gonthier.
- Mannoni, P. (2012). *Les représentations sociales*. PUF.
- Martinez, M-L. & Poplimont, C. (2021). Le tiers comme objet et sujet : relation éducative, fonction tierce et médiation. ISTE édition.
- Mauban, P., Roger, L. & Lejeune, M., (2013). La déprofessionnalisation. *Recherche et Formation*, 72, 89-102. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2041>
- Mauss, M. (1924). *Essai sur le don*.
- Mayen P. (dir.), Apprendre des autres. Education Permanente n° 151.
- Mayen, P. (2000). Interactions tutorales au travail et négociations formatives. *Recherche et Formation*, 35, 59-73.
- Mezirow J., (2001). Penser son expérience, Développer l'autoformation. *Chronique Sociale*.
- Mialaret, G. (2011). Savoirs théoriques, savoirs scientifiques et savoirs d'action en éducation. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 161-187). PUF.

- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue française de sociologie*, 16(2), 229-247.
- Milon, A. (2009, mai). Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France. Office parlementaire d'évaluation de politiques de santé.
https://cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_MILON_mai_2009_sur_la_prise_en_charge_psychiatrique_en_France.pdf
- Minard, M. (2013). *Le DSM-ROI : La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*. Eres.
- Morasz, L. (2002). Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et thérapeutique. Dunod.
- Morasz, L., Perrin-Niquet, A., Vérot, J.-P. & Barbot, C. (2004). L'infirmier(e) en psychiatrie. Les grands principes du soin en psychiatrie. Masson.
- Morel, P. et Quételet, C. (1985). Les médecines de la folie. Paris : Hachette.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Ed du Seuil.
- Mucchielli, A., Bréard, R. & Pastor, P. (1992). *Méthodes en sciences humaines : L'entretien projectif*. Edition Eyrolles.
- Nicolas, M. (2016). Quel tutorat d'intégration en psychiatrie. Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie. (CRMC Psychiatrie. <http://crmc-psy.fr/wp-content/uploads/2016/12/tutorat-dintegration-en-psychiatrie-v2.pdf>)
- Nicolescu, B. (1999). Le tiers inclus. De la physique quantique à l'ontologie. Dans H. Badescu, & B. Nicolescu, (dirs). *Stéphane Lupasco, l'homme et l'œuvre*. (pp. 113-144). Editions du Rocher

- Nicolescu, B. (1986). *Nous, la particule et le monde*. Le Mail.
- Nicolescu, B. (1986). *La transdisciplinarité : manifeste*. Editions du rocher.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Pastré, P. (2006). *Apprendre à faire*. Puf.
- Pastré, P., Mayen, P., Vergnaud, G. (2006). *La didactique professionnelle*.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03051510/>
- Pastré, P. (2015). Le travail de l'expérience. Dans L. Albarello, J.-M. Barbier, E. Bourgeois, E. et M. Durand (dirs.), *Expérience, activité, apprentissage* (pp. 93-110). PUF.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle*. L'Harmattan.
- Paul, M. (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, 20, 11-63.
<https://doi.org/10.3917/savo.020.0011>
- 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.
- Pfeil-thiriet, F. (2011). L'accompagnement des nouveaux recrutés. *Soins cadre*, 80, 38-40.
- Piaget, Y. (1969). *Psychologie et pédagogie*. Denoël Gauthier.
- Piel, E. & Roelandt, J-L. (2001). De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. Rapport de mission. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000522.pdf>
- Pineau, G. L'autoformation en chantier. *Education permanente*. 122.
- Poisson, M. (1998). *Histoire de la profession infirmière en France. Origine républicaine, d'un modèle infirmier*. Edition Hospitalière.

- Postel, J. (2007). Introduction à l'histoire de la psychiatrie. Dans J.-D. Guelfi, & F. Rouillon (dirs.), *Manuel de psychiatrie* (pp. 3-11). Elsevier-Masson.
- Postel, J. & Quételet, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod.
- Pouget, D. (2022). L'anthropocène et la psychiatrie, *Année de la recherche en sciences de l'éducation*. L'harmattan. (à paraître)
- Pouget, D. & Vannereau, J. (2020). L'apprentissage tierceisé : le cas des nouveaux diplômés en soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale. *Année de la recherche en sciences de l'éducation*. L'harmattan.
- Quételet, C. (2009). *Histoire de la folie. De l'antiquité à nos jours*. Edition Tallandier.
- Robiliard, D. (2013, décembre). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la Santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
- Rogers, C. (1998). *Le développement de la personne*. Dunod.
- Roquet, P. (2012). Comprendre les processus de professionnalisation : une perspective en trois niveaux d'analyse. *Phronesis*, 1 (2), 82–88. <https://doi.org/10.7202/1009061ar>
- Roumieux, A. (1974). *Je travaille à l'asile d'aliénés*. Champ libre.
- Roy, J., Robichaud, F. (2016). Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières. *Recherche en Soins Infirmiers*, 127, 82-90.
- Sallaberry, J-C. (1996). *Dynamique des représentations dans la formation*. L'Harmattan.
- Sallaberry, J-C. (1997). Représentation et articulation individuel-collectif. *Spirale. Revue de recherches en éducation*, 2, 77-92. https://www.persee.fr/doc/spira_0994-3722_1997_hos_2_1_1644

- Sallaberry, J-C. (2000). Complexité des situations d'éducation et théorie des systèmes. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 3, 11-25. https://www.persee.fr/doc/dsedu_1296-2104_2000_num_3_1_916
- Sallaberry, J-C. (2021). Complexité : jalons pour une définition. *ISTE Open Sciences*, 1, 1-20. http://www.openscience.fr/IMG/pdf/iste_ingecog21v5n1_1.pdf
- Sassolas, M. (2009). *Transmissions et soins psychiques*. Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.sasso.2009.01>
- Serres, M. (1980). *Le passage du nord-ouest*. Edition de minuit.
- Serres, M. (1991). *Le tiers instruit*. Ed Bourin.
- Serres, M. (1993). Apprentissage, voyage, métissage. *Hommes et Migrations*, 1161, 6-9.
https://www.persee.fr/doc/homig_1142-852x_1993_num_1161_1_1945
- Sibony, D. (1991). *L'entre-deux : l'origine en partage*. Ed. du Seuil.
- Siksou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913-1999) : Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*, 260, 52-55.
<https://doi.org/10.3917/jdp.260.0052>
- Simmel, G. (1999). *Sociologie : étude sur les formes de socialisation*. PUF.
- Six, J-F. (1990). *Le Temps des médiateurs*. Seuil.
- Temple, D. (2017). *Commun et réciprocité*. Collection réciprocité.
- Temple, D. (2018). *La réciprocité de la vengeance*. Collection réciprocité.
- Temple, D. (2019). *Principe et réciprocité*. Collection réciprocité.

- Temple, D. & Chabal, M. (1995). *La réciprocité et la naissance des valeurs humaines*.
L'Harmattan.
- Tosquelles, F. (1984). *Education et psychothérapie institutionnelle*. Hiatus.
- Tricoire, B. (2002). *La médiation sociale : le génie du tiers*. L'Harmattan.
- Vannereau, J. (2023), « Faire un mémoire comme on fait du yoga, pour une autoréférence en action ». Dans, H. Hagège, R. Hétier, F. Pasquier, J. Vannereau (DIR), *Conditions et modalités de l'institutionnalisation d'une éducation laïque à la spiritualité*, (2023, à paraître).
- Vannereau, J. (2012). Le tuilage entre cadres de soins en psychiatrie lors de l'accompagnement d'un groupe d'analyse des pratiques. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00867108/document>
- 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 (dirs.), *Violence et institutions. Réguler, innover ou résister ?* (pp. 29-44). CNRS Editions.
- Vigarello, G. (1993). *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Age*. Ed le Seuil.
- Volckrick, M. (1997). Les usages du tiers dans la négociation. *Le Bulletin Freudien*, 30, 1-16. https://www.association-freudienne.be/pdf/bulletins/31-BF30.9_VOLCKRICK.pdf
- Volckrick, E. (2005), « La question du tiers dans les dispositifs de médiation ». Dans J-P. Lebrun & E. Volckrick, (2005). *Avons-nous encore besoin d'un tiers ?*, Toulouse.
- Volckrick, M. (2007). Intervenir en tiers aujourd'hui. *Négociations*, 7, 75-88. <https://doi.org/10.3917/neg.007.0075>

- Volckrick, M. (2009). Les usages du tiers dans la négociation. *Négociations*, 12, 131-146. <https://doi.org/10.3917/neg.012.0131>
- Walter, B. (1998). *Le savoir infirmier : construction, évolution et révolution de la pensée infirmière*. Lamarre.
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Éducation permanente*, 135, 7-166.
- Wittorski, R. (2008a). La notion d'identité collective. Dans M. Kaddouri, C. Lespessailles, M.
- Wittorski, R. (2008b). La professionnalisation. *Savoirs*, 17(2), 9-36.
<https://doi.org/10.3917/savo.017.0009>
- Wunenburger, J-J. (1990). *La raison contradictoire*. Albin Michel.
- Xypas, C., Fabre, M. & Hétier, B. (2011). *Le tiers éducatif : Une nouvelle relation pédagogique. Figures et fonctions du tiers en éducation et formation*. De Boeck.
- 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. La documentation française.
- Zarifian, E. (2000). *Les jardiniers de la folie*. Odile Jacob.
- Zarifian, P. (2009a). Intercompréhension et coopération dans le travail. Dans P. Zarifian, *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle* (pp. 53-62). PUF.
- Zarifian, P. (2009b). *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*. PUF.

Textes officiels

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

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux compétences infirmiers. Parties IV et V

(dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines

dispositions de ce code. [en ligne]. <http://www.infirmiers.com/profession->

[infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html](http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html)

Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat infirmier et à l'exercice de la profession. Ref.531 001 Berget-Levrault (0306) Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 1992.

Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat infirmier et à l'exercice de la profession. Formations des professions de santé. Ref. Berget-Levrault (1006) Ministère de la santé et des sports. 15/06/2010

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.

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.

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.

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 du 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.

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.

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.

Conseil National de l'Ordre des Infirmiers (CNOI). (2010). Rapport de synthèse. Psychiatrie et santé mentale. Enjeu et perspectives pour les pratiques infirmières. Consulté sur 15 juillet 2022 sur https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/rapport_cnoi_psychiatrie_sante_mentale.pdf

Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015. Ministère du travail de l'emploi et de la santé et Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Consulté sur 15 juillet 2022 sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf

Cour des comptes. (2011, décembre). L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale. Consulté sur 15 juillet 2022 sur <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lorganisation-des-soins-psychiatriques>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'observation vierge

Guide d'Observation

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?		
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?		
Les nouveaux diplômés éprouvent- ils des difficultés ?		
Existe-t-il un tutorat ?		
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)		

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

Annexe 2 : Guide de mots clefs en lien avec le verbe « apprendre »

Faire	Réussir	Evaluation	Guider	Transmettre	s'imprégner
Progresser	Inculquer	Comprendre	Approfondi	Montrer	Initier
Apprendre	Savoir	Appris	Expliquer	Digérer	s'habituer
Expliquer	Répéter	Etudier	Découvrir	Dire	Echanger
Rechercher	Observer	S'informer		

Annexe 3 : Grille de tiers issus de l'étude de Knight, Tait & York

Formation	Colloque	Anecdotes	Livre
Internet	Le patient	L'équipe	Un soignant
Le cadre de santé		

Annexe 4 : Observation des 10 sujets

Guide d'Observation : sujet 1.....	213
Guide d'Observation : sujet 2.....	214
Guide d'Observation : sujet 3.....	215
Guide d'Observation : sujet 4.....	216
Guide d'Observation : sujet 5.....	217
Guide d'Observation : sujet 6.....	218
Guide d'Observation : sujet 7.....	219
Guide d'Observation : sujet 8.....	220
Guide d'Observation : sujet 9.....	221
Guide d'Observation : sujet 10.....	222

Guide d'Observation : sujet 1

Guide d'Observation : sujet 1

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?	X	
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?	X	
Les nouveaux diplômés éprouvent-ils des difficultés ?	X	
Existe-t-il un tutorat ?		X
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)	X	

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

Guide d'Observation : sujet 2

Guide d'Observation Sujet 2

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?	X	
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?	X	
Les nouveaux diplômés éprouvent-ils des difficultés ?	X	
Existe-t-il un tutorat ?		X
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)	X	

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

Guide d'Observation : sujet 3

Guide d'Observation Sujet 3

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?	X	
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?	X	
Les nouveaux diplômés éprouvent-ils des difficultés ?	X	
Existe-t-il un tutorat ?		X
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)	X	

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

Guide d'Observation : sujet 4

Guide d'Observation Sujet 4

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?	X	
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?	X	
Les nouveaux diplômés éprouvent-ils des difficultés ?	X	
Existe-t-il un tutorat ?		X
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)	X	

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

Guide d'Observation : sujet 5

Guide d'Observation Sujet 5

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?	X	
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?	X	
Les nouveaux diplômés éprouvent-ils des difficultés ?	X	
Existe-t-il un tutorat ?		X
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)	X	

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

Guide d'Observation : sujet 6

Guide d'Observation Sujet 6

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?	X	
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?	X	
Les nouveaux diplômés éprouvent-ils des difficultés ?	X	
Existe-t-il un tutorat ?		X
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)	X	

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

Guide d'Observation : sujet 7

Guide d'Observation Sujet 7

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?	X	
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?	X	
Les nouveaux diplômés éprouvent-ils des difficultés ?	X	
Existe-t-il un tutorat ?		X
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)	X	

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

Guide d'Observation : sujet 8

Guide d'Observation Sujet 8

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?	X	
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?	X	
Les nouveaux diplômés éprouvent-ils des difficultés ?	X	
Existe-t-il un tutorat ?		X
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)	X	

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

Guide d'Observation : sujet 9

Guide d'Observation Sujet 9

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?	X	
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?	X	
Les nouveaux diplômés éprouvent-ils des difficultés ?	X	
Existe-t-il un tutorat ?		X
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)	X	

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

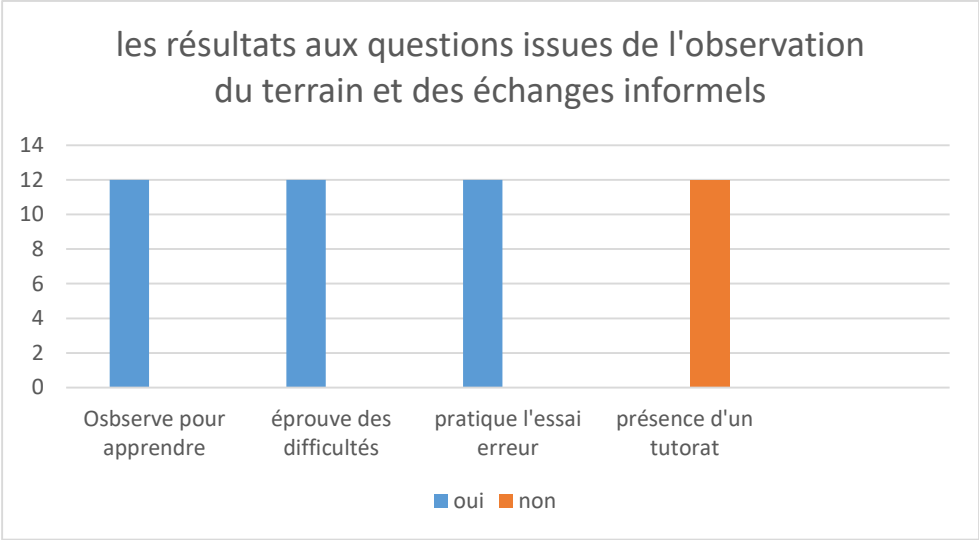
Guide d'Observation : sujet 10

Guide d'Observation Sujet 10

Questions	Oui	Non
Les nouveaux diplômés observent-ils les professionnels experts pour apprendre ?	X	
Les nouveaux diplômés pratiquent-ils l'essai/erreur ?	X	
Les nouveaux diplômés éprouvent-ils des difficultés ?	X	
Existe-t-il un tutorat ?		X
Si la réponse est négative, Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage (guide à suivre)	X	

- Regarder les situations qui pourraient être source d'apprentissage
 - o Recherche d'information extérieure au service
 - Lecture, formation, réseaux, lieux...
 - o Echange
 - Conversation informelle, anecdotes, partages d'information, en dualité (et avec qui), en groupe, réunion, lieux...
- Les situations d'apprentissages observées sont-elles instituées ?
- Questionner si besoin

Annexe 5 : résultats aux questions fermées



Annexe 6 : Analyse de situations apprenantes

Lecture et apprentissage	225
Symptôme et apprentissage	226
Patient et apprentissage	227
Collègue et apprentissage	228
Anecdotes et apprentissage	229
Patient et apprentissage	230
Règles institutionnelles et apprentissage	231
Médecin et apprentissage	232
Réunions et apprentissage	233
Médiateur et apprentissage	234
Cadre de santé et apprentissage	235
Tester et apprendre	236
Les lieux informels et apprentissage	237
La pratique infirmière et l'apprentissage	238
_Toc114398003	

Lecture et apprentissage

« Hier, *j'ai fait un lien* entre la *lecture* d'une situation et *l'expérience* que j'étais en train de vivre. »

Thématique	Résultats
Le livre L'expérience	« entre la lecture d'une situation et l'expérience que j'étais en train de vivre. »
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Faire un lien	« Hier, j'ai fait un lien »

Symptôme et apprentissage

« C'est un patient qui venait d'arriver en gros depuis une demi-heure dans le service. J'avais parlé avec lui dans sa chambre. Il délirait un petit peu, mais pas plus que ça. C'était, enfin ça restait superficiel. Je l'ai emmené fumer sa cigarette. Là, pour continuer mon entrée je lui ai proposé d'aller prendre les constantes. Il était d'accord. On parlait un peu de son histoire de vie. Et là à un moment quand j'ai voulu m'approcher pour prendre ses constantes. Là il a, enfin, j'ai senti que son regard a changé. **Un regard, de travers** comme s'il venait de voir quelques choses. Il a voulu essayer de m'étrangler. Donc là je l'ai bousculé. Il m'a mis un coup- de-pied, je l'ai bousculé et j'ai crié pour appeler de l'aide. et à ce moment-là, au moment où j'ai appelé de l'aide il s'est tout de suite arrêté. Voilà. Mais ce moment on sent qu'il va se passer quelque chose. **Ce regard qui change... que le patient va passer à l'acte. Bien, maintenant, je pense que, si de nouveau j'étais confrontée à ce regard je serais, euh comment dire, j'arriverai à plus anticiper, et je ne fais plus d'accueil comme ça...**

Thématique	Résultats
Le patient La symptomatologie	<i>J'ai senti que son regard a changé... Il a voulu essayer de m'étrangler.</i>
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Reconnaissance du symptôme Changement de pratique	<i>Bien, maintenant, je pense que, si de nouveau j'étais confrontée à ce regard je serais, euh comment dire, j'arriverai à plus anticiper</i>

Patient et apprentissage

« *J'apprends des choses toute seule.* Chez le patient, les pathologies s'expriment de différentes façons. Puis chaque patient psychotique va être différent. Donc du coup j'apprends des choses, des symptômes que je n'avais pas vus chez d'autres. En fait, je me construis un répertoire issu des situations que je rencontre, des expériences que je rencontre. Oui un panel d'image, d'expérience, oui. Je prends et je laisse suivant l'expérience que j'ai vécue, je garde des choses, des signes que j'ai repérés, euh... par exemple je vais repérer des signes et par la suite je vais les retrouver chez une autre personne et du coup je vais me rappeler la première fois que je les aie vus. Je vais faire des liens et puis suivant comment je serais entrée en relation avec cette personne, si ça s'est bien passé ou mal passé bai je vais aussi garder des choses pour pouvoir les transposer ou améliorer selon le cas. Oui, oui et je fais, un espèce de tri de choses, qu'ont marché qu'ont pas marché, qu'ont pu faire évoluer la situation ou pas et j'en garde bais des... bais comme des photos. »

Thématique	Résultats
Le patient La symptomatologie Expérience vécue	<i>. Chez le patient, les pathologies s'expriment de différentes façons... Je prends et je laisse suivant l'expérience que j'ai vécue, je garde des choses, des signes que j'ai repérés,</i>
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Apprendre	<i>J'apprends des choses toute seule... un espèce de tri de choses qu'ont marché qu'ont pas marché, qu'ont pu faire évoluer la situation ou pas et j'en garde</i>

Collègue et apprentissage

« *Prendre du recul* après un laps de temps, même longtemps après. Cela se fait avec *l'aide d'un collègue* qui m'amène à travailler certaine prise en charge, car tout seul, j'aurai dû mal à... J'ai besoin de l'autre. Sans les collègues honnêtement je serai clairement en difficulté. Je suis dans l'interaction avec les autres soignants et je suis plus à prendre appui sur l'autre étant donné que je considère que j'ai encore peu d'expérience. Si je vois que l'autre a repéré des choses et que... dans des situations qui vont être compliquées, *je l'observe* clairement."

Thématique	Résultats
Un collègue	<i>fait avec l'aide d'un collègue qui m'amène à travailler certaine prise en charge</i>
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Prendre du recul	<i>Prendre du recul après un laps de temps</i>

Anecdotes et apprentissage

«Je me rappelle d'un truc, une fois, au moment où l'équipe prenait ça pause, et bien il y avait une soignante qui *racontait une anecdote* concernant une relation de soin entre elle et un patient quand elle était jeune diplômée. Un patient jeune et non connu à l'époque, et c'était sa première hospitalisation. Elle racontait que ce patient était persuadé qu'il avait une maladie incurable et qu'il allait mourir de cette maladie. Elle parlait d'idées fixes tellement fixes que le patient ne pouvait aborder d'autres sujets de conversation. Mais elle racontait tout avec les signes cliniques qu'elle décrivait, et, comment cela avait fini, par un passage à l'acte, car elle avait fait durée l'entretien. Enfin le truc c'est que ce patient, il souffrait vraiment, enfin... Et bien, quelque temps après, j'étais en admission et j'accueille un patient en hospitalisation. *Pendant l'entretien, ça m'a fait bizarre. Je me suis rappelé l'histoire de ma collègue.* »

Thématique	Résultats
Lieu/moment Anecdote	<i>« au moment où l'équipe prenait ça pause, et bien il y avait une soignante qui racontait une anecdote concernant une relation de soin.... elle racontait tout avec les signes cliniques qu'elle décrivait... »</i>
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Ce rappeler	<i>« Quelque temps après, j'étais en admission et j'accueille un patient en hospitalisation. Pendant l'entretien, ça m'a fait bizarre. Je me suis rappelé l'histoire de ma collègue. »</i>

Patient et apprentissage

« Le truc de fou, quand j'ai débuté et bien un *jour un patient* m'a interpellée. Il disait qu'il ne se sentait pas bien et qu'il ressentait une tension qu'il disait interne. Il *m'expliquait et me décrivait son angoisse*. Comment elle s'était installée et ce que cela lui faisait. Enfin, il ne se sentait pas bien et il me disait qu'il allait passer à l'acte si je ne faisais rien. À l'époque je m'en rappelle, j'ai rien fait alors pourquoi... Et il est passé à l'acte et s'est retrouvé en chambre d'isolement. Mais quelque temps après, j'écoutais une collègue qui parlait avec un patient et il se trouve que ce patient décrivait les mêmes caractéristiques concernant l'angoisse que le patient de mon histoire. Pour finir, *peu de temps après, j'observais un patient dans le service et son faciès était le même* que les deux autres patients. Du coup, j'ai été le voir. Et cette fois, si c'est moi qui ai proposé les symptômes de l'angoisse au patient. *Et bingo, j'avais raison. Il était super angoissé* et là, je n'ai pas attendu, j'ai fait quelques choses. »

Thématique	Résultats		
Le patient Le symptôme Le soignant	<i>un jour un patient... m'expliquait et me décrivait son angoisse.</i>	<i>quelque temps après, j'écoutais une collègue</i>	<i>, peu de temps après, j'observais un patient</i>
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Changement de pratique	<i>À l'époque ..., j'ai rien fait</i>	<i>ce patient décrivait les mêmes caractéristiques concernant l'angoisse que le patient de mon histoire</i>	<i>son faciès était le même que les deux autres patients. Du coup, j'ai été le voir. Et cette fois,... j'ai fait quelques choses</i>

Règles institutionnelles et apprentissage

« *Quand t'es dans un service de soins, y a des règles comme l'ouverture des portes, des repas... enfin y a plein de règles. Un jour, c'était le matin il y avait un patient bien tendu, qui voulait fumer et l'ouverture de la cour interne au service s'ouvrait à 7 h. Il était moins cinq. Y a une collègue qui lui a dit d'attendre que l'heure. C'était l'heure et elle a pris une bouffe. Depuis, moi je joue, enfin entre guillemets je joue, avec le cadre. Même si cela rythme une journée, j' préfère ouvrir une porte cinq minutes avant et éviter une situation de crise.* »

Thématique	Résultats
Règles institutionnelles Pratique soignante	, y a des règles comme l'ouverture des portes..., Y a une collègue qui lui a dit d'attendre que l'heure... et elle a pris une bouffe
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Changement de pratique	j' préfère ouvrir une porte cinq minutes avant et éviter une situation de crise

Médecin et apprentissage

« Je me rappelle que j'ai pris en charge un patient délirant. Au bout de quelque temps ce patient est sorti d'hospitalisation et il délirait toujours un peu. Je ne comprenais pas pourquoi on laissait sortir ce patient, car il délirait, enfin bon. Quelque temps après, ce même patient est revenu en hospitalisation, un autre médecin l'a pris en charge et cette fois-ci il est ressorti d'hospitalisation et il n'y avait plus de délire. Pour moi, cette deuxième sortie était ce qui correspondait à mes représentations d'une sortie d'hospitalisation d'un patient délirant. Sauf que deux jours après il était de nouveau hospitalisé et là, pas pour troubles délirants, mais pour tentative de suicide grave. Je ne comprenais pas trop bien ce qui se passait. **C'est le premier médecin qui l'avait pris en charge qui m'a expliqué** que pour certain patient il valait mieux ne pas éliminer le délire, car sinon ils se retrouvaient confrontés au vide et cet état était aussi, voire pire que le délire. Du coup **maintenant je comprends mieux** sa décision de l'avoir fait sortir et du coup maintenant je connais les patients de mon service, car la plupart font des allers-retours et je sais que pour certains patients, leur délire est essentiel afin qu'il ne se suicide pas. »

Thématique	Résultats	
Le médecin La symptomatologie	<i>C'est le premier médecin qui l'avait pris en charge qui m'a expliqué</i>	<i>Je ne comprenais pas pourquoi on laissait sortir ce patient car il délirait... Quelque temps après, ce même patient est revenu... il est ressorti d'hospitalisation et il n'y avait plus de délire... Sauf que deux jours après il était de nouveau hospitalisé pour tentative de suicide</i>
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Changement de pratique	<i>maintenant je connais les patients de mon service, car la plupart font des allers-retours</i>	<i>je sais que pour certains patients, leur délire est essentiel afin qu'il ne se suicide pas. »</i>

Réunions et apprentissage

« J'aime assister aux *réunions panoramiques et cliniques*, car en équipe on échange autour de la problématique du patient. Cet échange où, on n'est parfois pas toujours d'accord, même on s'engueule, et bien quand même ça permet bon gré mal gré à décider et travailler ensemble. Du coup *c'est riche d'un point de vue personnel, mais aussi professionnellement* et ça sert aussi pour l'équilibre du groupe, l'équipe quoi. »

Thématique	Résultats
Les réunions L'échange dans le groupe	<i>réunions panoramiques et cliniques, car en équipe on échange</i>
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage C'est riche	<i>c'est riche d'un point de vue personnel, mais aussi professionnellement</i>

Médiateur et apprentissage

« Enfin, un jour j'avais un patient qui était pas très bien. Je ne sais pas pourquoi, je lui ai proposé, de fumer une cigarette alors qu'y a des lois qui interdisent de fumer dans des lieux publics. J'ai été fumé avec lui. C'était génial, car du coup il m'a parlé et après il s'est décontracté. Maintenant, je propose une cigarette, un café enfin quelque chose qui n'a rien avec le soin et souvent ça marche. »

Thématique	Résultats
Tiers supposés : La cigarette Les règles institutionnelles	, je lui ai proposé, de fumer une cigarette... alors qu'y a des lois qui interdisent de fumer dans des lieux publics
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Changement de pratique	Maintenant, je propose une cigarette, un café enfin quelque chose qui n'a rien avec le soin et souvent ça marche.

Cadre de santé et apprentissage

« Parfois quand je suis avec un patient *le cadre de santé* est dans le coin occupé à autre chose. Mais, pour moi, elle écoute ce que je dis ou regarde ce que je fais, car rien qu'à *son expression du visage ça me guide*. Oui ça me rassure dans ce que je fais. »

Thématique	Résultats
Le cadre de santé	<i>le cadre de santé est dans le coin... elle écoute ce que je dis ou regarde ce que je fais</i>
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Guide	<i>son expression du visage ça me guide</i>

Tester et apprendre

« J'étais la seule infirmière, et mes collègues aides-soignantes comptaient sur moi. Tous comptaient sur moi pour savoir ce qu'on devait faire. Je sentais qu'il y avait de la panique. C'est en allant voir la patiente pour essayer de l'apaiser, j'ai compris pourquoi, les collègues paniquaient. Je me suis dit, au secours. Je me suis retrouvée en difficulté à devoir gérer une situation qui ne m'était encore jamais arrivée et j'étais toute seule. L'école ne m'a jamais préparé à ce genre de situation. Donc, j'ai essayé des choses et quand ça ne marche pas, bai j'essayais autre chose. Heureusement, ça s'est bien fini, mais moi je me suis enfermée dans les vestiaires et j'ai pleuré, le stress j'avais les jambes. J't'explique même pas. »

Thématique	Résultats
Le nouveau diplômé	J'étais la seule infirmière, j'ai essayé des choses
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Essai/erreur	ça ne marche pas, bai j'essayais autre chose

Les lieux informels et apprentissage

« *Lors des repas de service, les collègues racontent des situations qu'elles ont vécues, c'est riche... enfin à moi ça me sert c'est moment car si un jour cela m'arrive et bien je serai quoi faire.* »

Thématique	Résultats
Repas de service (lieu) Le groupe soignant	« <i>Lors des repas de service, les collègues racontent des situations</i>
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Servir	<i>ça me sert ces moment</i>

La pratique infirmière et l'apprentissage

« *Je compare cet infirmier par rapport à d'autres infirmiers. Et là, je me rends compte que certaines attitudes sont plus intéressantes que d'autres et je prends ce qui me convient en tant que personne et ce qui marche. Chaque moment, chaque attitude des soignants, que je trouve pertinente, avec ce dont j'ai appris ce que j'ai déjà vu, tout quoi, en fait je prends un peu de tout un peu partout. »*

Thématique	Résultats
Le groupe soignant (les pratiques)	<i>Je compare cet infirmier par rapport à d'autres</i>
Apprentissage ou expression exprimant qu'il y a eu apprentissage Prendre	<i>je prends ce qui me convient</i>

Annexe 7 : Les situations

La lecture comme source d'apprentissage	240
La communication non verbale comme source d'apprentissage.....	240
Le patient comme source d'apprentissage	241
Le collègue comme source d'apprentissage.....	241
Les anecdotes comme sources d'apprentissage	241
Le patient comme source d'apprentissage	242
Les règles institutionnelles comme source d'apprentissage.....	242
Le médecin comme source d'apprentissage.....	243
Les réunions comme sources d'apprentissage	243
Un médiateur comme source d'apprentissage.....	243
Le cadre de santé comme source d'apprentissage.....	244
Tester des choses : une source d'apprentissage	245
Les lieux informels comme source d'apprentissage	245
La pratique infirmière comme source d'apprentissage	245

La lecture comme source d'apprentissage

« Hier, j'ai fait un lien entre la lecture d'une situation et l'expérience que j'étais en train de vivre. »

La communication non verbale comme source d'apprentissage

« C'est un patient qui venait d'arriver en gros depuis une demi-heure dans le service. J'avais parlé avec lui dans sa chambre. Il délirait un petit peu, mais pas plus que ça. C'était, enfin ça restait superficiel. Je l'ai emmené fumer sa cigarette. Là, pour continuer mon entrée je lui ai proposé d'aller prendre les constantes. Il était d'accord. On parlait un peu de son histoire de vie. Et là à un moment quand j'ai voulu m'approcher pour prendre ses constantes. Là il a, enfin, j'ai senti que son regard a changé. Un regard, de travers comme s'il venait de voir quelques choses. Il a voulu essayer de m'étrangler. Donc là je l'ai bousculé. Il m'a mis un coup-de-pied, je l'ai bousculé et j'ai crié pour appeler de l'aide et à ce moment-là, au moment où j'ai appelé de l'aide, il s'est tout de suite arrêté. Voilà. Mais ce moment on sent qu'il va se passer quelque chose. Ce regard qui change... que le patient va passer à l'acte. Bien, maintenant, je pense que, si de nouveau j'étais confrontée à ce regard je serais, euh comment dire, j'arriverai à plus anticiper, et je ne fais plus d'accueil comme ça... »

Le patient comme source d'apprentissage

« J'apprends des choses toute seule. Chez le patient, les pathologies s'expriment de différentes façons. Puis chaque patient psychotique va être différent. Donc du coup j'apprends des choses, des symptômes que je n'avais pas vus chez d'autres. En fait, je me construis un répertoire issu des situations que je rencontre, des expériences que je rencontre. Oui un panel d'images, d'expériences, oui. Je prends et je laisse suivant l'expérience que j'ai vécue, je garde des choses, des signes que j'ai repérés, euh... par exemple je vais repérer des signes et par la suite je vais les retrouver chez une autre personne et du coup je vais me rappeler la première fois que je les ai vus. Je vais faire des liens et puis suivant comment je serais entrée en relation avec cette personne, si ça s'est bien passé ou mal passé bai je vais aussi garder des choses pour pouvoir les transposer ou améliorer selon le cas. Oui, oui et je fais, un espèce de tri de choses qu'on marché qu'on pas marché, qu'on put faire évoluer la situation ou pas et j'en garde bais des... bais comme des photos. »

Le collègue comme source d'apprentissage

« Prendre du recul après un laps de temps, même longtemps après. Cela se fait avec l'aide d'un collègue qui m'amène à travailler certaine prise en charge, car tout seul, j'aurai dû mal à... J'ai besoin de l'autre. Sans les collègues honnêtement je serai clairement en difficulté. Je suis dans l'interaction avec les autres soignants et je suis plus à prendre appui sur l'autre étant donné que je considère que j'ai encore peu d'expérience. Si je vois que l'autre a repéré des choses et que... dans des situations qui vont être compliquées, je l'observe clairement.»

Les anecdotes comme sources d'apprentissage

« Je me rappelle d'un truc, une fois, au moment où l'équipe prenait sa pause, et bien il y avait une soignante qui racontait une anecdote concernant une relation de soin entre elle et un patient quand elle était jeune diplômée. Un patient jeune et non connu à l'époque, et c'était sa première hospitalisation. Elle racontait que ce patient était persuadé qu'il avait une maladie incurable et qu'il allait mourir de cette maladie. Elle parlait d'idée fixe tellement fixe que le

patient ne pouvait aborder d'autres sujets de conversation. Mais elle racontait tout avec les signes cliniques qu'elle décrivait, et, comment cela avait fini, par un passage à l'acte, car elle avait fait durée l'entretien. Enfin le truc c'est que ce patient, il souffrait vraiment, enfin... Et bien, quelque temps après, j'étais en admission et j'accueille un patient en hospitalisation. Pendant l'entretien, ça m'a fait bizarre. Je me suis rappelé l'histoire de ma collègue. »

Le patient comme source d'apprentissage

« Le truc de fou, quand j'ai débuté et bien un jour un patient m'a interpellée. Il disait qu'il ne se sentait pas bien et qu'il ressentait une tension qu'il disait interne. Il m'expliquait et me décrivait son angoisse. Comment elle s'était installée et ce que cela lui faisait. Enfin, il ne se sentait pas bien et il me disait qu'il allait passer à l'acte si je ne faisais rien. À l'époque je m'en rappelle, j'ai rien fait alors pourquoi... Et il est passé à l'acte et s'est retrouvé en chambre d'isolement. Mais quelque temps après, j'écoutais une collègue qui parlait avec un patient et il se trouve que ce patient décrivait les mêmes caractéristiques concernant l'angoisse que le patient de mon histoire. Pour finir, peu de temps après, j'observais un patient dans le service et son faciès était le même que les deux autres patients. Du coup, j'ai été le voir. Et cette fois, si c'est moi qui ai proposé les symptômes de l'angoisse au patient. Et bingo, j'avais raison. Il était super angoissé et là, je n'ai pas attendu, j'ai fait quelques choses. »

Les règles institutionnelles comme source d'apprentissage

« Quand t'es dans un service de soins, y a des règles comme l'ouverture des portes, des repas... enfin y a plein de règles. Un jour, c'était le matin il y avait un patient bien tendu, qui voulait fumer et l'ouverture de la cour interne au service s'ouvrait à 7 h. Il était moins cinq. Y a une collègue qui lui a dit d'attendre que l'heure, c'était l'heure et elle a pris une bouffe. Depuis, moi je joue, enfin entre guillemets je joue, avec le cadre. Même si cela rythme une journée, j' préfère ouvrir une porte cinq minutes avant et éviter une situation de crise. »

Le médecin comme source d'apprentissage

« Je me rappelle que j'ai pris en charge un patient délirant. Au bout de quelque temps ce patient est sorti d'hospitalisation et il délirait toujours un peu. Je ne comprenais pas pourquoi on laissait sortir ce patient, car il délirait, enfin bon. Quelque temps après, ce même patient est revenu en hospitalisation, un autre médecin l'a pris en charge et cette fois-ci il est ressorti d'hospitalisation et il n'y avait plus de délire. Pour moi, cette deuxième sortie était ce qui correspondait à mes représentations d'une sortie d'hospitalisation d'un patient délirant. Sauf que deux jours après il était de nouveau hospitalisé et là, pas pour troubles délirants, mais pour tentative de suicide grave. Je ne comprenais pas trop bien ce qui se passait. C'est le premier médecin qui l'avait pris en charge qui m'a expliqué que pour certain patient il valait mieux ne pas éliminer le délire, car sinon ils se retrouvaient confrontés au vide et cet état était aussi, voire pire que le délire. Du coup maintenant je comprends mieux sa décision de l'avoir fait sortir et du coup maintenant je connais les patients de mon service, car la plupart font des allers-retours et je sais que pour certains patients, leur délire est essentiel afin qu'il ne se suicide pas. »

Les réunions comme sources d'apprentissage

« J'aime assister aux réunions panoramiques et cliniques, car en équipe on échange autour de la problématique du patient. Cet échange où, on n'est parfois pas toujours d'accord, même on s'engueule, et bien quand même ça permet bon gré mal gré à décider et travailler ensemble. Du coup c'est riche d'un point de vue personnel, mais aussi professionnellement et ça sert aussi pour l'équilibre du groupe, l'équipe quoi »

Un médiateur comme source d'apprentissage

« Enfin, un jour j'avais un patient qui était pas très bien. Je ne sais pas pourquoi, je lui ai proposé, de fumer une cigarette alors qu'y a des lois qui interdisent de fumer dans des lieux publics. J'ai été fumé avec lui. C'était génial, car du coup il m'a parlé et après il s'est décontracté. Maintenant, je propose une cigarette, un café enfin quelque chose qui n'a rien avec le soin et souvent ça marche. »

Le cadre de santé comme source d'apprentissage

« Parfois quand je suis avec un patient le cadre de santé est dans le coin occupé à autre chose. Mais, pour moi, elle écoute ce que je dis ou regarde ce que je fais, car rien qu'à son expression du visage ça me guide. Oui ça me rassure dans ce que je fais. »

Tester des choses : une source d'apprentissage

« J'étais la seule infirmière, et mes collègues aides-soignantes comptaient sur moi. Tous comptaient sur moi pour savoir ce qu'on devait faire. Je sentais qu'il y avait de la panique. C'est en allant voir la patiente pour essayer de l'apaiser que j'ai compris pourquoi, les collègues paniquaient. Je me suis dit, au secours. Je me suis retrouvée en difficulté à devoir gérer une situation qui ne m'était encore jamais arrivée et j'étais toute seule. L'école ne m'a jamais préparé à ce genre de situation. Donc, j'ai essayé des choses et quand ça ne marche pas, bah j'essayais autre chose. Heureusement, ça s'est bien fini, mais moi je me suis enfermée dans les vestiaires et j'ai pleuré, le stress j'avais les jambes. J't'explique même pas. »

Les lieux informels comme source d'apprentissage

« Lors des repas de service, les collègues racontent des situations qu'elles ont vécues, c'est riche... enfin à moi ça me sert ces moments car si un jour cela m'arrive et bien je serai quoi faire. »

La pratique infirmière comme source d'apprentissage

« Je compare cet infirmier par rapport à d'autres infirmiers. Et là, je me rends compte que certaines attitudes sont plus intéressantes que d'autres et je prends ce qui me convient en tant que personne et ce qui marche. Chaque moment, chaque attitude des soignants, que je trouve pertinente, avec ce dont j'ai appris ce que j'ai déjà vu, tout quoi, en fait je prends un peu de tout un peu partout

Annexe 8 : Les entretiens

Entretien Sujet 1 247
Entretien Sujet 2 260
Entretien Sujet 3 274
Entretien Sujet 4 284
Entretien Sujet 5 302
Entretien Sujet 6 316
Entretien Sujet 7 327
Entretien Sujet 8 343
Entretien Sujet 9 355
Entretien Sujet 10 369
Entretien Sujet 11 383
Entretien Sujet 12 390

Entretien Sujet 1

Moi : « Avant de commencer peux-tu me dire : Quel âge as-tu ? Depuis quand tu es diplômée ? A quelle période as-tu été recrutée au sein de l'établissement dans lequel tu travailles ? Et pour finir as-tu réalisé des stages en psychiatrie durant tes études ? »

Sujet 1 : « Je suis diplômée depuis juillet 2015 et j'ai été recruté fin juillet de la même année. Quand je suis arrivée, j'ai fait un mois et demi en moyen séjour fermé. Puis 1 mois en admission fermée pour revenir dans le même service où j'ai débuté.

Pendant mes études j'ai réalisé des stages en psychiatrie dans le même hôpital :

En deuxième années, j'ai fait 5 semaines en hôpital de jour et 5 semaines en moyen séjour fermé. Puis en troisième année, comme j'avais validé tous mes soins techniques, j'ai choisi comme stage optionnel, le domaine de la psychiatrie. Du coup, j'ai réalisé 8 semaines de stage sur un pavillon d'admission ouverte et 7 semaines en alcoologie. »

Moi : « Alors je t'ai donné à lire 4 pages... »

Sujet 1 : « Oui en effet, je les ai relues plusieurs fois afin de m'en imprégner. Sur le coup j'ai pensé que s'était des personnes qui auraient pu répondre. »

Moi : « C'est-à-dire »

Sujet1 : « Et bien par rapport à des personnes en service de déficientes. Je vois, donc j'aurai pu penser que t'avais interviewé des personnes qui travaillaient là-bas. J'ai vu qu'il y avait des gens en admission aussi.»

Moi : « Donc tu as constaté que c'était des micro-situations en lien avec des discours de personnes soignantes. Alors tu me livres tes premières impressions, du coup, est-ce que cela t'inspire ? »

Sujet1 : « Moi ce que j'en ai compris c'est que c'était des personnes jeunes diplômées des infirmiers jeunes diplômés. Que cela parle de la pratique professionnelle, en lien avec l'expérience. Des situations qui a pu les mettre en difficulté ou pas spécialement parce qu'après ils parlent plus de l'enrichissement de sa pratique. Oui de sa pratique professionnelle. Après ils parlent aussi de l'observation des collègues donc un pour pouvoir se construire... Oui pour pouvoir se construire en tant qu'infirmier nouvellement diplômé. Euh... pou trouve de l'expérience de l'assurance pour faire face à des situations. »

Moi : « Et toi... »

Sujet1 : « Alors il y a des choses ou j'étais plutôt d'accord et d'autres un peu moins. »

Moi : « C'est-à-dire ? D'accord ou pas sur quoi par rapport à quoi ? »

Sujet1 : « *Et bien par exemple sur la lecture. Là j'étais d'accord car cela m'arrive de temps en temps de tomber sur des articles que je vois sur internet parce que j'ai une collègue justement dans le service qui en met sur Facebook donc ça s'affiche donc je regarde ce qu'elle met. J'étais donc d'accord sur les lectures et j'ai fait aussi la formation psycho-pathos récemment, et du coup des fois, je relie la théorie parce que c'est un peu lourd. Et des fois je n'arrive pas trop à faire les liens. Je le reprends, je le relis, d'autres que je ne comprends toujours pas, puis d'autres que j'arrive un peu à mieux comprendre... Voilà... Après, où est-ce que j'étais d'accord... Alors par rapport au fait que la personne disait de prendre du recul. En discuter avec les collègues. Alors ça c'est vrai. Cela m'arrive des fois de les solliciter, car j'ai pas été très à l'aise, ou je me pose des questions sur, comment j'ai réagi ou pas... Je leur demande comment elle aurait fait... »*

Moi : « Tu parles d'échanges avec les collègues ? »

Sujet1 : « *Oui pour moi c'est important. Là dans ton texte y a marqué : je compare cet infirmier à un autre infirmier. Alors euh oui et non. C'est vrai que je regarde beaucoup comment agissent ou réagissent mes collègues surtout au début. Maintenant peut-être un peu moins qu'au début. Forcément... toute façon maintenant je les connais. Je sais comment elles réagissent. Après quand je reprends la lecture : je me rends compte que certaines attitudes sont plus intéressantes que d'autres. Alors oui. Par moment mais après, oui ... comment dire... après je sais que chaque personne fait aussi avec ce qu'elle est et ce serait pas du tout dans le jugement... C'est bien ou c'est pas bien. »*

Moi : « Alors il n'y a pas de jugement de valeurs ou d'évaluation sur-t-elle personne ou-t-elle attitude... »

Sujet1 : « *D'accord alors c'est vrai que quand on soigne on fait avec ce qu'on est. J'ai des collègues qui vont être plus cadrantes et qui vont plus hausser le ton par moment et d'autres pas du tout. Après et bien parfois ça marche et d'autre fois et bien ça ne marche pas. Après, j'observe comment les patients réagissent face à ça. Et puis moi j'adapte aussi. Oui par rapport à la connaissance du patient et après par rapport... oui à la connaissance du patient et comment il réagit. »*

Moi : « Tu me parles des patients... »

Sujet1 : « *Oui je m'appuis sur leurs réactions. C'est sûr. Maintenant je vois bien la différence par rapport à quand je suis arrivée. Les patients ils me rentraient dedans. Ça me paniquait un peu. Maintenant ils peuvent me rentraient dedans et bien des fois j'en rigole. »*

Moi : « Alors est ce que je peux dire que tu t'appuis sur la clinique, les symptômes du patient ? »

Sujet1 : « *Oui, dans ton écrit il y a un passage qui parle de ça. Et là aussi j'suis d'accord. Si non, après chaque patient est unique. Alors ça c'est sûr. Après s'il y a la même pathologie, ils sont différents. Du coup on va réagir différemment en fonction de la personne... dans la relation. On est forcément différent. On ne peut pas être le même, la même relation avec deux patients différents car ils se passent forcément des choses... Après là aussi... alors... page 3 le dernier paragraphe par rapport aux règles du service. Là aussi j'étais d'accord, entre guillemets avec cette pratique. C'est vrai que ça m'arrive des fois. Je respecte pas forcément, le cadre institutionnel... enfin si y a un patient tendu, je vais pas aller le faire monter si il est mal et qu'il veut aller fumer et disons qu'il est moins dix et bien je vais pas aller... Comment dire... bah non vous attendez... »*

Moi : « *Toi tu fonctionnes comme ça ?* »

Sujet1 : « *Oui. Mais il y a des collègues effectivement, ça... On en parle en réunion justement, on s'est même accroché par rapport à ça car y en a qui ne sont pas d'accord... la règle... Mais des fois je suis plus souple... (Recherche mon approbation. Silence 15 secondes). Après, aussi des fois j'improvise aussi. Je fais un peu au feeling.* »

Moi : « *C'est-à-dire ?* »

Sujet1 : « *Et bien des fois, il y a des patients qui sont pas forcément, comment dire... pas bien... Des fois l'après-midi, c'est un peu tendu dans le service, et bien cela m'arrive de prendre un ou deux patients et de sortir du service et d'aller faire un tour avec eux. (7 min 3). On va manger une glace, un mac do... Ça correspond au système de la cigarette. Oui j'essaye d'être un peu plus souple... Après je pense que ça aussi, cette pratique ça correspond à quand j'étais en stage en moyen séjour fermé. J'étais avec des infirmiers psy et ils procédaient comme ça et la relation était complètement différente qui il y avait avec les patients par rapport à certains collègues. Oui il était beaucoup plus souple au niveau du cadre et du soin. Moi, c'est vrai que je me suis... Enfin j'ai bien aimé cette pratique de soins donc je m'en inspire.* »

Moi : « *Tu t'en inspires ?* »

Sujet1 : « *Enfin j'essaye car je ne l'ai pas vu beaucoup, mais c'est ça qui m'a donné envie justement d'aller en psychiatrie.* »

Moi : « *Tu souhaites me parler d'autres choses ? Tout à l'heure tu me disais que tu n'étais pas d'accord...* »

Sujet1 : « *Oui par exemple où il y a une collègue qui racontait une histoire avec un patient, euh, les idées fixes tout ça du coup la personne ça lui a rappelé l'histoire et elle du coup elle a eu l'impression de se retrouver dans cette situation, donc du coup elle a mis fin à l'entretien. Moi je n'aurai pas forcément fait comme ça...dans le sens que c'est pas parce qu'on pense que cette situation ... enfin que cette situation, c'était forcément un autre contexte, un autre patient*

alors forcément est-ce que cela valait le coup de mettre fin à l'entretien... Parce qu'après si l'on reste, pour moi bloqué sur euh... sur des dires... »

Moi : « Tu veux un élément supplémentaire sur la situation ? »

Sujet1 : « *Oui* »

Moi : « Par rapport à la symptomatologie du patient, si elle continuait l'entretien cela allait au clash. »

Sujet1 : « *Oui...* »

Moi : « Est-ce que parfois tu as vécu des situations qui t'interpelle... »

Sujet1 : « *Oui ça m'arrive. Il y a un patient... je ne sais pas si je peux dire le prénom...* »

Moi : « Je ne le divulguerai pas. »

Sujet1 : « *Alors. ***** par exemple. Dans sa façon de faire par moment quand il a le regard noir et bien une fois j'ai failli me prendre un coup avec *****.* Bon et bien maintenant lorsqu'il a ce regard je le laisse tranquille... Donc oui ça correspond à ça. A ce qu'on vient de dire. Je me contredis... Alors c'est propre à ce patient aussi. Je sais qu'avec ***** ça marche comme ça. Après avec d'autres... C'est la connaissance de ce patient, de ce que j'ai déjà vécu avec lui... Donc oui cela revient à peu près à ça (désigne le paragraphe). Silence Après là aussi, du coup j'ai été le voir par rapport au patient ou il décrivait un patient qui passait à l'acte, il avait des angoisses et après la personne a été voir l'autre patient qui lui avait rappelé cette situation et il lui donne les symptômes de l'angoisse au patient... je ne comprends pas... donner ce n'est pas ça l'idée ? »

Moi : « Ce qu'elle voulait dire c'est qu'en observant un patient elle a reconnu la symptomatologie de l'angoisse et elle a été le voir pour lui faire part... »

Sujet1 : « *Ah ok, d'accord elle a proposé. C'est à peu près la même situation que tout à l'heure cela lui a fait penser... OK. Après, alors les réunions panoramiques et cliniques. Je suis d'accord aussi. Euh, c'est plus qu'important surtout en tant que jeune diplômé on apprend beaucoup de choses notamment de la part du psychologue. Qui complète, qui a une approche différente, des compétences différentes que nous. Ça complète bien... les choses que l'on ne voit pas forcément, quand on est dans le travail, dans la routine. Oui au travail car cela nous permet de pointer des choses qu'on ne voit pas forcément. Oui je suis d'accord même s'il faudrait qu'il y en ait plus. Peut-être (rire). Euh, après cela reprend un peu tout ce que je dis. Alors des fois on est pas forcément d'accord. Après le cadre... euh ... non là après ça me... non j'ai pas eu à faire à des situations comme ça avec le cadre. Mais bon après ça a un lien avec l'équipe quoi... »*

Moi : « Avec l'équipe ? »

Sujet1 : « *Oui avec l'équipe, rassuré par rapport à l'équipe. »*

Moi : « T'as besoin de réassurance ? »

Sujet1 : « *Non. Non pas aujourd'hui. Après je pose des questions quand je ne sais pas. Après des fois quand je vais à des entretiens et qu'on y va à deux avec une collègue qui a beaucoup de bagages. C'est vrai que souvent, je suis plus en retrait lors de l'entretien. Je n'ose pas forcément l'interrompre. Tu vois. Parce que des fois j'ai l'impression, qu'on n'est pas enfin qu'elle cherche un fil, un fil conducteur dans l'entretien et que je n'ai pas... que je n'ai pas forcément. »*

Moi : « C'est-à-dire que, quand tu te retrouves dans ce type de situation tu es dans une position soignante ou dans une position d'observatrice ? »

Sujet1 : « *J'observe la pratique de ma collègue. Oui, j'essaye de suivre son raisonnement, inconsciemment. C'est ça. J'essaye de voir ou elle veut en venir. »*

Moi : « Après l'entretien tu en rediscutes avec ta collègue ? »

Sujet1 : « *Oui. Des fois... »* **silence**

Moi : « Est-ce que l'école t'as permis d'exercer ton métier en psychiatrie ? »

Sujet1 : « *Euh... Oui et non. Oui dans le sens ou... enfin on va dire que c'est plus moi qui ai fait les démarches par rapport à mes stages optionnels qui m'ont énormément servi en troisième années. Après, au niveau de la théorie, euh... pas assez. J'ai beaucoup appris quand j'étais en stage en fait. »*

Moi : « Les stages ? »

Sujet1 : « *Oui les stages. Bon après j'ai appris les bases comme les pathologies. »*

Moi : « Ça te sert ? »

Sujet1 : « *Oui, oui. Vraiment les symptômes de dissociations, tout ça. Oui, ça m'a servi. Après sur le plan relationnel... je trouve qu'on n'est pas assez formé. Quand on sort on n'est pas bon. Clairement, moi les entretiens à ce jour je ne suis pas forcément à l'aise. »*

Moi : « Après c'est une spécificité l'entretien. Cela demande une formation supplémentaire. »

Sujet1 : « *Oui. Mais c'est vrai que, quand on travaille en psychiatrie... On sent que... quand on arrive en psychiatrie... Quand j'étais en stage en troisième années, je me positionne en troisième année, en fin de cursus. J'avais quasiment tous les modules euh quand j'étais en oncologie, les soins relationnels, et bien ils m'ont servi. J'étais à l'aise pour faire des entretiens avec les patients et les familles. Après en psychiatrie, euh quand je suis tombée en alcoologie, euh... Je me suis pris une claque quand même.* »

Moi : « C'est-à-dire ? »

Sujet1 : « *Ah bais j'en ai pleuré. Je me suis dit, enfin j'en suis venue à me dire, à remettre mon projet professionnel en question. Je me suis dit : je suis incapable de faire un entretien, je suis bloquée. Les collègues et les formateurs ils vont dire comment elle peut travailler en psychiatrie si elle n'est pas capable d'avoir un raisonnement comme ça comme ça. Après on m'a rassurée.* »

Moi : « Qui ? »

Sujet1 : « *Oui, les collègues, enfin je me suis vraiment remise en question. Oui oui oui. Après avec du recul je me suis dit que l'alcoologie c'est particulier, aussi. Les entretiens car après en admissions ouvertes j'étais plus à l'aise.* »

Moi : « Pour te rassurer un peu plus, tu sais qu'en alcoologie il n'y a pas de jeunes diplômés. Il faut avoir acquis une expérience. »

Sujet1 : « *Oui je sais. Mais le collègue ne m'a pas forcément mise à l'aise. J'étais avec ***** et premier entretien, il me dit aller t'y vas. Moi je l'ai regardé, je lui ai dit quoi j'y vais ? Bah tu le fais moi je suis là je t'aiderai. Ça a été horrible. Moi je me suis dit... euh, moi mon dernier stage en psychiatrie, datait d'un an et un an après on te dit et bien tu fais l'entretien. Surtout qu'en alcoologie, y a un fil. On demande quand même des choses, faut que au bout des 4 semaines, qu'on ait fait tout le tour quand même... Faut être rapide, donc euh... ça met en difficulté. Après ça m'a aidé aussi.* »

Moi : « De passer dans différents services pendant tes stages puis après diplômé... »

Sujet1 : « *Moi j'ai trouvé que l'admission et bien c'est plus enrichissant surtout l'admission fermée.* »

Moi « Comment ça ? »

Sujet1 : « *Au niveau psychopatho ; de la symptomatologie, tout ça... On voit plein de choses, on voit la crise du coup on voit vraiment les symptômes. Après je n'avais pas été aux réunions panoramiques car je ne suis restée qu'un mois. Après l'équipe, mais bon après c'était une équipe qui était plus jeune. Donc ça aussi, oui alors là par rapport à l'équipe j'ai peut-être appris moins de choses car l'équipe était plus jeune est j'ai trouvé que... Par rapport au service*

où je suis il y a deux anciennes... J'ai des collègues qui ont tourné sur Poitiers qui étaient à Labori. Elles ont de l'expérience et du coup on échange beaucoup. Alors que dans l'autre service c'était beaucoup moins facile car il y a beaucoup de jeunes diplômés. »

Moi : « Donc tu t'appuies beaucoup sur deux collègues. »

Sujet1 : « *Oui c'est vrai. Après les autres aussi. Non je pense que c'est tout le monde. Après c'est vrai que... bon et puis j'ai un peu plus d'affinité avec l'une d'elle. On tourne souvent ensemble donc euh... On parle beaucoup de ce qu'elle avait fait avant sur Poitiers, tout ça. Bon et j'aime bien discuter de tout ça. »*

Moi : « T'échanges avec des collègues au regard d'anecdotes ? »

Sujet1 : « *Oui, c'est ça et puis sa pratique. Beaucoup sur sa pratique. »*

Moi : « Alors d'après toi comment tu apprends, comment tu te développes ton expérience ? »

Sujet1 : « *Par répétition. Le service où je suis c'est beaucoup de ça. Les patients on les connaît au fil du temps. Avec la confiance que l'on créait aussi avec eux. On est plus dans l'échange, ils nous livrent plus de choses. Ils viennent plus vers nous que par rapport au début. Forcément quand on vient juste d'arriver dans un service, ils ne viennent pas forcément nous voir. Ils viennent plus nous solliciter. Après il y a les lectures, la formation ça cela m'a servi. Après le quotidien je ne sais même pas comment l'expliquer. **Silence.** Je ne sais même pas, je serai même pas le définir. Alors c'est sûr que j'ai appris des choses. Je suis beaucoup plus à l'aise qu'il y a un an. Après... Il y a les réunions... Oui et l'équipe. Je ne sais pas le temps aussi. Il y a la reproduction... »*

Moi : « La reproduction de ? »

Sujet1 : « *Des symptômes évoqués par les patients. Il y a un patient ***** et bien je l'avais toujours vu stabilisé et là en ce moment il a replongé et je l'avais jamais vu comme ça. Après j'ai vu des symptômes de ***** que je n'avais pas forcément repéré avant. »*

Moi : « Demain tu as une mobilité tu dois aller dans un autre pavillon autre que le moyen séjour... »

Sujet1 : « *Je peux choisir ? »*

Moi : « Et bien un autre pavillon que le moyen séjour. Les ados, l'admission... »

Sujet1 : « *Oh, et bien je serai en difficultés. Peut-être pas trop en admission parce que j'y suis passée un peu, mais psychotiques déficitaires ou les ados je pense que je serai en difficultés. »*

Moi : « Pourquoi ? »

Sujet1 : « *Parce que je n'ai pas de connaissances.* »

Moi : « Et bien quand tu es arrivée tu n'avais pas beaucoup de connaissances et pourtant... »

Sujet1 : « *Oui c'est vrai. Mais quand je suis arrivée et bien j'ai repris mes cours, j'ai regardé sur internet, j'ai regardé les revues qu'il y avait dans le service.* »

Moi : « Tu lis ou t'apprends ? »

Sujet1 : « *Non je n'apprends pas. Mais des fois cela me fait penser à des situations que j'ai vécues. Ça fait penser à un article que j'ai lu dernièrement sur la gestion de la violence, des choses comme ça, des techniques... ça me parle parce que c'est des choses que j'ai faites ou déjà fait ou que j'ai vu faire. Si tu veux je fais des liens entre ce que j'ai vu, enfin du concret et ce que je lis.* »

Moi : « Tu fais des liens... »

Sujet1 : « *Ouaiiiiiis. Après cela se fait inconsciemment. C'est difficile d'expliquer, oui... ça s'image dans ma tête. Ce me fait penser à une situation, à un patient que j'ai vécu. Ça me parle. Ça s'illustre. Automatiquement.* »

Moi : « T'as des images ? »

Sujet1 : « *Ouais.* »

Moi : « C'est-à-dire ? »

Sujet1 : « *Quand je lis quelques choses que je n'ai jamais vécus, forcément cela va être une représentation, de l'imaginaire. Forcément quand ça me fait penser à quelques choses que j'ai vécu, un patient, je me revois moi, le collègue, le patient et je retrouve ce qui s'est passé dans la lecture ou ce qui aurait pu se passer.* »

Moi : « Donc tu fais un lien d'images quand tu lis. »

Sujet1 : « *Oui. Une situation et bien j'essaye de me la représenter. Et si cela devait se reproduire je me dis qu'est-ce que je ferai en ayant lu l'article surtout si dedans il y a eu des conseils, de la théorie qui a pu éclairer moi où j'étais aveugle dans cette situation. Oui c'est ça. Je me réimagine dans le futur si ça devait arriver comment je réagirai finalement en ayant cet apport.* »

Moi : « Tu réadaptes ou réajustes ta pratique au regard de tes lectures ? »

Sujet1 : « *Oui c'est ça enfin je vais essayer du moins. Après ça marche ou ça ne marche pas.* »

Moi : « Tu me parlais d'images, comme dans une des situations »

Sujet1 : « *Oui c'est ça je pense que ce sont des représentations que j'ai, de telle situation, de telle pathologie.* »

Moi : « C'est vrai que tu as travaillé pour ton mémoire de fin d'étude sur les représentations. »

Sujet1 : « *Oui ce terme me parle. Heureusement.* »

Moi : « Pourquoi heureusement ? »

Sujet1 : « *Parce que j'y ai passé du temps.* »

Moi : « ça, j'en suis sûre, mais mise à part avoir passé du temps ? »

Sujet1 : « *C'est que j'ai lu des définitions concernant ce mot. J'en ai lu et relu. C'est un mot qui m'a interpellé. On l'employait souvent déjà à l'école d'infirmière, sans forcément l'avoir défini au final. C'est un terme que je réutilise.* »

Moi : « Et plus général, ce travail de mémoire, est-ce que cela te sert pour exercer ? »

Sujet1 : « *Alors mon thème c'était les représentations en lien avec la rencontre. Oui je pense que ça m'a servi. De toute façon les représentations elles ont évolué, donc après la rencontre que j'ai avec les patients elle n'est pas comme celle que j'avais en deuxième années où j'avais eu cette situation pour mon mémoire* ».

Moi : « Représentations patients, travail, du groupe ? »

Sujet1 : « *Oui. Du groupe, de l'équipe, de la hiérarchie.* »

Moi : « Comment ça »

Sujet1 : « *Comment dire... la représentation que j'avais avant je la ne voyais peut-être pas... Je pense que je la voyais un peu ... On va dire tout beau tout rose. Il n'y avait pas forcément de conflits, on allait un peu tous dans le même sens. C'était peut-être ça avant mes représentations. Alors que là, ce n'est pas forcément le cas... Même si bon je n'ai pas à me plaindre dans l'ensemble...* »

Moi : « Est-ce que l'une des différentes situations que je t'ai présentées, t'es déjà arrivée ? »

Sujet1 : « *Le regard qui change, ce regard noir que je te disais tout à l'heure par rapport à ***** ça m'est déjà arrivé. Après effectivement, j'anticipe beaucoup plus facilement. Déjà quand je rentre dans la chambre, selon le regard qu'il a, et bien, je referme la porte. Je n'y vais même pas. Après les moments de solitude, non pas vraiment, comme par rapport à la situation avec les personnes déficitaires. Non je n'ai jamais été dans une situation comme ça. Peut-être qu'au début serait pu m'arriver effectivement. Parce que j'aurai peut-être réagis. Parce qu'honnêtement quand je suis arrivée, j'appréhendais énormément de me retrouver seule infirmière sur le planning avec deux aides-soignantes. Aujourd'hui quand ça m'arrive... Puis je connais aussi mes collègues, avec le temps. Alors après cela pourrait m'arriver si je tourne avec des renforts effectivement. Oui je serai peut-être moins tranquille. Là, c'est des aides-soignantes, je les connais... La connaissance des collègues est importante aussi. Après la prise de recul, et bien... Je discute avec les collègues ou même sur une émotion des fois... Moi ça m'est déjà arrivée. Une patiente qui m'a énormément touchée... Ça m'a fait quelque chose et rien que le dire. Voilà il a fallu que je le dise aux collègues. Près il y en a qui été d'accord avec moi. Je pense que c'est important de dire. Il y a la pratique, mais je pense que c'est important le plan émotionnel. Oui sur le plan émotionnel, c'est important... Il faut pouvoir échanger, surtout avec ses collègues. Cela permet de voir les limites, ses limites. Et puis les collègues elles le savent ou sont tes limites. Ça arrive des fois, y a des collègues, je sens qu'elles ne sont pas forcément à l'aise et du coup elles ne vont pas forcément oser le dire et demander aux autres. Du coup dans ces cas-là, et bien de moi-même, je vais dire : bé laisse j'y vais dans telle ou telle situation. Du coup je pense à la comparaison des soignants, et bien je pense qu'on le fait tous... comme jeunes diplômés... peut-être même après ??? Je ne sais pas... »*

Moi : « Tu reparles de comparaison... est-ce que tu réalises le même procédé que les soignants dans les deux dernières situations de la page 2 ? »

Sujet1 : « *Oui il y a des choses qui sont transférable d'un patient à un autre et puis les éléments peuvent être variables... »*

Moi : « J'étais plus sur la manière dont est construite la situation, Je compare, je garde, je fais un tri... »

Sujet1 : « *Oui alors j'ai mes images et ce processus se fait inconsciemment. Moi je pense que je procède comme ça. Oui, j'ai mon image, le panel, enfin tout ce qu'on a appris comme la théorie. Après ça vient se compléter avec moi ce que je vois, sur tel patient ou sur tel patient avec telle pathologie mais qui ne va pas forcément réagir de la même façon car selon il y a des symptômes qui varient. Après je regroupe tout ça, je l'ai en tête pour avoir comme... comme un panier. Oui c'est ça. Après il y a la compréhension des mécanismes, bon là avec la formation oui j'ai appris des nouveaux mécanismes qu'on n'avait pas forcément appris à l'école d'infirmière. J'avais vu ces mécanismes dans ma pratique, mais je n'avais pas mis en nom, une explication, une théorie. Oui je me sers de ce que j'ai vu avant. Je garde... enfin je me sers de ce que j'ai eu ou vu avant, et je garde aussi bien du positif que du négatif toute façon...car il faut qu'on l'ai en tête le négatif pour avancer... »*

Moi : « Négatif ? »

Sujet1 : « *Négatif dans le sens où se sont des situations qui ne se sont pas très bien passées, qui m'ont mise en difficulté, qui m'ont mise en échec, je les ai en tête pour pas reproduire la même chose afin de gérer la situation au mieux que je puisse faire.* »

Moi : « *Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?* »

Sujet1 : « *Non je pense avoir fait le tour... Non parce que je pense avoir repris tous les textes. Je pense avoir fait le tour. Les textes étaient clairs. On voit bien que c'était des témoignages.* »

Moi : « *Quand tu les as lus la première fois, à quoi as tu pensé ?* »

Sujet1 : « *Je me suis dit que t'aller me demander de raconter une situation en fait...* »

Cela pourrait être intéressant... »

Sujet1 : « *Oui je me suis dit ça. Oui une situation en lien avec la pratique, l'expérience...* »

Moi : « *Donc ?* »

Sujet1 : « *Une situation...Alors où j'ai vraiment été en difficulté...* »

Moi : « *Ou pas.* »

Sujet1 : « *Alors des fois avec ***** c'était très compliqué. Ou encore par exemple avec ***** car elle était insultante et menaçante. Cela me mettait en difficulté. Dans le sens où je ne savais pas si elle était capable d'en mettre une ou pas. Car des fois elle menaçait mais avec les collègues elle n'est jamais passée à l'acte. Après quand c'était moi, elle était différente. Et du coup je me demandais si j'allais vraiment me prendre une baffé. Puis après comme je l'ai provoqué par moment, parce que je savais qu'elle osait avec les collègues. Du coup je me suis dit je vais quand même m'arrêter. Et en fait non après* »

Moi : « *Tu testais ?* »

Sujet1 : « *Oui un peu. Moi, elle, ma pratique et le patient pour voir la réaction pour savoir si oui ou non elle était capable. Au risque d'en prendre une. Après je pense que je testais ma pratique car j'étais vraiment très mal à l'aise au moment où je l'ai provoqué. Alors c'était peut-être aussi pour voir comment moi je réagissais justement.* »

Moi : « *Ça t'as aidé ?* »

Sujet1 : « *Oui parce qu'après dans le sens où j'ai vu qu'elle n'était pas passée à l'acte. Donc, cela m'a permis d'apprendre à la connaître aussi. Après c'est avec le temps que... La relation de confiance se crée. Maintenant avec ***** elle me respecte autant qu'avec les autres collègues.* »

Moi : « Et de tes soins ? Et tu satisfaites ? »

Sujet1 : « *Pas toujours. Enfin, pas toujours dans le sens après je pense que c'est global par rapport à l'institution tout ça qui fait que des fois ce qu'on fait ce n'est pas forcément comme on voudrait le faire, quoi. L'effectif par exemple. Moi je j'aimerais bien... Voilà en tant que soignant j'aimerais faire mon soin comme dans le service de moyens » jour ferme. On est beaucoup plus souvent à l'extérieure. Après il y a l'administratif qui nous met une barrière aussi. On est en service fermé et on ne peut pas faire ce qu'on veut quand on veut. Il y a les effectifs, les renforts qu'il faut faire dans d'autres services du coup, c'est le bazar. Après il y a le médecin. Alors ces prises en charges par rapport au médecin, je ne suis pas du tout satisfaite. Il est là, une fois par semaine on va dire... Il vient un après-midi le mardi et une matinée le vendredi et donc des fois face aux patients et bien... nous on sait plus sur quel pied danser car forcément quand le patient demande 20 fois quand est-ce qu'il va voir le médecin et que on le reporte toute les semaines et bien c'est que au bout d'un moment y a des limites quoi... enfin ouais... on sait plus... Est-ce qu'on leur dit la vérité parce qu'on ne peut pas non plus casser du sucre sur le dos du médecin. Donc on n'est pas forcément satisfait. Une sale journée, car ce qu'on avait prévu de faire...*

Moi : « J'avais oublié de te poser une question, est-ce que tu as été doublé à ton arrivée sur l'hôpital ? »

Sujet1 : « *Non. Non. Non, j'étais sur le tableau, sur les effectifs. Après j'étais de journée. Puis bon après en psychiatrie, on est trois. C'est pas comme en soins généraux où je serai arrivée sans être doublée et on m'aurait donnée mon charriot, mon secteur et j'étais toute seule. Là on n'est pas tout seul.* »

Moi : « Et que penses-tu de cette situation ? »

Sujet1 : « *Bien moi je suis un peu déçue. C'est vrai que l'on aimerait bien être doublée. Ça aurait été plus facile. Enfin moi j'aurais aimé être doublée. Pour prendre mes repères. Parce que là c'est vrai, t'arrives, tu es dans l'effectif et tu te dis, s'il y a un problème et bien tout de suite, on compte vraiment sur toi. C'est comme si t'étais là depuis longtemps. Ça nous met en difficulté aussi car on ne connaît pas les protocoles. On ne connaît pas le règlement. En plus quand y a des failles les patients savent parfaitement à qui demander... Donc voilà ça met vraiment en difficulté. Alors que doublée et bien les collègues auraient pu me guider, me dire : euh là la journée ça se déroule vraiment comme ça, le règlement c'est ça, c'est ça... Après c'est vrai aussi c'est au fur et à mesure. Moi je posais des questions. Je leur ai dit d'avance que je poserai des questions car là j'arrive et que je n'invente rien.* »

Moi : « Souhaites-tu me faire part d'autre chose ? »

Sujet1 : « *Non je pense avoir fait le tour.* »

Après l'enregistrement

Sujet1 : « *J'écoute le cadre. Pas sur le plan de la hiérarchie, sur la théorie. Dans les réunions, où encore elle intervient et aide lors de gestion de situation. J'écoute, j'observe elle dans ces situations.* »

Entretien Sujet 2

Moi : « Avant de commencer peux-tu me dire : Quel âge as-tu ? Depuis quand tu es diplômée ? à quelle période as-tu été recrutée au sein de l'établissement dans lequel tu travailles ? Et pour finir as-tu réalisé des stages en psychiatrie durant tes études ? »

Sujet 2 : « *j'ai 23 ans. J'ai passé le concours Brest/Morlaix/Quimper et j'ai été prise à Morlaix qui était mon deuxième choix. C'est une petite école. On était 70 avec seulement 4 formateurs qui nous suivaient sur les 3 ans. Pendant mes études j'ai fait des stages en psychiatrie : En première année, j'ai fait 5 semaines en géronto-psy. En troisième année, j'ai réalisé 10 semaines de stage en pédo-psy. C'était un service fermé et la moyenne d'âge, euh le plus petit avait 5 ans et le plus vieux avait 16 ans. Et le troisième du coup 15 semaines en service d'admission fermé adulte. Mon mémoire traitait de la fonction des ateliers de médiation en psychiatrie. Je suis diplômée depuis juillet 2015 et j'ai été recruté fin juillet de la même année. Après, je suis dans un service d'admissions fermées depuis le 1^{er} septembre et j'ai fait un mois avant en moyen séjour fermé et je n'ai pas été doublé. »*

Moi : « Alors je t'ai donné à lire 4 pages, qu'est-ce que cela t'as inspiré ? »

Sujet2 : « *Et bien, il y a certaines choses cela m'a entre guillemets fait sourire parce qu'on se retrouve, enfin moi je me suis reconnue, dans des situations. Tu veux savoir lesquelles ? »*

Moi : « Si tu veux ? »

Sujet2 : « *En gros, il y en a une qui dit souvent, qu'elle apprend de ses erreurs, en gros. Elle parlait des patients qu'elle avait vu avant, des situations de soins qu'elle avait entendu parler par ses collègues, et du coup elle prenait en soin un nouveau patient et cela la ramenait, enfin ça lui faisait penser à d'autre situation et du coup j'ajuste. Euh en fait, on ajuste en fonction de ça. Donc le fait, on ajuste en fonction de ça tout le temps. Enfin, ça me faisait penser à moi en tout cas. Encore plus quand elle dit, on prend entre guillemets, ce qu'il y a de bon chez nos collègues. C'est le dernier de la page 2. Oui alors, c'est pas que comparer, mais c'est déjà se dire. Enfin, quand on est à l'école, ils nous disent vous verrez des pratiques qui vous correspondront pas, ou qui vont vous déplaire, vous ne le dites pas mais vous gardez en tête que vous ne voulez pas être comme ça. Et du coup, là je me dis, quand je bosse ça c'est vraiment cool. Y a certaines pratiques qui sont différentes des unes des autres, et il y a vraiment des choses qui ressortent dans le côté positif. Du coup je me dis qu'il faut que j'essaie de me nourrir de ça et ça sur chacun. Oui je me nourris des collègues sur ce qu'ils font de bien. Et c'est pas garder de ce qu'ils font de mal, ça me prends un peu la tête, mais c'est garder le positif. Il y a des pratiques qui vont m'agacer. Par exemple sur la façon de parler au patient ou les jugements de valeurs, de la part de certains collègues. Et bien, il faut pas en faire cas. Après je veux pas être comme certains collègues qui vont pas lui faire remarquer parce que c'est banal et que c'est dans sa personnalité, moi ça je peux pas : il est comme ça alors on dit rien. Moi ça, ça me... »*

Moi : « Tu parles d'un soignant là ? »

Sujet 2 : « *Oui. Le soignant. Ça va m'agacer un peu, mais faut pas rester là-dessus pour pas... faut passer au-dessus pour que le soin passe en priorité... Pour pas être en désaccord tout le temps avec la personne. En tous les cas ce que je sais c'est que je ne veux pas être pareille. »*

Moi : « Donc, tu me disais que tu étais d'accord avec certaines de ces situations. Il y en a d'autres ? »

Sujet 2 : « *Il y a une fois, je me suis dit : ah bien je suis contente parce que je me dis que ça je le sais, que j'avais évolué. Quand il y a quelqu'un qui dit : qu'ils avaient fait sortir un patient sur décision médicale, et qu'elle ne comprenait pas pourquoi elle le faisait sortir. Et là, mais non, mais non, vide le vide et dire que des fois le délire il est utile pour qu'il n'y ait pas le vide, n'y l'angoisse pour qu'il n'y ait pas de passage à l'acte. Oh bé ça je l'avais. »*

Moi : « Tu me parles de la symptomatologie ? »

Sujet 2 : « *Dans le fait que je savais de quoi elle parlait. Euh, et que peut-être que je me serai pas dit ça au début. Je me serai dit ça... Maintenant j'ai compris que de toute manière... Le fait que... quand j'étais en stage, ils faisaient sortir des patients et qu'enfin, ils sont complètement délirants, on va pas les mettre dans la nature... Et bien si, maintenant, certains il faut pas qu'ils soient sans. Il faut qu'ils aient toujours un petit délire à bas bruit. Le fait qu'ils ne soient pas confrontés au vide. Et ça, je l'ai pas su avant d'avoir travaillé un peu. »*

Moi : « Le travail t'apprends des choses ? »

Sujet 2 : « *Ça c'est sur, oh oui, ça c'est sûr. Vaut mieux. Mais, je pense que j'apprends des choses parce que je me remets en question. Parce que là, je suis pas dans le faire. Et, parce qu'on pourrait prendre vite de mauvaises habitudes et pas se poser de questions et faire les choses, et faire les trucs parce qu'y a un effet de groupe ou d'équipe et je sais pas... Mais si on ne se remet pas en question sur chaque chose que l'on fait on apprend pas grand choses.*

Moi : « C'est-à-dire ? Tu peux développer ? Tu me parles d'équipe, de groupe et tout à l'heure tu me parlais de chacun d'eux »

Sujet 2 : « *On va dire que ... surtout quand je suis en vacances, j'ana... enfin je sais pas si j'analyse, mais en tous les cas je repense un peu le soin, le soin dans l'unité et certaine chose je me dis : est-ce qu'on n'est pas dans un effet de groupe ou pas... euh, par exemple le fait de dire que : après il y a le cadre, mais il y a d'autre chose en plus. Enfin le cadre il faut le respecter, tout le monde, enfin on le respecte tout et puis d'ailleurs il n'y a pas de questions à se poser. Mais il y a des petites choses. Est-ce qu'on ne peut pas être un peu plus personnel ? Quoi. Pas faire parce que machin a dit comme ça, on va faire pareil exactement... enfin voilà et je me suis posée une question aussi dans le fait qu'on soit une équipe soudée, dans le service. Il y a des fois ou on va parler des patients, pas forcément des patients, mais du soin avec plus*

de légèreté parce qu'il y a des moments qui sont plus compliqués. Bon et bien je me suis dit est-ce que des fois il n'y a pas des paroles qui sont pas adaptées ou qui sont pleins de jugement de valeurs. Moi c'est surtout là-dessus que je me questionne vraiment. Quand on parle entre nous de patients, est-ce qu'il y a pas des fois où ça va trop loin parce que il y a une habitude de parler comme ça ensemble. Et du coup, ça ne choque plus personne en fait. »

Moi : « tu parles des moments de pauses ? »

Sujet 2 : « Oui des moments de pauses. Alors oui, ça permet d'échanger, c'est sûr. Mais il y a des fois c'est ... »

Moi : « Tu as l'air choqué ? »

Sujet 2 : « Oui. Il y a certaine fois où je n'étais pas à l'aise avec ce qui se disait. Enfin je ne trouve pas que c'est... après il y a toujours le ton de la rigolade, c'est sûr... mais bon pas toujours en fait. Y a des choses, je trouve qu'il faut pas... Ça c'est des choses qui me questionnent et je me questionne d'autant plus quand il y a des étudiants. En fait. Et du coup, je me dis, enfin je me mets à leur place. Enfin, moi si j'avais été à leur place, est-ce que j'aurais pu entendre ou est-ce que ça m'aurait choquée. Est-ce que j'aurais fait une analyse de pratique là-dessus sur le discours des soignants. Justement parce qu'elles, elles s'autorisent et que nous, on n'est pas habitué et le fait qu'on est habitué à être dans cette unité avec ces collègues. Là on se permet de dire des choses que l'on ne se permettrait pas de dire si on faisait plus attention. Qu'est-ce qu'elles peuvent se dire de ce qui est dit quoi... de l'équipe et du fait que ce soit un groupe qui travaille ensemble et que du coup y a pas de gêne ou quoi que ce soit... Oui c'est surtout le fait qu'il y ait des étudiants qui me fait poser des questions. Je me mets à leur place et du coup cela me fait me questionner. Enfin, du coup si j'appréhende ça c'est peut-être que je ne suis pas au clair avec tout ce qui peut être fait, ou dit. Enfin je suis toujours dans l'idée qu'il n'y ait rien à reprocher. Déjà. J'aimerais qu'on ne me reproche rien. Je suis tout le temps en train de me questionner. Est-ce que c'est à faire, pas à faire, dans ce sens-là, ou pas, est-ce que cela peut être amélioré ou pas.

Moi : « alors qu'est-ce que tu fais pour tendre vers cette perfection ?

Sujet 2 : « Et bien... Déjà tous les trucs de bases : être à l'heure, être aux transmissions enfin des trucs comme ça qui paraissent peu essentiel et pourtant ça permet que le travail soit au clair, le cadre institutionnel, voilà. Et puis là j'essaie de me fixer des objectifs que j'avais pas il y a 2 mois parce que j'ai remarqué ça, j'étais beaucoup moins à l'aise y a deux mois que ce mois-ci. J'étais en doute, en doute mais en doute quoi. Vraiment, c'était pas facile. Et là du coup, j'essaie de me faire des objectifs un peu plus, un peu plus haut que ce que je me fixais au début. Au début, j'étais plus dans l'organisation, respecter l'organisation, être au clair avec ce que je faisais avec les papiers, comme on est en admission fermée. Et là voilà faire des entretiens au moins j'essaie d'en faire au moins trois par semaine. Oui des entretiens infirmiers parce qu'on a pas le temps, mais en fait je pense que c'est qu'on ne le prend pas parce que j'arrive très bien à les faire. Euh, pour ce qui va être du matin, y a certains collègues qui vont

dire on va prendre la pause là ou quoi, et bien moi je dis non, tant que toutes les toilettes ne sont pas faites, que le tout est pas fait ou tout ça... Car on peut vite et bien faire moins, alors que si on peut faire. Y a largement le temps, il faut juste s'organiser un peu plus, faut être carré. Je fais les choses avant de me poser. Déjà. Ça me paraît normal, ça m'agace même quand ils prennent la pause avant de donner le petit dej et après le petit dej : pause. Non quoi, j'en ressens pas le besoin. Et je me dis y a plein de gens qui... ont besoin de nous et eux ils se posent. Sinon, je trouve qu'il y a des collègues que je trouve ressource. Du coup j'échange avec eux. Surtout je leur pose des questions, ça c'est clair. Je leur dis quand je suis en difficultés ce que j'avais un peu de mal à faire au début, parce que on était beaucoup de jeunes diplômés à arriver au même moment en gros fallait, enfin est-ce qui fallait ou est-ce que c'est moi qui me suis dit qu'il fallait montrer un peu de quoi on était capable, tout ça... Ne pas être trop un boulet quoi... On est censé être diplômé donc on est censé être capable d'être autonome. Du coup, il y a pleins de questions bêtes au début que je n'ai pas posé parce que j'étais dans le faire et qu'il y avait des choses à faire. Donc tout ce qui était les trucs vraiment tout bêtes, genre les horaires de visites. J'avais dû poser la question au début mais après je l'ai oublié et bien je me suis dit qu'ils avaient déjà dû me le dire. Du coup 5 mois après et bien, tu vas pas redemander. Parce que ils vont se dire : ah bé après 5 mois elle sait pas ça... Et maintenant, le mois ou ça a été dur et bien je me suis dit là je suis pas au clair avec pleins de trucs et j'ose pas les demander parce que cela fait trop longtemps que je suis là pour des questions comme ça et pourtant ça me manque. Du coup, à partir du moment où je me suis dit ça, et bien je me sens beaucoup plus à l'aise pour demander des trucs qui peuvent paraître tout bête. J'ai pas peur, qu'on me juge ou quoi... enfin. »

Moi : « Alors là tu me parles beaucoup de... »

Sujet 2 : « *l'équipe et de l'organisation. Après pour le soin et bien je me lance, comme dans les entretiens parce que je suis pas au clair avec euh... Certaines fois je vais faire un entretien, d'accord. Et bien je ne sais pas du tout comment l'aborder, comment le commencer, parler de quoi, comment je fais et puis je fais et en fonction je vois si le patient cela lui a permis d'échanger ou pas, si ça l'a mis en difficulté ou moi. Et en fonction de ça je vais en parler puis... »*

Moi : « Tu en parles avec qui ? »

Sujet 2 : « *Avec les collègues qui ont de l'expérience, pour qu'ils m'aiguillent un petit peu. Qu'ils me donnent des conseils sur la trame de l'entretien et tout ça. Les bases entre guillemets. Et avec les collègues non expérimentés pour savoir si elles ont les mêmes difficultés pour qu'on se soutienne, qu'on échange nos ressentis, nos expériences. »*

Moi : « Tu échanges ? »

Sujet 2 : « *Oui. Beaucoup. Et après où j'ai beaucoup évolué je trouve, c'est tout ce qui est soin en chambre d'isolement, parce que j'étais pas du tout à l'aise alors du tout, du tout, du tout mais vraiment du tout.... Sur le fait qu'il peut y avoir de la violence potentiellement ou sur le*

*fait que le patient soit en souffrance euh très importante ; contenu ou pas contenu et le fait de recevoir toute cette souffrance et d'avoir un discours adapté. Au moins essayé d'avoir une réponse et si y en a pas, savoir pouvoir garder le silence, une posture et une réaction adaptée. Et là je m'autorise à ne pas savoir, déjà, et à prendre plus le temps avant de parler. Je me dis que j'ai le temps, c'est pas parce que le patient il est là que faut lui apporter quelques choses tout de suite. Enfin je préfère rien dire et que je ne sais pas. Je pense que le patient est capable de l'entendre que de parler sans trop savoir si c'est judicieux ou pas. Après il y a des situations toujours très compliquées. Genre la mise de contention au début j'étais pas au clair. Du coup j'ai été voir un collègue ressource et on a pris un temps en isolement quand il n'y avait personne, et du coup il m'a tout montré et à partir de là c'était bon. Mais il y avait pleins de questions ou pas... Mais genre besoin de réassurance, de conseils... **silence**. Mais maintenant, je peux lâcher prise, sur le fait que je sais pas, c'est pas grave sur le moment... Mais ça a été dur au début d'accepter ou plutôt d'admettre. Mais là j'ai dit à des collègues que j'étais au bout du bout. Je voulais que tout soit fait, tout bien, que l'équipe d'après, enfin que je laisse rien aux autres. Que tout soit fait jusqu'au bout, les entrées jusqu'au bout. Au début j'étais dans le faire, Ah oui carrément j'étais dans le faire. Et je me suis ah oui super je fais les choses, on fait les choses, mais en attendant je fais pas d'entretien, je suis pas avec les patients. Du coup quand on a mis en place des ateliers j'ai voulu m'investir tout de suite car justement c'est des moments que je sais privilégier, pour moi et j'en manquais alors à force de faire des choses, oui c'est super mais au final... Tu fais tes transmissions le matin, tu ne sais même pas, enfin j'avais pas de choses concrètes à dire, car j'avais pas discuté avec le patient et tout ça. »*

Moi : « Je reviens sur les différentes situations que je t'ai données, d'autres t'ont inspiré ? »

*Sujet 2 : « Oui, il y a une situation. Celle où elle dit j'ai vécu un grand moment de solitude. Et tu vois ça me fait penser au situation ou on peut être seul dans le service ou juste avec un aide-soignant ou avec des aides soignants mais qu'on est le seul infirmier. Et du coup au moment des transmissions je peux être le seul soignant et là encore je suis pas fière. Et du coup, je suis pas encore fière et ça me fait penser que je fais tout août de nuit, avec une aide-soignante, et là je me projette. Longtemps, parce que ça fait longtemps que j'y pense. Oui je serai la seule infirmière, donc je suis pas encore au clair, donc là je peux dire gros moment de solitude, là oui. Je pense que cela va pas être simple parce que comme je m'appuie énormément sur l'équipe, et bien là ouah... Faut que je me mette au clair avec les procédures, les numéros de téléphone, pour que je trouve des aides autour du service, mais j'appréhende pas mal. Mais je me dis est-ce que je vais réussir à gérer telle ou telle situation et tout ça... Mais bon si je me dis que tout va rouler et que je ne me pose pas de questions... je pense que cela ne va pas le faire... **silence***

Du coup on comprendra que la situation ou elle parle des réunions, et bien moi ça me parle car c'est là où on échange en équipe avec différents... c'est pluridisciplinaire... j'essaie d'y aller au moins une fois sur deux le mercredi matin et ça me permet d'être au clair. J'ai l'impression aussi de mieux connaître les patients. Rien le fait de connaître leur projet et bien il y a déjà un sujet de discussion. J'parle pas dans le vent. »

Moi : « Tu me parles beaucoup de l'autre, des autres, soignant, équipe, le patient mais parle-moi de toi. »

Sujet 2 : « *Oui, moi... »*

Moi : « *Oui, toi. »*

Sujet 2 : « *Oui, moi. Et bien disons que vu que je connais mieux les patients et bien je suis plus à l'aise. Ça me rassure. Je me rappelle, il y a une semaine, là je suis bien car cela faisait que j'avais fait 8 jours sur 9, que j'avais fait la pano et j'étais au clair avec tout ce qui se passait, là j'étais bien. Là ça rassure, enfin moi ça me rassure. Sinon, ah bé oui, la petite scène où la soignante est partie fumer une clope avec un patient. Et là aussi, du coup, je fume plus. Et bien quand je fumais, j'allais souvent fumer une clope avec les patients dans le patio. C'est des moments que j'appréciais et là du coup il y a plus ces moments-là. Du coup il fait beau donc je vais boire un sirop avec eux, donc il y a quand même des moments duels hors soins, traitement, enfin hors cadre strict. Mais, c'est des moments qui ont tendance à me manquer avec le patient car c'est des moments où je sais pas... j'ai l'impression que l'on se livrait plus. Je trouve. Je pense que c'est des moments que les patients apprécient et du coup ils nous renvoient des choses différentes que cela leur fait du bien et que c'est vraiment un moment où on est là pour eux. C'est un moment où le soignant est plus lui, on est plus nous. Ce n'est pas la blouse.*

Moi : « Tu mets la blouse ? »

Sujet 2 : « *Euh. Ça me questionne toujours. Je la mets le matin par ce qu'il y a des soins de nursing. Quand il y a des nouveaux patients comme par exemple j'étais pas là depuis un long moment, et bien il y a eu 6 entrées, je préfère la mettre, ça doit me rassurer, pour qu'ils m'identifient. Après, quand il n'y a pas eu forcément d'entrée et que c'est l'après-midi qu'il y a juste des accompagnements ou pas de soins spécifiques techniques, pansements je ne la mets pas forcément. Parce que j'aime bien ce moment-là aussi... Je sais pas. D'être plus avec eux. Surtout que l'après-midi on va plus faire des ateliers ou des activités qui ne sont pas programmés. Pour ce qui est ateliers en tous les cas je sais que je ne garde pas ma blouse. Je n'aime pas avoir ma blouse. Si par exemple, on faisait des repas thérapeutiques qu'on ne fait pas, je ne mettrais pas ma blouse. Pour qu'il n'y ait pas une espèce de supériorité : je suis soignant. Je sais que je la mets le matin juste pour avoir une protection et avec les nouveaux patients parce que je ne suis pas encore à l'aise avec le fait que... pas être en blouse. Et j'ai peur qu'il ne m'identifie pas. »*

Moi : « Pas à l'aise, mais par rapport à quoi, pourquoi ? »

Sujet 2 : « *Non. C'est par rapport à une situation surtout. Ou il y a deux patients qui ont dit en gros que ma collègue et moi, on était provoquantes, qu'on les provoquait que c'était pour cela qu'ils étaient enfermés. Alors que nous, on était bien au clair avec ça. Ils le prenaient comme ça. Mais là le fait de mettre la blouse, ça sert de carapace avec les patients que je ne connais pas ou encore quand je sais pas pourquoi ils sont là parce que je n'ai pas eu par exemple les*

transmissions, et comme je sais pas comment ils peuvent réagir, ou quoi, et bien je pense que ça fait carapace, le temps de les connaître et le temps qu'ils m'apprivoisent. Qu'il y ait une relation de confiance. Quand je suis au clair avec les patients, que c'est l'après-midi il n'y a pas de blouse. Là j'aime beaucoup mieux. **Silence.** Il y a une autre situation où elle parle du cadre de santé. Elle dit que cela la rassure quand il est à côté. Et, bien moi aussi, clairement. C'est même clair et net. Moi dans l'unité où je suis, il est là quand j'ai des questions. Alors là pour le coup personnes ressources plus, plus. Les choses compliquées pour moi, cela va être les pathologies. Je ne suis pas au clair du tout comme l'anorexie. Et là je suis toujours dans un questionnement : qu'est-ce qu'il faut que je dise. Comment est-ce que je dois être. Du coup il y a une patiente qui était là pour ça cette pathologie là et je lui ai dit que je n'avais pas du tout l'habitude de prendre des pathologies en soins comme ça, que je connaissais pas les difficultés qu'elle pouvait avoir et comment elle en était arrivée là. Je lui ai dit clairement que... Du coup c'est moi qui lui ait posé des questions pour savoir ce qu'elle attendait de moi. Je lui ai carrément dit que je ne savais pas plutôt que faire croire que j'étais capable. Il fallait aussi qu'elle me dise oui ce qu'elle attendait de moi. Même si elle était en placement, il y avait forcément des choses qu'elle ne voulait pas que nous, soignants on fasse. Et du coup, j'ai écouté, mis en place et transmis des choses à l'équipe. Pour essayer de faire au mieux. Mais bon, comme tout ce qui est... c'est une pathologie que je n'avais pas du tout vue en cours. C'est ce qui est état limite. Dans mon école il n'en parle pas du tout. Même jamais entendu ce mot là. Du coup je suis allée à l'IFSI, j'ai vu mon prof, et je lui parle d'état limite. Et là, toujours pareil, l'état limite c'est de la connerie, et il me sort un texte de Lacan, l'état limite c'est juste qu'on veut pas chercher plus loin si c'est psychose ou névrose... Du coup, et bien j'essaie de comprendre, je lis, oui j'essaie de lire des bouquins, mais... »

Moi : « Tu lis ? »

Sujet 2 : « Oui, moins que j'achète parce que quand je rentre chez moi, j'ai pas envie de relire de la psy et même y a des jours ça me soule un peu. Oui j'ai acheté pleins de bouquins dont un que j'ai bien aimé et qui m'a bien aidé. La schizophrénie, toutes les questions que l'on peut se poser en gros pour les gens qui sont hors psy, donc des questions vraiment de base, de soignants. D'où ça vient, comment ça se soigne. Je suis partie du tout basic pour eux, j'ai repris les bouquins de base, de base pour la clinique. »

Moi : « Ça t'as servi ? »

Sujet 2 : « Oui. Et en fait ça m'a rassurée parce qu'en fait plus je lisais et je savais ce que j'étais en train de lire. Je connaissais ce que j'étais en train de lire. Genre mémo infirmier, pathologie et tout ça bien ça m'a rien appris. Je connaissais et reconnaissais ce qu'ils disaient. Ça me rappelait des choses. Ouf, c'est bon je sais des choses. C'est que ça va le faire normalement. Ça m'a rassurée. » **Silence.**

Moi : « Tu t'appuies sur les collègues, les panos, les bouquins... »

Sujet 2 : « oui le patient aussi. Ça me fait penser à une patiente que l'on a, elle est diagnostiquée bipolaire et elle est très critique sur sa pathologie. Quand elle est pas trop mal, en début d'hospit., c'est atroce et quand elle est mieux elle critique vachement ses comportements. Elle parle, de ses signes, de ce qu'elle ressent. Elle peut dire quand elle est persécutée par exemple. Elle le dit très, très bien. Du coup j'apprends vachement des situations comme ça. »

Moi : « Du patient ou des situations ? »

Sujet 2 : « Du patient dans certaines situations. Donc des deux. Parce que il y a certaine situation où il va pas être accessible et il m'apprend... Oui, du coup il m'apprend par ses signes qu'il n'est pas accessible. D'être avec eux, j'apprends. C'est pour ça que j'essaie de faire de plus en plus d'entretien et d'être de plus en plus avec eux, car rester dans le bureau et bien... super... Là je me développe plus maintenant auprès du patient qu'auprès de l'équipe alors que les 6 premiers mois, j'apprenais plus avec l'équipe, qu'avec le patient. Mais là maintenant je me dis que ça commence à me manquer de pas avoir une relation... En fait, à mon dernier stage, c'était de l'admission fermée, pourtant, et je me dis c'est pareil que là. Ils étaient en placement, c'était fermé ils étaient aussi nombreux, il y avait autant d'infirmiers et comme j'étais étudiante, je prenais beaucoup plus de temps ou j'avais plus de temps et j'avais peut-être moins de contrainte du coup j'étais tout le temps en train de faire des ateliers et ça 3 jours sur 7. J'avais mis en place des ateliers, donc j'étais tout le temps avec le patient. On parlait tout le temps, je faisais des entretiens et là ça manque. Alors du coup j'essaie de trouver un peu plus ce qui me manque et ce que je pense que c'est un peu ça le soin surtout. Mais il y a une grosse différence entre les premiers mois et là maintenant ce que je fais. Ce que je devais faire là maintenant, c'est bon, je sais et maintenant ce que j'aimerai faire. » **Silence**

Moi : « Et les médecins ? »

Sujet 2 : « Alors, pour moi ils sont ressources, ça c'est clair. Parce qu'ils... là quand... Ils nous apprennent des choses, quand on a besoin d'eux ou quand on a des questions ils y répondent. Après que je sois au clair avec ce qu'ils font bon bé là... C'est autre chose, c'est des médecins. Mais eux, ils sont ressources... Surtout en pano en fait. Et ça parce qu'ils sont tous ensemble et qu'ils débattent et ça je trouve ça vachement intéressant. Quand ils se questionnent sur les diagnostics et du coup moi aussi je me questionne sur les diagnostics. Je vois les collègues expérimentés et il côtoie le patient ils le connaissent depuis des années ou quoi et eux, Ils font des diagnostics infirmiers, et ils sont au clair quoi. Et, moi pas du tout. Il a des fois j'ai parfois une idée, quoi ! Mais... Y a certaine fois... Par rapport à la clinique, les collègues ils vont déceler des trucs que moi je ne décèle pas. Mon collègue ***** il est vachement, il me... enfin quand il parle avec le cadre ou le médecin par exemple ils ont vraiment, enfin tu sens que la discussion, ils ont vraiment. Ils ont tous des arguments. Moi c'est tout petit. Je fais pas le poids, sans parler de compète mais... Enfin, j'ai pas d'idée sur : oui il a ça comme symptôme ou ça faut peut-être faire ça... Alors en plus, il y a des mots, des termes techniques que je connaissais pas en sortant de l'école. Du coup, j'en ai appris et je leurs demande si je les emploie bien. C'est tout bête mais les termes techniques ça permet d'avoir un

discours compréhensible avec ses collègues et d'être au clair. En plus un mot peut être employé et vouloir dire plusieurs choses alors que là t'es compris. J'essaie d'apprendre du vocabulaire, des normes, des traitements... Là je suis toujours... d'être dans les bouquins sur tout ce qui est termes techniques, normes et vocabulaire, pas sur ce... la psycho-patho mais surtout sur traitement et vocabulaire et j'oublie partenariat. »

Moi : « Tu n'as pas encore abordé la psycho-patho ? »

Sujet 2 : « *Je me dis que j'ai des bases en psycho-patho pour l'instant ça me permet de travailler. Alors que les traitements c'est plus important pour moi à ce moment-là pour travailler et tout ce qui est termes techniques, plus qu'approfondir la psycho-patho. Là j'ai envie d'apprendre des trucs que je connais pas. Les termes techniques il y en a plein que je connais pas du tout. »*

Moi : « Apprendre les termes techniques, ok, mais pour en faire quoi ? »

Sujet 2 : « *10 mots ça va... »*

Moi : « Tu peux les déceler chez le patient ? »

Sujet 2 : « *Certain oui parce que maintenant je les connais. Avant je les connaissais pas. Et je peux les repérer chez le patient. C'est ce que j'ai remarqué avec une de mes collègues qui est comme moi diplômée en même temps que moi, mais pas de la même école. Elle avait ce lexique là car elle avait fait son stage dans le service dans lequel on est actuellement et du coup elle est vachement au clair avec ce vocabulaire. Elle va sortir des mots... Et moi ah bien oui, euh moi je connais pas ça... Et du coup elle va m'expliquer. Mais ce que je sais c'est qu'il faut que, je les connaisse, pour pouvoir les déceler. **Silence.** Et du coup, je les connais pas et du coup je les décèle pas encore. »*

Moi : « Tu ne les décèles pas encore ? »

Sujet 2 : « *Non, non... » **Silence** « Certain oui... je croie, pfff mais beaucoup non... »*

Moi : « Tu viens de me dire il y a quelques instants qu'avec certains patients tu décelais des signes cliniques et que tu pouvais même parfois en discuter avec eux, l'exemple de la patiente... »

Sujet 2 : « *Oui... Oui c'est vrai. » **Silence***

Moi : « Ça va ? Tu n'as pas l'air... »

Sujet 2 : « *Si, si ça va. On peut continuer. Mais c'est que je me dis qu'il doit y en avoir encore plein et doit y avoir encore pleins de choses à déceler et que... c'est pas question d'apprendre les mots quoi... Je veux pas apprendre un dictionnaire, je m'en fou un peu. C'est que c'est un*

bagage quoi. Les infirmiers qui les connaissent, ils ne les ont pas appris pour rien. Je pense que, ils ont dû les apprendre pour pouvoir les utiliser... J'ai l'impression qu'ils ne s'arrêtent jamais d'apprendre des choses. Alors du coup, si je reprends tout ce que j'ai dit, j'apprends sur moi beaucoup, surtout au début et toujours. J'apprends par différents biais, les collègues, les bouquins, les patients, les situations dans lesquelles je suis, auxquelles je suis confrontée. Euh... par la remise en question, je pense ça fait évoluer donc ça fait apprendre et surtout le temps. J'ai une collègue qui me dit : laisse-toi le temps, tu verras ! »

Moi : « T'as fait des formations depuis que tu es arrivée ? »

Sujet 2 : « Non. J'en avais demandé deux, mais elles ont été refusé parce que je n'étais pas encore stagiaire à ce moment-là. Donc les deux refusées. J'avais demandé conseil aux collègues quand j'avais rempli les feuilles. Il m'avait dit d'attendre pour psycho-patho et entretien, c'est mieux d'avoir un peu d'expérience pour avoir des situations à évoquer pendant la formation. Moi j'avais demandé partenariat parce que je ne suis pas d'ici et quand j'ai dû remplir la feuille de formation, c'était ma deuxième semaine sur l'hôpital donc je me disais qu'il fallait que je connaisse le dispositif, les partenaires et tout, et tout...et savoir de quoi ça parle, ce qu'ils proposaient. Et la notion de violence que j'appréhendais beaucoup au début. »

Moi : « La violence ? Et maintenant ? »

Sujet 2 : « Toujours oui. Après il y a violence et violence. Il y en a tous les jours ça passe mieux maintenant. Déjà, je suis plus au clair avec le fait que c'est pas moi qui suis visée, ça je pense que j'étais au clair avec ça, dès mon arrivée. Mais quand même, il y a des fois quand des patients me disent : toi là en m'appelant par mon prénom, je te le fais cool, je te déteste. Bon et bien c'est pas au voisin, c'est moi quoi. Tu le prends pour toi alors que... Bon après il y a beaucoup de situations où je me dis c'est la maladie, c'est... ça m'est pas destinée. Cette violence-là, ou plutôt cette agressivité la verbale, je m'y fais un peu mieux peut-être moins quand je suis fatiguée. Mais avec l'agressivité physique, là toujours et bien des fois au moment où il y a des injections à faire, ou c'est des moments super chauds je tremble. Il vaut mieux que je mette des gants un peu larges parce que sinon et bien ils ne passent pas. Mais c'est mieux qu'avant. Ah oui y a une fois je veux faire une injection en chambre d'iso et là bing, vaisseaux. Pas de chance. Donc je re-prépare et là à nouveaux, bing vaisseaux. Donc deux fois d'affilées, je me disais c'est pas possible alors j'ai pris du temps à refaire des injections en situation d'urgence... et du coup j'ai perdu confiance quoi à ce moment-là surtout sur les injections intra musculaire. Après les situations de violences... mais dans l'urgence, dès qu'il va y avoir mise de contention sur un lit nu, ça me stresse. Et il faut que je le fasse plus en pratique. Après il y a des situations compliquées. Là il y a eu un décès dans le service, et du soin palliatif sur un mois dans un service de psychiatrie. On ne s'attend pas forcément à ça. Du coup on est tous dans un questionnement éthique en ce moment dans le service et la limite du son dans ce type de service, ou pour nous soignant, pour chaque soignant. Il y a pleins de questions est-ce qu'on était dans notre rôle ou pas ? Moi je pense que oui. Enfin, voilà on est dans ce questionnement, est-ce qu'on s'est pas mis en difficulté, et la patiente on lui apportait ce qu'il fallait, et les autres patients ? Mais, il y a pleins de situations, tu vois... et toutes différentes qui sont dures

mais je pense que ce n'est pas de la violence, beaucoup. Mais ça peut être violemment ressenti. Cette patiente elle n'était pas du tout violente. Mais la situation était violente, difficile pour les soignants. Y a plein de souffrance, dans un service comme ça. Faut prendre... Et du coup j'apprends vachement sur moi. Comment décompresser sur l'extérieur, c'est comme ça... Et puis je peux pas être tout le temps dedans alors... il faut se protéger. Alors les vieux ils sont là, mais oui tu as 23 ans et tout... Alors oui ça va venir oui mais en attendant... Certaines fois putain, c'est pas chouette.

Moi : « Tu sais que je peux arrêter d'enregistrer ? »

Sujet 2 : « *Non, non, n'arrête pas. Cette semaine tu vois ça a quand même était chaud. Chaud. Elle, elle était en souffrance, l'équipe était en souffrance et on était... enfin ça a été dure une situation dure et compliquée. Du coup j'ai craqué et je ne pensais pas que j'aurai craqué. Quand tu vois que la larme elle coule toute seule, et bien je pensais pas... Je pensais être au clair. Je savais ce que j'avais à faire, je savais pourquoi je le faisais. Mais du coup même si ça a été compliqué c'est là que je vois que ça été compliqué et qui faut du coup que j'apprenne vraiment à me protéger. Y a certaines fois je disais à c'est bon, je vais gérer, et bien non, faut que je me protège vraiment et que j'apprenne. Je suis pas une super soignante, et tout... Pourtant, tu vois là je me sentais pas en difficulté, là, pas tant que ça, et en fait quand tu vois que tu commences à pleurer et bien si peut-être... si... Faut plus se poser... pour essayer au moins de voir si ça va ou pas. Il faut pas être dans le faire car là on se pose pas la question, et c'est pas bien. Dans cette situation, j'étais dans le faire parce qu'elle voulait pas parler, et nous aussi y avait aucune relation jusqu'à ce qu'elle soit alitée et qu'on lui fasse ses injections. Mais du coup oui, c'était du faire... Ah c'est sûr on a fait, j'ai fait. Mais où c'est compliqué c'est quand... Enfin il faut penser au patient, et plus à soi aussi, se protéger pour... pour être bien soignant. »*

Moi : « Avant d'être soignant, penses à toi aussi, non ? »

Sujet 2 : « *Oui. Je pense qu'il faut être bien soi avant d'être bien soignant, être bien avec le patient. Ça sert à rien d'être à fond.... J'apprends pour tout ce qu'est soins techniques et tout ce qui n'est pas forcément du soin. »*

Moi : « Sur toi ? »

Sujet 2 : « *Il y a le moi soignant qui apprend, le moi technique qui apprend, le moi relation qui apprend, le moi personne qui apprend, le moi hors boulot. En gros, Voilà. »*

Moi : « As-tu quelques choses à ajouter ? »

Sujet 2 : « *Cette lecture, ça permet toujours de se remettre en question. J'étais en train de lire ça, et tu te revois. Moi, nous. »*

Moi : « Tu t'es retrouvée dans toutes ? »

Sujet 2 : « Non, enfin je ne crois pas. La première, si, le fait de pas rester coincé dans une pièce. Ça c'est le truc de base qu'on apprend toute suite. »

Moi : « Pourquoi ? »

Sujet 2 : « Oui car ça m'est déjà arrivée, quand j'étais en stage, je me suis fait attraper dans une douche qui voulait... Comment dire... clairement abuser de moi. Donc là j'étais bien bloquée et j'ai fini sous la douche. Donc là je peux t'assurer que j'ai bien compris que dès la première année, et bien il ne fallait pas faire ça. L'expérience m'a appris qu'il ne fallait pas faire ça. J'ai vite compris et tout ce qui est sécurité en général, quoi. On fait bien plus attention quand on y a été confronté une fois, plus que peut-être, quand un collègue en a parlé. Le gros moment de solitude oui. J'apprends des choses toutes, oui ça c'est vrai. Oui ça c'est celui qui m'a le plus parlé. Quand elle dit, on apprend de l'expérience. Je prends et je laisse selon l'expérience que j'ai vécue, les signes que j'ai repérés et voilà... Ça c'est vraiment ça. Je prends, je garde et je fais je trie dans ce qui a été, pas été, ce que je veux être ou pas être en tant que soignant...

Moi : « Tu fais un tri ? »

Sujet 2 : « Oui. Celle-là c'est dans la même idée : Prendre du recul sur ce qui est passé. Et là ça le dit avec l'aide des collègues. Donc moi je reprends du recule toute seule et aussi avec les collègues. Voilà je fais un tri, oui. Je compare les infirmiers, c'est ça, toujours en essayant de me dire pas de jugement. Ça c'est vraiment ma ligne, quand je vois qu'il y a certains diplômés de même pas un an qui se permettent de dire... enfin moi ça me... sur le patient et sur le soignant, du coup moi je me dis je veux vraiment pas être comme ça. C'est surtout une ligne de conduite, pas de jugement de valeurs. Et puis il y a une fois quelques choses qui ne m'a pas plus chez quelqu'un, une situation enfin j'étais en difficulté, du coup je lui ai pas dit, enfin j'ai tourné ma langue dans ma tête avant, fait gaffe à ce que tu vas dire, donc tu ne vas pas dire qu'il a mal agi, non, tu proposes. Tu trouves une réponse au questionnement que tu as et puis tu ne contredis pas devant le patient. T'en parles ailleurs, avant. Y a des choses dans le service qui pourraient être plus simple, et du coup je propose en équipe, j'explique ce que je sais, que dans mon école c'était différent donc du coup je partage et si ça passe ça passe sinon bien... Au moins je questionne, je propose des axes d'amélioration pour certains trucs qui ne sont pas forcément au top. Du coup je reprends sur les situations, voilà le patient qui sortait d'hospit, je t'en ai parlé, les réunions pano pareil, euh, la clope et le cadre de santé pareil... Oui il y en a beaucoup où je me retrouve. Ah oui, la soignante qui parle d'une situation et qui se retrouve dans une situation avec un autre patient qu'elle a en face d'elle. Ça oui, aussi. Je pense qu'on recherche toujours à retrouver une connaissance qu'on a vu en cours ou qu'on a vécu avec quelqu'un. Rassurant, ou peut-être faire son travail. Alors le fasciés là dans la situation où le truc de fou... et bien c'est vrai quelque chose comme la transpiration d'angoisse, et bien je connaissais pas du tout et c'est sur le terrain que j'ai appris ça, ce n'est pas ailleurs. Je le reconnais et ce faciès-là, enfin on le voit tout de suite sur la personne. On se doute pas que ça peut être si, si visible quoi sur leur physique. Et oui, être un peu rigide oui rigide. C'est clair qu'il y a des situations où j'ai été moins rigide que le cadre. Parce que tout faire à la lettre et

bien quand tu vois que t'es toute seule, et bien hou là. Je vais me prendre une pancarte... et bien t'est un peu moins rigide et puis voilà, en plus faut faire au cas par cas et puis avec ce qu'on est. Voilà c'est quand on fait pas le cas par cas justement, ce mouvement de groupe et qu'on se cache derrière le cadre tout de suite sans forcément réfléchir à ce qu'on fait. Ça je pense justement que c'est dangereux.

Moi : « D'autres choses à ajouter ? »

Sujet 2 : « Apprendre toujours dans le but, d'un projet professionnel après... Alors ce n'est pas de rester en admission, ça c'était clair dès le début. Juste y allait au début pour apprendre et vivre le plus de situations possibles, car ça bouge beaucoup. Mais moi, soit du moyen séjour pour, enfin j'ai dans l'idée qu'il y a pleins d'ateliers, qu'on peut faire pleins d'activités on peut voilà, avec des projets sur l'extérieur voilà, là c'est du moyen séjour. Je veux. Ou alors ce serait pédo-psy parce que j'avais adoré en stage et puis il y a tout ce qui est activité, relation avec la famille ce que j'avais adoré. Ou encore les hôpitaux de jour ça serait le merveilleux. Mais ce ne sera pas des soins techniques purs et durs. C'est pour ça là, que les 6 premiers mois et que j'étais que dans le faire alors que le patient il va peut-être revenir la prochaine fois et que j'ai pensé avant à ce que je pourrai faire avec lui en entretien. Maintenant je veux développer mon soin relationnel et la psy. »

Moi : « Autre chose ? »

Sujet 2 : « Oui, depuis deux mois, je suis mieux. Je ne me considère plus comme une grosse merde. Le déclic. En fait, ça vient que je ne sors pas de la même école que les autres et que je n'étais pas au clair avec comment dire ce qu'ils disaient... oui c'est ça, pas spécialement d'accord sur ce qu'était un atelier par exemple. Et moi je n'avais pas appris comme ça. Enfin voilà quoi, j'avais une vision différente quoi... Et là, non, mais ce n'est pas comme ça, on me répond. Non mais là dans ma tête je me suis dit : non mais ça peut être autrement que dans l'école d'Angoulême à la Croix rouge. Mais non. Non. Bon et bien d'accord donc, c'est pas bien. Voilà donc déjà. Là... Et puis, l'injection intra musculaire que je t'ai racontée. Ça m'a remis une couche. Et le fait de pas faire d'entretien, le fait de pas être avec le patient, le fait de pas faire ce que je pensais devoir faire en psychiatrie. Comment je m'étais imaginé le métier... Et de pas réussir à prendre assez de temps pour réussir à faire des entretiens, ou pas réussir, savoir comment j'allais les mener. Enfin de pas être au clair avec ce que je voulais vouloir faire, ce que je voulais faire. Et après c'était mieux. Parce que je me suis dit tu ne fais pas tout. Parce que j'ai laissé, enfin j'ai pris du recul quoi sur certaines choses... tu ne peux pas tout faire, tu ne peux pas tout gérer, et puis du coup ça passe beaucoup mieux. Il ne faut pas que je fasse tout nickel, je sais pas. C'est quand on veut faire, et bien c'est là qu'on voit qu'on ne peut pas tout faire. Et donc il faut savoir accepter que l'on ne peut pas faire tout, tout de suite. Faut que je le fasse après, mais pas tout de suite. Mais au début, oui, il y avait vraiment le fait... Mais moi au moins qu'on ne me reproche pas d'avoir mal fait, quelque chose que j'ai fait. »

Moi : « Tu ne te considères plus comme une grosse merde ? »

Sujet 2 : « *Non, je ne me considère plus comme une grosse merde. Je ne veux plus changer de service.* »

Moi : « J'éteins ? »

Sujet 2 : « *Oui vas-y.* »

Entretien Sujet 3

Moi : « Avant de commencer peux-tu me dire : Quel âge as-tu ? Depuis quand tu es diplômée ? à quelle période as-tu été recrutée au sein de l'établissement dans lequel tu travailles ? et pour finir as-tu réalisé des stages en psychiatrie durant tes études ? »

Sujet 3 : « *J'ai 32 ans. Je suis diplômée depuis juillet 2015 et j'ai pris mon poste sur l'hôpital le 15 juillet.* »

Moi : « As-tu travaillé auparavant ? »

Sujet 3 : « *Oui j'étais cadre en librairie pendant 5 ans.* »

Moi : « Ton cursus du coup ? »

Sujet 3 : « *Alors j'ai eu mon Bac puis j'ai fait une prépa. Par la suite, j'ai réalisé une école de commerce durant 3 années puis j'ai bossé comme cadre. Pour finir, par l'école d'infirmières sur Angoulême et j'ai été diplômée le vendredi et j'ai commencé à bosser le lundi ici.*»

Moi : « Au niveau de l'hôpital, tu as fait quel service ? »

Sujet 3 : « *Alors j'ai débuté sur le ***** (pool de remplacement) pendant 6 mois du coup, du 15 juillet au 4 janvier. Et du coup j'ai débuté sur ***** (service de pédopsychiatrie) à cette même date.* »

Moi : « Tu as fait des stages durant tes études. As-tu réalisé des stages en psychiatrie ? »

Sujet 3 : « *Alors, oui deux. J'ai eu un stage de 10 semaines sur ***** en service d'admission ouverte en 3^{ème} année. Et du coup durant ce stage là j'ai fait 3 jours en service d'admission fermée à ***** et 3 jours sur l'extra-hospitalier pour découvrir. Et en seconde année j'ai fait 6 semaines sur *****, service de pédopsychiatrie.* »

Moi : « T'as réalisé un mémoire de fin d'étude, quel en était le sujet ? »

Sujet 3 : « *Il traitait pas du tout de la psychiatrie. Il traitait du rapport à l'autorité et du coup de la dignité du patient. Ce qui est assez transversale, mais qui ne traite pas spécifiquement de la psychiatrie.* »

Moi : « Alors je t'ai donné à lire 4 pages, qu'est-ce que cela t'a inspiré ? »

Sujet 3 : « *Que j'ai lu ce matin. Pour moi, ce sont des témoignages de jeunes diplômés. Alors je me suis demandée si c'était des témoignages que tu avais recueillis ou s'ils étaient tirés de ta propre expérience, je sais pas... mais du coup, oui... enfin moi, je me suis reconnue dans*

certaines des passages que j'aurai pu dire ou vivre. Après, ils étaient assez disparates. C'est des textes qui étaient très courts, qui n'étaient pas nécessairement en lien, du coup je reconnais c'était pas facile. Oui c'est des textes les uns après les autres et c'est vrai qu'au bout de 4 pages je me suis dit qu'est-ce que j'ai lu sur la première page. Mais euh, voilà. » « Alors tu veux mon avis par exemple sur le premier. Alors je t'avoue que je ne comprends pas entre le fait qu'elle lise la lecture d'une situation et l'idée qu'elle ne veut pas se retrouver coincer dans une pièce. C'est un truc très spécifique. »

Moi : « Il s'agit d'une personne qui avait eu une lecture sur une situation de soin. Quelques jours après elle a vécu le même type de situation que celle qu'elle avait lu. Est-ce que toi ça t'est déjà arrivée de lire quelque chose et qu'une situation te... »

Sujet 3 : « *Alors de lire des écrits oui, mais c'est très théorique et j'avoue que je lis très peu de chose concernant euh, je vois pas en terme de bouquin, en terme d'apport où est-ce que je pourrai trouver des expériences. Je ne suis pas abonnée à des magazines infirmiers, ou ce genre de chose... »*

Moi : « Tu lis quand même. »

Sujet 3 : « *Oui je lis quand je vais m'interroger sur une pathologie par exemple. Je vais prendre des bouquins comme on avait à l'école, oui comme en termes de dépression par exemple et là je me dis y a des signes cliniques, ou encore je connais pas le vocabulaire adapté, eu niveau de la prise en soin qu'est-ce qu'il conseille, tu vois des bouquins infirmiers en psychiatrie. Mais, euh, ça va être ça mes lectures. Après j'ai débuté des lectures, qui sont encore arides pour moi, enfin des trucs de vulgarisation comme Christophe André des trucs comme ça, le vilain petit canard. Oui, Non. Enfin j'ai début des choses qui sont encore pour moi un peu abstraites quoi. »*

Moi : « Quelles choses sont abstraites ? »

Sujet 3 : « *C'est très théorique le dernier livre que j'avais lu. C'est le vilain petit canard de Cyrulnik, justement. C'était sur toute la construction de l'enfant, euh, et j'avoue que je l'ai lu une première fois. Il faut que je le relise car concrètement, au quotidien, j'arrive pas encore à... Ce n'est pas encore les choses que j'ai imprimées, si tu veux... Je l'ai lu, sur le coup tu comprends, je suis en capacité de le comprendre, c'est une vulgarisation, c'est pas le Bergerer, Voilà. Du coup, ça je peux m'y atteler, ça je le comprends, après en soi, ce que je refais derrière, pour l'instant je n'ai pas la sensation d'en faire grand-chose après dans ma pratique. Du coup, je me dis qu'il faut que je le relise, quoi. »*

Moi : « Donc ce que tu me dis, c'est que tu lis pour pouvoir comprendre et aider mais que quand tu es face à des enfants il n'y a pas de liens ? »

Sujet 3 : « *Oui, c'est ça. Je n'ai pas le sentiment qu'il se fasse. Oui alors après je m'en rends compte plutôt quand je parle avec des collègues. Il y a ***** qui est une infirmière du*

*service, elle a énormément lu et elle a vraiment une connaissance précise du développement de l'enfant, des phénomènes comme les carences affectives et ce que ça engendre. Eh bien, elle quand elle t'en parle justement, elle me donne des exemples, et elle va te faire faire des liens dans ta pratique. Par exemple, une prise en charge balnéo. Elle va te parler de la prise en charge avec une gamine et toi tu l'as fait précédemment. Elle te dit ce qu'elle en voit et moi j'ai rien vu de tout ça. Enfin, il y a un décalage énorme. Pour moi ça a été juste un moment de détente ou la petite justement je l'ai accompagnée sur ce moment de détente. A la limite, ça à créer du lien, oui une espèce de lien de confiance où après, du coup, elle s'est bien apaisée la petite. Sauf que du coup ***** elle va faire cette prise en charge là dans un autre but, vraiment pour voir la relation, la relation à l'eau et justement elle va me dire : cette petite elle devient une toute petite fille dans l'eau. Alors c'est vrai moi je l'ai constaté. Mais pour moi c'était une réaction normale, d'une fille de 11 ans qui s'amuse dans une baignoire, avec des jouets. Et tu vois ma collègue, m'a permis de mettre des mots sur des choses que j'ai vus, voilà alors que pour moi c'était normal si tu veux : elle a 11 ans, elle joue avec des jouets, elle babille dans l'eau, mais tu vois, je me dis : c'est une réaction normale d'une fille de 11 ans qui découvre une balnéo pour la première fois. *****, fait cette prise en charge la semaine d'après sachant qu'elle fait cet atelier depuis des années et des années, elle voit et sait très bien que c'est pas normal, et qu'on ne joue pas avec les jouets et qu'on ne babille pas dans l'eau. Elle voit bien qu'il y a quelque chose de cassé au niveau de la construction, et qu'elle est capable de mettre des mots et qu'elle est capable de travailler quelque chose derrière. Alors que moi ce que j'ai fait dans la prise en charge c'est être là, établir un lien avec la petite et bé voilà. J'ai pas fait vraiment de liens, sur la construction de l'enfant, enfin, voilà et ça... C'est un peu comme une de tes anecdotes. Sauf que là, c'est avec le patient. C'est d'autant plus facile, tu te rends compte, parce que là, en effet il y a quelque chose à travailler du coup, les collègues ça m'apporte quelque chose. Non, non c'est sûr, surtout en pédopsy, pfff... je sais pas pourquoi je dis surtout parce que... je trouve que au niveau de ce service, alors j'y suis depuis 6 mois et avant j'étais sur le *****, alors le fait de faire un mois dans chaque service et le temps que tu trouves ta place etc... après identifier un infirmier spécifique expérimenté qui va t'apporter des choses, alors il va peut-être le faire ponctuellement, mais tu vas pas aller chercher les mêmes infos que, avec un collègue avec qui tu bosses depuis plusieurs mois et tu sais que tu peux lui demander, lui poser des questions sur les prises en charge. Faut que t'établisses quand même un lien. Alors je pose beaucoup de questions à un infirmier, aussi à un éduc car il a des connaissances précises. Pareil, autour de la prise en charge de l'enfant, ou plutôt de l'adolescent en psychiatrie. Oui c'est vrai qu'il y en a un ou deux dans l'équipe qui vont t'apporter plein d'éléments. »*

Moi : « Ces discussions, elles ont lieux où, ou quand ? »

Sujet 3 : « Euh déjà, tous les jours y a repas thérapeutiques avec les jeunes donc du coup à ***** on ne partage pas les repas avec les collègues en fait. Il n'y a pas de moment de pause ensemble, on va prendre un café avant la réunion que l'on peut avoir avec les jeunes, donc là, oui, mais pendant le temps de repas non. Et si on prend un café, ouais. Mais je dirai que c'est pas vraiment à ces moment-là, parce que au final en fait on est, on a la salle de soins euh, le

bureau infirmiers c'est la salle de pause car on a pas de salle, donc en fait, il y a toujours un milliard de gens dans cette pièce. Et donc du coup quand c'est le moment, t'as pas... t'as des conversations un peu de la vie de tous les jours, mais t'as pas à ce moment-là si t'as un questionnement sur les prises en soins. Sur les temps d'après-midi c'est pareil mais le groupe est petit et il y a les temps en chambre. Et là on est deux ou trois dans la salle. Du coup, là à ce moment, y a des échanges, t'as une collègue qui va raconter une anecdote... Oui, oui. Et puis souvent, t'as les jeunes qui viennent, c'est comme en admission, ils viennent très régulièrement. Et donc, du coup, là les anciens te disent : alors lui lors de sa dernière hospitalisation, il nous a fait ça et ça aussi comme type de comportement. Aujourd'hui, il a beaucoup évolué ou pas du tout évolué. Donc c'est souvent sur les prises en charge de jeune qui reviennent parce que d'année en année... Oui la plupart du temps c'est sur ça. »

Moi : « Et du coup ça t'apporte... »

Sujet 3 : « Oui, parce que du coup, mais je pense que cela leur apporte à eux aussi. Mais ils le disent aussi que ça leur apporte le fait qu'on soit nouvelle. Ils nous disent qu'on regarde pas le jeune de la même manière... parce que eux, ils l'on vu à la dernière hospit, l'année dernière et il était vraiment en conflit avec sa famille d'accueil, ce genre de choses. Il était absolument odieux, mine de rien. Et il a fait 15 jours où il peut tester le cadre et il revient un an après et les collègues ont toujours le même a priori. Nous on voit juste un gamin qui vient ici, qu'on ne connaît pas et du coup... alors qu'eux, ils peuvent avoir un regard critique sur l'enfant, alors que nous naïvement, enfin nous on le rencontre pour la première fois et non, il n'est pas si terrible que ça ; par exemple. »

Moi : « Est-ce que tu crois que l'école t'as préparé à ta fonction d'infirmière exerçant en psychiatrie ? »

Sujet 3 : « Alors, non pas du tout. Je pense qu'elle te prépare bien pour exercer dans les soins généraux mais pour la psychiatrie, non. C'est vraiment pas le sentiment que j'en ai. Alors peut-être que j'aurais peut-être la sensation d'avoir autant de lacunes si je travaillais en hôpital général, hein... Mais en tous cas, en hôpital psychiatrique j'ai vraiment l'impression d'avoir pleins de lacunes. Sur la formation, j'ai quelques éléments de bases sur la psychopathologie et j'ai pas le sentiment, enfin, c'est pas faute de les avoir appris, c'est que je n'y ai pas été confronté si tu veux. En tout cas c'est comme ça que je le ressens. Par exemple sur les éléments de base en psychologie notamment, c'est surtout ce qui manque. Après des signes cliniques des différentes maladies psychiatriques, je pense que si. On nous les a dites, on les a appris... »

Moi : « Tu peux les repérer ? »

Sujet 3 : « Je les repère mais y en a qui m'échappe encore mais je connais les grandes lignes, tu vois. Sur les maladies de base, les maladies qu'on voit le plus fréquemment. Mais par contre, c'est plus sûr, bé euh, après c'est vraiment spécifique à la pédopsy sur tout ce qui est psychologie de l'adolescent sur tout ce qui est construction d'un être, le développement, oui de

l'enfant, d'un ado tout quoi, sa psychologie etc... Je trouve que là, on a pas de connaissances en formation initiale. »

Moi : « alors comment fais-tu ? »

Sujet 3 : « Du coup, j'assiste à toutes les réunions. J'avoue que, je me débrouille même si je suis du matin. Enfin j'assiste à toutes les réunions cliniques du mercredi après-midi pour parler d'un jeune. J'essaye de jamais en louper une. Mine de rien, ça m'apporte beaucoup. Déjà ça te permet de comprendre le projet, le soin. Et puis en plus, il y a la psychologue, le médecin et l'équipe. Donc du coup, j'avoue que ça c'est bien, ça m'aide. »

Moi : « Ça t'aide ? »

*Sujet 3 : « Ca m'aide sur la prise en charge du jeune, oui sur la prise en charge du jeune c'est certains, mais il y a surtout des éléments théoriques qui sont apportés ne serait-ce que par le psychologue et le médecin psychiatrique. Oui parce que quand t'interroges sur la prise en charge, ils vont t'expliquer et te dire que pour tel et tel patient, là ce qu'il faut qu'on lui propose c'est ceci. Mais du coup ça parle aussi de la pathologie en elle-même. Et parfois et bien le Dr ***** nous a carrément fait un apport sur la prise en charge de l'enfant autiste car on reçoit des enfants du service ***** qui viennent malgré tout sur notre service. T'as quand même des billes dans ce type de réunion et je prends. Ouais voilà, je vais chercher ce type d'infos. Et puis après, il y a le plan de formation. J'ai fait psychopatho cette année. C'était pas mal mais c'était très tourné autour de la psychanalyse, même très orientée après pour le coup, 8 jours de formation avec un psychanalyste plus qu'un psychologue. 4 fois deux jours, et tu vois tous les concepts psychanalytiques mais eux... Donc c'est très intéressant après je pense que ça demande à être complété par autre chose. Ouais, très orienté. Donc voilà en termes de recherche : ça, les lectures et les collègues. »*

Moi : « Et au travers de ta relation de soin, quand t'est seule sans lecture, sans collègues ? »

*Sujet 3 : « Après, sur ***** on a quand même le luxe d'être rarement tout seul. C'est pas comme en service d'admission adulte. Je pense qu'on est assez protégé. »*

Moi : « Tu as presque un an de diplôme et tu m'as dit tout à l'heure que tu avais fait 6 mois sur le pool de remplacement et de la pédopsy . »

*Sujet 3 : « Oui c'est vrai, tu as raison. J'ai fait de l'adulte aussi. Du coup, ouais il y a une fois sur la prise en charge d'un jeune avec une entrée dans la schizophrénie. C'est un ado qui a été hospitalisé un long moment sur... Il a dû faire 4 mois d'hospit. C'est un gamin que je connaissais bien en fait au bout de 4 mois. Et du coup, pour le coup, c'est un gamin que je prenais souvent en charge et à un moment donné, il y a eu, une espèce d'état de tension lors d'une réunion du matin à laquelle je n'assistais pas car je faisais des papiers administratifs dans le bureau. Et les collègues prennent le groupe sur un jeu, avec les ados et cet enfant qui sort. Il s'appelle *****, c'est plus facile pour moi de l'appeler par son prénom. Donc, ******

*sort de la réunion, se décale du jeu, décide qu'il ne fera pas le jeu et s'en va s'enfermer dans sa chambre. Mes collègues m'ont demandé d'aller le chercher et de m'occuper de lui. OK. Du coup j'y vais mais ne sachant pas ce qui avait généré ce mouvement de tension parce que moi je ne l'avais pas rencontré, ni vu. Les filles me disent : « Ecoute il ne veut absolument pas participer au jeu mais il faut qu'il fasse quelque chose ». Enfin, en gros. Donc là où j'ai vu que j'étais jeunes diplômés c'est que bon, moi on me dit un truc et j'y vais. Donc je vais le voir et je mets mes gros sabots et je lui dis : écoute *****, ici c'est pas un centre aéré, t'es ici pour du soin, t'es ici parce que tu as des difficultés sur l'extérieur, tu as des choses à travailler, je t'amène une feuille et un papier et tu écris. Sauf que *****, enfin si j'avais réfléchi 2 secondes, en plus je le connaissais. Il était incapable d'écrire avec son entrée dans la schizophrénie, il ne pouvait plus rien coucher par écrit et ce que je lui demandais c'était d'une violence terrible. Très, très, violent pour lui, et du coup, je voyais bien qu'il se tendait, mais je continuais et je restais dans mon truc, il faut qu'il fasse quelque chose. Et du coup, à un moment donné, c'était plus possible pour lui, j'étais trop intrusive pour lui, mais sur le coup ça je ne m'en étais pas rendu compte, il m'a décroché une droite, dans ma tête, j'ai vu des étoiles. Et merde. Et donc du coup, je lui ai dit : mais c'est pas possible de faire ça, tu te rends compte de ce que tu viens de faire et là il était en mode prostré et là il est sorti et là, à ce moment-là, il a décompensé, c'était trop difficile pour lui. Ça s'est fini par une injection, un moment très compliqué avec un appel à renfort et c'est là où oui, je me suis sentie complètement dépassée. Mais après pourquoi, parce que j'ai pas questionné quelque chose qu'on m'a demandé de f... enfin tu vois parce que mes collègues sans aucun apriori...*

« Moi : Tu l'as analysé la situation ? Tu me livres une réflexion après coup. »

*Sujet 3 : « Oui... Du coup, elle a donné lieu à une réunion clinique la semaine d'après. Du coup forcément on a reparlé du fait que... puis on en a parlé avec les collègues parce que en fait c'était un patient qui refusait les traitements puisqu'il était dans le déni de ses troubles. Il acceptait d'être hospitalisé mais il refusait le traitement. Je voulais qu'il fasse quelque chose car pour lui il était pas psychotique et le fait qu'à ce moment-là, il ait complètement décompensé et qu'il ait perdu tout rapport à la réalité. Du coup par la suite, il a accepté le traitement. C'est vrai qu'on en a beaucoup parlé, et on lui a même fait remarquer après coup : tu vois ça servait à quelque chose que tu prennes ton traitement. En fait, on en a pas mal parlé avec les collègues et en clinique derrière ce qui m'a permis de mieux analyser la chose. J'en ai parlé avec le psycho avec le médecin. Oui. Et de comprendre à quel point, en effet j'avais été violente et intrusive avec lui. Mais après, je m'en suis rendue compte dès le moment où j'ai pris une baffe. Le problème c'est que cet enfant je le connaissais et je pense que du coup comme on avait un... en fait, je pense que c'est aussi le souci sur une prise en charge longue c'est que le contact avec ***** il passait très bien. Il y a des patients avec qui tu t'entends plus ou moins bien ou en tout cas t'as le sentiment... Enfin avec ***** ça passait bien, et j'avoue qu'à aucun moment je me suis dit qu'à un moment il est possible qu'il m'en décroche une. C'est ça, à aucun moment je me suis dit que j'allais le mettre en difficulté au point qu'il ne puisse pas me le dire. Je me suis... C'est cette erreur qui m'a permis de comprendre car maintenant je ne re-rentre pas comme ça dans la chambre. La chambre du patient c'est quand même, surtout chez un*

psychotique, un endroit intime et maintenant si je dois faire quelque chose, je ne traite pas de ça dans la chambre. Ne serait-ce que ça. Aujourd'hui après ça, enfin j'y ai réfléchi. Quitte à vouloir lui imposer quelque chose, en tout cas, un travail sur lui-même, je le sors de sa chambre. Je lui propose un entretien, un endroit neutre, mais pas dans son espace d'intimité qu'est sa chambre. En plus c'était une chambre individuelle où il peut se barricader quand pour lui cela devient trop difficile et moi je rentre et je m'installe et hop. Là-dessus j'ai réfléchi et non c'est sur je ne le ferai plus jamais comme ça. Et maintenant quand un gamin se décale du groupe parce qu'il est en difficulté et qu'il va dans sa chambre, je ne procède pas du tout pareil. J'y vais avec beaucoup de précautions. Mais pas dans la peur de m'en prendre une, dans l'idée qu'à ce moment-là, il se décale peut-être du groupe parce que c'est trop dur, et ce n'est peut-être pas le meilleur moyen de lui proposer cette activité. Enfin, cette expérience m'a permis de réajuster. Mais parce que j'y ai réfléchi longuement. Enfin, je veux dire... Oui voilà. C'est que ça m'a quand même mise mal cette claque. Comment j'ai pu le mettre aussi mal au point qu'il ne puisse pas me dire de sortir de la chambre et que le seul moyen qu'il trouve, c'est de m'en coller une. A ce moment-là pour lui ça devait être... d'une violence terrible. Alors pour le coup, oui, j'y ai beaucoup réfléchi après, c'est certain. »

Moi : « Réfléchi ? C'est-à-dire... »

Sujet 3 : « *Seule, en groupe, on en a débattu sur une clinique et j'en ai reparlé avec le médecin derrière.* »

Moi : « Donc, comment tu apprends ? »

Sujet 3 : « *En prenant des claques. Euh, là en l'occurrence en faisant une bêtise. Après j'ai le sentiment d'apprendre pas mal en regardant ce que font mes collègues aussi. Honnêtement je les observe beaucoup sans être dans le mimétisme de ce qu'ils font. Oui, en fait j'ai identifié quelques infirmiers où je me dis ce qu'il fait là, ce qu'il établit comme lien avec le gamin, ce qui lui permet de travailler, ce qui lui permet de... Oui t'as des infirmiers, tu sais qu'ils font des choses bien. Et donc, pour le coup tu les regardes et tu te dis : tiens ça c'est pas mal et c'est peut-être des choses à reproduire.* »

Moi : « Il y a une situation qui parle de ça. Tu sembles d'accord avec cette idée ? »

Sujet 3 : « *Oui, je vois la situation. Là je compare cet infirmier à... Oui voilà. Je suis dans l'observation de... Oui, oui. C'est cette idée-là. Et puis après en faisant mais si tu te trompes... enfin si tu le vois clairement que tu te trompes, là ça va être clair et net, du coup tu réfléchis, ouais. Tu réfléchis pas mal derrière. Qu'est-ce que j'ai fait pour provoquer un truc pareil, pour que je le mette mal.* »

Moi : « Et les patients ? »

Sujet 3 : « Attends, je réfléchis. Là comme ça, ça ne me vient pas. J'essaie de me remémorer les services dans lesquels je suis passée. » **Silence.**

Moi : « Alors les petites anecdotes que je t'ai donné à lire t'ont intrigué, mais tu me racontes tes propres expériences et tu ne trouves pas qu'il y a des similitudes ? Par exemple, le moment où tu étais seule, l'observation des soignants... »

Sujet 3 : « Oui, j'apprends toute seule, la prise de recul. Tu la prends aussi parce que tu partages avec l'équipe, les autres soignants. Puis aussi après parce que tu vas mettre de la clinique dessus lors des réunions, oui tu reprends des choses... »

Moi : « Tu me parles beaucoup des ados, et chez les adultes les signes... »

Sujet 3 : « Alors, chez les adultes, oui, comme en admission. J'avoue que... Alors c'est vrai que la symptomatologie dépressive, et bien je trouve que ça se ressemble. C'est pour moi dans mon idée, au niveau de la prise en charge de cette... Je me dis que les dames âgées dépressives pour le coup, elles présentent des signes cliniques similaires. Oui c'est des signes qui sont plus ou moins toujours les mêmes en tout cas sur l'accompagnement t'as la sensation de faire un peu... oui tu peux reproduire un peu les choses que tu as vu avec une précédente. Après sur des patients qui sont plutôt de structure psychotique, je trouve que, pour moi, s'est beaucoup plus compliqué de reproduire, voir des choses. Parce que j'ai la sensation que le délire est construit différemment et que les troubles du comportement sont autres. »

Moi : « Tu me parles de reproduction de prise en charge là et dans ce que le patient te donne à voir ? »

Sujet 3 : « Je reste sur l'idée de la personne âgée dépressive. C'est toujours la même chose. Pour moi je reconnais facilement les signes car... Après dans la psychose, y a quand même des signes mais c'est une pathologie que je maîtrise moins bien, que euh pour laquelle j'ai moins de connaissances. Je pense que c'est ça qui me paraît plus... Je la trouve plus complexe comme pathologie. En plus, ça suppose une autre structure de pensée alors c'est peut-être con ce que je vais dire mais je trouve que c'est plus facile de comprendre un névrosé qu'un psychotique. Enfin voilà, la structure de pensée la façon de voir le monde d'un psychotique pour l'instant j'ai beaucoup de mal, alors qu'on ne me demande pas de me mettre à la place d'un psychotique. Mais juste pour l'accompagner, je me dis qu'il faut que je sois parfois capable de comprendre ce que lui voit et que, pour l'instant, et bien non. Je vois pas. Par exemple mon petit jeune, je me suis rendue compte que cela pouvait être terrible pour lui, même... oui j'étais prise dans mon action... Oui là regarde on n'a un jeune psychotique là, qu'on prend en charge cela fait deux ans qu'il est dans le service. Et par exemple j'ai beaucoup de mal à admettre que les affects sont que de notre côté et pas du sien. Et j'agis comme si lui avait des affects envers nous alors que je sais que c'est pas le cas... Alors que je devrais le savoir. »

Moi : « Tu le sais mais tu ne le prend pas en compte ? »

Sujet 3 : « *Oui c'est ça. Je n'agis pas. Je le sais mais je n'agis auprès de lui qu'en prenant en compte cet aspect. Donc et c'est bien parce que, j'arrive pas à penser cette idée alors que lui n'a pas d'affects depuis des mois et des mois. Alors on le connaît par cœur, mais... j'y arrive pas.* »

Moi : « Et les règles, l'institution ? »

Sujet 3 : « *Oui, comme ouvrir la porte... Donc plutôt que le mettre mal. Alors je suis plutôt d'accord et puis il y a l'esprit de la loi. Alors chez les adultes peut-être mais chez les ados tu es vraiment obligé de respecter le cadre, les règles car sinon tu te fais bouffer. Mais chez les adultes tu le fais plus facilement autour de la cigarette, autour de tas de choses, parce que je reste persuadé que la loi pour la loi c'est juste, enfin ça empêche de réfléchir. Après tu te rends bien compte, si tu joues avec ça, tu t'engouffres dans des... la porte est ouverte et tu peux t'engouffrer dans des grands moments de solitude. Mais il n'empêche que je reste assez d'accord que le cadre est important mais pas au point de ne pas penser à l'humain derrière. Surtout, surtout que ces petits moments peuvent être intéressants. Ces moments informels. Oui tu peux les rencontrer sur pleins d'autres choses : informel, atelier, entretien... Transgression... ou pas... Oui on rencontre plus le patient sur ces moments qu'autour d'une table. Je me souviens d'une jeune sur ***** au final en entretien elle était plutôt en mode fermé, moue boudeuse, bras croisés elle te dit rien d'elle et elle n'a pas envie de se livrer. Et, pour autant la semaine d'après on fait une rando, 10 km et là je vois qu'elle est dans la recherche du contact durant la rando et euh à ce moment-là elle veut parler d'un viol qu'elle a subi et qu'elle n'a jamais abordé ce sujet. Mais qu'elle, elle a choisi ce moment rando. Sur le coup le problème, tu te dis que ce n'est ni l'endroit, ni le moment pour toi tu vois. C'est pas formalisé, et puis qu'est-ce que tu vas faire de cette info ? Ou elle veut en venir. Elle a choisi toi, à ce moment-là et elle a choisi là de te livrer son truc. Est-ce que t'attends l'après-midi, d'être dans un bureau pour avoir un écrit, et bé non tu le fais. C'est pas toi qui choisies ces moments. A un moment donné le patient il te fait confiance, quoi. Oui je suis donc persuadée que les temps informels sont importants et formateurs.* »

Moi : « Et le cadre ? »

Sujet 3 : « *Le cadre de santé, oui alors j'ai lu ça oui. Alors je trouve vraiment que ça dépend du cadre de santé que tu as. Il y en a en qui t'as confiance quand il y a quelque chose qui te dépasse, il va m'apporter quelque chose et puis tu en as d'autres où tu te dis bon bé euh.. Je vais aller voir mes collègues. Tu te dis, je trouve que c'est pas fonction dépendant, mais fonction personne. Alors pour finir je peux te dire que oui, je me retrouvais dans beaucoup de tes situations au final après les avoir lus. Après, je pense que j'apprends en faisant, oui faisant les choses. Après j'espère ne pas faire trop d'erreurs et puis en regardant ce que font tes collègues, écouter leur expérience car si je peux éviter de refaire les erreurs qu'eux ont faites c'est déjà ça. Oui alors je regarde beaucoup ce qu'ils font.*

Moi : « As-tu quelque chose à ajouter ? »

Sujet 3 : « *Non j'ai fini.* »

Après entretien

Le sujet raconte, que tous les matins, elle échange avec le médecin sur les patients. C'est un temps où elle apprend : symptômes, prises en charge, comportements....

Entretien Sujet 4

Sujet 4 : *« Je suis diplômée depuis le mois de juillet de l'année dernière. J'ai été recruté au moment de faire ma soutenance dans une maison de retraite, donc je sais que j'étais diplômée le 11 juillet et le lundi, j'ai commencé le 13 dans une maison de retraite. »*

Moi : « Tu as travaillé combien de temps dans cette maison de retraite ? »

Sujet 4 : *« 2 mois et après j'ai intégré la psychiatrie. »*

Moi : « Tu as quel âge et as-tu travaillé auparavant ? »

Sujet 4 : *« J'ai 39 ans et j'étais comptable. Et après j'ai été agent commercial. Pendant que je travaillais comme agent commercial, le magasin a fermé et j'ai décidé de me recycler. A partir de là, j'ai voulu faire un stage. Pour savoir comment cela marchait au niveau du socio-médical. J'ai donc été auxiliaire de vie deux mois. Puis j'ai encore fait auxiliaire de vie encore deux mois quand j'étais en première année pendant les vacances. Mais c'est la même entreprise après qui m'a repris en tant qu'AS après en deuxième et troisième année pendant les vacances. Après eux aussi étaient prêts à me prendre comme infirmière, mais l'hôpital les a devancés. Alors à savoir qu'avant j'ai fait une école de gestion. »*

Moi : « Tu as fait tes études à Angoulême ? »

Sujet 4 : *« Non, à Madagascar. J'ai fait l'université à Madagascar. »*

Moi : « Cela fonctionne comme en France ? »

Sujet 4 : *« Alors c'est le même système, mais après quand j'ai fait valider mon diplôme de maîtrise en gestion en France, il valide en tant que Bac +4 mais, ils ne peuvent pas certifier le contenu des formations. Donc ils ne peuvent pas valider le diplôme mais il certifie que c'est équivalent en Bac +4 en France. »*

Moi : « Tu me parles du diplôme infirmier ? »

Sujet 4 : *« Non, de mes études de gestion. Mes études d'infirmières, je les ai faites en France, ici à Angoulême. »*

Moi : « Durant tes études infirmières tu as fait des stages, es-tu passée en psychiatrie ? »

Sujet 4 : *« J'ai fait psychotique déficitaire et admission. »*

Moi : « Quand et combien de temps ? »

Sujet 4 : « *Alors 10 semaines les déficitaires et 5 semaines admission en deuxième année. Pour les autres, c'étaient diversifié, j'ai fait chir. »*

Moi : « La thématique de ton mémoire traitait de la psychiatrie ou pas du tout ? »

Sujet 4 : « *Presque. En fait, je n'y ai pas pensé au début mais en y réfléchissant finalement oui. En fait, mon thème c'était l'odeur et la compassion. En quoi l'odeur influence-t-elle la compassion du soignant. Donc en fait, de manière transversale, on retrouve des concepts, mais c'est après que je me suis rendue compte que ça traitait de la psychiatrie. »*

Moi : « Pourquoi après ? »

Sujet 4 : « *En réfléchissant, au début, je parlais de ça parce que je parlais d'une plaie cancéreuse qui était ouverte et métastasée de partout et qui avait une odeur nauséabonde. Et moi je parlais de là, de ce que j'avais ressenti au moment de faire le soin. Et sauf que je suis allée encore plus loin, finalement je parlais de relation à l'autre, la représentation de l'autre, et finalement je suis partie sur Dolto et d'autres. Ils parlaient de l'odeur, des psychotiques qui gardent les vêtements et tout ça... »*

Moi : « C'était orienté, mais tu en as pris conscience quand ? »

Sujet 4 : « *Très longtemps après. C'est quand j'ai travaillé à l'hôpital là, que je me suis rendue compte que j'avais traité de la psy, finalement. Y avait rien à voir avec les soins, ça traitait des soins généraux. Mais ça quand j'étais encore à l'école j'étais plus douée en technique. J'étais très technique. Et finalement plus j'avançais dans mon mémoire et plus j'avançais dans tout ce qu'était théorique, plutôt analyse et c'est là que je me dis : euh, je fais de la psy. Mes collègues me disent : « mais en fait depuis la première année, t'avais cette tendance à analyser les choses, même si la technique t'aime ça et t'es contente de le faire, mais t'analyse beaucoup. »*

Moi : « Alors je t'ai donné à lire 4 pages, qu'est-ce que cela t'a inspiré ? »

Sujet 4 : « *Oui, ça a été rapide. De manière générale, en fait, ça me fait penser à la manière où les gens voient les choses et comment ils apprennent en sortant de l'école. Ça me fait penser à moi, justement. »*

Moi : « Pourquoi ? »

Sujet 4 : « *En fait, moi, quand je suis arrivée alors en maison de retraite, ça allait parce que c'est technique avec la sonnette et là je maîtrise bien. J'avais pas l'impression de ne pas être perdue totalement. J'arrive, j'étais toute suite dans le bain et je maîtrisais ce que je faisais au bout d'une semaine. Et là, j'arrive en psy, il y a 8 mois et bien... Je ne maîtrise toujours rien, maintenant. »*

Moi : « C'est ce que tu ressens ? »

Sujet 4 : « *Oui. J'ai l'impression d'être paumée, totalement perdue. J'ai l'impression que j'ai pas été préparé à travailler en psy. J'arrive, je ne comprenais rien de ce qui se passe. J'ai beau toujours avoir appris le module 2.6, en plus j'appréciais. J'ai toujours questionné mais je crois que j'ai jamais compris toujours et là je me dis : c'est encore pire même si j'ai fait des stages en admission et chez les déficitaires...euh. »*

Moi : « T'as le sentiment que l'école ne t'as préparé au travail de soignant en psychiatrie ? »

Sujet 4 : « *Oui, c'est ça. J'ai même été leur dire que j'avais pas bien été préparé. On a des bases, mais après comment les appliquer en psy, c'est autre chose. Dans le général c'est facile, c'est tac, tac, tac, tac... c'est vite fait. Au bout d'une semaine on comprend les choses et ce qu'on doit faire. En psy, ça bouge tout le temps. Y a toujours un truc qui change, et on comprend pas vraiment comment, enfin moi, comment vraiment prendre en charge les personnes... Et là je suis perdue. »*

Moi : « Tu es perdue encore aujourd'hui ? »

Sujet 4 : « *Là, je commence à voir un peu, mais c'est vraiment minime, par rapport à ce que moi avec mon caractère qui aime que les choses soient carrées et claires. Là je me sens plus euh... là par rapport à cette situation ça devrait être... et puis deux semaines après et bien c'est plus ça... ouais ça marche... Je euh, quand je vois ce qu'ils disent, je fais pareil mais en même temps, ça change tout le temps. »*

Moi : « Tu fais pareil ? »

Sujet 4 : « *Je regarde comment ils font, je regarde les soignés comment ils sont, les signes. J'arrive à les déceler. Mais à chaque fois, ça change. Donc finalement, j'ai l'impression que les informations que j'ai prises, ce sont des informations que j'ai... Ce sont des connaissances finalement que j'ai mises en parallèle avec ce que j'ai appris mais finalement ça change tout le temps. »*

Moi : « Des connaissances en parallèle avec ce que tu as appris ? »

Sujet 4 : « *En fait, le théorique psy que j'avais eu à l'école et en même temps quand je suis arrivée ici, et bien au bout de trois semaines je commençais à me dire je suis paumée... je m'achète un bouquin. Donc, ça c'est en plus de ce que j'ai déjà. »*

Moi : « Quel genre de bouquin ? »

Sujet 4 : « *Psychopatho. Oui là, c'est vrai que c'est plus ciblé mais n'empêche qu'il y a quand même des trucs que je comprends pas du tout et toujours pas. Y a toujours un truc qui manque, y a toujours un truc qu'est pas là. »*

Moi : « Il y a bien des choses que tu comprends ? »

Sujet 4 : « *Oui. En fait, quand j'arrive chez moi, je prends le livre... Enfin, il y a une situation au travail que j'ai pas comprise. Comment les collègues par exemple ont géré une situation. Et bien j'observe, je me dis alors ouais, bon donc ça c'est bon pourquoi ils ont fait ça. Et là je me rends compte que j'ai pas la même vision d'une situation ou d'un patient qui est un peu caractériel et qui fait quelques chose. Oui mais moi dans ma tête je me dis d'accord elle est caractérielle mais bon dans la réalité ça se passerait comment ? Donc, j'ai tendance à revenir dans la réalité. C'est-à-dire ce genre de situation j'aurai fait comment, moi si j'étais dans le général face à ce problème. Donc du coup, je suis perdue, parce que les collègues me disent : non c'est pas comme ça qu'il faut faire. Ah d'accord. Donc du coup j'essaye de reprendre tout ce qu'ils disent et j'analyse, puis après moi, en tant que moi j'aurai fait comment. Donc c'est le temps que je m'installe en tant que moi en fait qui est compliqué. »*

Moi : « Donc si je comprends bien, tu lis, t'analyses, t' observes les soignants... »

Sujet 4 : « *Oui j'observe les soignés aussi. »*

Moi : « T'observe-les soignés ? »

Sujet 4 : « *Ah oui, oui. Beaucoup. Parce que pour savoir ce que les patients ont, ils sont tellement différents et ils changent tout le temps. Ils ont toujours un truc et tous les jours, il y a une nouvelle information qui m'arrive et là je me dis : bon et bien ça il faut que je le rajoute. Donc cette personne a telle pathologie, d'accord. Donc je rajoute... »*

Moi : « Tu rajoutes ? »

Sujet 4 : *Oui je rajoute dans mon panel d'informations, dans ma tête. Et du coup, après je vais aller voir dans mon bouquin quand je comprends pas. Y avait ça alors que dans ce que j'ai connu à la base y avait pas ça. Donc je lis... ah oui bon bé d'accord. J'essaye d'analyser, pour comprendre et réajuster. A un point où je suis allée voir la cadre pour lui dire je me sens paumée, je suis perdue. Totalement. Je comprends pas ce qui se passe.*

Moi : « Est-ce que t'es perdue par rapport à un trop d'informations que tu ne maîtrises pas ou par rapport à un manque de connaissances ?

Sujet 4 : « *Je pense que c'est les deux. »*

Moi : « Les deux. »

Sujet 4 : « *Oui parce que le manque de connaissances y est beaucoup déjà. Euh, quand je suis sortie de l'école vu que j'ai commencé par la maison de retraite et que j'ai vu comment j'étais, hein... Et que là j'arrivai, et j'étais paumée. Donc je savais exactement ce qui me manquait.*

C'est que je connais rien finalement. Malgré les informations qu'on m'a données à l'IFSI, je connaissais rien. C'était vraiment le minimum, vraiment à mon impression, le minimum. Alors que finalement, j'avais l'impression que j'étais bien préparée pour être dans le général, mais pas pour la psy. Et en même temps, étant donné que j'étais plutôt bonne dans le côté somatique je crois que j'ai foncé dedans et finalement en sortant de l'école, la technique ça me plait bien, mais au bout de deux mois je sais ce que je fais, et j'ai l'impression que je vais m'ennuyer, alors que j'aime bien réfléchir. Et s'il faut que je fasse les choses machinalement, au bout de deux mois, on me dit : ah bé c'est super on dirait que tu fais ça depuis longtemps. Et là oui, mais moi, je commence à m'ennuyer. Donc du coup, faut que j'aie voir ailleurs, ça va pas. Et c'est là en fait, je me dis que j'ai délaissé le côté psy. »

Moi : « Pendant tes études ? »

Sujet 4 : « *Oui. Enfin je me dis, non mais jamais j'irai ! Ca correspond pas à ce que je sais maintenant, mais en étant diplômé, après je me disais c'est pas mon truc mais maintenant si et j'apprends. »*

Moi : « Tu apprends ? »

Sujet 4 : « *Toujours, tout le temps. J'ai l'impression que j'ai beaucoup encore à apprendre. Parce que là le peu que j'ai vu, j'ai l'impression que c'est qu'une goutte d'eau dans tout ce que je vais apprendre encore. J'ai l'impression que... bien je suis nulle quoi. »*

Moi : « Si tu fais un zoom sur la période entre ton arrivée et à ce jour ? »

Sujet 4 : « *Alors en général, je dirai que ça va, mais c'est pas ce que j'attends de moi. »*

Moi : « Ce sont tes objectifs personnels. Mais, il y a une évolution, non ? »

Sujet 4 : « *Je comprends de plus en plus de choses mais je suis pas sûr que si y a une situation complexe qui va se présenter devant moi, je serai la gérer quoi. En fait, j'ai l'impression de vivre au jour le jour et c'est faire quoi ? bé je sais pas. »*

Moi : « T'es dans une position d'anticipation, à te demander si tu es capable de ? »

Sujet 4 : « *Oui. J'essaie de visualiser. Même des fois, si y avait telle situation, je ferais quoi. Du coup là j'essaie d'anticiper pour que je sois pas submergée, totalement paniquée si y a une situation que je sais pas. Oui j'essaie de visualiser, telle personne elle a tendance à faire ça. C'est possible qu'elle va faire ça, ça, ça, ça... donc je vais faire comment si ça arrive comme situation ? »*

Moi : « Pour réaliser ça, tu observes, tu repères des choses. Sur quoi tu t'appuies ? »

Sujet 4 : « *Et bien disons que l'école m'a un peu aidé. Parce que le minimum qu'on avait. Je parlais de là. Donc il a telle pathologie, je sais que y a ça, ça, ça, comme signes donc du coup si je les vois et bien je sais que c'est lié à ça ou à ça et donc du coup j'essaie d'aller chercher plus loin. Donc si c'est ça qu'est ce qui peut arriver derrière. Qu'est-ce que je peux faire derrière ?* »

Moi : « Si t'as une personne qui présente un signe tu fais un lien... »

Sujet 4 : « *Oui je fais un lien entre ce que je vois, et ce que j'ai appris et j'approfondie après.* »

Moi : « Et ce même signe sur un autre patient ? »

Sujet 4 : « *Oui, j'arrive à repérer le même signe sur un autre patient. Et après là je me dis : Ah tiens je connais pas son dossier à lui et donc là, je vais aller voir dans son dossier. Tiens c'est telle pathologie, son diagnostic, et là je refais le lien.* »

Moi : « T'apprends des patients ? »

Sujet 4 : « *Beaucoup. C'est surtout des patients que j'apprends. Même des fois, quand je fais des soins, je les écoute et je me rends compte que, si je les écoute pas je serai en difficulté.* »

Moi : « Ils te guident ? »

Sujet 4 : « *Des fois ils me disent : ton collègue, il fait pas comme ça. Donc du coup, j vais voir le collègue. Je demande. Il a dit ça, ça, ça, Ah ouais bé faut que tu fasses comme ça, parce que lui il a l'habitude qu'on fasse comme ça. Toi t'as ta ligne que t'as apprise mais lui faut faire comme ça parce que lui il est comme ça. Du coup, je me dis : ah si je l'avais pas écouté, je l'aurai forcé dans un truc qu'il ne connaît pas même si c'est comme ça que je devrais le faire si j'étais dans le somatique, et finalement, c'est les patients qui me guide. Oui si je l'écoute pas j'aurai fait à ma manière et que même si ça te plait ou pas, je le fait à ma manière car cela devrait être fait comme ça et bien ça, cela le met en difficulté et du coup ça me met en difficulté face à lui. Donc du coup, ils m'apprennent beaucoup.* »

Moi : « Donc tu apprends des patients, des soignants tu observes beaucoup ? »

Sujet 4 : « *Oui et j'écoute beaucoup aussi, je regarde qui fait quoi. D'ailleurs dans les situations que j'ai lues, y a une personne aussi qui fait ça je prends ce qui me semble me correspondre et le reste je balaye... J'apprends de tout ça, mais après, je me dis qu'il faut que je me retrouve moi. Car je me dis que même si j'ai toutes les informations pour le moment je n'arrive pas à être moi. J'écoute, j'apprends mais bon et moi ? En tant que moi, je ferai comment, moi.* »

Moi : « Tu accumules des connaissances et tu te demandes comment t'en servir pour être toi dans le soin ? »

Sujet 4 : « *Euh, ils sont là, les collègues. La plupart sont vraiment expérimentés et là on se dit d'abord, ils ont une connaissance énorme et moi avec ma petite goutte d'eau... Déjà rien qu'avec ça, j'arrive pas à me positionner et du coup, je passe mon temps à les observer, les écouter... »*

Moi : « C'est le sentiment que tu as, de passer ton temps à faire ça ? »

Sujet 4 : « *Oui. Je regarde et j'écoute. Je fais ce que je peux mais j'ai vraiment pas l'impression d'être à la hauteur, en fait. C'est surtout ça. Et après quand je vais voir mes collègues qui ont décidé de continuer le chemin qu'on se dit, je leur dit : mais non vous vous trompez. La psy c'est plus compliqué, même si tu maîtrises tout ce que tu fais. Bien moi : pas du tout. Du coup ils me disent : mais non, ***** t'es folle, y a rien. Après je pense qu'on peut maîtriser son soin.»*

Moi : « Tu penses qu'on peut maîtriser le soin en psychiatrie ? »

Sujet 4 : « *Oui, mais l'environnement non. C'est trop complexe. C'est pour ça que je tiens compte tout le temps des patients, que je commence à apprendre, et à connaître qui ils sont mais je m'attends toujours à ce qu'il y ait quelque chose que je ne maîtriserai pas. Tout le temps, mais par rapport au patient, pas par rapport au soin. Par rapport à la personne. Je sais que pour moi, le soin, il est important que je maîtrise tout pour que je sois disponible et que dans ma tête je serai faire. Je veux pas être en difficulté en plus du patient par rapport au soin, déjà si je sais, ça m'enlève ça. C'est mon côté gestionnaire qui ressort. »*

Moi : « La gestion du soin ? »

Sujet 4 : « *Oui la gestion du soin. Oui je fais en sorte que ce soit efficace et efficient et le côté que je sais pas et bien c'est pour ça que j'essaie d'anticiper par rapport à tout ce qui peut arriver, pour que tout le minimum je gère oui que le minimum en imprévu, en urgence. »*

Moi : « L'urgence. »

Sujet 4 : « *Oui voilà. »*

Moi : « Et les situations ? Tu m'as parlé dès le début de la lecture »

Sujet 4 : « *Oui ça dès le début entre l'expérience et les situations. Alors pour la situation en lien avec des moments de solitude non. En fait, je suis facile d'accès et je vais facilement vers les autres. Donc finalement, et vue que je tiens compte du patient ou des soignants, je me sens*

pas avoir de moment de difficulté ou plutôt de solitude. Si jamais à un moment je me sens en difficulté, je demande au patient. Vous voulez qu'on fasse comment ? Ou, oui. »

Moi : Tu sollicites le patient ?

Sujet 4 : *« Oui. Ça m'évite de me dire : je fais quoi là maintenant ? J'utilise tout ce que j'ai autour de moi, oui je l'utilise. Finalement, euh par exemple dans la scène, y a l'équipe et elle est l'infirmière seule, pour moi c'est hors de question. Vous êtes là, vous avez des compétences et bien vous les utilisez. Enfin moi, j'ai tendance à raisonner comme ça : oui je suis l'infirmière mais toi t'as été à l'école aussi, tu vas me montrer ce que tu sais faire. J'arrête pas de dire qu'on est en collaboration, très chère, donc tu me laisses pas seule. Ça ne marche pas comme ça. Et donc je me sens jamais seule ou quasiment seule. Donc, j'utilise tout. J'essaye la diplomatie mais j'arrive à valoriser l'autre pour qu'il se dise, oui. J'utilise aussi ce que j'ai moi, surtout, si elle plus d'expérience que moi. Elle a des connaissances qu'elle peut pas utiliser sur tout mais elle a des connaissances, que moi je sais pas parce que je sors de l'école donc je valorise ce côté-là et la personne me les donne. »*

Moi : « La valorisation de l'autre ou as-tu appris ça ? »

Sujet 4 : *« Je pense que c'est mes précédentes études et mon expérience d'avant. Et puis j'ai cette capacité à prendre en compte l'autre, en lui disant : oui tu es peut-être à telle place, mais t'as de l'importance à ta place. Ça je l'ai appris en école de gestion. Mais quand on a fait l'école, l'école en parle de l'importance de l'autre, de valoriser l'autre et là c'est plutôt le côté soignant, mais le côté soigné aussi. Donc du coup je l'ai transféré. Mais en gestion j'ai appris autre chose, et là je l'applique autrement. Donc du coup le moment de solitude pour le moment... ça ne m'est pas encore arrivée. J'utilise vraiment tout le monde, et tu as quelques choses donc montre le moi. Ça sort. »*

Moi : « Est-ce que de ces relations tu apprends aussi ? »

Sujet : 4 *« Oui beaucoup parce que dans l'équipe il y a des aides-soignantes et bien je les écoute. Je leur demande qu'est-ce qui se passe, tu ferais comment, pourquoi comme ça, qu'est-ce que tu penses de ça. Et elle va m'expliquer de A à Z. Et moi je suis là : ah ouais quand même. Je ne comprends rien. Et là elle va prendre le temps de m'expliquer et du coup vu qu'elle sait que si elle me laisse, je vais être en difficulté... Elle me chapote en fait et quelque part, j'ai envie de dire que c'est en ce sens que l'infirmière... ça m'aide et ça m'apporte beaucoup ».*

Moi : « Et avec les médecins ? »

Sujet 4 : *« Avec les médecins c'est autre chose. Avec les médecins j'ai pas appris grand-chose. Euh... c'est plus compliqué. Ils ont une stature difficile à atteindre. J'essaye mais c'est très compliqué pour le moment j'ai pas appris grand-chose avec eux.*

Moi : « Tu me parles de relation duelle avec le médecin. »

Sujet 4 : « *Oui et de situation qu'on a fini de gérer. Je pose des questions mais c'est pas facile. J'ai dû mal à voir la relation de collaboration, même dans l'apprentissage finalement. Si des fois, afin de faire conscientiser que je suis juste sortie de l'école et que j'ai pas beaucoup de bagage, et euh non. J'ai pas l'impression.* »

Moi : « Même dans les réunions ? »

Sujet 4 : « *Les réunions comme les panos ça, ça m'intéresse, même c'est très intéressant. C'est là-dessus que j'arrive vraiment parce que finalement quand on travaille, on a pas vraiment le temps de voir les dossiers, lire et machin, et c'est là où je vais, oui j'apprends vraiment. Tiens en fait lui c'est intéressant et puis j'ai toutes les informations en une seule, j'ai une sorte d'image de pano et du coup ça m'aide beaucoup. Et puis entendre les autres parler sur, et du coup j'écoute, je ne dis rien, j'écoute et j'enregistre pas mal de choses. Alors lors des réunions mais aussi lors de moments informels. Mais là, c'est surtout les méthodes, euh la manière de prises en soin des soignants que j'écoute. C'est tout le temps dans la journée, et là je suis là ah oui. Et puis si j'ai vécu la situation avec eux, ou pas, là je me dis si c'était moi j'aurai fait comme ça mais du coup eux ils ont fait comme ça et du coup on en parle pourquoi comme ça et pas comme ça. Ils me donnent leur avis. Et on échange ou alors je dis vraiment rien et j'écoute.* »

Moi : « Et ces anecdotes qui te sont racontées ça ne te fais pas penser à des situations que je t'ai donné à lire ?

Sujet 4 : « *Oui comme celle concernant une anecdote dans la tisanerie oui ça, oui. Après est-ce que j'ai vécu quelque chose de pareil comme ce qui avait été raconté euh non je pense... Ou alors peut-être que si... Mais dans ma tête, je me dis toujours que chaque situation est différente. Et donc du coup, je me pose toujours comme ce que je vie est toujours une situation différente. Chaque situation est une nouvelle situation, ça peut pas être presque pareil ou identique donc du coup dans ma tête c'est toujours une nouvelle.* »

Moi : « Je suis d'accord avec toi, cependant tu me parlais d'expérience tout à l'heure... »

Sujet 4 : « *Oui, j'écoute leur manière de faire. En fait je sais pas. J'ai une manière de faire les choses, je transvase, pas mal de choses. Je me dis : tiens ça dans une situation, et bien ça dans une autre situation je peux le refaire. Je peux l'utiliser là, et là et encore là... Donc (rire) ah bé si du coup. Je repère des informations seulement et j'enlève les situations du coup... Enfin j'ai tendance à imaginer que mon cerveau, c'est comme un ordinateur, si je le surcharge d'informations inutiles je perds les informations. Donc je garde que les plus importantes et je les utilise dans des situations après. Donc bé du coup la situation pour moi c'est moins important. C'est plutôt pourquoi il a fait ça dans cette situation. Je regarde de manière générale, pas centré juste sur un élément. Et j'essaye, de repérer et je vais le réutiliser dans une autre situation. Finalement, je me mets dans ma tête que chaque situation est différente*

sauf qu'il faut que j'aie toutes les informations pour gérer les situations. La symptomatologie, la pratique de soin, le vécu... ça facilite. Ça facilite l'expérience. C'est pour ça que j'écoute beaucoup ce qu'ils disent parce que je me dis que eux ils ont vécu tout ça. Moi j'ai pas vu. Alors que si je l'ai déjà vécu, forcément si je pense pas la situation, je ferai forcément le geste nécessaire. Donc du coup je prends le geste. Y avait ça. Je peux l'utiliser. »

Moi : « Et que penses-tu du cadre institutionnel ? »

Sujet 4 : « *Alors ça, c'est plus compliqué car j'ai dû mal à accepter. »*

Moi : « Tu me parles de quel cadre ? »

Sujet 4 : « *Je crois que c'est l'ensemble. Parce que des fois je ne comprends pas le projet, pourquoi on le met en place ou à tel moment on fait ça, et je ne comprends pas. Et si on avait fait comme ça peut-être que ça aurait été mieux. Mais vu que je viens d'arriver... Donc je suis, je subis et des fois je suis pas du tout d'accord. Je ne comprends pas le pourquoi des choses. Mais même si on court toujours dans tous les sens et bien je n'arrive toujours pas à comprendre. Il faut l'accepter. »*

Moi : « Tu sembles avoir une certaine rigidité ? »

Sujet 4 : « *Oui, oui. Je suis assez carrée de nature, je crois. Et j'avais une formation avant ça qui m'a fait carrée. Et finalement, je pense que ça peut me servir. Parce que j'ai une manière de voir les choses qui est assez carrée mais assez large. Je peux mettre ou faire plein de chose dans mon carré. Je peux être pas d'accord, et suivre. »*

Moi : « Ce carré peut-il être assez souple ? »

Sujet 4 : « *Oui car je peux faire des choses pour lesquels je suis pas forcément d'accords, je peux me remettre en question, écouter l'autre tout le temps. Et ça va m'aider. Je suis carrée, je peux entendre les autres qui vont me dire que ce que j'ai fait été pas bien, du tout. Donc je suis capable de dire bon je vais faire comme elle. »*

Moi : « Tu apprends de tes erreurs ? »

Sujet 4 : « *Oui c'est même un principe. Accepter mes erreurs et apprendre de mes erreurs. Parce que sinon j'avancerais pas, je pense. »*

Moi : « Comment tu repères tes erreurs ? »

Sujet 4 : « *Euh, souvent par exemple dans un soin je faisais une injection à un monsieur qui a l'habitude de faire des commentaires à tout bout de champs. Donc pour tout le monde, il commente son soin. Pour une collègue c'est normal. Pour moi, non car s'il dit qu'il avait ça, ça, ça c'est qu'il a raison. Donc je prends ça comme informations et je vais en prendre compte*

pour la prochaine fois. Alors que pour certains : ah oui mais lui, il râle tout le temps. Pour moi bé oui s'il le dit, c'est qu'il a raison. »

Moi : « Dans ce cas précis c'est le patient qui te fait remarquer une erreur ? »

Sujet 4 : « *Oui, mais pas que, car parfois c'est moi toute seule. Je me pose des questions et je revois mon truc. Qu'est-ce que j'ai fait, qu'est-ce que j'ai pas fait, qu'est-ce qui aurait pu amener à. Là pourquoi le patient m'a dit ça. Ah oui tiens, à tel endroit j'ai fait ça, fallait pas, je vais le changer la prochaine fois. Dans ce cas précis, j'ai eu l'occasion de lui refaire son injection. Et après, je lui ai demandé : alors cette fois ci ? Et le patient m'a dit : Là c'est mieux. Alors, toute seule parfois c'est compliqué. Mais y a des moments je le vois gros comme une maison et je me dis oups. Je crois que j'ai fait une connerie. Alors je repère et je change pour la prochaine fois. En même temps, je suis une pile, du coup, alors souvent c'est après que : ah là y a un souci. »*

Moi : « Tu repères tes erreurs seules, et tu acceptes les remarques faites par autrui. »

Sujet 4 : « *Oui. Ça c'est important. J'aime bien quand on me dit que ça va pas. Après la situation avec le cadre qui observe, alors ça j'aime pas. C'est bizarre comme situation. Mais j'ai repensé que si j'étais dans la même situation qu'elle, parce que j'ai pas encore eu cette situation-là. Alors le cadre observe forcément ce qui se passe mais je crois que je serai gênée. Et après, en même temps j'ai un caractère de cochon, donc je serai forcément allée le voir pour lui demander pourquoi elle a fait ça. »*

Moi : « Tu te serais renseignée ? »

Sujet 4 : « *Toujours dans le principe de comprendre. Est-ce qu'il y avait un truc, c'était bien, pas bien, pourquoi ? Oui pour qu'après je puisse analyser ou encore je lui demanderai : tu proposes quoi. Ça fait partie de ma manière d'être. »*

Moi : « Qu'as-tu pensé de la situation ou la personne déroge au cadre ? »

Sujet 4 : « *Alors là. C'est difficile pour moi. »*

Moi : « La situation de la cigarette, ou celle concernant l'ouverture des portes ? »

Sujet 4 : « *Mouais. Euh... je serai tentée de dire l'ouverture de porte des fois.... Oui en fait ça dépend des situations comme elle dit quand on voit que la personne va s'énerver ou passer à l'acte et bien là je vais observer autour, qu'est-ce qui se passe. Là je vais peut-être réfléchir pour céder ; mais bon si je peux négocier encore, je vais négocier jusqu'au bout. »*

Moi : « Et la porte tu l'ouvres ? »

Sujet 4 : « *Peut-être que j'arriverai peut-être à ouvrir la porte mais j'aurai négocié jusqu'à l'heure de l'ouverture.* »

Moi : « *Donc tu n'ouvres pas.* »

Sujet 4 : « *Si mais je négocie jusqu'au bout. Tiens hier, y a un patient, il voulait absolument rencontrer le médecin. Et ça sert à rien d'appeler le psy, ça change rien. Mais je vois qu'il commence à monter, bon bien pour lui faire plaisir et que ça va baisser en tension je vais appeler le psy et il va entendre la réponse que je connais déjà car ça sera non. Donc du coup j'ai composé, et là bé c'est pas la peine.* »

Moi : « *As-tu quelque chose de plus à me dire ?* »

Sujet 4 : « *A part la situation avec le cadre ou ce n'est pas repris derrière elle. Pour moi c'est une information inutile. Elle reste sur de la subjectivité. Elle a observé et c'est tout. Alors que pour moi on a une information derrière, et bien, il faut l'exploiter sinon ça sert à rien.* »

Moi : « *Depuis le début tu me dis que t'apprends. Est-ce que tu peux me reprendre finalement de manière résumée, tout ce que tu m'as dit sur ta manière d'apprendre ou plutôt grâce à quoi tu apprends ?* »

Sujet 4 : « *Alors j'apprends des personnes autour de moi : soignant et soigné, des réunions et dans les réunions, des lectures. Ce sont des informations qui m'arrivent de toutes parts que ce soit de l'environnement ou des personnes, sur ce qu'ils vivent, ce qu'ils font ce qu'ils voient et même quelle situation, son moment à quel temps enfin j'observe tout ce qui se passe, et du coup j'accumule des informations que j'essaye de vérifier et puis j'essaye de comprendre de voir ce qu'il y a derrière tout ça. Pour ça je vais encore voir des collègues, je vais voir des bouquins et, donc du coup ça fait beaucoup d'informations. Donc du coup j'ai l'impression d'avoir pleins d'informations et je croie qu'il faut que je trie. Faut que je trie pour que le soin ce soit moi. Pour que ce soit ma personne qui prend en soin.*

Moi : « *Un tri ?* »

Sujet : 4 « *Ou sélectionner. Pourtant c'est des informations que j'ai vérifiées. Du coup c'est peut-être pas un tri comment dire. J'ai pleins d'informations mais maintenant, il faut que j'arrive à les utiliser, au bon moment.* »

Moi : « *Et comment tu comptes t'y prendre ?* »

Sujet 4 : « *Et bien je ferai comme d'habitude, je sais pas. Mais souvent quand je vois une situation, j'ai un flash de mot ou d'un truc que j'ai entendu, et hop là, je prends directement et je vais rajouter un petit truc qui est moi. Et du coup, ça donne un geste de soin qui correspond à ce que je suis. Oui prendre les informations que j'ai eu et ou, en utilisant ce que moi je suis*

et ce que j'ai appris aussi parce que c'était assez dur l'école. Ça peut aider. Voilà comment je me développe. J'ai appris les bases, plus ce que j'ai observé et entendu, plus ce que moi je suis. Tout ce que j'ai appris avant. Mais là des fois je me dis : je me perds dans mes trucs. Mais j'y arrive quand même à sortir des informations quand il le faut et au bon moment, même à me remettre en question : ah tiens je me suis trompée, c'était pas la bonne information, bon, et bien la prochaine fois je ferais autrement. Oui, j'apprends de ma propre expérience, oui. Et de celles des autres. »

Moi : « Tout à l'heure tu me parlais de contexte, c'est-à-dire ? »

Sujet 4 : « Dans le contexte j'y mets tout. Les lieux, le temps, l'heure, qu'est-ce qui s'est passé, l'environnement, qui y avait. Alors c'est pour ça que prendre le contexte c'est complexe car y a pleins de choses à prendre en compte. Donc du coup, si on prend le contexte, c'est compliqué donc je prends juste l'information qui s'est passée autour de ce contexte et j'essaie de repérer quelque chose qui peut être utilisé mais j'oublie le contexte. Parce que le contexte il y a tellement de choses, par exemple il est 16 heures et c'est l'heure du goûter, et y a plein de choses. Alors qu'à 16 heures, au même moment mais à une autre situation, ce sera pas le même environnement. »

Moi : « Quand tu parles de contexte tu fais référence aux anecdotes écrites ? »

Sujet 4 : « Oui. Car le contexte est difficile à cerner, à décrire donc du coup j'ai fait un raccourci. J'ai entendu les infos globales : qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce qu'ils ont fait. Et donc du coup c'est que ça que je prends. »

Moi : « Tu as fait des formations depuis que tu es arrivée sur l'hôpital ? »

Sujet 4 : « Oui. Donc j'ai fait droits des patients parce que je me sens paumée la dedans. J'ai fait la gestion de violence. Mais ça c'est un peu compliqué de l'appliquer dans notre service car ils sont pas violents, ils sont agressifs et la plupart du temps, c'est verbal. Finalement, la formation, je me dis, je me suis trompée. J'aurai dû prendre l'autre qui m'aurait plus appris à gérer toute l'agressivité, au lieu de celle concernant que la violence physique. »

Moi : « C'est une formation que tu envisages ? »

Sujet 4 : « Oui. La prochaine je crois que je vais le demander parce que j'aurai dû la prendre avant l'autre finalement. Et après j'ai fait... 3 formations... ah oui, c'était incendie. Donc je programme au mois d'octobre de faire encadrement et secret partagé. Et pour après psychopatho et entretien. Et euh je vais demander la gestion de l'agressivité même si j'aime pas ce mot. »

Moi : « Il y a un distinguo justement entre agressivité et violence. »

Sujet 4 : « *Oui mais je trouve que violence, c'est un peu... c'est un mot fort.* »

Moi : « *Qu'est-ce que tu penses de la sécurité dans le soin ?* »

Sujet 4 : « *Comme la situation, où la personne s'est retrouvée bloqué par le patient ?* »

Moi : « *Oui, par exemple.* »

Sujet 4 : « *Oui prendre en considération l'environnement. J'ai senti la personne... en fait c'était un patient qui est arrivé d'un autre service, en chambre d'isolement chez nous. Qui était décrit plutôt violent, finalement. Et donc, moi qui suis assez sûr de moi, comme d'habitude, j'arrive tranquille. Je rentre dans la chambre avec une collègue. Oui on était trois : moi, la collègue et une étudiante. Donc on était toutes les trois femmes. Et lui, il est grand, bien portant, assez agité. Mais moi, je rentre comme d'hab, tranquille, il y a pas de soucis, je vais gérer, machin. Je rentre donc je me suis mise sur le côté ou y a les toilettes. Alors c'est bien large mais... Et là on parle, on parle et là j'observe, je regarde bien, son visage. Et là il se lève bien droit. Donc, je me mets en position de sécurité parce que moi je faisais de la boxe française. Donc euh, je lui fais remarquer : si vous pouviez éviter de vous approcher comme ça, ça serait bien. Donc, je commence à visualiser que, ok vous êtes patient mais moi j'ai pas envie d'avoir mal, donc on va se mettre en position... »*

Moi : « *Tu lui as verbalisé ça ?* »

Sujet 4 : « *Non, c'était dans ma tête. Donc j'essaie de visualiser ce qu'il compte faire, et je regarde mon environnement. Donc je ressors de mon truc, et je dis à ma collègue de se pousser. Donc elle s'est poussée du côté de la porte et moi aussi je me suis mise à côté de la porte. Et il s'approche toujours vers moi. Donc du coup, j'ai fini par lui dire : mais qu'est-ce que vous faites ? Vous avez l'intention de faire quoi exactement ? Vous voulez me dire quelque chose ? Et là il a baissé les yeux et il est reparti. Et donc du coup je me dis, le fait que je faisais de la boxe et que finalement, lui se disait peut-être : cette personne a l'air trop sûr, car les autres collègues étaient à côté de la porte. Là mon attitude, la prochaine fois, je pense que c'est important. Parce que là il a dû se dire, elle est trop sûre d'elle, je vais m'approcher d'elle pour voir ce qu'elle a dans la tête. Et comme, je me suis pas laissée faire... Et là je me suis dit que j'avais fait des erreurs mais que j'avais adopté la bonne attitude. »*

Moi : « *Pourquoi des erreurs ?* »

Sujet : 4 : « *Parce que je me suis dit pourquoi il s'est dirigé vers moi et que vers moi avec les yeux bien fixés, presque noirs. Là je me dis... Et vu que j'avais l'habitude d'observer les yeux quand je boxe, de regarder les yeux pour savoir l'intention des gens... Et du coup ça m'aidait. Donc je le regarde de manière à ce qu'il voit pas qu'il s'approche un peu trop. Mais en même temps là je me dis : il faut que la situation n'empire pas, donc il faut que je me déplace. De*

manière à ce qu'il se dise : ils sont trois autour de moi. Ça m'est arrivée ce type de situation. De lire les situations ça m'a rien évoqué sur le coup, non. Mais là d'en parler si. »

Moi : « Autres choses ? »

Sujet 4 : « *Alors je me sentais pas vraiment en difficulté. »*

Moi : « Pourquoi de la difficulté ? »

Sujet 4 : « *Alors du coup moi je me dis y a rien de négatif car par exemple là, j'ai réussi à gérer, j'ai repéré des signes, à voir à peu près l'intention qu'il avait, je me dis que si je me tais, il va imaginer qu'il y a trois femmes dont une petite jeune de 18 ans, dont une dans la cinquantaine. Donc là on est en situation de faiblesse. Faut quand même, dans ma tête, c'était ça. Ce matin il y avait deux hommes dont ***** qu'est assez grand. Donc je me dis ça fait trois fois qu'on revient dans la chambre. Il remarque qu'on est trois femmes. Et du coup, je suis allée voir *****, ASH. Je lui ai dit : est-ce que la prochaine fois tu peux venir avec nous s'il te plaît, parce que là y a un souci. Y a un risque qu'il clash donc si tu viens avec nous peut-être que si y voit qu'il y a encore un homme dans le service, je crois que, oui... Et du coup, il a posé la question : pourquoi vous avait amené un homme ? Et bien parce que c'est notre collègue, donc il vient. C'est bon, on se calme... Mais tu vois ça l'a interpellé. Et finalement je m'étais pas trompée. Il avait vraiment remarqué qu'on était trois femmes. Et là on lui a montré qui y a dans le service. Il a testé comment j'étais. Ouais... Et je crois que demain, euh la prochaine fois je commencerais par me mettre directement en sécurité, vers la porte. Oui c'est l'attitude que je vais adopter. Mine de rien, ma posture c'est toujours pareil. »*

Moi : « T'apprends du contexte ? »

Sujet 4 : « *Oui, bien sûr. »*

Moi : « Pourtant tout à l'heure tu me disais que non. Tu me disais que tu faisais abstraction... »

Sujet 4 : « *euh... bien oui. Ça dépend des situations. Quand c'est moi que j'ai vécu et que je vois qui y a un souci, là j'analyse la situation. Et je me dis là, y a un petit souci, et je vais changer ça la prochaine fois. Mais quand quelqu'un me raconte, je vais prendre que les grandes lignes. »*

Moi « Est-ce que tu compares... »

Sujet 4 : « *Oui. Je compare. Pas forcément les personnes mais surtout ce qu'ils font. Je compare souvent et puis après je me pose la question, ou je pose la question à la personne : pourquoi tu fais comme ça ? Finalement je me dis : j'ai observé mais il y a sûrement autre chose car je suis pas dans sa tête. Je fais cette démarche car juste observer pour moi ça*

m'apporte pas grand-chose. En même temps, je pense que je suis un peu boulimique d'informations. J'aime bien quand c'est clair. Même si y en a beaucoup, faut que ça soit clair. »

Moi : « Alors avec la psychiatrie... »

Sujet 4 : « *Je sais, on me l'a déjà dit. En fait, on m'a dit : tu as une bonne démarche mais tu vas avoir des difficultés à te poser, parce que t'as tendance à vouloir voir les choses claires, nettes et que ce soit clean. »*

Moi : « Le lâché prise ? »

Sujet 4 : « *Oui c'est ça. Mais je crois que ça va être compliqué. C'est pas trop mon truc. »*

Moi : « Tu apprends de toi, sur toi ? »

Sujet 4 : « *Alors ça oui, beaucoup. Je me rends compte que des fois ce que moi je suis n'est pas forcément génial. Et oui là j'apprends de moi. »*

Moi : « La psychiatrie correspond ce à quoi tu t'attendais ? »

Sujet 4 : « *Oui et non. Par exemple les détails non. Parce que j'ai l'impression des fois au niveau administratif que... en partant de la maison de retraite, il faisait tout pour que celle qui soit dans le soin, soit à 100% dans le soin. Et donc du coup quand j'arrive là, et qu'on court dans tous les sens ça, ça me dérange légèrement. »*

Moi : « Mais maintenant ? »

Sujet 4 : « *J'arrive à me détacher de ces papiers parce que si je peux éviter de les faire, je fais pas. Je dis : as tu peux faire ? Ah oui ok, d'accord. »*

Moi : « Tu veux ajouter autre chose ? »

Sujet 4 : « *Par rapport à la psychopatho. En fait, quand j'étais à l'école j'ai jamais pensé que j'allais travailler en psychiatrie et au fur et à mesure que j'arrivais en troisième année, je me dis : oui bé la technique je maîtrise, j'ai pas de mal à les faire, mais euh bien mon truc, c'est pas de faire les choses, et faire, et faire. Et du coup, j'atterris en psychiatrie et du coup, j'arrive, je pose mon CV et on me dit : vous commencez là. Et là, je tombe un peu de haut, parce que finalement dans ma tête c'est analyser, c'est relationnel et finalement le côté agressivité, violence ça je l'ai pas du tout intégré. Donc du coup quand je suis devant... (silence). Je me sens un peu... oui, en difficulté. Je, enfin c'est pas que je serai pas gérer, mais j'ai du mal avec ça.*

Moi : « Alors pour finir je souhaiterais te poser une dernière question. Si tu ne souhaites pas y répondre tu en as tout à fait le droit. C'est en lien avec ta culture d'origine. Tu es en France depuis combien de temps ? »

Sujet 4 : « Je suis en France depuis 10 ans. »

Moi : « Pour toi, ta culture, c'est un atout ou au contraire un handicap par rapport au soin ? »

Sujet 4 : « C'est un atout. »

Moi : « Dans quel sens ? »

*Sujet 4 : « Dans le sens que j'ai une manière de voir les choses qu'est... Par exemple, quand je vais voir une situation moi j'aurai une autre manière de voir les choses. Et finalement je me dis : mais pourquoi ? Et vu que j'explique et j'explique au bout d'un moment je m'entends dire : heureusement que tu es là. Parce qu'en fait dans notre nature, les malgaches, on est très pacifistes, tranquilles. Si on peut éviter, on évite. C'est pas la peine d'aller au clash. Et puis ça sert à rien d'aller vite pour rien, pour que surtout ça soit mal fait et refaire. Non. On prend le temps. On fait les choses tranquillement et on verra après. Du coup cette philosophie-là, c'est... Euh... Du coup même si je suis speed, j'ai quand même cette mentalité. Et y a des situations et bien s'énerver, pourquoi ? Ça sert à rien. On va se calmer, se poser, et du coup et bien dans mon soin je fais pareil. Naturellement, j'ai même pas besoin d'y penser. Je le fais, comme ça. Alors oui ça me sert ma culture, et l'équipe me le dit aussi que ce côté tranquille, zen, jamais s'énerver ça aide beaucoup. Donc ma culture me permet de soigner et du coup d'apprendre, tout à fait. Totalement. Même à l'école on me l'a fait remarquer ce côté pacifiste, calme. A ça aide beaucoup. Attention, je peux quand même m'énerver, alors ça, c'est une autre histoire. Mais c'est pour ça finalement que le côté agressif des patients, j'ai du mal. Ça m'est arrivée de dire à un patient de sortir de table car je n'accepte pas les insultes. C'est trop. Vous pouvez faire autre chose mais insulter l'autre, rabaisser l'autre, c'est non. Tout le monde s'est arrêté, Ah tient c'est bizarre **** qui parle. Et oui. Ça je peux pas l'admettre ça, quelqu'un qui insulte à longueur de journée, c'est pas possible. Alors, on me dit oui ça fait partie de sa pathologie. Oui mais bon quand même. Là, euh... oui...(silence) En fait ça peut me servir comme me mettre en difficulté. Des fois. Je pense au général, c'est pas adapté parce que j'étais en mode cool, en USLD ça gère mais en médecine interne on me l'a fait remarquer. Faut que tu te dépêches. Alors moi : pour qu'on passe derrière. Et là : non, mais faut que tu te dépêches car faut que ce soit fait à telle heure. Mais pourquoi ? On a le temps. »*

Moi : « Tu ne trouves pas qu'il y a un paradoxe entre ton attitude issue de ta culture et la gestionnaire que tu me décris au début. Tu m'as parlé en début d'entretien d'efficacité, d'efficience et de productivité ? »

Sujet 4 : « Oui. Mais c'est pas parce qu'on finit a-t-elle heure qu'on est pas efficace. Moi j'ai appris, ma spécialité c'était l'organisation. A quel moment est-ce qu'il faut que ce soit fait.

Mais est-ce que c'est important de finir largement avant ? Mais pour faire quoi ? Si t'as quelque chose de prévu après, ok. Mais il faut que ce soit fini à telle heure pour utiliser le temps, oui ce temps-là je suis d'accord. Je préfère faire une prise de sang et prendre 10 minutes avec le patient, j'utilise mes 10 minutes, plutôt que le faire en 5 minutes et m'asseoir après. J'en vois pas l'intérêt. Du coup, cette manière de voir les choses et bien tout le monde ne la voit pas pareil. Pour l'équipe, c'est important de finir à telle heure, car on sait jamais si y a une urgence. Oui mais si y a une urgence, on gèrera l'urgence. Pour moi l'urgence c'est une urgence quoi. Si on le fait avant... c'est de l'anticipation... Voilà. Du coup ; je me dis même si tu prends le temps, c'est pas que tu vas finir en retard. Après quand tu vas maîtriser le soin, tu vas aller plus vite, pouvoir faire les choses tranquillement sans se précipiter pour que ce soit fini à telle heure et après on attend... Attendre l'heure je peux pas. Prendre le temps c'est quand même mieux. Y a toujours un moyen de gérer l'urgence sans sacrifier le soin. Prendre le temps. »

Moi : « Autre chose ? »

Sujet 4 : « Non cette fois-ci j'ai fini. »

Après entretien

Sujet 4 : « J'ai travaillé dans une ONG humanitaire avant en tant que chef comptable de l'ONG. Donc souvent quand on avait des européens qui arrivaient, ils avaient tendance à être pressés. Faut que ce soit fait à tel moment et c'est pour ça que quand je suis arrivée ici, mais non, non. Parce que là-bas y avait cette attitude-là. Ils pressaient tout le temps. Et finalement, bé c'était pas la peine, ce n'est pas productif. Ça n'apporte rien à personne, t'as juste fait le truc et c'est fini. Donc du coup, je me suis, ça c'est une expérience que j'ai vécue là-bas, je sais que ça fonctionne comme ça, et nous on, euh là-bas nous on disait : vous, vous avez l'heure, nous on a le temps. Et donc du coup ici, j'ai gardé ça. Dès qu'ils arrivent, vous avez l'heure, c'est bien. Vous avez la montre très bien. Rangez tout parce qu'ici on a le temps. »

Entretien Sujet 5

Moi : « Tu as quel âge ? »

Sujet 5 : *J'ai 23 ans.*

Moi : « Tu as travaillé avant d'intégrer le soin ? »

Sujet 5 : « *Qu'est-ce que t'appelles travailler.* »

Moi : « Et bien des jobs ? »

Sujet 5 : « *Alors oui. J'ai fait pleins de petits boulots. J'ai fait 4 saisons en tant que serveur sur l'île d'Oléron. J'ai travaillé en tant que gardien aux impôts. J'ai travaillé aussi au sein d'une association de tennis sur Poitiers. Euh je crois que c'est à peu près tout.* »

Moi : « À la sortie du Bac, tu as travaillé un peu avant de débiter ton cursus dans le soin ? »

Sujet 5 : « *Alors oui, j'ai eu mon Bac, un bac S. Après j'ai fait une année de fac de sport en attendant le concours infirmier et je suis entré à l'école.* »

Moi : « Durant tes études infirmières tu as fait des stages, es-tu passé en psychiatrie ? »

Sujet 5 : « *Oui. J'ai fait un stage en moyen séjour fermé et un stage à l'UCMP sur le pôle accueil à l'hôpital général.* »

Moi : « À quelle période et leurs durées ? »

Sujet 5 : « *Alors, pour le moyen séjour, première année enfin S2 et pour l'UCMP, S5. Donc 10 semaines à chaque fois.* »

Moi : « La thématique de ton mémoire traité de la psychiatrie ou pas du tout ? »

Sujet 5 : « *Il traité de l'écoute et l'alliance thérapeutique. Sujet très transposable dans divers services, oui la plupart des services.* »

Moi : « Cette recherche te sert aujourd'hui ? »

Sujet 5 : « *Sur l'écoute, oui, surtout en psychiatrie. Après l'alliance thérapeutique, tu te rends compte au final que les patients que tu as en face de toi, c'est difficile de la mettre en place. Mais de par l'écoute t'arrives quand même à voir une bride d'alliance de temps en temps quand même. Après de là à dire que cela s'applique tout le temps, euh et que cela se réalise tout le temps... Non.* »

Moi : « Alors je t'ai donné à lire un écrit, qu'est-ce que cela t'a inspiré ? »

Sujet 5 : « Ça a fait échos à pas mal de choses, je trouve. C'est ce que je vis au quotidien. »

Moi : « C'est-à-dire ? »

Sujet 5 : « Alors, attends, faut que je me remette dedans. (Regarde les feuilles) Surtout les trucs concrets. Attends... Ah oui alors ça, ça me parle. Oui le grand moment de solitude. »

Moi : « Pourquoi ? »

Sujet 5 : « Surtout en tant que jeune diplômé. Tu vois ça m'est arrivé sur le *****. Au final, je sais plus. Mais au bout d'une semaine ou deux, j'étais le seul infirmier dans le service. Alors dans un milieu professionnel que je ne connaissais pas, en tant que jeune diplômé, euh avec deux aides-soignantes avec moi. Et là ouah. Alors au final ça s'est bien passé parce que j'ai pas eu d'évènements particuliers dans l'après-midi. Mais tu sens bien le poids des responsabilités sur toi, le fait que s'il y a un problème c'est sur toi, et vers toi qu'on va venir. C'est à toi d'alerter. Enfin y a, toutes les responsabilités qui émergent. Au final quand tu étais avec les infirmières avant, tu te laissais porter, et là bien c'est toi. »

Moi : « Tu es passé chez les psychotiques déficitaires ? Quand ? T'es arrivé sur l'hôpital : quand, t'es passé où ? »

Sujet 5 : « Alors, diplômé en juillet 2015. J'ai été recruté et débuté au 1^{er} septembre. Alors tout le mois de septembre j'étais chez les déficitaires, le mois d'octobre j'étais en admission ouverte et au mois de novembre, le service où je suis toujours un moyen séjour fermé. »

Moi : « D'accord, c'est dans ce cadre-là, que tu t'es retrouvé chez les psychotiques déficitaires. »

Sujet 5 : « Oui. C'était mon premier poste. Premier poste, deuxièmes semaines, cette situation ça m'a vraiment parlé. Après ça s'est bien passé, mais il y aurait eu quelques choses de particulier, je pense que je ne me serais pas senti paniqué, je pense, mais c'est une situation assez cocasse que je n'avais pas forcément imaginée avant. »

Moi : « Tu n'avais pas imaginé ce type de situation, ce poste ? »

Sujet 5 : « Non. Non. Tu sais quand t'es étudiant, t'as toujours l'infirmière avec toi qui fait les choses. S'il y a un souci... Après quand t'es diplômé et qu'il y a d'autres collègues sur la première semaine t'es plus ou moins encadré. Du coup tu laisses un peu faire aussi, parce que tu ne connais pas les patients et que tu n'as pas l'habitude du service et tout. Mais après et bien c'est toi, c'est à toi d'y aller. »

Moi : « Tu ne t'étais pas préparé à ce genre de situation à l'école ? »

Sujet 5 : « *Alors c'est pas qu'elle ne prépare pas. C'est que la réalité des stages fait que tu es toujours avec une infirmière. Donc que même si tu prends tes patients en charge, même si vraiment y a une urgence, ce n'est pas toi qui vas aller au charbon. C'est vraiment l'infirmière qui sera avec toi. Après c'est pas que l'école prépare pas, en plus je vois pas en quoi elle préparerait à ça. Il y a tellement de situation d'urgence qui. Elle ne peut pas préparer à tout.* »

Moi : « Si elle ne t'a pas préparé à ça, à quoi t'a-t-elle préparé ? »

Sujet 5 : « *Alors pour la psy, pas assez. Non je pense pas. Après, on le voit bien en tant que jeune diplômé on est toujours à faire des recherches. Oui des recherches chez soi, sur des trucs qu'on ne connaît pas.* »

Moi : « Tu recherches ? »

Sujet 5 : « *Ah oui. Y a pas le choix. Je me documente beaucoup sur internet. Après, retourner dans des bibliothèques sur des bouquins, euh pour ça j'ai du mal.* »

Moi : « Tu es de la génération « net » donc livres ou documents internet... »

Sujet 5 : « *Alors oui ça je lis, et puis de toute façon t'es obligé. Enfin moi, je ... après peut-être qui y en a qui vont réussir à bosser... Mais bon, moi, j'aime bien aussi savoir de quoi je parle, sur quoi m'appuyer... enfin je fais des recherches.* »

Moi : « La psy c'est une discipline que tu apprécies ? »

Sujet 5 : « *Oui beaucoup, même si actuellement euh, quelques faits me dégoutent un peu* »

Moi : « C'est-à-dire ? Quitter ? Arrêter ? »

Sujet 5 : « *Non je resterai dans le soin. En ce moment je réfléchis beaucoup au fait de partir, car il y a un contexte surtout médical qui me déplaît vraiment dans la prise en charge des patients. Je trouve qu'on est mal traitant avec certains patients et ça a pas l'air de déranger grand monde.* »

Moi : « Tu me parles de tes valeurs là, non ? »

Sujet 5 : « *Oui. C'est plutôt mes valeurs. Euh après par exemple concernant une patiente, enfin tu vois de qui on parle, euh... qui fait des allers-retours entre admissions et chez nous, et qu'au final on fait rien dans la prise en charge, on fait rien pour elle, mise à part l'injecter et puis de l'envoyer en isolement... y a des trucs oui des trucs qui me heurte et qui même commence à m'énerver. Après, quitter la psychiatrie pas forcément, car c'est quelque chose qui m'intéresse. Après on a aussi un métier qui nous permet de trouver du boulot assez facilement et y en a pas*

qu'en psychiatrie. Si je dois passer par un service autre que la psychiatrie et bien ça me dérange pas du tout. »

Moi : « Donc aujourd'hui, tu te poses beaucoup de questions sur ce que tu vas faire ? »

Sujet 5 : « *Oui. Je pense que je partirai. Après, c'est plus à savoir quand, et quand est-ce que le moment va être venu. Je pense que je vais partir. »*

Moi : « T'es au bout ? »

Sujet 5 : « *C'est pas au bout, parce que tous mes collègues sont dans la même situation, comme ça... et moi je suis encore jeune, j'ai pas vraiment de contraintes, et puis ça va me permettre de découvrir autre chose. » (Silence)*

Moi : « Tu veux qu'on revienne aux petites situations ? »

Sujet 5 : « *Oui. »*

Moi : « Tu me disais que cela faisait échos en toi ? Par rapport au fait de lire, de rechercher ? Pourquoi exactement cette démarche ? »

Sujet 5 : « *Oui. Alors c'est pour comprendre, découvrir et approfondir mes connaissances sur la pathologie, les traitements... C'est de la théorie en fait... Tout ce que je n'ai pas eu à l'IFSI. Parce qu'à l'IFSI, on voit le général, voilà. Après le concret, le pratico-pratique sur le terrain, on ne le voit pas. »*

Moi : « Le pratico-pratique ? »

Sujet 5 : « *Ne serait-ce que tous les traitements en psychiatrie, on ne nous les apprend pas à l'école. Euh, après la symptomatologie et bien tu vas avoir euh, toute la... comment dire, comment je peux te dire ça... Après y a peut-être des choses vues, mais que j'ai peut-être pas... »*

Moi : « Alors, je ne suis pas là pour te juger, t'évaluer ou évaluer ce que tu as fait, ou pas fait ou encore l'école. J'essaye de comprendre comment tu as évolué, depuis que tu es arrivé. Tu as eu ton diplôme qui te confère un statut, celui d'exercer le soin infirmier. Je connais l'enseignement que tu as eu. Maintenant, tu t'es développé, tu as développé des connaissances et compétences au travers de ces derniers mois. Moi c'est ce que je pense et ça avec, dans un contexte de service qui n'est pas si facile que ça. »

Sujet 5 : « *Oui, c'est vrai. »*

Moi : « Je souhaite juste comprendre comment et par quels biais tu évolues. D'ailleurs quand tu es arrivé sur l'hôpital, as-tu étais accompagné »

Sujet 5 : « *Accompagné ?* »

Moi : « *Double ?* »

Sujet 5 : « *Ah non. Je n'ai pas été doublé. J'étais seule.* »

Moi : « *Et pourtant aujourd'hui, tu soignes. Tu fais ce que tu peux avec ce que tu es, ce que tu connais. Mais seul, peu ou prou tu as développé des compétences et connaissances qui te permettent de prendre en charge des patients en souffrance. Comment t'as fait pour réussir ? C'est ce qui m'intéresse.* »

Sujet 5 : « *Je suis d'accord avec toi. Mais tu sais c'est le cas dans tous les services. Alors moi, pour avoir pas mal de potes dans les hôpitaux généraux, en maison de retraite tout le monde est dans la même situation. On est obligé de faire des recherches. Tout l'apport théorique qu'on a à l'école et bien il n'est pas suffisant pour exercer dans les services. Je vois aux urgences, j'ai des copains qui travaillent aux urgences, ils sont sans cesse obligés de regarder les thérapeutiques... Après, au bout d'un moment ils s'y font. Et puis y a des choses qui reviennent. Mais t'es vraiment obligé de bucher. Quand tu sors de l'école t'as pas le choix, si tu veux soigner, t'es obligé de bucher encore. Oui avoir les connaissances nécessaires pour eux, pour pouvoir arriver sur le terrain. Mais j'ai envie de te dire, c'est comme dans tout métier. Un serveur, il va arriver, il sait tenir un plateau, mais y a tout ce qui est autour, ce qu'il y a à côté. Donc, après, certes, y a des stages sur le terrain, mais c'est pas suffisant. 3 ans c'est pas suffisant. Enfin... pour moi c'est largement suffisant, mais je pense qu'il faudrait plus de terrain que d'école, car ils ne nous apportent strictement rien. Enfin pour moi c'est mon avis personnel. Enfin... ce n'est pas que ça sert strictement à rien, mais on pourrait passer moins de temps à l'école et beaucoup plus de temps sur le terrain.* »

Moi : « *Tu penses que c'est un apprentissage de terrain ?* »

Sujet 5 : « *Oui, c'est un apprentissage de terrain, j'apprends sur le tas. Honnêtement. C'est un apprentissage de terrain, mais en tout cas sur l'IFSI ici, les apports théoriques que l'on a viennent des formateurs, des cadres qui ne sont pas forcément compétents dans ce qu'ils ont enseigné. Euh, ils se basent sur, enfin honnêtement moi la première année et bien c'était des cours que sur vidéo et bien moi, au final qu'est-ce que j'ai fait ? Et bien j'ai pris des bouquins et j'ai potassé. Je regardais même plus leurs vidéos parce que vraiment c'est une perte de temps pour moi. Enfin je pourrai en parler longtemps. Mais oui, je pense plus de stages, et surtout diversifier et pas passer autant de temps dans le stage ça serait mieux.* »

Moi : « *Comme cela se faisait avant la réforme : un mois à l'école à peu près, un mois en stage ?* »

Sujet 5 : « *Oui je pense que ce serait mieux. Et puis t'arrives dans le stage tu as vu en cours ce que tu a, à voir dans le stage. Alors que là, dès la première année y en a qui étaient balancés*

en psychiatrie dès le premier stage de 5 semaines et qui n'avaient jamais entendu parler de la psychiatrie. »

Moi : « Tu me parles de toi ? »

Sujet 5 : « *Alors pas tellement. Car j'étais en début de S2 donc j'avais vu un peu de sciences humaines et un peu de psycho et euh... après c'était le moment du stage. Mais pour ceux qui sont en S1, et qui vont en stage... pff. »*

Moi : « Ils passent parfois à côté de leur stage ? »

Sujet 5 : « *exactement. »*

Moi : « Et mes situations ? Alors, ça t'évoque des choses ? »

Sujet 5 : « *Oui ça évoque des choses du quotidien. Putain j'aurai dû le relire... »*

Moi : « Alors prenons la première phrase de la page 1 : hier j'ai fait un lien entre la situation... »

Sujet 5 : « *Alors ça oui. D'autant plus parce que j'ai comment dire ... j'ai une mémoire où je n'arrive pas à intégrer, j'ai dû mal à intégrer quelque chose si je ne mets pas une image dessus. »*

Moi : « Tu fonctionnes par images ? »

Sujet 5 : « *Oui. C'est à dire qu'une situation que je vais vivre, je vais tout de suite faire le lien parce que ça me, comment dire.... Quand je vais lire quelque chose, je vais faire un lien avec quelque chose que j'ai vu, ou vécu. Pour moi, c'est beaucoup plus simple et ça me parle. »*

Moi : « Et l'inverse ? »

Sujet 5 : « *Alors forcément il y a des situations qui me questionnent donc derrière, je vais aller rechercher ce qui m'a questionné. Ça marche aussi, mais pour moi c'est plus simple dans l'autre sens. Alors ça, cela arrive souvent (désigne la dernière situation de la page 1). Mais tu sais t'apprends plein de choses. Tu sens qu'avec certains patients au début, tu es dans la proximité, t'essayes. Puis au final, tu vois dans le regard, faut pas ou plus s'approcher du coup tu mets de la distance. Je pense à *****, par exemple. Et là tu vois et bien quand tu connais pas les personnes... Enfin là on voit l'importance de connaître le patient, son histoire de vie. Et finalement, tu vois, tu ne mets pas forcément la distance adéquate au départ et avec l'expérience et bien t'apprends qu'il vaut mieux mettre un peu plus de distance. »*

Moi : « Qu'est-ce qui te fais mettre un peu plus de distance ? »

Sujet 5 : « *Et bien c'est... les transmissions, la symptomatologie. Tu le croises, tu le vois, ses attitudes tu vois pleins de choses. Mais ça tu l'acquiesces au fur et à mesure. Et puis t'apprends à connaître la personne au fur et mesure. Je repère des choses. Après j'apprends aussi au travers du dossier, de l'histoire de vie de la personne puis plus t'avances dans le service plus tu connais les patients et plus je suis à même de détecter un changement de comportement, ou détecter ce qui ne va pas ce jour-là. »*

Moi : « *Alors c'est vrai que tu es dans un service de moyen séjour, tu connais bien tes patients. »*

Sujet 5 : « *Oui. Après, demain en admission c'est différent... »*

Moi : « *Tu connais bien tes patients, tu as appris des choses, est-ce que tu penses que cela peut te servir si demain tu vas en admission ? »*

Sujet 5 : « *Oui je pense qu'il y a des choses que je pourrai transposer. Déjà de par le service tu sais que tu arrives en admission et que les patients sont en crise. Donc déjà je mets un peu plus de distance, je jauge un peu le patient pour voir, pour entrer sans trop entrer dans la proximité. Après, je regarde son comportement sur le moment, tu sais que la personne ; elle est pas bien. Donc, tu fais attention à son comportement, à toi. Quand tu renforces ponctuellement sur la journée, et bien tu vas te baser un peu sur les connaissances de tes collègues, parce qu'elles sont là depuis plusieurs jours. Enfin, là je sais même pas trop en fait. Je pense que c'est un feeling aussi avec les patients. Oui enfin... Je pense oui qu'il y a du feeling avec les patients. Après... euh... (silence)*

Moi : « *Tout à l'heure, tu me parlais du regard d'un des patients que tu as dans ton service ? Ce regard tu penses que tu peux le repérer ailleurs ? »*

Sujet 5 : « *Ah oui, ce regard... Là il ne vaut mieux pas trop que t'aïlles gratter, ou vaut mieux pas que t'y aïlles tout seul. Oui, oui, ça je peux le repérer, t'es obligé. Mais ça, c'est pareil avec les attitudes, je ne sais pas, tu le sens ça. Les gestes incontrôlés où tu sens que la personne est pas très bien...je sais pas enfin ça je le sens. Après par rapport à la situation là, je me suis jamais senti en insécurité. Mise à part une fois en isolement, mais ce n'est pas tout à fait ça parce qu'on était nombreux. Mais cette situation, si j'avais été seul ou même à deux avec le patient dans la chambre, je pense que je n'aurai pas fait le fier. Mais euh après... À ce moment-là avec ce patient, c'est parce qu'on était nombreux, même très nombreux et puis il fallait être vraiment en nombre. Mais je me suis senti en sécurité parce qu'on n'était nombreux et que je savais qu'on aurait été plusieurs à réagir s'il s'était passé quelque chose. »*

Moi : « *Si tu ne ressens jamais d'insécurité, il y a bien quelques choses qui fait que ou que tu fais, qui te permet d'être serein ? »*

Sujet 5 : « *Après, je pense que cela vient du fait déjà que je suis un homme. C'est une composante qui est quand même importante. Et puis je suis grand donc ça je pense que ça aide*

aussi. Euh, il y a un plein de patients avec qui tu hausses la voix, ou même j'arrives et bien, ils ne viennent pas trop me chercher. Enfin, moi dans le service avec ça je sais que j'ai aucun souci. »

Moi : « Tu penses que c'est une discipline masculine ? »

Sujet 5 : « Non. Je pense qu'il faut des 2. Pour travailler en psychiatrie, il faut toute sorte de comportements. Certains qui sont grandes gueules. Il faut des personnes calmes, en fait je pense que l'ensemble fait que ça se passe bien et que ça permet d'apaiser le patient. Après euh, d'être un homme en psychiatrie, ça a un côté rassurant aussi. »

Moi : « Pour ? »

Sujet 5 : Pour les collègues déjà et puis même pour soi. Alors je sais qu'avec les patients alors pour certains, pas tous hein... C'est pas forcément... Enfin on le voit, dès qu'y a un homme, car quand j'arrive en renfort dans les unités et bien puff... »

Moi : « Ça désamorce ? »

Sujet 5 : « Complètement et ça les posent. Alors oui je pense que c'est un atout d'être un homme. Après c'est pas forcément euh, enfin il y aurait que des hommes en psychiatrie, je pense que ça ne fonctionnerait pas. »

Moi : « La fonction maternante et la fonction paternante. »

Sujet 5 : « Il faut des 2, je pense. »

Moi : « Et avec les collègues ? »

Sujet 5 : « Les collègues. »

Moi : « Oui, tes collègues ? »

Sujet 5 : « Alors j'apprends beaucoup de mes collègues, surtout quand tu es jeune diplômé, et ça, grâce à leur expérience. Surtout quand elles me racontent des situations vécues sur d'autres hôpitaux où elles ont travaillé, même elles racontent des situations concrètes. Par là, ça me permet d'apprendre sur l'histoire de vie des patients, comment ils étaient avant, comment ils étaient pris en charge. »

Moi : « Et t'en fais quoi de ces anecdotes ? »

Sujet 5 : « *J'en fais quoi... euh... pas grand-chose, je pense. (silence). Enfin... (silence). Ça me fait penser à... j'en sais rien... Qu'est-ce que tu veux dire par qu'est-ce que j'en fais ? Tu veux dire au quotidien ?* »

Moi : « Tu me dis que tu apprends. »

Sujet 5 : « *Oui. t'apprends, oui j'apprends à avoir une autre vision, comment ça se passe ailleurs dans d'autres villes, d'autres hôpitaux. Après savoir ce que t'en fais au quotidien... Toi personnellement pas grand-chose. Je vois des collègues qui étaient sur Poitiers, on compare beaucoup les prises en charge médicales, mais après toi qu'est-ce que ça t'apporte, bé rien parce que tu fais avec les médecins que t'as à ta disposition, les moyens qu'on te donne, et tu fais avec ce que tu as. Après je trouve que c'est enrichissant, et bien de voir comme ça se passe ailleurs.* »

Moi : « Tu penses qu'un jour ça peut te servir ça ? »

Sujet 5 : « *Après c'est bien aussi d'avoir des collègues qui ont vu autre chose, parce que ça te permet d'avoir un autre regard sur certaines prises en charge. Je vois en réunion et bien y a certaines collègues qui racontent : « Ah tiens là on faisait comme si ou comme ça. » Sur telle pathologie on orientait ici ou on faisait comme ça pour ça... Donc oui cela a un côté enrichissant, mais pour ça faut avoir les moyens de pouvoir mettre en place ça.* »

Moi : « T'apprends des réunions ? »

Sujet 5 : « *Alors les réunions. Alors déjà pour commencer, moi les réunions cliniques j'y vais quasiment pas parce que quand je suis là le vendredi matin, je suis toujours à l'atelier « bouger ensemble. » Donc s'il y a une clinique, je ne suis jamais là. Voilà. Alors pour les panoramiques, c'est une semaine sur deux pour y assister il faut avoir la chance de travailler ce jour-là. Voilà. Et en ce qui concerne les institutionnelles, c'est pareil. Après les autres réunions comme la réunion soignants-soignés, t'y apprends rien.* »

Moi : « T'apprends rien dans les lieux où il y a échanges formels ? »

Sujet 5 : « *C'est ça. J'apprends dans tout ce qui est informel. Tout ce qui se raconte, où on discute ensemble avec les collègues, par derrière, et le partage d'expérience.* »

Moi : « Tu t'autorises à questionner tes collègues ? »

Sujet 5 : « *Alors moi, je pars du principe que je suis dans une équipe et bien quand je bosse, que je fais quelques choses et bien je demande toujours l'aval de mes collègues.* »

Moi : « Tu demandes, ou tu communique ? »

Sujet 5 : « *Je communique et je demande si c'est adapté, si elles sont d'accord.* »

Moi : « Tu recherches l'information en amont ? »

Sujet 5 : « *Oui c'est ça. Toujours en amont. Après peut-être que tous ne fonctionnent pas comme ça. Après, je vais dire que sur des choses importantes oui, des banalités du quotidien, je vais pas aller leur demander. Après, oui, si y a une patiente qui est haute et qui faut un si besoin, je vais les voir. Moi je fonctionne comme ça. Après d'autres, ne fonctionnent pas comme ça. Après, je pense que c'est le côté jeune diplômé et que, bé voilà, et être avec des collègues plus expérimentés, qui sont à même de juger ce que nous, on produit au quotidien. Parce que jeunes diplômés on a pleins de choses à apprendre voilà on est à côté de personnes bien plus expérimentées, qui jugent le travail.* »

Moi : « Tu apprends des lectures, des échanges informels des expériences dans lesquelles tu es. Mais pas dans les réunions. »

Sujet 5 : « *Oui, puis j'apprends aussi dans les moments informels avec les médecins quand ils passent dans le service. On discute de la prise en charge. En admission, y a un médecin avec qui j'ai beaucoup aimé travailler. Il expliquait tout. Pourquoi il mettait ce traitement en place, combien de temps il le laissait, voir les effets que ça allait faire, quels médicaments il mettrait en place derrière. Il ... Enfin je discutais avec lui et c'était extrêmement enrichissant. Mais c'est pas le cas avec tous les médecins.* »

Moi : « Ça te manque ? »

Sujet 5 : « *Oui. Oui.* »

Moi : « Par rapport à la prise en charge spécifique en psychiatrie, tu dis qu'il te manque encore beaucoup de choses, est-ce que tu sais ce que tu fais, ou tu testes ? »

Sujet 5 : « *Disons que pour l'instant, sur les patients que j'ai en charge actuellement y en a certain je sais où je vais où je dois aller, où on veut aller et ce qu'il faut mettre en place, au travers des entretiens et compagnie. Là c'est tracé. Après y a des patients euh où les prises en charge et les pathologies et bien je suis beaucoup moins à l'aise. Après, de toute façon, on est forcément plusieurs à prendre en charge, je vais toujours demander à mes collègues ce qu'elles en pensent. Alors oui, certaines prises en charge, je sais où je veux aller et je sais le chemin, donc là non je ne tâtonne pas. Après d'autres, oui je tâtonne et d'ailleurs pour certains patients c'est toute l'équipe même le médecin qui tâtonnent.* »

Moi : « Là t'es sur la prise en charge globale ? Toi, dans la dualité, ta démarche est conscientisée ? »

Sujet 5 : « *Alors je ne me suis jamais senti en difficulté face à ça. Euh, même quand je me suis retrouvé face à un patient qui me, comment dire qui m'agressait. Comment dire ça... Ou qui me mettait mal à l'aise euh, ça ne m'a jamais déstabilisé et j'ai toujours plus ou moins rebondi. Et je pense que je ne l'ai pas fait à mauvais escient. Après je pense que c'est du tâtonnement.* »

Moi : « *Alors est-ce que tu apprends de tes propres expériences ?* »

Sujet 5 : « *Oui des fois j'apprends de mes erreurs, oui. Et que sur certains trucs, tu as foiré et, tu sais que la prochaine fois tu ne referas pas comme ça. Après je ne pourrais pas te donner d'exemple comme ça parce que je n'en ai pas là en tête, mais, oui. C'est que ça m'est déjà arrivé* ».

Moi : « *Tu l'as senti ?* »

Sujet 5 : « *Ah oui, ça. Ça m'est déjà arrivé. J'arrive même pas à trouver d'exemple... Et même au-delà de travailler en psychiatrie, je pense qu'on apprend dans la vie de tous les jours, et des erreurs.* »

Moi : « *Est-ce l'avis de tout le monde...* »

Sujet 5 : « *La question c'est qu'il faut analyser ce que tu fais, ton travail et après ce qui n'arrive pas à se critiquer ou s'auto-analyser et bien tant pis pour eux.* »

Moi : « *Tu apprends sur toi ?* »

Sujet 5 : « *Des fois au travers du soin tu te découvres... de la patience et aussi non, tu découvres que tu peux avoir une personnalité au travail et une autre à l'extérieure. Euh, moi je sais que je suis d'une nature pas patiente et pourtant avec les patients, je suis plutôt patient. Après est-ce que tu te découvres. C'est peut-être pas à moi qu'il faudrait poser cette question. Mais moi personnellement... je ne sais pas. J'ai pas l'impression de... non... de murir peut-être au fur et à mesure... Oui je sais pas trop.* »

Moi : « *Tu sens quand même que tu as évolué ?* »

Sujet 5 : « *Ah oui. J'ai pris de l'assurance, je suis plus à l'aise, ne serait-ce que pour encadrer des élèves. Au début, je me suis retrouvé à encadrer des 3^{ème} année. Ils n'y avaient que 6 mois de différence entre eux et moi. C'est déstabilisant. En plus c'est des personnes que tu as croisées pendant les études... avec qui je rigolais. Et là au final t'as le statut de soignant et oui c'est déstabilisant. Dans le sens que pour eux, comme pour nous, ce n'est pas bénéfique. Par rapport à cette proximité, mais aussi par rapport au manque de connaissances, car je pense que je n'étais pas le plus armé pour leur enseigner des choses, ou alors, si pour partager sur mes expériences passées de stages ou pour le mémoire, mais après... Sauf que là c'est pas ce qu'on demande. Et même euh je sais plus... Enfin ce n'était pas bénéfique pour moi ni pour eux, car*

ça me mettait en difficulté. C'est pas un moment que j'ai apprécié. Et puis vu qu'on ne se sent pas à l'aise, ça déstabilise et c'est pas bénéfique pour mon stage... »

Moi : « Stage ? Tu n'es plus étudiant ? »

Sujet 5 : « *Tu vois, un lapsus.* »

Moi : « Oui. »

Sujet : « *Je m'en rends compte. Enfin par rapport à eux et bien tu n'es pas du tout aidant pour le stagiaire. Je pense qu'avant d'être en capacité d'encadrer un étudiant, il faudrait au moins attendre un an ou deux ans. (silence)*

Moi : « T'as fait des formations ? »

Sujet 5 : « *Oui j'ai fait.....* »

Moi : « Tu envisages d'autres formations ? »

Sujet 5 : « *Oui, psycho-patho, mais il paraît que pour avoir cette formation, c'est dur.* »

Moi : « Ah ! »

Sujet 5 : « *Y a je sais plus quel collègue, il a attendu 4 ans pour l'avoir. Collègue IDE. Après je n'ai pas forcément d'autres attentes.* »

Moi : « T'as d'autres choses à ajouter ? »

Sujet 5 : « *Oui la prise de recul, ça permet de couper avec le travail. Et puis je m'appuie sur l'autre, de toute façon j'ai besoin de mes collègues pour travailler.* »

Moi : « Sans tes collègues t'es ? »

Sujet 5 : « *Bé sans eux, tu ne peux pas bien bosser. Si tu te sens pas, appuyé par tes collègues euh tu ne peux pas faire du bon boulot, tu te sens discrédité devant le patient, euh la notion de collègue et d'équipe est super importante en psychiatrie. Après tu peux avoir une pathologie, elle va se manifester différemment chez les patients. Après oui, forcément je me sers de ce que j'ai déjà vu et puis j'enrichis, j'enrichis... »*

Moi : « *Est-ce que c'est ça que tu essayais de me dire tout à l'heure ?* »

Sujet 5 : « *Oui t'as beau connaître une pathologie avec les symptômes principaux, tu vas toujours avoir des exceptions. Donc tu vas rechercher. Chaque patient a ses propres*

mécanismes, ces propres symptômes. Chaque patient est différent c'est pour ça que c'est encore plus enrichissant. »

Moi : « Tu compares ? »

Sujet 5 : « *Alors ça c'est humain. C'est humain et un monde femme. »*

Moi : « C'est-à-dire ? »

Sujet 5 : « *Les femmes sont très portées sur je jugement. Ça m'est propre. »*

Moi : « Ok mais là il n'y avait aucun jugement sûr... Après les hommes dans une équipe... »

Sujet 5 : « *Ça permet d'apaiser les tensions. Après t'apprends à observer tes collègues. À savoir comment ils vont réagir. Y en a qui sont vachement plus cadrants, d'autres plus calmes, mais qui finalement vont quand même arriver à leurs fins. Oui ils vont réussir à faire adopter le patient là où ils veulent, et ça de différentes manières. Et puis parfois ce même comportement ne va pas fonctionner parce que le patient ce jour-là et bien tu ne sais pas pourquoi ça marche pas. Alors oui t'apprends les différentes manières de fonctionner de tes collègues et t'apprends à voir que c'est pas parce que t'adoptes telle ou telle attitude que ça marche. Après de là à te nourrir de ce que font les autres, moi je ne suis pas là-dedans, car je pense que chaque personne est propre et à sa manière de fonctionner. Et je ne suis pas sûr que, non je pens, pas, enfin je sais. Après, je sais que moi je ne vais pas aller gueuler sur un patient et que pour elle ça marche, ça non. »*

Moi : « C'est vrai que le contexte dans lequel tu es... »

Sujet 5 : « *Oui tu connais, c'est ça. »*

Moi : « Et la situation sur le cadre ? »

Sujet 5 : « *Et non. Tu sais pourquoi ? »*

Moi : « Oui. C'est vrai. »

Sujet 5 : « *Après, à contrario notre cadre est très important dans le soin, quand on arrive plus nous, soignant, à nous faire entendre. Pour cadrer les choses, elle est importante et elle est là. C'est quelque chose qu'elle fait très bien et les patients le savent. Elle a le statut qui fait que oui, et elle sait faire et là tu sais que tu peux compter sur elle. »*

Moi : « Ces situations-là te permettent d'apprendre ? »

Sujet 5 : « *De ses entretiens à elle oui. Elle a une manière de faire, d'amener le patient à. Elle est douée dans ça. Dans sa manière de faire, tout en douceur, pourtant elle est vachement cadrante et elle arrive à ses fins. Elle arrive à cadrer le patient et en plus il arrive à se rendre compte par lui-même de ce qui se passe. Sa manière de s'entretenir avec les patients est très enrichissante.* »

Moi : « Tu peux en rediscuter après avec elle ? »

Sujet 5 : « *Non. Elle n'a pas le temps.* »

Moi : « Tu observes donc les attitudes soignantes et tu trouves ça intéressant... »

Sujet 5 : « *Oui. Non. Mais pourquoi tu me dis ça ?* »

Moi : « Et bien tu viens de me dire non juste avant. »

Sujet 5 : « *Oui là c'est intéressant.* »

Moi : « Alors ? »

Sujet 5 : « *Mais j'en fais rien.* »

Moi : « Pourquoi ? »

Sujet 5 : « *Parce que j'ai pas le bagage pour. Mais avec une vision d'observateur, tu trouves ça hyper intéressant et en plus tu vois qu'il y a toute une démarche et que là il y a du bagage en plus.* »

Moi : « Et toi demain ? »

Sujet 5 : « *Peut-être, en tous cas, là, moi je suis incapable de faire ça. Enfin, de là à le transposer au quotidien je ne peux pas. Il me faut du bagage.* »

Moi : « Tu veux ajouter autre chose ? »

Entretien Sujet 6

Moi : « Tu viens de me dire avant que l'entretien ne commence que tu es arrivée sur l'hôpital il y a 6 mois et que tu n'es pas originaire du département. Tu peux m'en dire plus ? »

Sujet 6 : « *Oui. Je suis vosgienne et j'ai fait mes études d'infirmière sur Nancy. J'ai commencé en 2012. Après mes trois ans d'études, j'ai quitté Nancy. Je suis revenue dans les Vosges près de mes parents. J'ai fait quatre mois en SSR. Et ensuite je suis arrivée ici.* »

Moi : « Donc tu es diplômée depuis 2015 ? »

Sujet 6 : « *Oui de juillet 2015.* »

Moi : « Tu as quel âge sans indiscretion et est-ce que tu avais travaillé avant de faire tes études ? »

Sujet 6 : « *Alors j'ai 24 ans. Non. En fait, je venais de passer le bac et j'ai fait 6 mois en fac de médecine en attendant de pouvoir repasser le concours parce que souvent la première fois on se retrouve sur liste d'attente, et puis voilà. Du coup je l'ai passé et j'ai débuté en septembre.* »

Moi : « Durant tes études tu as fait des stages dans le domaine de la santé mentale et psychiatrie ? »

Sujet 6 : « *Euh oui. J'ai fait dix semaines en psychiatrie, en fait c'est le stage qui est obligatoire.* »

Moi : « Alors, les instituts fonctionnent parfois de manières différentes... »

Sujet 6 : « *Alors dans mon école il était obligatoire. A la base c'était un stage que je redoutais vachement la psychiatrie.* »

Moi : « Tu redoutais ? »

Sujet 6 : « *Ah oui. J'avais des appréhensions, des peurs et puis des préjugés aussi.* »

Moi : « C'est en première année que tu as réalisé ton stage ? »

Sujet 6 : « *Je l'ai fait en deuxième année.* »

Moi : « Et tu as été dans quel type de service ? »

Sujet 6 : « *Secteur fermé, admission avec des patients qui étaient en isolement dans leur chambre, fermés à clef. J'avais été prévenu dès le départ que c'était un service qui était*

considéré comme plutôt dangereux pour les étudiants et qu'il y avait certains patients où je n'avais pas le droit de rentrer, de les prendre en charge. »

Moi : « Avec du recul ce stage ? »

Sujet 6 : « *Euh, ce stage s'est très bien passé et c'est grâce à ce stage que je me suis dit pourquoi pas la psychiatrie. »*

Moi : « Du coup tes appréhensions de départ ? »

Sujet 6 : « *Alors, et bien mes représentations ont changées. En fait, au début j'avais très peur de certains patients, je t'avoue que... Voilà j'osais pas forcément aller de l'avant avec eux... Toute façon il fallait que je sois toujours accompagné par un professionnel donc j'étais jamais seule. Et puis c'est l'équipe qui m'a aidée à prendre confiance en moi en psychiatrie parce qu'ils étaient tous très sympathiques. Et puis ils m'ont tous expliqué qu'on pense qu'en psychiatrie y a de la violence tous les jours mais en fait c'est pas le cas. Ces clashes ils sont rares, si y en a... »*

Moi : « Ils t'ont aidé à changer tes représentations sur la dangerosité des patients véhiculés par la société ? »

Sujet 6 : « *Oui c'est ça. Que c'était pas si dangereux que ça et qu'on nous apprend aussi à éviter le danger quand il se présente. »*

Moi : « Donc tu as fait ce stage là et c'est le seul ? »

Sujet 6 : « *Oui parce que, à la base, je voulais travailler en pédiatrie en fait, donc ce qui n'a pas grand-chose à voir et puis tu vois je me retrouve en psychiatrie. »*

Moi : « Ton mémoire était en lien avec la pédiatrie peut-être ? »

Sujet 6 : « *Alors non pas du tout. C'était en rapport avec la gestion du stress en situation d'urgence. Tu vois le stress revenait dedans. »*

Moi : « T'as utilisé des concepts en lien avec le domaine de la psy, c'est ce que tu essayes de me dire ? »

Sujet 6 : « *Oui car j'ai pris un exemple qui s'était passé en psychiatrie même si j'en ai pris aussi issus d'autres stages, mais surtout cette situation. C'était un clash assez violent. C'était un patient qui était très violent avec une force... phénoménale. Où il a fallu appeler les renforts et comme ils étaient pas là... Tu sais pas trop comment faire. On était que des femmes ce soir-là, en plus, avec une collègue qui était enceinte en plus. Ma collègue, non car j'étais stagiaire à ce moment-là, mais elle m'avait dit que s'il se passait quelque chose et bien je ne faisais rien*

sauf appeler les renforts mais c'était tout. Donc, j'avais raconté cette scène là car j'étais comme un peu stressée et ça a débouché sur le stress dans mon mémoire. »

Moi : « Donc la base de ton mémoire est issue d'une situation d'urgence vécue en psychiatrie. »

Sujet 6 : « *Oui c'est ça.* »

Moi : « Cette expérience aujourd'hui ? »

Sujet 6 : « *Alors aujourd'hui, par rapport à cette situation, euh... Alors j'appréhende moins avec les patients. Après forcément on se souvient de ces situations là quand il y a un patient qui monte. Je me dis, à mince, ça va peut-être se reproduire, comment je vais réussir, réagir en tant que professionnel car quand cette situation s'était passé et bien j'étais stagiaire, stressée mais j'avais pas le même positionnement qu'aujourd'hui. Dans ce cas-là, c'est pas moi qui devais agir avec le patient euh être confronté à ça. J'étais juste dans l'observation. Alors que maintenant je suis professionnelle et c'est à moi d'être confronté au patient et j'ai personne derrière moi pour agir à ma place, même si on est en équipe, je ne suis plus stagiaire.* »

Moi : « Tu trouves des ressources où pour agir ? »

Sujet 6 : « *Après de mes collègues surtout. Je suis jeune diplômé et puis, euh... le fait de savoir que le travail est apprécié et bien du coup je n'hésite pas. Les collègues me font confiance sur mes décisions. Et puis de toute façon même avant de prendre une décision ou faire quelque chose, je consulte mes collègues. Voilà. Si jamais comment dire... Si jamais je ne suis pas vraiment d'accord avec eux que j'ai des doutes, je les suis quand même honnêtement. Je leur fait part de mes doutes avant, j'échange avec eux, je leur dit ; bon si vous pensez que c'est mieux on fait comme ça, moi je ne suis là que depuis 6 mois.* »

Moi : « Alors je reviens sur l'écrit que je t'ai donné à lire, est-ce que ça t'as inspiré ?

Sujet 6 : « *En fait je me suis pas mal retrouvée dans ces situations-là. Parce qu'effectivement, c'est des situations qui sont arrivées certainement à des jeunes professionnels. Enfin on dirait que c'est ça. Donc euh, c'est ce que je vis tous les jours parce qu'en fait y a des grosses situations mais y a aussi des petites situations où tu vas te sentir un peu en difficulté donc euh je me reconnais beaucoup dans toutes ces situations.* »

Moi : « Et est-ce qu'il y en a une dans laquelle tu ne t'es pas du tout retrouvée ?

Sujet 6 : « *Alors oui, qui m'a interpellé... C'est celle où quelqu'un a fait fumer le patient alors que c'était interdit. Moi je ne me retrouve pas là-dedans parce que je suis très carrée et donc tout ce qui est interdit, je peux pas. Moi on me dit que le patient ne doit pas fumer dans un lieu public et bien... Alors je trouve ça bien parce que ça peut-être une alternative, et ça peut faire*

du bien au patient. Mais moi, je me sens pas encore assez à l'aise en psychiatrie, dans les équipes et tout pour prendre des décisions qui ne font pas partie du cadre. »

Moi : « Tu me dis que tu n'es pas encore assez à l'aise pour prendre ce type de décisions, tu penses que ça peut être lié à quoi ? »

Sujet 6 : « *Et bien parce que je pense que je n'ai pas assez de connaissances pour faire ça. Donc c'est pour ça que je ne me retrouve pas dans cette situation. »*

Moi : « Mais tu n'es pas contre ? »

Sujet 6 : « *C'est ça. Plus tard peut-être mais pour l'instant, non. »*

Moi : « Du coup si je reprends les situations, la première par exemple concernant la lecture ? »

Sujet 6 : « *Alors en fait ce qui n'est pas forcément bon, hein... Je vais sur internet. Mais euh, je préférerais lire mais je ne trouve pas le temps. Il y a une bibliothèque à l'hôpital et je pensais aller y prendre des livres mais... c'est vrai que sur internet entre ce qui est vrai et ce qui est faux, tu ne peux pas vérifier. Et puis c'est pas pareil tenir un livre entre les mains... »*

Moi : « Au niveau de la fiabilité ? »

Sujet 6 : « *Oui je préfère. »*

Moi : « Sinon qu'est-ce que tu lis sur internet ? »

Sujet 6 : « *Alors, la plupart du temps c'est carrément des cours avec les symptômes, les éléments qui font que le patient est en train de monter, comment faire pour l'apaiser... Oui je suis encore pas mal sur des cours en fait. »*

Moi : « Du B.A BA. Ça te sert ? »

Sujet 6 : « *Oui ça me sert. Parce que à l'IFSI les cours de psychiatrie, ils sont quasiment... pas là quoi. En fait, on n'apprend très peu dans le domaine psychiatrique à l'IFSI. Les traitements on les voit un petit peu mais au niveau des situations concrètes c'est pas suffisant. »*

Moi : « Tu ne t'es pas sentie bien préparé pour cette discipline du soin ? »

Sujet 6 : « *Alors pas préparée du tout. Je suis arrivée début décembre, je me sentais très anxieuse parce que je me sentais plus à l'aise pour arriver dans un service de cardio par exemple, que dans un service de psychiatrie. »*

Moi : « Malgré tout tu as choisi la psychiatrie. »

Sujet 6 : « *Oui. Pourtant j'ai choisi la psychiatrie. Et pourtant on entend souvent en psychiatrie y a pas beaucoup de soins et tout et pourtant y a énormément de choses à savoir et puis t'as vraiment l'impression que tes actes peuvent dépendre... enfin euh... engendrer beaucoup de choses. Plus ou moins importantes, donc finalement... Je suis arrivée pour moi j'avais tout à apprendre et là au bout de 6 mois j'ai encore pleins de choses à apprendre.* »

Moi : « Et dans ta relation de soin avec le patient ? »

Sujet 6 : « *Alors ça dépend des services. En tant que SICS, j'ai fait qu'un moyen séjour ouvert et un service de crise pour la filière TED. J'ai l'impression que les patients m'apprennent plus de choses quand il y a une communication verbale et présente. En TED, j'y ai passé beaucoup de temps et euh... c'est difficile de communiquer et qu'ils t'apprennent des choses. C'est plus physiquement qu'ils t'apprennent. Des signes physiques que tu sais qu'ils ne sont pas bien ou que là il va falloir quelque chose pour eux ou que... Mais au niveau de la communication verbale euh...* »

Moi : « Tu me dis dans un premier temps que tu apprends plus, des patients qui ont une communication verbale. Juste après, tu me parles des patients pour lesquels la communication n'est pas et tu me parles de signes physiques... »

Sujet 6 : « *Euh... bien je pense qu'il n'y a pas besoin de communication verbale pour apprendre du patient. Mais je trouve que c'est quand même beaucoup plus compliqué que quand ils communiquent. Le patient peut pas dire ce qui ne va pas. Il ne peut pas s'exprimer sur ce qui ne va pas.* »

Moi : « Les signes physiques que tu repères chez tes patients actuellement est-il possible que si demain tu es dans un autre service tu puisses à nouveau les repérer ? »

Sujet 6 : « *Euh sur d'autres patients qui n'ont pas forcément un manque de communication verbale ?* »

Moi : « Pourquoi pas. Y a-t-il des signes cliniques, aujourd'hui que tu penses être capable de repérer chez des patients, qu'il y ait une communication ou pas ? »

Sujet 6 : « *Oui y a des signes que je suis capable de repérer par exemple l'impression du vide, ou les patients ou je suis bien, ils ont sans arrêt besoin d'une présence parce que sinon ça les angoisse. Alors au début on ne comprend pas trop, on lui a dit de rester en chambre et de faire cette activité-là. Et finalement, il revient d'office vers nous. Du coup on se rend compte que quand ils n'ont pas notre présence et bien c'est hyper angoissant. Voilà. Et bien ça, cette sensation de vide qu'ils ont, je suis capable de le repérer chez d'autres patients que je ne connais pas du tout. Finalement. Donc, euh... Finalement au début je me demandais si le patient m'apprenait des choses quand la communication verbale n'est pas forcément présente*

et puis en discutant avec toi, finalement je me rends compte qu'ils nous apprennent à connaître un peu plus la pathologie. »

Moi : « Et avec l'équipe ? »

Sujet 6 : « Alors dans l'équipe où je suis en ce moment, on compare beaucoup nos façons de faire. La communication, je pense que c'est important dans l'équipe. Regarde, hier avec une patiente on savait qu'elle allait clacher et qu'il y aurait une mise en isolement. Mon collègue lui, pensait qu'il n'y avait pas besoin encore de renfort, qu'il fallait essayer de discuter avec elle pour poser les choses. Et avec ma collègue on pensait et lui disait qu'il fallait limite appeler les renforts tout de suite parce qu'on savait que les choses ne se poseraient pas. Et que c'est limite dangereux d'y aller un homme et deux femmes, en plus il était blessé à la main. On s'était dit que c'était dangereux quoi. Et puis finalement, on a été dans la chambre de la patiente tous les trois sans appeler de renfort, et puis finalement, on a appelé les renforts quelques temps après car ça ne c'était pas posé. Donc on en a parlé... enfin j'en ai parlé avec lui et avec ma collègue pourquoi, qu'est-ce qui s'était passé. Et finalement, on aurait dû appeler les renforts tout de suite, car ça aurait pu clacher dans la chambre et qu'on était que trois. Surtout que la veille ça avait été compliqué car on avait pas eu le temps d'appeler les renforts la veille, ou eu le temps d'y réfléchir. On s'est retrouvé à deux sur la patiente, mon collègue qui perd le téléphone dans la pièce, et moi qui était sur les jambes de la patiente impossible de le rattraper. Ma troisième collègue qui n'était pas là. Enfin, c'est dans ces moment-là qu'on se pose des questions et qu'on se dit qu'on aurait dû faire autrement. La décision de ma collègue était la meilleure à prendre et que finalement on n'a fait l'inverse. Mais j'en parle beaucoup en équipe. »

Moi : « Ces échanges entre collègues, ils n'ont lieu que dans ces moments ? »

Sujet 6 : « Non. »

Moi : « Comment ça ? »

Sujet 6 : « Et bien comme, il y a beaucoup d'échange. J'écoute aussi beaucoup les anecdotes dans ce service-là. Des anecdotes de violence voire très, très, violentes. Au début je ne disais rien car je pouvais être très choquée de ce qui pouvait se passer ? »

Moi : « De la discussion ou de la violence ? »

Sujet 6 : « De la violence qu'il pouvait y avoir... et de la discussion aussi. Parce que des fois il pouvait y voir des anecdotes ou le professionnel devait être... pas violent avec le patient ... Mais il devait se défendre car il était en danger. Alors je ne vais pas forcément donner mon avis sur la situation. Je vais pas dire : moi j'aurai fait comme ça... »

Moi : « Oui. Tu l'entends. »

Sujet 6 : « *J'en prends note. Et pour moi c'est que du positif car je me dis que, si ça m'arrive je vais peut-être m'appuyer sur ce qui m'a été raconté, sur l'anecdote. Ça aide.* »

Moi : « *Alors tu viens de me dire que tu lisais, que t'écoutais les anecdotes et t'échangeais avec les collègues car tu te dis que ça peut te servir pour une prise en charge futur... ça t'as peut-être déjà servi ?* »

Sujet 6 : « *Non je ne pense pas encore. Ce qui me sert, ou plutôt ce qui m'a déjà servi, c'est plutôt les conseils pour soi, pour ma sécurité, quand on sent qu'un patient va clacher.* »

Moi : « *La sécurité, pas de psycho-patho par exemple ?* »

Sujet 6 : « *En fait, c'est compliqué car on agit toujours en équipe. Aujourd'hui, moi je ne sais pas si je pourrai être capable de prendre la bonne décision si j'étais toute seule. Je suis plus une suiveuse qu'une meneuse.* »

Moi : « *C'est le sentiment que tu as ?* »

Sujet 6 : « *Oui. Après l'équipe apprécie ça, car souvent on n'aime pas trop les nouveaux arrivés. Enfin les jeunes professionnels qui se permettent de dire certaine chose, qui veulent bousculer les règles, les protocoles qui sont appliqués dans les services. Donc, ça me permet d'être bien dans cette équipe-là, et puis moi je me sens bien dans ce rôle de suiveuse. Après j'apporte des choses, mais euh... voilà à mon niveau. De toute façon je suis d'accord avec mes collègues du coup ça pose pas de problèmes.* »

Moi : « *Tu sens que tu as évolué depuis 6 mois ?* »

Sujet 6 : « *Ah oui. Je fais des choses que j'aurai jamais faites. Avant des patientes, je savais que je ne pouvais pas aller dans leur chambre toute seule. Parce que c'est des patientes qui peuvent très vite monter et je ne connaissais pas forcément les signes. Donc je me suis dit : si je me retrouve seule dans une pièce avec elle et que ça se passe, et bien qu'est-ce que je fais ? J'étais un peu paniquée. Donc je demandais toujours à ce qu'il y ait une collègue qui vienne toujours avec moi. Alors, normalement dans ce service cela doit se passer comme ça mais quand on est en sous-effectif on n'a pas trop le choix d'y aller seul. Maintenant, au bout de six mois, je vais voir tous les patients toute seule. J'ai plus la peur de savoir qu'est-ce que je fais.* »

Moi : « *Pourquoi d'après toi ou plutôt grâce à quoi ?* »

Sujet 6 : « *Parce que je sais repérer les signes et que je peux, du coup adapter mon comportement et la prise en charge par rapport à ce type de problématique. Oui complètement, je sais si je peux agir seule, si je dois fermer la porte et aller chercher quelqu'un... enfin voilà quoi. J'estime que je serais plus comment agir si je suis avec un patient qui va très, très, mal.* »

Moi : « Et les réunions, ça t'apporte quelque chose ? »

Sujet 6 : « *Comme les panos ?* »

Moi : « Oui ou les autres. »

Sujet 6 : « *Alors sur le soin oui en plus de ça c'est le seul contact entre guillemets, plus long qu'on a avec les psychiatres. Donc on peut en profiter pour poser des questions. Après moi, en tant que SICS, les panos, j'y dit pas grand-chose, j'étais à l'écoute.* »

Moi : « Dans le cadre du SICS, tu as fait quels services ? »

Sujet 6 : « *Alors oui, j'ai fait une semaine à l'UAO au mois de décembre et je devais y faire un mois. Mais on m'a appelée pour aller sur le pavillon TED car ça manquait. Et puis un mois sur deux moyen séjour ouvert et ce pavillon TED ou psychotique déficitaire en crise. J'ai fait une journée en service d'admission fermé, pour renforcer. Ça m'a permis de découvrir le service car normalement j'étais appelée en renfort. Mais finalement ils n'en avaient pas besoin. Du coup on m'a proposé de rester l'après-midi pour voir un peu comment ça se passait. Finalement, je n'ai pas fait beaucoup de service. Et là, j'ai demandé ma mobilité pour me poser dans le service où je suis actuellement. Le SICS je pouvais plus, car j'avais le sentiment de ne pas faire partie intégrante d'une équipe. Déjà quand tu es jeune professionnel, c'est dur de s'intégrer. Alors, être jeune professionnel dans un pool de remplacement où finalement, tu mets les pieds dans un service où tu restes un mois... Que tu n'as pas de suivi des patients. L'équipe tu n'as le temps de t'intégrer que pour un mois. Donc finalement ça ne va pas plus loin que ça. Les panos je n'avais pas l'impression d'être utile lors des panos parce que des fois on revient sur des choses antérieures qui datent depuis plus d'un mois. Oui, c'est un suivi sur le long terme. Alors certes, tu lis le dossier du patient mais c'est pas pareil. Donc, oui c'est ma demande de quitter le SICS et pour pouvoir me développer vraiment. Parce que là, j'avais l'impression de rester étudiante là sur le SICS. Alors, j'étais pas considérée comme une étudiante dans les services, mais moi je ne me sentais pas forcément à ma place. Parce que j'étais sans arrêt en train de poser des questions et les premiers jours... donc, je pense qu'inconsciemment c'est pour ça que j'ai toujours réclamé les mêmes services. Parce que ça rassure. Sauf que sur le SICS je n'allais pas demander pendant des années les mêmes services... Au bout d'un moment... donc voilà.* »

Moi : « Donc là tu es SICS ou ***** ? »

Sujet 6 : « *Et bien on m'a dit que j'étais affectée dans ce service, mais je n'ai pas encore reçu mon bon d'affectation. Mais depuis un mois et demi je me suis investie dans ce nouveau service et j'ai toujours l'intitulé SICS. Donc pour moi je fais partie du service mais j'espère qu'ils ne vont pas me déplacer. Je ne sais pas ce que t'en penses ?* »

Moi : « On en parle après si tu veux ? »

Sujet 6 : « *Oui. C'est vrai.* »

Moi : « Tu as quelque chose d'autre que tu souhaiterais aborder comme la prise de recul par exemple ? »

Sujet 6 : « *La prise recul par rapport à des situations que j'ai vécues. Alors pour l'instant je pense qu'il y a eu une prise de recul de ma part, parce qu'il y avait un patient pour qui je ne me sentais pas prête à le prendre en charge car trop impression. En fait, j'ai pris du recul en me disant est-ce que je suis faite pour la psychiatrie ? En fait quand je fais une prise de recul c'est plus ça. Est-ce que je suis fait pour la psychiatrie ? Et ça j'en parle pas à mes collègues. Je le fais seule. Complètement seule et puis pour l'instant ça m'est arrivée qu'une fois. Alors, par rapport au soin, ça ne m'est jamais arrivée. Alors si une fois j'avais accueilli des professionnels d'une autre structure, la veille d'une entrée, donc l'entrée était déjà faite. Si tu veux la feuille de transmission n'avait pas été donné. Donc ils étaient venus le lendemain, c'est moi qui travaillais ce jour-là, donc la collègue m'avait tendu la feuille, et comme c'est un secteur fermé j'avais ouvert la porte et je l'avais prise. Puis de fil en aiguille on avait parlé du patient dans le couloir mais on n'était pas censé rester autant là. Et puis la cadre m'a fait comprendre qu'il fallait que je les amène dans le bureau. Donc je les ai amenés dans le bureau. Voilà après elles sont reparties. Et là, ma cadre m'a reprise en disant que les professionnels, on doit toujours les emmener dans le bureau. Alors moi j'avais pris exemple sur mes collègues qui quand y a pas de rendez-vous et que c'est juste pour donner des papiers les emmène jamais dans le bureau. Et là j'ai pris du recul. Je me suis dit mince est-ce que mon erreur était grave ? Est-ce que je dois vraiment prendre en compte ce que m'a dit ma cadre ? Alors maintenant, même si c'est que pour deux secondes et bien je vais dans le bureau parce que j'ai été reprise sur ça et que c'est comme ça qu'ici ça doit se faire. Mais là j'avais pris du recul et en plus comme les remarques c'est difficile pour moi de les accepter... Là c'était la première fois qu'on m'en faisait une.* »

Moi : « Tu me parles du cadre, il y a une situation qui en parle. Tu en penses quoi ? »

Sujet 6 : « *Alors oui, ça me parle parce que dans le service où je suis, la cadre est beaucoup présente. Elle aime savoir ce qu'on fait. Si on l'a fait. Voilà. Euh, moi ça me stresse la présence du cadre car en fait j'ai l'impression d'être surveillée, évaluée, alors que, c'est peut-être pas ça du tout... Alors que moi, j'aime bien être seule avec les patients avec leur famille. Je vais dire des choses que je ne dirai pas en présence d'un cadre, en fait. Alors je sais pas pourquoi mais j'aime bien aussi, par exemple, quand mes collègues sont pas disponible pour me renseigner, si j'ai une question, je sais que je peux aller voir ma cadre et qu'elle va me répondre et qu'elle va me donner des conseils. Elle me permet énormément d'apprendre parce que la remarque que j'avais pris par exemple, ça me permet d'apprendre finalement. C'est la réponse que je lui avais fait d'ailleurs, que j'étais diplômée que depuis quelques mois et que je ne pouvais pas tout connaître.* »

Moi : « Et avec les médecins ? »

Sujet 6 : « *Alors là oui, j'arrive à leurs poser des questions mais c'est le strict minimum. Je ne suis pas encore très à l'aise avec les médecins. J'ai jamais été très à l'aise avec les médecins. Je suis plutôt centrée sur le patient là. »*

Moi : « Et en accord avec l'équipe... »

Sujet 6 : « *Oui. Je les observe, je les écoute je pose des questions mais avec les médecins... Quand je dois me charger de la visite ou qu'il y a un problème et que je suis avec le médecin je le fais mais je vais pas aller au-delà. Je reste centrée sur la tâche que je dois faire. »*

Moi : « Veux-tu ajouter quelque chose ? »

Sujet 6 : « *Alors, je réfléchis en plus, tes questions étaient pas mal, enfin moi j'ai trouvé ça très intéressant et puis du coup est-ce que j'ai autre chose à ajouter. Et bien je dirai que en tant que jeune diplômée tu vois j'apprends beaucoup plus en psychiatrie. »*

Moi : « Comment ça ? »

Sujet 6 : « *Et bien par rapport à d'autres services. Je me disais est-ce que la psychiatrie va m'apprendre des choses ? A devenir professionnel. Parce que c'est ce qu'on cherche, devenir une professionnelle. Apprendre de nouvelle chose qu'on n'a pas pu apprendre à l'école ou même garder des connaissances qu'on n'a peur de perdre. Après, ce que je me pose comme question : c'est combien de temps je vais rester en psychiatrie pour pouvoir revenir dans les soins généraux sans être en grandes difficultés ? »*

Moi : « Tu n'as pas encore eu de formation ? »

Sujet 6 : « *Non. Juste l'accueil des nouveaux arrivants avec présentation de l'hôpital. Je devais avoir la formation TED et puis je n'ai pas pu y aller car j'étais malade. Mais, je crois qu'il y a une autre session en septembre. »*

Moi : « Tu te sens en difficulté dans cette discipline ? »

Sujet 6 : « *Je peux pas dire que je me sente en difficulté. La difficulté que j'ai en psychiatrie, c'est bête, je le sais, parce que ça part de préjugés, c'est au niveau de la violence. C'est de me faire, enfin prendre un coup et me faire mal, de me retrouver en arrêt de travail et pouvoir, par la suite, me demander si je vais pouvoir revenir dans le service et reprendre mon travail... Tu vois, j'étais allée sur un autre service en renfort que je ne t'ai pas dit, et bien il y avait un patient de 16 ans là-bas tu dois le connaître, je ne vais pas dire le nom... Et bien franchement quand on a dû le maintenir très longtemps, en plus c'est une structure qui n'est pas du tout*

adapté, euh ou finalement les contentions c'est toi... Le temps que l'ambulance arrive pour le transférer dans un autre service. Dans l'autre service, après ça, a été encore très compliqué. Je me suis déplacée des côtes, psychologiquement j'étais pas bien du tout parce que c'était un bain de sang, donc là en fait je t'avoue que en fait en rentrant chez moi, euh j'ai même craqué avant de rentrer. Avant de ressortir du service, ma collègue a vu que j'étais blanche en plus j'étais la seule infirmière dans le service d'origine à le prendre en charge... Et euh, dans le service j'étais avec une éduc et du coup elle m'a laissée faire quoi. En sortant, elle me dit franchement t'as super bien géré. Mais t'es toute blanche, ça va ? Et là je me suis écroulée quoi. Donc euh le soir même, chez moi je me suis demandée si j'allais y retourner, quoi. »

Moi : « Tu t'attendais à ce type de prise en charge ? »

Sujet 6 : « Euh je me doutais qu'il y avait des situations comme ça. Après que... un jeune pas un adulte avec des propos qui sont forts quand même, euh je sais pas... Y a des patients émotionnellement ils te prennent plus aux tripes que d'autres. Alors je serais pas trop comment t'expliquer mais ah si le fait de se retrouver seule comme IDE c'est déjà une dose de stress en plus, alors avec ce type de situation on se pose pleins de questions : est-ce que je fais bien les choses, est-ce que je prends la bonne décision ? J'ai pas été formé à ça. Pour moi, c'est sûr on n'est pas formé. Et puis un stage de dix semaines ça aide juste à changer les représentations. Et puis ça permet de dire aussi : ah les IDE en psychiatrie ils ne sont pas juste à boire du café parce que on l'entend partout. »

Moi : « Même dans les Vosges ? »

Sujet 6 : « Ah oui. Alors certes y a des services où ça se fait, parce que y avait pas forcément grand-chose à faire. Et puis c'est pas tous les jours. C'est exceptionnel et puis je pense qu'il y a toujours quelque chose à faire. Et puis s'il y a des journées plus calmes, tu vas dans tes dossiers. Alors c'est de l'administratif que tu vas faire mais t'es pas obligé de passer ta journée devant une tasse de café. »

Moi : « Tu veux ajouter autre chose. »

Sujet 6 : « Non. Je pense avoir tout dit. »

Entretien Sujet 7

Moi : « Tu es diplômée depuis ? »

Sujet 7 : « *Juillet 2015* »

Moi : « Tu as réalisé tes études... »

Sujet 7 : « *IFSI d'Angoulême.* »

Moi : « Tu as réalisé des stages en psychiatrie ? »

Sujet 7 : « *Oui. J'ai fait 5 semaines en moyen séjour ouvert et 5 semaines dans un CMP, en extrahospitalier.* »

Moi : « A quel moment ? »

Sujet 7 : « *En deuxième année. C'était dix semaines de stage coupés en deux fois cinq.* »

Moi : « Est-ce que tu avais pour projet de travailler en psy ? »

Sujet 7 : « *Oui. J'avais demandé un stage en troisième année, euh mon stage pré-professionnel d'aller sur l'UAO, stage qui m'avait été accordé ; mais j'avais des modules... Enfin des compétences bien que c'est pas tout à fait ça. Enfin des actes au niveau de ma feuille de bilan, tout ce qui était pré et post op. Vu que je n'avais jamais fait de chirurgie donc je suis partie au bloc opératoire pour valider ces actes. Et du coup l'UAO...* »

Moi : « Et ton mémoire, était-il en lien avec la psychiatrie ? »

Sujet 7 : « *Alors non, pas du tout. Il était en lien avec la relation à l'autre mais c'était très général. Ce n'était pas ciblé sur la psychiatrie.* »

Moi : « Depuis quand tu exerces en psy ? »

Sujet 7 : « *Depuis le 1^{er} septembre et mon premier poste c'est ***** (filière TED jeune adulte.). Alors j'ai pas choisi le service. Je voulais être en psychiatrie peu importe où. En plus je ne connaissais pas du tout la filière TED. Donc j'ai découvert en même temps.* »

Moi : « Tu avais travaillé avant de devenir infirmière ? »

Sujet 7 : « *Non. J'ai eu mon BAC et je suis partie directement à l'école d'infirmière.* »

Moi : « Ça te fait quel âge ? »

Sujet 7 : « 22 ans. J'ai tout fait d'une traite. Les seuls petits boulots que j'ai fait c'est comme on peut faire dans un magasin. Voilà ça n'a rien à voir avec le domaine de la santé. »

Moi : « Et pourquoi la psy ? »

Sujet 7 : « Je ne sais pas. Ce qui ne m'attire pas dans les soins généraux c'est cette façon de se presser, d'avoir un temps pour tout. Un temps à 14 heures, à 16 heures, puis 17 heures... faire les tours... De pas avoir le temps de discuter avec les patients. Quand on était élève on avait vachement le temps. Moi, si je voulais prendre vingt minutes pour faire une toilette et discuter un peu après et bien je pouvais parce que je n'avais que ça à faire, m'occuper du patient. Mais arriver en troisième année et bien quand il faut gérer le secteur je n'avais que cinq minutes avec le patient. Que là, au quotidien, et bien même si le service est plein et que y a plein de choses à faire, j'arrive toujours à trouver quinze minutes de mon temps pour aller voir le patient, me poser un petit peu, discuter, faire des entretiens, essayer de gratter, faire monter des choses. Après, les soins généraux j'aime bien tout ce qui est gestes techniques, la chirurgie ça m'intéresse mais ça, ça me manquait trop. »

Moi : « Le relationnel ? »

Sujet 7 : « Oui c'est ça. Je me suis dit : je ne suis pas un robot qui donne un médicament, qui va faire un pansement, et puis après une prise de sang, qui suit le médecin partout... Enfin il y avait quelque chose qui manquait et ça dès le départ. Et, en psychiatrie je l'avais trouvé. »

Moi : « Pendant ton stage ? »

Sujet 7 : « Oui. Je me suis rendue compte que je pouvais allier des soins techniques et tout ce qui y a, à faire autour, mais aussi avoir du temps avec les patients. Oui même s'il y a beaucoup moins de soins techniques en psy par rapport aux généraux. Mais y a des pansements aussi... Mais je me suis rendue compte qu'on pouvait prendre le temps avec les gens, d'écouter leur mal être. Enfin c'est quand même le soin principal quand on travaille en psy d'écouter et ça me manquait dans les soins généraux. »

Moi : « Alors je t'avais remis à lire... »

Sujet 7 : « Oui, oui. Je l'ai lu mais je reconnais que je ne l'ai pas lu jusqu'au bout. »

Moi : « Du coup, ce que tu as lu, est-ce que cela t'as inspiré ? »

Sujet 7 : « Y a des choses qui m'ont un peu parlé. Il y avait un texte qui parlait d'un soignant qui ne savait pas trop comment s'y prendre avec un patient. Ça m'a beaucoup parlé. Parce que, au début que je suis arrivée, je me mettais beaucoup derrière mes collègues que ce soit infirmier ou AS car je ne savais pas comment interagir avec les patients, ce que pouvait faire

ou pas faire, est- ce que ça n'allait pas les faire monter, les angoisser, si j'allais pas les mettre plus mal, si je pouvais me permettre de faire des choses, lesquelles... Il y avait quand même des choses qui faisaient échos avec... enfin moi je découvrais la psy et puis j'étais jeune diplômée... Alors j'ai eu des cours de psychiatrie mais j'ai trouvé cela très succincts, très légers, mal construits, enfin ça m'a beaucoup manqué les cours de psychiatrie. Je trouve que c'était très survolé. »

Moi : « Tu trouves que ta formation par rapport au domaine de la psychiatrie est insuffisante, c'est ce que tu es en train de me dire ? »

Sujet 7 : « *Oui. Complètement. »*

Moi : « Les cours que tu as eues t'ont-ils permis de prendre ton poste ? »

Sujet 7 : « *Non pas du tout. J'ai fait des recherches autres. J'ai pris deux bonnes semaines avant de prendre mon poste, à faire des recherches, à potasser. En plus c'était des TED donc ce n'était pas des pathologies de types schizophrènes et autres, que l'on peut rencontrer dans d'autres services et que l'on peut étudier à l'école. Oui on a eu beaucoup de cas sur les schizophrènes. Mais sur les TED, on a eu, un seul cours. Et, on n'a jamais travaillé ce genre de cas, car c'est particulier. Alors du coup, oui j'ai fait des recherches autres par mes propres moyens et me sentir prête à débiter, à prendre mon poste. »*

Moi : « Tu as fait des recherches ? »

Sujet 7 : « *Oui. Je me suis renseignée déjà sur le service en lui-même. La population accueillie, le projet. Je me suis renseignée aussi auprès de mes anciens collègues de promo. Ceux qui étaient passés en stage dans ce service. Du coup ils ont pu m'aiguiller sur le service, sur les pathologies, les habitudes des patients, ce que je pouvais trouver, ce qui aurait pu me choquer... Puis je me suis fait un listing et j'ai recherché sur les pathologies, les comportements à adopter pour ce type de prise en charge, sur comment accompagner les personnes porteur d'un autisme par exemple. J'aime pas lire pourtant, je ne suis pas quelqu'un qui bouquine mais pour le boulot, si. Parce que je ne me serai pas sentie à l'aise d'arriver les mains dans les poches et dire : et bien vous allez m'apprendre là. Enfin après j'ai toujours fait ça pour mes stages avant pour avoir déjà... Oui, déjà des bagages, en me disant : à oui ça je l'ai lu et ça me parle. Je sais pourquoi il fait ça et déjà pouvoir être un minimum autonome dans certaines choses certaines prises en charge même si en arrivant c'est compliqué. »*

Moi : « C'est-à-dire ? »

Sujet 7 : « *Et bien pour ne pas toujours aller voir les collègues, pour leur demander : il m'a dit ça, est ce que je peux, et ça je peux le faire ou pas, pourquoi il me demande ça.... Enfin pouvoir décoder un peu et analyser par moi-même sans toujours être à demander aux collègues. »*

Moi : « Tu es en train de me dire que quand tu as débuté tu questionnais, tu sollicitais tes collègues ? »

Sujet 7 : « *Complètement, je n'étais pas autonome réellement. Après ils m'ont beaucoup encadrée. Ils m'ont dit voilà faut pas avoir peur, c'est normal. C'est des conditions particulières. Si t'as des questions surtout n'hésites pas. Enfin je me suis sentie vraiment épaulée, soutenue ; très, très, bien accueillie. Du coup, ça m'a aidée. Je me suis sentie plus à l'aise pour dire : là, je ne sais pas, il faut que tu m'expliques parce que je ne comprends pas. Je pense que j'aurai eu une équipe, « bon et bien nouvelle diplômée t'es sensée savoir-faire, te débrouiller tu vois ? » Et bien je ne me serais pas permise de demander de l'aide. Alors que là, je me sentais en confiance avec eux très rapidement pour leur dire que je ne comprenais pas. Par exemple pour ce patient qui a cette réaction, je ne comprends pas pourquoi tu fais comme ça ? Et du coup on m'explique et après je fais des liens avec ce que j'ai pu lire. Et là ça rentre. Et après, j'ai pu réinvestir, très rapidement, du coup si, j'y suis allée petit à petit maintenant... »*

Moi : « Maintenant quoi ? »

Sujet 7 : « *Et bien je ne comprends pas encore toujours tout. Mais après, c'est vrai que l'on a un médecin avec qui on peut vraiment discuter. Elle explique beaucoup de choses. En plus elle est très pédagogue et elle aime ça. »*

Moi : « Le Dr ***** »

Sujet 7 : « *Oui c'est elle. Elle explique super bien les choses. Je me permets aussi de lui demander : pourquoi vous faite ça ? Ou plutôt ça ? Et elle prend le temps de m'expliquer ce qui est bien, même pendant les réunions... »*

Moi : « Comment ça ? »

Sujet 7 : « *Et bien pendant les réunions on peut discuter du patient. Alors au début je n'osais pas trop prendre la parole parce que j'avais peur que l'on me dise : pourquoi tu sais pas... Puis après je me suis dit que personne ne savait tout, et puis même mes collègues ne savent pas tout. Donc là je me suis dit : aller, je me lance. Et puis comme ça, ça profite aussi à tout le monde. Et après, y a des choses, j'étais pas forcément en pano. J'arrive le lendemain, et on me dit : tiens on a vu ça en pano. Donc je me dis : mince. Ou alors ce qui m'était dit ça ne me paraissait pas logique et je n'arrivais pas forcément à obtenir de réponse. Et là le médecin arrivait et je l'interpelle pour la questionner et elle est toujours avenante et elle répond, explique. »*

Moi : « Tu interagis toujours avec les autres ?

Sujet 7 : « *Non pas forcément. J'écoute aussi. »*

Moi : « Tu écoutes ? »

Sujet 7 : « *Oui comme les anecdotes qui peuvent être racontées. C'est intéressant, y a des choses que tu peux transposer mais je ne transpose pas tout. Mais ça peut aider aussi à se questionner. Là par exemple on a une patiente qui ne va pas bien, et on est un peu coincé. Et c'est vrai que c'est une patiente, que d'autres ont connu sur d'autres services. Pour le coup, ça permet d'avoir beaucoup de réflexion et de questionnement comme : est-ce qu'elle ne rejoue pas des choses qu'elle a déjà fait sur d'autre service ? Du coup je peux essayer autre chose que... Ca aide quand même. Après tout n'est pas transposable. Mais même si c'est pas le même patient. Ya des choses qui sont racontées, qui peuvent se retrouver chez un autre patient, même si on sait qu'ils sont différents. Y en a un, il avait fait comme ça, alors je pourrai essayer telle piste tel truc. Je pense que certaines choses peuvent-être transposées.* »

Moi : « Tu penses que ces anecdotes te permettent d'apprendre, de te construire ? »

Sujet 7 : « *Ah oui, en plus ne sachant pas tout... Le fait de se nourrir des expériences des autres, de ce que eux ont pu vivre, de ce qu'ils ont pu observer sur d'autres patients, de se poser des questions et du coup ça amène à une réflexion. Et là je me dis : Ah tiens peut-être que là, faudrait que je fasse ça car c'est à peu près la même situation que ça, peut-être qu'il faut au contraire que j'essaye ça... oui des choses comme ça, je me nourris toujours des réflexions des autres et de l'expérience des autres. Enfin moi c'est ce que je pense c'est mon avis.* »

Moi : « de ? »

Sujet 7 : « *On ne peut que se nourrir des autres. Moi c'est ce que je pense.* »

Moi : « Et si demain tu changes de services ? »

Sujet 7 : « *Je pense que y a des choses que je pourrais transposer.* »

Moi : « C'est-à-dire ? »

Sujet 7 : « *Et bien au niveau... Ma prise de confiance comme être en relation duelle avec un patient ça déjà je pense que je me sentirais capable d'aller vers un patient. Après, tout ce qui est isolement, tout ce qui est administratif, tout ce qui est cadre législatif avec le médecin, des choses comme ça. Et puis je pense que de toute façon ça c'est... oui.* »

Moi : « Et la clinique, la symptomatologie ? »

Silence

Moi : « Un papier c'est un papier ce n'est pas forcément spécifique à la discipline, mais la symptomatologie des patients, la clinique ? »

Sujet 7 : « Alors je pense qu'il y a des choses que je pourrais repérer mais pas tout à cause des pathologies qui sont particulières, où je suis. Mais oui il y a des choses que je pourrai transposer ou repérer, je pense. »

Silence.

Moi : « Lesquelles par exemple ? »

Sujet 7 : « Bonne question... Parce que c'est tellement vaste... C'est un gros mot la clinique... Je pense que transposer j'aurais du mal quand même. En plus y a beaucoup de choses. Je pense que j'aurai besoin de faire d'autres recherches pour avoir des bagages. Oui plus de bagages. Je pense que si demain je changeais de service et bien je repartirai à zéro. »

Moi : « Est-ce que tu penses que tu peux apprendre des patients ? »

Sujet 7 : « J'aurai tendance à dire que oui. Apprendre des choses sur nous, sur le travail, sur le relationnel, comment la personne peut penser, comment l'expliquer... Mais oui quand tu es en relation avec un patient qui va mal cela permet d'apprendre au travers de ce qu'il dit, à analyser. A essayer de rebondir et d'analyser, d'aller gratter un petit peu. Ça j'avais beaucoup de mal à faire des entretiens. Pourtant je ne suis pas quelqu'un qui n'a pas confiance en soi, mais j'avais quand même un peu peur. C'était pas une baisse de confiance en soi mais plutôt comment je vais faire, est-ce que j'y vais toute seule, puis petit à petit en voyant que ce que je fais, ce que j'apporte au patient ça lui est bénéfique, que je vois qu'il réagit dans cette relation et qu'il se livre donc ça m'apporte aussi à moi car je me dis : bon bien je suis capable, ça marche, je lui apporte quelque chose. »

Moi : « Tu me parle de ton propre développement ? »

Sujet 7 : « Oui. »

Moi : « Alors la clinique et la symptomatologie au travers de ça ? »

Sujet 7 : « Oui et bien pendant l'entretien, j'observe des choses. Je vois qu'il y a des signes cliniques qui me font échos. En fait je vois des choses et je les mets en lien avec ce que j'ai pu lire, ou que j'ai déjà vu sur d'autres patients par exemple. Alors par rapport à la question de tout à l'heure je pense qu'il y a des signes que je pourrais un peu repérer, mais j'aurai besoin de repasser par les livres pour moi. Pour être plus sûr de moi. Après pas pour tout car les angoisses, les mécanismes de défenses des choses comme ça je peux les voir. Après comment dire quelqu'un qui est autiste et quelqu'un qui a une névrose obsessionnelle, hystérique quelque chose comme ça j'aurai besoin de revoir ce que ces pathologies sont, les choses qui se mettent en place dans les cas là. Parce que là je suis sur les TED alors là je suis centrée sur leur symptomatologie à eux. Même si des fois il y a des choses qui correspondent entre eux et des

psychotiques, voilà. Effectivement y a des choses qu'un psychotique peut faire comme les personnes atteintes de TED. Mais à l'inverse, le psychotique va pas faire forcément des choses comme le TED. »

Moi : « L'angoisse ? »

Sujet 7 : « *Euh je pense que je peux la repérer mais j'ai besoin de repasser par les livres. »*

Moi : « Pour te rassurer ? »

Sujet 7 : « *Oui et même là y a des choses que j'ai besoin de voir et de revoir. C'est rester à l'école. Y a pas d'expression du délire dans le service où je suis donc pour moi sans travail dessus au quotidien. Même si je sais des choses. Pfff... Toute façon ce que j'ai fait à l'école ne m'a pas suffi donc. Ça ne m'aide pas. Ça a été trop léger. Les stages m'ont par contre, vraiment beaucoup appris parce que je n'avais pas eu mon module de psychiatrie quand je l'ai passé. Et je l'ai eu après avoir été en stage. »*

Moi : « L'évaluation théorique ? »

Sujet 7 : « *Oui cette évaluation théorique que j'ai passée avant le stage et en fait c'était tellement abstrait... je ne comprenais rien. C'était tellement abstrait que ça ne me parlait pas, puis c'était tellement mal construit le cours. En fait je n'arrivais même pas à m'imaginer quoi que ce soit parce que je ne connaissais pas la psychiatrie. Et là avec le stage, j'ai compris ce que c'était un schizophrène, une névrose. Oui c'est là où j'ai compris aussi le mal être des patients, comment cela s'exprimait, le délire. C'est devenu concret. Et là les liens se sont faits de suite. Le stage m'a beaucoup plus servi. Parce que même après quand je regardais mes cours je n'avais pas l'impression de lire ce que j'avais pu voir en stage. Pour moi ce n'était même pas... »*

Moi : « Tu me parles de quoi ? »

Sujet 7 : « *Et bien l'image, euh la photographie. Par exemple, ce que j'avais de mon stage et de certains patients. Plus concret, une patiente qui était névrosée hystérique avec un versant dépressif et c'est vrai que quand je regardais d'autres cas, alors c'est vrai que chaque cas est différent, mais y a quand même des choses transversales, y a des choses identiques qui ressortent ; et bien je n'arrivais pas à me dire que ma patiente elle fait si, que ma patiente effectivement elle fait un peu cela. Ou même dans les grandes lignes de la pathologie en elle-même et bien il y avait des choses qui ne me parlaient pas forcément. Donc c'est vrai que le stage m'a plus appris que les cours en eux même. »*

Moi : « Alors tu me parles de tes cours, de tes lectures, de ton stage, d'image, comment tu procèdes... ? »

Sujet 7 : « *Alors je lis les choses en même temps. Je ne vais pas forcément... Je veux dire que s'il y a des choses que je ne comprends pas que je n'ai pas eu l'occasion de voir dans mon service ou de vivre telle ou telle situation, je le garde quand même en mémoire. Parce qu'il y a des choses des fois... Par exemple quand j'ai visité le service, la cadre m'a donnée des bouquins à lire, car si tu veux lire avant d'arriver. Et elle m'a donné un bouquin sur la sexualité des patients TED. Ce livre parlait de la masturbation de choses comme ça... Alors là moi je me suis dit où est ce que je vais... et donc j'ai lu, je lisais, je lisais pour moi ouais bon, on verra bien quoi. Et les premiers mois où j'étais en stage... »*

Moi : « En stage ou sur ton poste ? »

Sujet 7 : « *Oui sur mon poste. Je n'ai jamais vu un patient se masturber bon. Bon je l'ai lu, je le garde en mémoire. Après, c'est pas que ça ne me sert pas, mais voilà, si cela se passe... Et puis finalement, il y a eu des cas où ça s'est passé. Et il y a des choses que j'ai lu, des cas, des situations et ça m'a fait échos. Ah oui ils l'expliquaient. Effectivement, ce patient il le fait. Et là aujourd'hui, y a des choses des fois je fais attention parce que je l'ai lu dans le livre. Par exemple, c'était une patiente, la cadre l'emmène dans tel service. C'est pour la faire sortir du service 5 minutes, la promener quoi. Et elle lui dit : on va à tel endroit et on revient. Et entre temps elle croise un collègue et elle s'arrête quelques minutes pour discuter, et là la patiente se met à se masturber. Et en fait, ils expliquaient que c'était un comportement, elle qui était non communicante, et c'était un comportement pour dire que il y avait quelques choses qui... enfin, c'était pas ce que la personne lui avait dit ce qui allait se passer. Il y avait un trajet qui devait s'effectuer et cet arrêt n'était pas prévu. Enfin il y avait quelque chose qui l'angoissait, il y avait cette attente-là. Et du coup au boulot, il y a des choses comme ça, quand les patients peuvent avoir un comportement comme ça, comme se masturber en plein milieu du couloir, du coup je me dis pourquoi il fait ça, est-ce qu'il n'y a pas quelque chose qui l'embête, est-ce qu'il n'y a pas quelque chose qui vient l'importuner. Parce que des fois effectivement, il y a des patients qui se masturbent et on se rend compte que le patient d'à côté qui est en train de l'embêter. C'est sa manière à lui de montrer qu'y a quelque chose qui l'agace. »*

Moi : « Dans ce cas précis c'est la lecture qui t'a permis d'identifier et de comprendre quelque chose que tu étais en train de vivre ? »

Sujet 7 : « *Oui. C'est ça. Là c'est pas les collègues. »*

Moi : « Les collègues ? »

Sujet 7 : « *Les collègues c'est pour d'autres cas. Où ils vont me dire, il fait ça parce que y a ça ou encore parce qu'il fait ça. Et puis y a aussi les patients que l'on essaye d'éduquer. Et là : ça se passe en chambre et pas au milieu du couloir. Donc là, mes collègues m'expliquent que là, la personne est en train de, d'apprendre donc il faut donc juste le rediriger vers sa chambre. Mais des fois, y a des choses ça me fait échos avec des choses que j'ai pu lire. »*

Moi : « Si je résume, tu apprends grâce aux lectures que tu fais, en faisant... »

Sujet 7 : « *Grâce aux collègues, les médecins que ce soit formel ou pas. »*

Moi : « Formel ou pas ? »

Sujet 7 : « *Oui, dans les réunions, entre deux portes, ou au café. On revient sur une situation : là j'ai pas compris et les collègues m'expliquent ou le cadre aussi. Au tout début, elle me demandait souvent : t'as compris ? Enfin elle voulait être sûre que je sois bien, et que j'ai compris. Et puis aussi j'allais facilement vers elle pour lui poser des questions. »*

Moi : « Sans tout ça comment cela se serait passé pour ta prise de poste ? »

Sujet 7 : « *Je ne sais pas. Je pense qu'avec le stress de se dire j'ai un diplôme dans les mains, de se dire que... enfin je pense que il n'y aurait pas eu cette démonstration, de me dire que on est là si t'as besoin, je pense que la prise de poste elle se serait faite mais sur un temps plus long et du coup je me serais réfugiée toute seule dans les bouquins pour me remplir de connaissances. »*

Moi : « Tu ne fais que questionner ? »

Sujet 7 : « *J'observe les collègues, après je fais, enfin je demande toujours aux collègues pourquoi. Surtout si je vois une chose qui m'étonne ou que je ne comprends pas. Pour savoir pourquoi, si c'est une pratique courante, adaptée... Et pourquoi toi tu le fais et pas les autres. Après si il y a des choses qui moi me paraissent pas déconnantes, inadaptées etcétera je vais pas forcément aller poser la question à la personne concernée. »*

Moi : « Et de ces pratiques observées tu t'en ressers ? »

Sujet 7 : « *Pas toujours. Y a des choses, oui ok il fait comme ça, ça me gêne pas, ça ne me choque pas mais moi je ne vais pas fonctionner comme ça car cela ne me correspond pas dans ma manière d'être, dans ma manière de travailler. Après y a d'autres comportements qui me servent : ah oui effectivement faire comme ça c'est peut-être mieux que ce que j fais. Alors j'essaye et parfois je continue et d'autres fois je me reviens sur comment je faisais avant car cela me convient mieux. Je teste. J'essaye de trouver ma manière d'être on va dire. Oui c'est ça parce que maintenant y des choses où j'ai ma manière de travailler, et puis je commence à avoir mon organisation, ma manière de faire, sans pour autant empiéter sur la manière de faire des autres et que les autres empiètent sur la mienne. »*

Moi : « Tu as vécu des moments de solitudes ? »

Sujet 7 : « *Oui. Le premier week-end où il a fallu que je travaille seule infirmière. Ce moment-là, je me suis sentie quand même un peu seule. »*

Moi : « Cela faisait longtemps que tu étais dans le service ? »

Sujet 7 : « *Je ne serais pas dire... Peut-être entre un mois et demi et deux mois... oui deux mois. Aller à la louche deux mois. Je sais pas car le premier mois je n'ai pas fait de week-end et oui c'est ça deux mois à peu près. Et c'est vrai qu'il y avait des week-ends où sur les trois personnes présentes et bien des fois tu as trois infirmiers sur trois et là j'étais toute seule. Et là j'ai vécu un moment de solitude car j'étais toute seule et je m'étais mise dans la tête que je suis infirmière donc c'est à moi de gérer mon affaire. Et c'est vrai que j'avais tendance à pas trop me reposer sur les AS mais pas parce que je suis infirmière et elle AS mais plutôt parce que je suis infirmière et c'est moi qui gère le truc donc faut que je sois au top, que mon truc soit bien, voilà, que le train roule. Et je me suis vite rendue compte que c'était, juste pas possible. Et puis je me suis rendue compte aussi que mes collègues AS m'apportaient beaucoup. Alors ça je m'en étais quand même rendu compte avant, AS, éducatrice, infirmiers chacun connaissaient très bien les patients, le service. Du coup les premiers weekends end où j'étais toute seule c'est plus eux qui géraient le global du service : oui là on fait comme ça, faut faire ça, t'as qu'à faire ça moi je vais faire ça. Et moi je gérais les médicaments. Pour l'administratif je me permettait d'appeler les infirmiers d'un autre service en leur expliquant que j'avais un petit souci : oui y a pas de problèmes et elle m'expliquait. »*

Moi : « Tu as la ressource qui te permet de solliciter les personnes ? »

Sujet 7 : « *J'ai toujours cette ressource. Je me suis sentie seule car je me suis dit : bon je suis toute seule. Mais en fait, sur ma faction je ne me suis pas sentie seule en soi, parce que je me suis rendue compte que j'avais des collègues donc je ne faisais rien sans eux, sans leur avis je faisais comme ils faisaient d'habitude. »*

Moi : « Tu te reposais beaucoup sur les autres ? »

Sujet 7 : « *Reposer non car je n'avais pas non plus envie de renvoyer cette image-là : bon bien tu sais faire, vas-y je te suis ; mais j'étais beaucoup dans le questionnement pour être sûre de bien faire. Je demandais toujours leur aval. Au début je me suis fait la réflexion de me dire que : j'ai l'impression d'être toujours étudiante que je demandais : pourquoi tu fais ci, pourquoi tu fais ça, pourquoi tu lui as dit ça, est-ce que je peux faire ci ? Je me suis fait la réflexion d'être toujours et encore à l'école. Parce que finalement j'avais l'impression d'être encore l'étudiante, qui suit son tuteur de stage, un infirmier référent pour faire les choses et observer et qui reste en retrait pour voir qui faisait quoi et comment ensuite pour prendre la place. D'être comme ça, et bien ça m'a permis d'observer. Après l'équipe m'a permis d'avoir cette posture-là. Je pense que je serais tombée dans d'autres équipes qui n'auraient pas été trop aidante, je n'aurais pas pu avoir cette posture pendant les trois premières semaines. J'observe beaucoup, je questionne et après je vais me lancer. Je pense que cela m'a été bénéfique parce que cela m'a permis d'observer, de pas faire de bêtises. En plus je peux pas arriver et dire : je sais faire, j'arrive je prends les devants. En plus je connais pas les patients,*

le fonctionnement du service, les pathologies, les comportements... donc non je crois que ça m'a été bénéfique, justement d'observer, de voir les comportements des uns et des autres, les patients de savoir ce qu'on peut lui répondre ou pas... Non ça m'a été bénéfique. »

Moi : « Ça a durée combien de temps cette période ? »

Sujet 7 : « Je dirai que les deux premières semaines j'étais vraiment dans l'observation, j'osais pas trop j'étais comme un étudiant. Je posais beaucoup de questions. Par exemple si on allait en chambre d'isolement je ne parlais pas. Dans ces situations-là, comme en plus c'est des situations où la personne est un peu tendue, je veux dire en plus ils le sentent quand il y a des nouveaux. Ils essayent de se mettre dans les failles y a des clivages. Donc on m'avait prévenue. Donc écoute, si tu veux, tu peux parler. Mais non, c'est moi qui ai préféré dire non, je préfère voir comment vous, vous interagissez avec le patient, comment il le recadrerait, il reposait le cadre par rapport au comportement du patient, parce que moi je sais pas. Qu'est-ce qu'on peut reprendre, pas reprendre, est-ce que ça va pas le mettre plus mal qu'autre chose de revenir sur ce qui s'est passé. Donc je restais et je regardais ce qu'ils disaient et comment cela évoluait dans cette situation-là. Et après petit à petit, j'ai commencé à me rapprocher du lit. Petit à petit investir. Et puis comme y a beaucoup de patients chez nous, dès qu'il y a un nouveau, ils testent : est-ce que je vais pas pouvoir avoir quelque chose qui sort de mon protocole parce que y a un nouveau. Donc du coup je préférerai avoir toujours quelqu'un avec moi qui connaissait le patient et puis petit à petit, en connaissant bien les protocoles, voir comment les patients fonctionnaient et bien je me permettais de dire : non, non, je connais ton protocole. Et du coup les patients apprennent à me connaître et se rendaient compte que voilà, ça ne marchait pas. Du coup, oui encore cette prise de confiance... car... Oui je suis capable de dire en fait aux patients : eh bien non c'est pas maintenant sans que le patient se mette dans tous ses états et puis gérer un peu. Petit à petit je me suis installée. »

Moi : « Tu me parles de patient dans tous ses états, comment est-ce que tu fais face à une situation de crise ? »

Sujet 7 : « J'ai eu un moment de solitude lors de ma première situation de crise, c'était un patient qui pesait une centaine de kilos, non communiquant, très gentil quand il veut. Et là, on sentait qu'il était un peu tendu, qu'il n'arrivait pas à se poser. Et en fait, c'est un patient qui la journée, reste sur les canapés dans le couloir pour être un peu à l'affût des vas et vient du service et il ne va jamais en chambre la journée pour une sieste ou quoi. Et là, on s'est dit il faut le mettre en chambre pour qu'il se pose parce qu'il n'y a pas le choix. Donc, on l'a un peu contraint de se diriger vers sa chambre. Mon collègue, sur cette faction on était deux AS et deux infirmiers. Mon collègue infirmier avait une réunion hygiène ou je sais plus quoi et il était parti dans un autre bâtiment en face. Donc, on met le patient, sauf que c'est un patient qui peut détruire son environnement car il a une force... Et donc on l'a fermé en chambre. Et là il tapait sur la porte et là je me suis dit la porte va céder et il va nous charger car il va pas être content. Sauf qu'impossible de joindre mon collègue pour lui dire de revenir. Donc vite, vite, j'appelle les renforts et c'était la première fois que j'appelais les renforts de ma vie. Au secours, à l'aide.

Finally mon collègue aide-soignant a couru chercher mon collègue dans l'autre bâtiment ils sont revenus en même temps que les renforts et la situation c'est gérer. Mais ça m'a paru une éternité alors que ça a durée peut-être deux minutes. Mais ça m'a paru très, très, long de l'entendre crier et taper derrière cette porte, je me disais : il va me défoncer cette porte. En plus j'avais une patiente qui a sa chambre juste à côté, une autre au milieu du couloir. J'en avais une autre qui était à la salle de bain et je voulais pas qu'elle soit dans le couloir au moment où les renforts arrivent. Je voulais pas donc du coup je me suis dit : elle venait juste de finir sa douche donc il faut. Et je me rappelle avoir marché devant cette porte au même moment, en fait j'ai couru pour aller voir la patiente et lui dire de s'habiller et de rester toute seule. »

Moi : « Tu t'étais imaginée vivre ce genre de situation ? »

Sujet 7 : « *Pas du tout. Quand j'ai voulu aller en psychiatrie ? Pas du tout. Mais les premiers stages que... Non les stages que j'ai faits, j'ai jamais vu d'iso, j'ai jamais vu de contention, j'ai jamais vu de violence, j'ai jamais vu de passage à l'acte. »*

Moi : « Tu me parles de tes stages où tu n'as pas vu ce genre de situation, mais juste avant quand on a dit que tu allais en psy ? »

Sujet 7 : « *Et bien je m'étais dit. En fait, quand j'ai su que j'allais en psy, ils nous disent tout de suite où on va. Du coup j'ai tout de suite fait des recherches pour voir où j'allais. Et où j'allais et bien il n'y avait pas tout ça. »*

Moi : « Et du coup comment tu as réagi à ça ? »

Sujet 7 : « *Et bien rassurée. Surtout par rapport à mon premier stage en psychiatrie car j'ai pu me familiariser un peu avec le milieu, les patients et les pathologies. Donc je m'étais dit que j'avais le temps de faire d'autre stage, je sais que... ça m'avait plus ce stage là mais je m'étais dit : ah, et bien je vais voir d'autre stage où il y a d'autre soin. »*

Moi : « Rassurée. C'est que tu avais une certaine appréhension à venir en psy ? »

Sujet 7 : « *Oui et non. Non parce que c'est quelque chose qui me plaisait et que j'étais curieuse. Oui c'était plus de la curiosité de voir qu'est-ce que ça a de si particulier la psychiatrie comparée à d'autre stage. »*

Moi : « Beaucoup d'étudiants ont des appréhensions. »

Sujet 7 : « *Mais moi c'était plus de la curiosité mais en même temps se dire comment ça va se passer, c'est de la psychiatrie quand même, au niveau mental, voilà quoi. Ils ne sont pas forcément stables. Donc je me disais en fait qu'est-ce que je vais y trouver plus que je vais voir de la violence tout ça. Qu'est-ce que je vais y trouver finalement et du coup ça mettait une petite*

pointe d'inquiétude et je me disais : on va voir. Oui, c'est ça inquiétude et en même temps, qu'est-ce que je vais trouver. »

Moi : « Donc tu fais ta recherche et t'arrive en stage... »

Sujet 7 : « *Oui finalement c'était calme.* »

Moi : « Et là, t'arrive chez les TED. »

Sujet 7 : « *Et bien quand je me suis renseignée auprès de mes collègues... Anciens collègues de promos et qu'ils m'ont dit y a la chambre d'isolement, et puis y a *****. ***** qui est comme si comme ça. C'est une patiente tu vas voir. En plus quand j'étais en stage dans un autre service, j'en avais entendu parler de cette patiente parce que on l'entendait crier d'où on était et que souvent le service appelait des renforts. Et là, c'est encore***** qui crie il faut aller en renfort. Et quand on m'a dit tu vas dans ce stage là... »*

Moi : « Ce service ? »

Sujet 7 : « *Euh oui, non attends... non c'est ça quand j'étais en stage je me suis dit : ce service-là, où il y a la fameuse *****.... Où je suis maintenant. Donc j'en avais entendu parler. Et puis tu vas voir y a ça et ça et puis y a truc... donc du coup quand je suis arrivée, j'avais une appréhension parce qu'avec tout ça. Qu'est-ce que ça va être comme patient ? Ça va pas être les mêmes qu'à l'étage ? Ça va être plus compliqué ? Et puis en fait les premières fois j'avais un peu d'appréhension car je me disais : c'est quoi les signes avant qui pète ? Quand est-ce que ça ne va pas bien ? Est-ce que je vais le voir, je vais les déceler ? Et puis petit à petit. »*

Moi : « Maintenant tu les décèles ? »

Sujet 7 : « *Oui. Un peu plus quand même. Pas à chaque fois, mais la plupart du temps j'arrive à sentir quand même. Est-ce qu'***** vous voulez discuter car là je sens que ça ne va pas.... Et puis là, je vois selon ce qu'elle me raconte que oui ça me confirme ce que j'avais vu. »*

Moi : « donc tu repères des choses chez les patients ? »

Sujet 7 : « *Oui. Il y a des choses, oui. Je teste un peu et puis selon les choses comment elle peut répondre oui. On va fermer la porte et puis on reviendra te voir. »*

Moi : « Tu fais attention à ta sécurité ? »

Sujet 7 : « *Oui. Je fais très attention. Parce que j'ai eu une fois, je me suis pas bien protégée et j'ai reçu des coups. Depuis, je fais très attention à comment je fais. Tu vois c'était une patiente qui était en chambre et qui n'était pas bien. T'une de mes collègues ferme la porte à clefs et lui*

dit on revint dans tant de temps. Sauf que il y a des timers là où je suis, et elle ne lui avait pas mis, alors que pour cette patiente on a toujours l'habitude de lui mettre pour qu'elle puisse repérer dans le temps et éviter que l'angoisse monte. Et là, je regarde par l'œilleton et je vois que sur le rebord de sa fenêtre le timer n'était pas mis. Donc du coup je me suis dit : qu'est-ce que je fais. Elle était posée sur son lit et elle était calme. Donc je suis rentrée je lui ai demandé : comment ça va ? Elle me dit que ça va pas. Je lui réponds : faut que tu te reposes et je lui fais : est-ce que tu veux que je mette le timer ? Elle me répond : oui. Donc pour moi elle était calme donc je vais mettre le timer. Donc je passe entre le mur et le pied de son lit pour accéder au timer, et elle était assise sur son lit et là, elle a changé de place. »

Moi : « Elle t'a bloqué le passage ? »

Sujet 7 : « En fait, le timer était là, le lit là et elle était face à la porte et donc je suis passée entre le lit et la fenêtre où il y a 50 cm pour mettre le timer sur 30 minutes. Et c'est vrai que c'est une patiente quand elle vient elle te parle normalement mais d'un coup tu prends un coup de pieds sans avoir rien vu arriver. Et c'est vrai qu'au moment où je suis passée elle m'a tapé, elle m'a mis un coup dans l'épaule et j'étais déjà arrivée au timer et que je repasse dans l'autre sens. Donc j'en ai pris un deuxième. Et là vite, vite, j'ai fermé. Alors c'est vrai que sur le moment ça m'a pas fait peur. Mais je me suis sentie vexé : merde, putain j'aurai dû le sentir. Oui ça m'a plus vexé que vraiment fait peur. Après quand je revoyais la personne j'avais quand même un peu peur car je me disais : là elle va m'en mettre une donc je me méfie beaucoup et je fais attention. Ça a duré quelques jours et puis après j'arrive à être en relation avec elle. »

Moi : « Aujourd'hui, tu referais... »

Sujet 7 : « Non. Je fais très attention. Non maintenant quand c'est comme ça et bien tempé. Y-a pas le timer, c'est pas grave, je reviendrai dans 15 minutes ou alors si vraiment je veux mettre le timer parce que c'est une dame qui en a vraiment besoin, et bien je vais prévenir un collègue pour que celui-ci discute avec pendant que moi je fais mes affaires et puis on part de la chambre. Je tourne jamais le dos aux patients aussi surtout quand ils sont pas bien. Voilà. Je rentre jamais tant qu'ils ne sont pas assis sur leur lit. Et puis des fois ça m'est arrivée de rester un quart d'heure à attendre qu'il s'assoie pour rentrer. Être derrière la porte à lui dire : va t'asseoir sur ton lit car sinon je ne rentre pas. Non maintenant y a pleins de choses auxquelles je fais attention, oui puis j'ai pas envie. Là c'était un coup de poing. Enfin un coup de poing, une tape avec la main... Alors elle aurait pu vraiment me coincer, serait pu être plus enfin voilà. Donc je me dis que j'ai pas envie de me mettre en danger, j'ai pas envie d'être au travail pour revenir avec un bleu, cocard des choses comme ça même si ça peut parfois arriver. Je suis vigilante. »

Moi : « Tu as des choses à ajouter sur ton année d'expérience ? »

Sujet 7 : « C'est assez vaste, par où je commence... Non je pense que... Je me suis développée grâce à l'environnement dans lequel je suis arrivée : grâce à l'équipe, donc du coup j'ai pris confiance en moi, en mes capacités de ce que j'étais capable de mettre en place, de faire. »

Moi : « Il y a des deux non ? Toi et ton environnement ? »

Sujet 7 : « En fait, l'environnement m'a permis de me rendre compte que j'étais capable. Donc du coup prendre un peu plus mes aises. Et de voir aussi que mes collègues me faisaient confiance aussi. Après quand je suis arrivée, eux ils avaient l'expérience des patients donc je me suis tout de suite fiée à eux. C'était des références. Je ne faisais rien, je leur demandais, je ne prenais aucune décision toute seule, je n'allais pas parler à un patient toute seule, ou alors je disais au patient je reviens, je vais demander à mon collègue et je demandais. Du coup il me disait ce qui était adapté de répondre à la patiente donc ça a été un peu mes références. Oui je pense que je leur ai fait confiance toute de suite. Puis après le fait de voir qu'ils avaient confiance en mon travail, qu'ils appréciaient ce que je pouvais faire aussi je me suis dit : donc je suis capable. »

Moi : « C'est le regard de l'autre. »

Sujet 7 : « Oui, c'est exactement ça. Non puis de voir qu'ils me renvoient des choses positives, c'est... finalement je suis quand même capable. Et donc du coup je prends de plus en plus de choses à faire et ça...Oui. »

Moi : « Tu es encore en train d'évoluer ? »

Sujet 7 : « Je pense oui et puis à chaque changement de service je pense que je ne repartirai pas de zéro mais je pense que j'aurai des choses à remettre en place. »

Silence.

Moi : Tu as fait des formations ? »

Sujet 7 : « Oui. J'ai eu ma première formation alors qu'est-ce que j'ai fait... Je vais aller décroissant parce que... Je m'en rappelle plus à si je m'en rappelle c'était les gestions de crise chez les autistes. Très intéressant du coup pour là où je suis. Après j'ai fait ce qui était institutionnel. J'en ai une autre à venir et j'ai fait psychopatho avec le Dr*****. »

Moi : « Tu penses que ces formations t'ont servi ? »

Sujet 7 : « Tout dans les formations ne m'ont pas forcément servi. Je dirai que 80 % de la formation du coup. »

Moi : « Tu l'as réinvesti dans ta pratique ou ça t'a permis de comprendre des choses ? »

Sujet 7 : « Ça m'a aidé à comprendre oui en plus moi qui arrive et qui ne sait pas tout de la pathologie et cetera. Ça m'a permis de faire encore plus de liens avec mes lectures, l'expérience que j'en avais au travail et puis aussi de me dire que par rapport à ce qui est dit dans ma formation pourquoi ici on n'essaye pas comme ça. Oui essayer de faire des liens, des parallèles. Voilà.»

Moi : « Tu veux ajouter autres choses ? »

Sujet 7 : « Non je crois que c'est tout. »

Entretien Sujet 8

Moi : « Tu es diplômé depuis ? »

Sujet 8 : « *Alors décembre.* »

Moi : « De cette année ? »

Sujet 8 : « *Oui de 2015.* »

Moi : « Tu as fait tes études sur Angoulême ? »

Sujet 8 : « *Oui.* »

Moi : « J'imagine que si tu es diplômé depuis décembre, c'est que tu as eu un rattrapage ? »

Sujet 8 : « *C'est ça. C'est le TFE qui a coïncé. Je travaillais sur un sujet assez épineux qui était l'injection sous contrainte en milieu psychiatrique. Visiblement, qui n'a pas forcément plu aux formateurs, et qui n'a pas forcément plu au jury non plus.* »

Moi : « Pour valider ce module, tu as changé de sujet ? »

Sujet 8 : « *Non. J'ai gardé le même sujet parce que pour moi c'est ce qui me motive. Donc j'ai repris la même situation que j'ai retravaillée complètement différemment. Voilà, je me suis reposé un questionnement, j'ai refait des recherches. Je l'ai entièrement refait en trois mois alors que normalement il en faut neuf pour le faire. Donc j'ai cravaché, et tout en bossant en parallèle, en tant qu'aide-soignant et, je l'ai eu, car il n'avait pas vraiment le choix de me le donner. Sinon je pense qu'ils ne me l'auraient pas donné.* »

Moi : « Ils ne te l'auraient pas donné ? »

Sujet 8 : « *Par rapport au sujet.* »

Moi : « Durant tes études, tu as fait des stages dans le domaine de la psychiatrie ? »

Sujet 8 : « *Tout à fait.* »

Moi : « Tu me disais avant de commencer l'entretien que tu étais passé dans un service d'admission ouverte, c'était quand ? »

Sujet 8 : « *Alors en troisième année. C'était mon projet pro. Donc j'attendais beaucoup de ce stage. Juste avant, en psychiatrie, j'avais fait en première année, l'hôpital de jour.* »

Moi : « Combien de temps ? »

Sujet 8 : « *Alors cinq semaines. C'était ma première confrontation avec la psychiatrie. J'avais des représentations complètement biaisées.* »

Moi : « C'est-à-dire ? »

Sujet 8 : « *Et bien en début de formation, fallait pas me parler de la psychiatrie, ce n'était pas pour moi. Je ne voulais surtout pas y aller. Et puis c'est vrai que j'en ai parlé avec ma référente de formation qui a trouvé justement intéressant de m'y envoyer. Ça a littéralement changé mes représentations.* »

Moi : « Quelles étaient tes représentations ? »

Sujet 8 : « *L'incurabilité, le fou, bon c'était vraiment une vision de l'extérieure qui était...* »

Moi : « Donc le premier stage t'as permis de changer ça ? »

Sujet 8 : « *Oui, voilà. Après j'ai fait oui, c'est de la psychiatrie, j'étais dans le projet « cric et sol ». Je sais pas si ça te parle ?* »

Moi : « Si c'est le projet sur la prévention du suicide chez les ados. »

Sujet 8 : « *Oui c'est ça, donc un projet que j'ai mené aussi. Puis en projet pro je me suis gardé l'admission ouverte en troisième année.* »

Moi : « Donc 10 semaines. »

Sujet 8 : « *Oui tout à fait, 10 semaines.* »

Moi : « Le projet cric et sol consiste toujours en des représentations théâtrales ? »

Sujet 8 : « *Tout à fait. Et puis surtout d'observation, parce qu'il y a des moments où on joue, des scènes. Mais il y a aussi des moments où on accompagne des collègues de promotion qui jouent les scènes, et notre rôle est d'observer. De voir les chuchotements entre les élèves, et tout ça, et repérer ça, pour après justement, aller vers les élèves pour leur demander : alors vous en avez pensé quoi ? Enfin aller gratter, quoi. Et dès qu'on a des infos, aller les remonter à l'équipe enseignante qui n'aurait pas détecté certaines choses. Et puis après, nous aussi en débriefing, voir ce qui a été mis en place, ce qui aurait pu être fait.* »

Moi : « Ces stages t'ont aidé ? »

Sujet 8 : « *Oui.* »

Moi : « Oh fait, tu as travaillé avant d'être infirmier ? »

Sujet 8 : « *Oui, je ne suis plus tout jeune. Oui, en fait, je sors de vingt-deux ans de comptoir de pharmacie, en tant que préparateur. J'ai commencé assez tôt autour de 18 ans comme apprenti en tant que préparateur. Et donc oui, j'ai passé 22 ans derrière un comptoir comme préparateur pour... À l'origine je préparais ; mais en fait on devient des vendeurs qualifiés et j'ai fait un peu toutes les configurations ; des petites pharmacies de quartier, grande surface, saisonnier sur l'île de Ré. Et la dernière que j'ai faite c'était en grande surface. Où ce n'était plus des patients, mais des porte-monnaie. Il ne fallait pas qu'ils ressortent les mains vides, et là ça m'a vraiment blessé, frustré dans mon rôle de soignant. Et là je me suis dit : il y a autre chose à faire. »*

Moi : « Diplômé, premier service, tu es arrivé en décembre ? »

Sujet 8 : « *Pour être exact, je suis arrivé en janvier, le quatre. »*

Moi : « Tu as été doublé ? »

Sujet 8 : « *Non. Mais l'équipe était, euh... je dirais pas assez conséquente, mais on peut tourner à quatre en étant novice, car on peut communiquer avec une équipe qui tient la route. »*

Moi : « Donc tu ne t'es pas senti en difficulté ? »

Sujet 8 : « *Ah ! Alors la prise de fonction c'est quand même des fois compliquées. Faut prendre sur soi et se dire euh... ça peut être aussi un test. Ça peut-être aussi l'équipe qui parfois peut nous mettre, pas consciemment, en difficulté, mais nous mettre en test pour savoir ce qu'on vaut, si on peut nous faire confiance. »*

Moi : « C'est ce que tu as ressenti ? »

Sujet 8 : « *Je dois dire que la première journée je me suis retrouvé tout seul avec le téléphone dans le service. Alors les autres étaient présents, mais occupés. Je crois qu'il y avait une pano, enfin deux qui étaient attachés à la pano y en avait un autre je sais plus quoi, il était bloqué au téléphone. Je sais plus quoi, enfin, j'ai pratiquement passé la matinée, seul dans le service, sous pression. Je me suis senti sous pression et je me suis dit : faut que je m'accroche. C'est ce que je veux, faut que je tienne. En formation on a des apports sur les pathologies, mais rien de suffisant pour travailler correctement. Là, faut vraiment en être conscient, on n'est pas assez armé pour débiter. »*

Moi : « Pourtant tu as débuté, tu aurais été dans les soins généraux ? »

Sujet 8 : « *J'aurai été un peu plus prêt. Dans les soins généraux, on est plus axé sur : le technique. Tout ce qui est technique de soin comme les pansements, les entrées, les sorties, les*

surveillances, on le sait, on le fait. On suit une ligne de conduite, même s'il faut s'adapter au patient, de sa singularité. C'est plus routinier. Alors qu'en psychiatrie, il y a énormément de singularité. Faut énormément s'adapter. Faut encore plus connaître le patient pour faire une prise en charge qui tient la route. Et quand on arrive, la connaissance on ne l'a pas du patient, de la pathologie très peu. Donc c'est compliqué, oui compliqué. Faut s'accrocher. Mais bon, ça se fait. Mais c'est compliqué. »

Moi : « Je t'avais fait passer un écrit. »

Sujet 8 : « Oui. »

Moi : « Cet écrit t'a évoqué des choses ? »

Sujet 8 : « Donc dès que je l'ai lu, ça m'a évoqué la prise de fonction, avec le manque d'expérience, des apports théoriques, mais confrontés à la pratique avec un décalage. La pratique ne pourra être retranscrite dans la théorie parce que chaque soignant a sa façon de faire, chaque service a sa façon de soigner. Donc on peut avoir un fil conducteur donné par la théorie, mais en lisant tes textes, oui la prise de responsabilité qui revient en pleine face. Oui, voilà je suis diplômé, je connais pas cette situation, et il faut que j'assume, donc faut que je tiennes le choc. Bon après je gère comme je peux. Le après, enfin sur le moment faut tenir la route, être solide. Alors oui, oui, tes textes ça rappelle des situations. Oui j'étais comme ça, même face à des situations critiques auxquelles je n'avais jamais été confronté et là : Qu'est-ce que j'ai vu ou appris qui va me permettre de faire avancer la situation et qu'est que je vais faire pour savoir le peu que j'ai appris, pour mettre en place un système qui va pouvoir débloquer la situation ? »

Moi : « Alors concrètement ? »

Sujet 8 : « J'essaye de me rappeler des situations que j'ai vues quand on faisait des débriefings en retour de stage de psy, les situations que les collègues ont racontées et puis, après, le peu de situations que j'ai parlé avec d'autres collègues sachant que je suis en poste depuis très peu de temps et que je n'ai pas encore d'expérience, ou très peu. On n'a pas vraiment le temps d'approcher avec les collègues leur prise en charge comment chacun prend un même patient. »

Moi : « Cela t'intéresserait de questionner les collègues ? »

Sujet 8 : « Alors déjà avec l'observation, on voit après, le mécanisme qu'ils mettent en place on ne le voit pas forcément. Donc ça faut en parler avec eux. Après, l'activité du service, ne le permet pas forcément. Il y a des moments où il y a des échanges et là c'est que du bonheur surtout avec ceux qui ont des années de service. Forcément ça fait gagner du temps... enfin quand ils racontent leur expérience et bien on va vivre avec eux par procuration la situation et du coup s'approprier des choses. Et moi, du coup, si dans une situation ça me rappelle ce que j'ai entendu, je vais essayer de me rappeler pour pouvoir gérer la situation. Voilà, ça me fait

penser à les... dernières situations de ton écrit. On écoute bien les collègues parce qu'ils ont tous quelque chose à apporter, bon comme mauvais, exemple comme contre-exemple. On a tous vécu des situations où une collègue faisait un acte et en se disant : je ne soigne pas comme ça, c'est un contexte où je ferai jamais ça, ça ne me convient pas. Après faut peut-être aller voir derrière, parce qu'y a des choses qu'on ignore et si on est au courant on va peut-être se dire : elle n'avait pas tant mal agi que ça. Mais c'est vrai qu'on a vu des choses alors pas en psychiatrie, mais je repense aux soins généraux où je me disais : mon Dieu, mais c'est pas possible. Là c'est le parfait contre-exemple, et j'ai pas envie d'être comme ça. Oui même des fois, quand on voit des fautes d'asepsie des choses comme ça là on se dit : là y a pas vraiment d'explication quand les morceaux de compresses d'un paquet ouvert qui rebondissent sur l'adaptable et qui sont repris avec la pince et puis sont reposés sur le champ.... C'est pas de la psy, il n'y a pas d'explication à avoir, voilà... C'est pas possible, non pas possible. Ou encore des robinets trois voies qui sont fermés avec un sparadrap. En tant qu'étudiant on ne peut pas dire grand-chose, mais là c'est pas possible encore, je pourrais jamais faire ça, car je ne pourrai pas me regarder en face. Voilà, là en observant et bien tu as des contre-exemples comme ça, je sais me positionner et je ne ferais pas ça. Après en psychiatrie y a des recadrages tu comprends pas forcément, mais quand tu vas fouiller derrière, tu t'aperçois qu'il y a eu déjà des antécédents avec ce patient de par sa pathologie, il était plus ou moins dans le clivage et il avait besoin d'être recadré à ce moment-là. Moi je ne l'avais pas forcément vu : ouah elle y va quand même costaud, qu'est-ce qu'elle lui a mis. Mais après quand a des explications, elle était pas si en tort que ça. Mais c'est vrai que quand t'as pas forcément toutes les données tu peux pas forcément analyser la situation correctement. »

Moi : « Tu t'appuies sur les collègues, tu me parles d'observation des collègues, d'exemple et de contre-exemple, tu questionnes afin d'obtenir des compléments d'informations selon la disponibilité de chacun, mais en faisant référence à certaines situations de mon écrit, est-ce qu'il y a d'autres situations qui te parles ? »

Sujet 8 : « *Alors il y a les panos. C'est très riche. Au début, j'essayais d'en manquer aucune. Bon et après, faut aussi laisser un peu la place aux collègues. Mais c'est vrai que les panos c'est très, très, riche parce qu'on a beaucoup de données sur les pathologies. On se nourrit de ces données, car on a besoin de ces informations. Et puis il y a aussi les interactions entre soignants et médicaux qui sont eux aussi très riches. On s'aperçoit des fois que certains soignants ont envie de faire avancer, mais y a des freins qui se mettent en place. Et bon on sait pas pourquoi. Parce qu'il y a des fois des interactions entre médicaux qui vont freiner une situation, des fois, des actions extérieures. On a un patient qui est là depuis des mois et pourquoi, qu'est-ce qui se passe ? Et bien on s'aperçoit tout simplement que la tutelle n'a pas encore mis en place le ménage de l'appartement et qu'on héberge un patient à un prix fou parce que la tutelle n'arrive pas à faire le ménage dans l'appartement, justement. Et on fait de l'hôtellerie. Et là on se dit pourquoi. Voilà. Et y a pas réellement de réponses. Faut attendre. Et ça, ça fait rager, car on sait qu'il y a d'autres patients dehors. »*

Moi : « Tu penses que tu as appris des choses depuis que tu es arrivé ? »

Sujet 8 : « Ah oui, tous les jours. Alors c'est vrai que je suis vraiment aux aguets de tout ce qui passe, parce que je trouve. »

Moi : « De tout ce qui se passe ? »

Sujet 8 : « Tout ce qui se passe, c'est-à-dire toutes les conversations entre patients. Entre eux ils apprennent pas mal de choses. Des patients qui, par exemple, sont dans le non vouloir sortir du service, ils vont se mettre à s'approprier certains symptômes qui sont extérieurs à leur pathologie pour les mimer et justement ne pas sortir. Et là, en écoutant en disant le patient va dire : à toi t'as des délires, c'est quoi, ça parle de qui. Et là, l'autre patient va nous resservir ça quelques heures après. Et là tu te dis, mais ça correspond pas à sa pathologie. »

Moi : « Tu es en train de me dire que tu apprends des patients comme des collègues ? »

Sujet 8 : « J'apprends des patients, des autres collègues qui euh, au niveau de leur prise en charge, de l'observation, dans le dialogue quand c'est possible, dans les dossiers patients. Quand on lit les dossiers on voit toutes les actions qui ont déjà été mises en place, qui ont réussi ou qui ont été mises en échec. On apprend, enfin moi je pense qu'on apprend tout le temps. J'adore faire des renforts à l'extérieur. Remplacer une faction entière sur l'extérieur parce qu'on voit des façons de soigner différentes, on échange avec les autres collègues. Moi je trouve ça, très, très riche. Alors je ne dis pas que dès qu'il y en a je saute dessus, mais c'est pas loin. Moi ça me permet aussi de briser la routine du service, enfin... surtout de voir autre chose, d'échanger avec d'autres collègues et puis quand on va dans un autre service, on peut mettre un visage sur un nom au téléphone : tu te souviens j'étais là en remplacement, machin, tout ça. Et l'autre : Ah, oui. Tout de suite ça permet d'avoir une meilleure relation, donc on apprend tout le temps et de tout. »

Moi : « Aujourd'hui, après huit mois tu arrives donc à repérer des choses, des symptômes ou tu es en difficulté ? »

Sujet 8 : « Alors je ne dirai pas que je suis en difficulté, mais j'arrive à repérer certaines choses. Mais pour moi, qui ne sont pas suffisantes pour pouvoir mettre des actions dernières. J'ai encore beaucoup de choses à apprendre. »

Moi : « Alors comment tu t'y prends ? »

Sujet 8 : « Là aujourd'hui, j'essaie de faire au mieux. Après, souvent lors des transmissions j'écoute ce qui est dit, je pose la question : pourquoi ? Oui, je le demande encore : pourquoi c'est mis en place, pourquoi on fait ça ? Alors quand on me répond tant mieux et puis quand on me dit évasivement et qu'il faut passer au suivant, au patient suivant, je le comprends aussi. J'essaie de voir avec des collègues pour avoir d'autres détails. Mais, c'est vrai que j'y vais assez prudemment parce que j'ai beaucoup de choses à apprendre. Mais je dirais que j'essaie par des actions assez simples, assez basiques. Puis je dirais que je vais fouiller sur le patient.

C'est-à-dire que je vais essayer d'avoir des infos par le patient : Et d'habitude comment on fait ? D'habitude qu'est-ce que vous faites ? Alors, je vais... Parce qu'ils ont encore des capacités donc j'essaie de pas trop me faire avoir quand même, bon après c'est la règle du jeu... Alors je vérifie. Ah oui, là on vous avait fait ça, mais on m'avait pas parlé de ça... Bon ils essayent c'est normal, c'est humain. On serait à leur place, on ferait la même chose. Donc, voilà j'essaie toujours d'aller à la pêche aux indices. »

Moi : « Tu me parles beaucoup du patient finalement tu n'apprendrais pas plus des patients que des collègues ? »

Sujet 8 : « *Tout dépend du niveau de pathologie du patient. »*

Moi : « T'es sur ? »

Sujet 8 : « *Après y a le comportement. Oui parce que selon les actions que je vais mettre en place et selon ses réactions on peut corriger la prise en soin. Tout à fait. Mais je dirais que pour l'instant on passe de toute façon plus de temps auprès des patients que de ses collègues. Voilà. Mais c'est vrai qu'on apprend beaucoup des patients parce que les collègues, on les croise au niveau des transmissions, auprès d'un patient qui ne doit pas être pris en charge tout seul, mais c'est vrai. Je pense que statistiquement parlant on est plus avec les patients que les collègues. Donc, forcément on va apprendre plus de celui avec qui on est en proximité. »*

Moi : « Et toi tout seul, quand tu vis une expérience, tu t'en ressers ? »

Sujet 8 : « *Oui tout à fait. Alors sur le même patient, le lendemain, et des fois sur d'autres patients qui pourraient avoir le même comportement. »*

Moi : « Tu repères des choses ou tu reproduis un acte. »

Sujet 8 : « *Tout à fait. Alors, c'est vrai qu'au niveau des pathologies j'ai demandé des formations pour faire un peu plus de lien. Alors c'est vrai je repère des choses, mais je ne fais pas forcément des liens avec une pathologie. Je tâtonne, car j'ai pas assez de connaissances pour mettre un symptôme en face d'une pathologie. »*

Moi : « Et une action. »

Sujet 8 : « *Voilà. Alors quelques-unes, oui comme une attitude d'écoute, si jamais je vois un changement de regard. On a certain patient qui souriant, on va chercher quelque chose, on revient et là le regard a changé. Là y a quelque chose. Tout de suite je mets de la distance. J'observe de loin. Je tente des choses extérieures. Si jamais je vois que je n'ai pas la réaction pour aller dans le bon sens, soit je passe la main, soit je reviens un moment après. »*

Moi : « C'est là où tu penses qu'il te manque des choses. »

Sujet 8 : « *Oui. Alors c'est là où j'en parle avec d'autres collègues quand j'ai le temps et qui me disent : oui, en effet il peut voir des choses, ou il ne t'a pas reconnu. Alors après, on peut mettre des petites choses en place. Si jamais y a le regard qui change, je me représente : vous vous souvenez, je suis venu vous proposer ça. Des fois l'humour, pour avoir une éclaircie dans le visage. Et puis profiter de cette brèche pour essayer de recoller à la réalité. Des fois ça marche, d'autres fois, ça marche pas, donc. Après, j'y vais un peu au feeling. Je dirai que j'utilise que ça pour l'instant et jusqu'ici tout s'est bien passé. Après quand je me sens en danger, je n'insiste pas. Je reprends de la distance. Si jamais je vois quelque chose que je ne comprends pas, je ne vais pas insister. C'est une certaine forme de sécurité, ça veut dire que je ne vais pas aller dans l'inconnu total quoi. Si jamais je vois quelque chose que je ne comprends pas, que je gratte et que je n'ai rien, c'est bon. Je vais pas chercher le clash. »*

Moi : « Tu es satisfait de ton soin, tu te sens soignant ? »

Sujet 8 : « *Alors je me sens soignant quand même, mais du soin, non car je n'ai pas encore assez de billes pour faire mon boulot. J'en suis conscient. Alors on va dire que je m'accroche parce que je veux continuer à apprendre et que je sais qu'une fois que j'aurai ces connaissances et bien je tiendrais de plus en plus la route. »*

Moi : « Tenir la route ? Par rapport à quoi, à qui ? »

Sujet 8 : « *Euh... Peur du jugement de l'autre. »*

Moi : « De l'équipe ? »

Sujet 8 : « *Non je dirai que pour moi ça, c'est secondaire par rapport à moi. Si moi je me sens bien, que je me sens soignant. Alors après si j'entends des choses qui pourraient s'apparenter à du jugement je vais essayer de comprendre pourquoi, parce que je me serais peut-être pas positionné correctement. Je peux me remettre en question. Après si c'est une critique, je vais essayer de savoir pourquoi. Oui si jamais j'entends euh... ouais voilà t'as fait ça c'était pas bon. Alors pourquoi ? Qu'est-ce que j'aurai dû faire ? Donc je suis quand même à l'écoute des autres. Mais faire quelque chose qui ne me convient pas, j'aurai dû mal. J'aurai du mal et ça reprend un peu le thème de mon TFE. Faire quelque chose sans mettre de sens derrière... Non. Je ne suis pas d'accord. Pour moi, il faut qu'il y ait un peu de sens. »*

Moi : « Tu lis ? »

Sujet 8 : « *Oui. Je lis encore tout à fait. Alors j'avais pris certains bouquins, mais cela ne me suffisait pas, car trop collé avec l'apport théorique que j'ai eu. Donc là il va falloir que je vois avec une collègue qui m'a dit qu'on verrait au niveau des bouquins. Pour voir ça. Et puis j'attends beaucoup aussi de la formation psychopathologie de l'hôpital. Et je pense qu'une fois que j'aurai fait ça, j'y verrais un peu plus clair. Après je pense que lors de ces formations, il y aura des ouvrages qu'ils pourront nous communiquer. »*

Moi : « En tout cas, tu attends beaucoup de la formation ? »

Sujet 8 : « *Oui, beaucoup. Tout à fait.* »

Moi : « Tes lectures aujourd'hui consistent en quoi exactement ? Tu recherches dans des bouquins, internet... ? »

Sujet 8 : « *Alors sur internet. Il y a des sites, en particulier un site infirmier psychiatrique qui est pas mal. Qui parle d'expériences vécues. Ils essayent de compenser le fait qu'il n'y ait plus de module spécifique en psy.* »

Moi : « Tu me parles d'expériences vécues, c'est-à-dire ? »

Sujet 8 : « *Et bien certains anciens infirmiers pysy retracent des expériences, de ce qui est arrivé, ce qui a été mis en place.* »

Moi : « Ils racontent des situations ? »

Sujet 8 : « *Oui c'est ça. Par exemple le PAC qui n'est pas forcément pratiqué...* »

Moi : « C'est interdit. »

Sujet 8 : « *Oui. Mais c'est vrai qu'on peut le transposer au fait de border quelqu'un et c'est un soin qui peut être efficace. Aussi le fait par exemple quand t'as un patient angoissé, le border et mettre ta main sur son ventre pour faire de la respiration... ça vient plus ou moins de là donc que... Tu t'appuies sur ça.* »

Moi : « Donc tu t'appuies sur des anecdotes ? »

Sujet 8 : « *Alors, oui tout à fait lors des pauses repas.* »

Moi : « Ça revient aux situations écrites que je t'avais remises, non ? »

Sujet 8 : « *Oui. Voilà quand on parle des patients il y a des choses qui ressortent, oui des anciennes histoires qui ressortent et c'est vrai que c'est très intéressant.* »

Moi : « Tu t'en ressers ? »

Sujet 8 : « *Je m'en ressers surtout pour remettre du sens. Sur ce qui est mis en place, sur les prises en charge. Cette fois-ci avec des explications qui ont échouées et bien je m'en sers pour mettre du sens, sur maintenant par exemple. Parce que forcément ça m'évite de poser : pourquoi on n'a pas essayé ça ? Maintenant je sais que ça a été mis en place et pourquoi on a mis autre chose en place. Donc ça met du sens sur les prises en charge.* »

Moi : « Tu penses avoir appris des choses depuis que tu es arrivé ? »

Sujet 8 : « *Oui. Comme je te disais tout à l'heure on apprend tous les jours et de tous.* »

Moi : « Il te manquerait quelque chose aujourd'hui, ou plutôt qu'est-ce qui aurait pu t'aider à ton arrivée ? »

Sujet 8 : « *Dans la prise en charge ou dans la formation ?* »

Moi : « L'un ne va pas sans l'autre, non ? »

Sujet 8 : « *Dans la formation, y a beaucoup de choses qui ont manqué à cause du fait que c'est un tronc commun. Alors ils parlent de remettre un module, mais ça c'est voilà... vu la conjoncture actuelle ça demanderait un peu plus de temps et est-ce qu'on a le temps de consacrer de l'argent à la formation, ça me paraît compliqué. Voilà. Est-ce que c'est quelque chose de volontaire, mais là encore se pose la question du financement. Donc... après au niveau des formateurs c'était une période où il n'y avait pas de formateur en psy. C'était des formateurs généraux qui ont repris le module psychiatrique sans être vraiment des formateurs psys. Alors on a eu des apports théoriques et puis on a eu beaucoup de supports vidéo-conférence, mais pas interactive avec un PDF qu'est fourni avec, et on a été questionné dessus pour les évaluations, puis terminé. Alors oui, y avait pas vraiment d'interaction avec des formateurs. Donc ça, je pense que ça a vraiment beaucoup manqué. Voilà. Après, au niveau du lieu de travail, y a des formations qui sont mises en place, mais je trouve qu'elles sont un peu tardives.* »

Moi : « Faut un minimum de matières... »

Sujet 8 : « *De matières, d'expériences pour mettre des liens, oui, je le comprends. Après peut-être que je suis pressé parce que je suis pressé de mettre des liens. Peut-être que c'est vrai aussi que je n'ai pas assez vécu et que j'ai pas assez de matières pour la formation. Pourquoi pas ?* »

Moi : « Finalement, ce que tu me dis c'est que tu as appris beaucoup, mais il te manque beaucoup de chose et tu n'es pas satisfait de ton soin. »

Sujet 8 : « *Oui parce qu'il y a encore beaucoup d'improvisation et donc... alors c'est vrai pourquoi je suis en psychiatrie ? Je sais pas vraiment, ça se verra peut-être plus tard, mais à l'origine je suis assez carré. Et là j'ai pas tous les tenants et les aboutissants et ça me dérange un peu.* »

Moi : « Tu es dans la maîtrise des choses... »

Sujet 8 : « *Peut-être oui. Et on me voyait pas en psychiatrie et pourtant. J'y suis.* »

Moi : « En psy la maîtrise... »

Sujet 8 : « *Je sais y en n'a pas vraiment. Mais j'aime bien mettre du sens sur ce que je fais.* »

Moi : « As-tu des choses à rajouter par rapport au texte ? »

Sujet 8 : « *Je suis OK. Non, là j'essaie de me remémorer les textes : la prise de fonction, la responsabilité...* »

Silence.

Moi : « Tu t'es retrouvé dans ces textes-là ? »

Sujet 8 : « *Oui dans les situations ? Oui. Où y a des coups de stress, et c'est vrai que si ça s'était mal passé, je me demande comment j'aurai réagi. Voilà.* »

Moi : « Et les renforts ? Tu es un homme donc tu as accès plus régulièrement au renfort ? »

Sujet 8 : « *Alors c'est malheureusement une chance on va dire. Je vais dire malheureusement parce que... On va dire, une différenciation de sexe avec l'homme qui va directement au renfort et à qui on va faciliter l'accès au poste, voilà, voilà par rapport aux femmes qui sont aussi compétentes que nous et qui des fois vont mettre plus de temps à être titularisé. Voilà. Et c'est une chance parce que moi je suis stagiairisé au bout de six mois. Et c'est vrai que quand je pense aux collègues féminines, c'est un peu dommage.* »

Moi : « Mais ces renforts plus particulièrement. »

Sujet 8 : « *Et bien j'ai pris une certaine assurance et c'est vrai que disons qu'au moment des renforts la personne est en situation de crise, est dispersée, délirante, agressive... Je ne dirai pas que c'est au paroxysme d'une prise en charge, mais presque, et là on... comment dirais-je... On voit le patient, par rapport aux prises en charge du service qui sont plus apaisées, beaucoup plus douces, où on a un confort de travail bien largement au-dessus. Alors, après gérer les renforts, on n'est jamais seul et puis cela permet d'échanger avec les autres soignants. En plus y a le renfort, le stress du renfort où il faut contenir la personne et des fois c'est compliqué. Il peut y avoir des coups, des injures, des crachats et tout ça... Et y a le moment de relâchement qui est tout de suite après avec les collègues. Et là y a des échanges ou des partages d'expériences et... On va dire que dans ce renfort y a pratiquement une communion entre les soignants parce qu'on est face à un « adversaire » et il faut qu'on fasse corps les uns avec les autres parce qu'on sait que si y en a un qui flanche et bien c'est le groupe entier qui va prendre. Donc on n'a pas vraiment le choix. Donc il faut, c'est... Et même des fois les renforts c'est vraiment charnel dans le sens propre du terme. On est bousculé les uns contre les autres, on sert d'outil en quelque sorte. Une fois, je me souviens d'une fois où y a un soignant qui s'est retrouvé dessous le patient qu'il fallait contenir. Donc il a fallu dégager le soignant qui en plus avait un gabarit, un bon gabarit. Et donc il était coincé alors il a fallu tirer le collègue, pousser*

le patient, mais pousser ce qui était accessible donc on pénètre carrément dans l'intimité du collègue. Et là, on s'en fou. Parce que c'est une situation de crise et là il faut qu'on soit efficace. Voilà. Même des fois où il y a des injections et que ça va mal, et bien on s'appuie sur le collègue et peu importe où, car il faut pas bouger, donc on devient des outils et on sait que... Enfin on se moque du contact donc c'est un moment où on ne fait qu'un. L'intimité : c'est abstrait. Oui des fois, faut pas en avoir si on veut être efficace on est soignant et c'est tout. »

Moi : « Tu veux ajouter quelque chose ? »

Sujet 8 : « Non. Je t'en ai déjà dit beaucoup.

Entretien Sujet 9

Moi : « Tu es diplômée depuis ? »

Sujet 9 : « *Alors juillet 2015.* »

Moi : « Tu as fait tes études à Angoulême ? »

Sujet 9 : « *Oui.* »

Moi : « As-tu fait des stages dans le domaine de la psychiatrie durant tes études et si oui, où, quand et leurs durées ? »

Sujet 9 : « *Alors, en deuxième année j'ai fait 4 semaines en pédopsychiatrie en CMP pédo. Voilà oui en fait c'était intéressant mais où après avec les enfants, j'avais un petit peu du mal à mettre de la distance professionnelle parce que eux, ils avaient un lourd passé personnel et du coup c'était un peu compliqué. Euh après, du coup quand j'ai commencé ma troisième année et que du coup je n'avais fait que ce stage en psychiatrie, et où j'avais validé toutes mes compétences dans le domaine de la psychiatrie, sauf que moi je ne me sentais pas apte à aller dans un service de soin somatique, à être face à un patient atteint de troubles psy. Et du coup, j'avais pas les clefs, je me sentais pas, j'avais pas le savoir nécessaire pour affronter ça. Du coup, c'est moi qui ai demandé un service de psychiatrie pour avoir plus de bases. Donc du coup, j'ai fait dix semaines en service d'admission fermée. Les trois premières semaines je me suis dit : la psychiatrie c'est pas pour moi, c'est trop compliqué, c'est trop de données, trop de connaissances théoriques que je n'avais pas à la base, qu'on n'avait pas à l'école et puis en fait, au bout de trois semaines, j'ai eu le déclic et c'est devenu mon projet. Au bout des trois semaines, je ne me voyais pas faire autre chose que de la psychiatrie.* »

Moi : « T'avais eu des appréhensions d'aller en psychiatrie ? »

Sujet 9 : « *Alors pas d'appréhension, mais euh... Pourtant tous ceux qui me connaissent vraiment, pensaient que la psychiatrie pourrait m'intéresser parce que c'était beaucoup de relationnel et qu'ils me voyaient bien là-dedans. Moi je n'avais pas forcément ce déclic-là. Moi mon projet préprofessionnel à la base, c'était l'oncologie et les soins palliatifs. Donc euh... Alors j'avais fait un stage. Ça m'avait vraiment plus. Il y avait beaucoup de relationnel. La fin de vie c'était quelque chose qui m'avait beaucoup plus. Et en fait, quand j'ai fait mon stage j'ai retrouvé tout le côté relationnel en psychiatrie et beaucoup plus de temps passé avec le patient au contraire de poser des perf., à faire des soins techniques ; j'aimais, mais je n'en raffolais pas particulièrement. Oui j'ai vraiment eu le déclic au bout des trois semaines de stage. Et donc j'ai fait neuf semaines en tout.* »

Moi : « Que dans ce service-là ? »

Sujet 9 : « *Oui que là.* »

Moi : « Tu avais travaillé avant de faire tes études d'infirmière ? »

Sujet 9 : « *Non. J'ai passé mon Bac. J'ai fait six mois de médecine, après du coup, j'ai enchaîné les concours infirmiers et j'ai fait mes études à Angoulême.* »

Moi : « Donc t'es diplômée en juillet 2015 et tu as débuté dans quel service ? »

Sujet 9 : « *J'ai embauché le 15 juillet en admission fermée.* »

Moi : « Est-ce que tu as tourné sur d'autres services comme certains de tes collègues. »

Sujet 9 : « *Non, j'ai pas bougé, que ce service. A mon embauche, je voulais de l'admission et le Directeur m'a mise sur de l'admission. Alors après, ce que voulais la cadre sup à la base c'est que je bouge comme tous les autres, et le cadre du service a goupillé et je n'ai pas bougé. En plus j'avais fait mon stage dans ce même service.* »

Moi : « Alors, je t'ai donné à lire un écrit, qu'est-ce que t'en as pensé ? »

Sujet 9 : « *Déjà tout ce qui ressort dans tous tes textes c'est le côté imprévu des situations. On n'est pas du tout préparé à l'école à ce genre de situations. Où... En plus j'avais déjà fait 10 semaines de stage dans ce service et une fois que j'ai été embauché, j'ai dû me défaire du rôle, de ce statut d'étudiante que j'avais. Donc du coup, les premiers mois c'était un peu compliqué de ne plus être l'étudiante que les collègues avaient connue, mais d'être maintenant leur collègue. Et puis ensuite face à des situations où maintenant et bien je suis plus l'étudiante mais l'infirmière qui doit prendre la décision. La prise de responsabilité à prendre et c'est en ça où je me suis retrouvée dans toutes tes situations.* »

Moi : « Il ne parle que de ça les textes ? »

Sujet 9 : « *Non y a l'échange avec les collègues. C'est d'ailleurs ça qui a motivé ce pourquoi je suis dans ce service, parce que j'avais adoré le stage par rapport à la prise en charge des patients et par rapport aussi aux collègues. Ce que j'ai vraiment ressenti quand j'ai fait mon stage, c'est que toute l'équipe était passionnée par son travail et qu'en plus ils étaient friands de transmettre leur savoir. Même je le ressens maintenant. Je suis avec une équipe qui aime vraiment donner son savoir, partager qu'est pas dans le jugement de nous en tant que jeune diplômé. Réflexion générale de collègues. C'est vrai que les situations compliquées que j'ai rencontrées et bien j'ai pu échanger avec les collègues. Leur demander par exemple ce qu'il ferait ou aurait fait à ma place ou enfin aussi pour prendre du recul sur des situations compliquées.* »

Moi : « Tu sollicites ? »

Sujet 9 : « *Oui. Après, on parle beaucoup. Par exemple, on a eu deux mois qui ont été vraiment compliqués à gérer. Et bien le fait d'avoir une équipe soudée avec qui tu peux parler entre nous et bien c'est appréciable mais ça aide à prendre du recul aussi.* »

Moi : « *Que du recul ?* »

Sujet 9 : « *A prendre du recul oui, à avoir un avis différent, à adapter ses réponses envers les patients, à adapter ses réactions, enfin, ouais ou... Oui ils transmettent leurs savoirs.* »

Moi : « *Ils transmettent leurs savoirs ?* »

Sujet 9 : « *Concrètement. Je sais pas, par exemple, quand j'étais tout juste diplômée au niveau des pathologies de certains patients et pour reconnaître leurs symptômes et bien t'as beau lire dans les bouquins euh... voilà. Les bouquins c'est des mots et quand on le voit en face et bien c'est pas forcément facile à reconnaître, et les collègues qui ont plus d'expérience et qui en plus connaissent bien les patients vont dire : untel voilà comment il réagit... là c'est qu'elle est vraiment délirante. Par exemple on a un patient schizophrène et bien nos collègues nous ont dit : attention si il parle portugais, c'est que... faut se cacher. Du coup c'est des petites choses comme ça qui permettent de mieux appréhender la pathologie, les réactions, les patients.* »

Moi : « *Et les patients ?* »

Sujet 9 : « *Alors oui ce qui m'a vachement plu en psychiatrie c'est que déjà on a plus le sentiment d'exister en tant que soignant. Par exemple dans tous les stages que j'ai faits, c'était l'infirmière qui fait pas mal quand elle pique, enfin des choses comme ça. Alors que là les patients nous appellent par notre prénom. Puis y a des patients quand ils reviennent X fois ils nous connaissent. Et puis c'est des éponges car si un matin on embauche et qu'on a mal dormi ou pas le moral ils le savent. Enfin y a vraiment une réciprocité, un échange et puis les patients ils guident vachement dans leur prise en soin. Y en a certain ils ont une grande connaissance de leur pathologie et ils vont me dire : bai ce médecin il m'a mis ça comme traitement. Non ce traitement ça ne me convient pas. Oui faut être à l'écoute du patient, de la connaissance de sa pathologie parce que ce qui est écrit dans les bouquins oui c'est écrit mais c'est une généralité. Après, les patients ils le disent avec leurs mots et puis chaque patient ne va pas forcément présenter les mêmes symptômes de la même façon.* »

Moi : « *Tu lis ?* »

Sujet 9 : « *Oui. Après, mon diplôme ça a été un peu compliqué parce qu'en fait j'avais envie de lâcher tout ça mais euh je me suis procuré des écrits dans le service, j'ai fait ma demande de formation aussi.*

Moi : « *Tu as demandé quoi comme formation ?* »

Sujet 9 : « *Psychopatho et troubles bipolaires parce qu'en plus on est filière bipolaire donc.* »

Moi : « Tu attends beaucoup de ces formations ? »

Sujet 9 : « *Ah oui complètement. De plus avoir tout ce côté théorie. Ça me manque un peu, ça fait bizarre de plus avoir toute cette, ce côté théorie car moi j'aimais beaucoup, j'aime ça pour pouvoir apprendre. Et puis cette théorie à écrire... J'ai hâte.* »

Moi : « Du coup, quand tu es arrivée, confrontée au terrain, tu t'es retrouvée en difficulté ? »

Sujet 9 : « *Pas tant que ça. Déjà je connaissais le service. Je connaissais les collègues. Je connaissais pas mal de patients qui étaient là. Je connaissais les médecins, donc j'ai été très facilement intégré. Après la difficulté, c'est de perdre le statut étudiant. Et maintenant c'est l'infirmière. Puis en plus, je suis jeune diplômée donc pour certains patients c'est...d'ailleurs certains me le renvoient que je suis jeune. Donc c'est trouver sa place sans se laisser écraser par le fait d'être jeune diplômé.* »

Moi : « Alors tu me dis que ce qui t'as mise en difficulté ce n'est pas le manque de connaissances mais c'est le changement de statut avec la prise de poste par rapport aux responsabilités ? »

Sujet 9 : « *Oui parce qu'après le manque de connaissances je m'y étais préparée parce qu'enfin je m'en suis vite aperçue pendant la formation, que c'était une catastrophe car quand tu vois que notre partiel de deuxième année ça portait que sur les dates clefs de la psychiatrie, je savais que ce n'était pas les connaissances théoriques de l'IFSI pendant mes stages.* »

Moi : « Du coup, comment tu as pallié ce manque ? »

Sujet 9 : « *Alors par des lectures et après et bien toutes les connaissances elles viennent encore aujourd'hui par le travail.* »

Moi : « Quand tu dis par le travail, c'est-à-dire ? »

Sujet 9 : « *Le travail de... d'être en contact avec les patients, d'être en contact avec les médecins, les soignants.* »

Silence.

Moi : « Et donc ? »

Silence.

Moi : « Tu te retrouves parfois en difficulté ? »

Sujet 9 : « *Euh non franchement je ne me retrouve pas en difficultés parce que si j'ai des questions qu'avant j'hésitais à poser, maintenant j'hésite pas. J'arrive à m'y retrouver. »* »

Moi : « Tu n'as pas vécu de moment de solitude comme certains de tes collègues ? »

Sujet 9 : « *Non, non, non. Non après y a eu des moments compliqués où l'école ne m'a pas préparée mais pas non plus... Par exemple, la violence physique on n'est pas du tout préparé à ça et on est toujours plus ou moins préparé à ça. Autant physique que verbale, la violence set là c'est des moments compliqués qui ont été échangés avec les collègues. Ça m'a aidé à prendre de la distance. »* »

Moi : « Prendre de la distance ou faire des liens ? »

Sujet 9 : « *Oui bien sûr, faire des liens dans les prises en charge. Mais les moments où je me sens le plus en difficulté, c'est ces moments-là où on est fatigué et qu'on subit de la violence physique, de la violence verbale. Où à la fin, on ne sait même plus quoi répondre. Là on a une patiente en ce moment dans le service qui est super délirante, insultante toute la journée. On sait même plus quoi répondre et là j'ai tendance à me tourner vers les collègues dire : je dis quoi ? je dis quoi à ce moment-là donc... Et puis aussi voir les collègues qui ont plus d'expérience d'être aussi épuisés ça aide aussi à se dire que c'est peut-être normal. Après le manque de connaissances je pense qu'on est quand même un métier où on apprend tous les jours. Donc oui je m'étais préparée à ne pas avoir toutes les connaissances nécessaires. »* »

Moi : « Donc tu avais anticipé ? »

Sujet 9 : « *Oui. C'est ça, j'avais bouquiné. Et puis mon stage m'avait bien préparé. Déjà en tant qu'étudiante, j'aimais beaucoup faire des démarches de soins, des conclusions cliniques tout ça donc euh. Ça m'aidait beaucoup à faire les liens et je crois que j'ai gardé ce mécanisme. »* »

Moi : « Ton investissement durant tes deux mois de stage a pour toi été essentiel pour te permettre de débiter ? »

Sujet 9 : « *Ah oui, complètement. Les deux mois. Enfin quand j'ai pris mon poste j'étais pas angoissée parce que c'est mon premier poste, ça y est je suis infirmière, mais pas du tout angoissée... Enfin je connaissais le service, je connaissais les collègues, je me sentais en sécurité. »* »

Moi : « Tu connaissais le service, les collègues, le cadre de santé. »

Sujet 9 : « *Oui c'est ça. Je me sentais en sécurité dans le service. Donc, c'était plutôt le poste. Voilà »* »

Moi : « Et les réunions ? Est-ce que cela te sers ? »

Sujet 9 : « *Les réunions cliniques et pano ?* »

Moi : « Oui. »

Sujet 9 : « *Alors là les réunions cliniques on en fait plus du tout car c'est un peu compliqué mais pourtant j'essaie d'être là aux réunions cliniques. Après les panos, on écoute surtout les médecins. Mais les réunions cliniques c'est vraiment intéressant, en plus, on a une psycho **** qui est à l'écoute et qui aime bien transmettre son savoir, qui parle avec des mots simples. Elle est vraiment abordable en plus, donc c'est vraiment intéressant.* »

Moi : « Et de manières informels les discours qui peuvent être tenus, tu en tiens compte ou pas du tout ? »

Sujet 9 : « *Par rapport aux collègues, alors je suis très friande des vieux infirmiers qui me racontent des anecdotes, donc euh je... oui si j'aime bien savoir ; et puis sur certains patients qu'on a encore dans notre service... Et puis, y a des anecdotes, qui vaut mieux savoir. Oui aussi y en a que j'écoute avec amusement et puis d'autres j'en fais vraiment cas.* »

Moi : « Vraiment cas ? »

Sujet 9 : « *Alors c'est plutôt un collègue qui va me dire fait attention avec Mr Machin, car dans le passé il a eu des relations compliquées avec des soignantes femmes. Quand je vais retrouver en relation duelle avec ce patient, je vais être plus méfiante et je faire plus attention.* »

Moi : « Plus vigilante ? »

Sujet 9 : « *Oui. Ça me sert.* »

Moi : « Si demain tu allais dans un autre service, tu serais en difficulté ou pas ? »

Sujet 9 : « *Oui je pense, parce que l'organisation d'un service à un autre est toujours différente. De toute façon là, je me sens pas capable à quitter le service parce que j'ai encore trop de choses à apprendre et là... tu vois ça fait un an que j'ai pris mon poste et c'est ce qu'on m'avait dit quand j'ai pris mon poste qu'il fallait un an pour bien se sentir dans le service.* »

Moi : « Là tu me parles du contexte de travail ? »

Sujet 9 : « *Oui c'est ça, l'organisation et bien, je ne me sentirais pas apte à aller dans un autre service, me faire à une autre organisation, enfin !* »

Moi : « Et dans le soin ? »

Sujet 9 : « *Dans le soin... après euh... Oui. Après c'est des patients qui seraient différents donc les approches restent plus ou moins les mêmes en fonction de chaque patient mais je pense que c'est le temps d'adaptation qui est toujours important.* »

Moi : « La symptomatologie tu penses que ce que tu as vu sur *** elle est acquise ? »

Sujet 9 : « *Oui mais pas tout, ce que j'ai vu je pense mais après tout il me reste encore pleins de choses à apprendre mais forcément les bases là que j'ai acquise à *** oui. Les connaissances que j'ai acquises à ***, c'est des connaissances que je peux transférer dans un autre service. Et puis je me sens beaucoup plus en confiance dans ma façon d'aborder les patients, dans ma façon de répondre, oui j'ai pris énormément d'assurance en un an.* »

Moi : « Est-ce que cette prise de conscience sur tes acquisitions, tu l'as eu progressivement où dernièrement ? »

Sujet 9 : « *Non je crois que ça s'est fait progressivement. Là où je vais vraiment en prendre conscience, c'est dans des moments où je sais pas, si y a des divergences dans l'équipe et bien je vais pouvoir prendre position. Chose que j'aurais pas faite y a un an car c'est quelque chose d'assez compliqué pour moi de prendre position, de donner mon avis. J'hésitais à le donner. Par exemple il y a un an j'allais avoir mon avis, avec des arguments qui étaient valables, que d'autres allaient donner, mais que je n'aurai pas dit car j'avais peur de me tromper, de dire des bêtises. Et maintenant je me sens plus à même de donner mon point de vue.* »

Moi : « Tu parles du regard de l'autre, là ? »

Sujet 9 : « *Oui. Oui même très compliqué à gérer pour moi, le regard de l'autre.* »

Moi : « Tu fais référence à l'équipe, aux professionnels ? »

Sujet 9 : « *Oui. Oui parce que... Oui parce que même si c'est une équipe géniale et qu'ils m'apportent énormément, et bien dans l'équipe des jeunes, euh des derniers arrivants et bien on est toujours les petites dernières, les petites jeunes. Tu vois on me l'a encore dit ce matin. Mais c'est un statut qui est pas hyper facile. En plus j'ai l'impression de toujours devoir plus que les autres, de devoir faire mes preuves. Je sais pas si c'est très clair ce que je dis ?* »

Moi : « Si, si, tu es très claire. »

Sujet 9 : « *Oui ?* »

Moi : « Oui le regard de l'autre, le jugement avec la réforme sous entendue... »

Sujet 9 : « *Oui c'est ça.* »

Moi : « Tu as l'impression d'être... »

Sujet 9 : « *On n'est pas responsable des dernières réformes et on fait avec ce qu'on a. Moi je savais qu'en arrivant sur le terrain, j'aurai pas tous les bagages en main mais j'avais pas le choix c'était comme ça. Et même si j'avais voulu en faire plus et bien il n'y a que 24 heures dans une journée et qu'avec tout le travail qu'on nous imposait à l'IFSI je n'aurai pas pu.* »

Moi : « Tu t'es sentie épaulée par l'équipe ?

Sujet 9 : « *Par l'équipe oui.* »

Moi : « Malgré l'appréhension d'être jugée ? »

Sujet 9 : « *Oui après y a toujours certaines personnes pour qui on est les petites dernières mais globalement oui. J'ai été très rapidement intégré.* »

Moi : « Intégrée et épaulée ou intégrée ou épaulée il y a une distinction non ? »

Sujet 9 : « *Oui, non, non. Si si j'étais encore rapidement intégrée, épaulée... Après ils m'avait vue deux mois en stage donc c'est à prendre en compte.* »

Moi : « Tu as été doublé à ton arrivée ? »

Sujet 9 : « *Non. Sachant qu'à mon arrivée on est plusieurs sur la faction donc je me suis pas posée de questions et je ne me suis pas retrouvée toute seule dans le service, comme certaines dans des soins généraux ou en psychiatrie aussi. Mais bon, on est des équipes de minimum trois ou quatre donc bon.* »

Moi : « Et par rapport à tes autres collègues, les petits jeunes, vous êtes arrivés en même temps à part un, est-ce que tu as ressenti de la part des soignants une différence entre toi et les autres ?

Sujet 9 : « *Non pas de différence... J'ai ressenti qu'on était comparé. Ça je l'ai ressentie. Après, en nouveaux arrivants y a eu moi, **** après peut-être qu'on a été un peu plus épaulé mais encore que je sais pas. Et après y a eu ****, ***** et ***** mais lui il est pas jeune diplômé, il travaillait dans le sud et il a demandé sa mutation. Là je dirais qu'on n'a pas été épaulé de la même façon entre ***** et moi et ***** par exemple. Voilà après oui après c'est vrai y a eu des comparaisons qui ont été faites entre ***** et nous. Par rapport au temps d'adaptation de chacun. Enfin tu vois ***** elle avait tendance à se dévaloriser par rapport à sa prise de poste, tu vois par exemple, aux démarches administratives elle était pas au clair et tout, moi j'ai toujours été au clair surtout par rapport à elle mais moi j'avais passé deux mois avant comme étudiante. C'était normal que, sur le plan administratif, je savais faire certaine chose parce que... »*

Moi : « Tu avais un statut étudiant ? »

Sujet 9 : « *Oui j'avais un statut étudiant et puis on était sur moi. C'est ça. Et puis quand j'ai embauché je connaissais déjà le service, les patients, les collègues et j'ai quand même eu un sacré avantage.* »

Moi : « Tu te serais retrouvée sur un poste dans un autre service que le service où tu as réalisé ton stage est-ce que tu penses que tu aurais eu des difficultés ? »

Sujet 9 : « *Alors serait été forcément différent mais après certains collègues me renvoient mon statut d'étudiant, pour rigoler. Enfin, par exemple à chaque fois qu'un étudiant vient dans le service et bien j'ai droit à ***** c'était notre petite étudiante, tu vois. Donc quand j'ai embauché et bien j'étais entre guillemets leur petite étudiante. Donc dans un autre service serait été différent, parce que peut-être, de ne pas avoir ce statut d'étudiant...* »

Silence

Moi : « Ça t'a pesé ? »

Sujet 9 : « *Oui. Oui.* »

Moi : « Alors ce statut, avantage ou inconvénient ? »

Sujet 9 : « *Avantage parce que je connaissais le service après un désavantage à cause de cette étiquette d'étudiante.* »

Moi : « Tu l'a encore ? »

Sujet 9 : « *Non. Je pense. J'sais pas, non je l'ai plus... Mais pour eux je resterai toujours leur petite étudiante qui a été étudiante ici comme **** qui a été étudiante sur *****, enfin tu vois. Après là ça aurait été différent, aussi dans un autre service, c'est que j'aurais pas connu. Connue le service, connu les patients, enfin voilà, comme les autres.* »

Moi : « Tu veux ajouter des choses par rapport à notre échange ou par rapport à l'écrit ? »

Sujet 9 : « *Et bien écoute est-ce que je peux les relire ?* »

Moi : « Oui tient. »

Silence.

Sujet 9 : « *Oui par exemple, là je vois par rapport à la cigarette, quand j'étais nouvellement diplômée et bien j'avais du mal à dire non à un patient, mais j'avais aussi du mal à élargir le cadre en fonction des besoins du patient. Chose que ça maintenant, j'ai plus de facilité à le*

faire à adapter en fonction du patient, à dire non quand c'est nécessaire quand on peut. Oui de ne pas être trop rigide en fait. »

Silence.

*Sujet 9 : « Alors tu vois là par exemple au cadre aussi je me reconnais parce que P***** il est très à l'écoute de son équipe, il est très aidant et très humain. Et c'est vrai que quand il est là on le sent plus. C'est ça, on est rassuré. Par exemple l'autre nuit je travaillais avec k***** on a, enfin il y avait une patiente avec qui on avait des difficultés et on s'est référé à P***** parce qu'il était là. Alors que si P***** avait pas été là peut-être qu'on n'aurait pas appelé le cadre. Mais c'est vrai que de savoir qu'il était là c'est rassurant. On peut compter sur lui. »*

Silence.

Moi : « Tu observes ? »

Sujet 9 : « Oui beaucoup. J'écoute beaucoup ce qui peut être répondu aux patients. »

Moi : « Comment pratiquent les autres ? »

Sujet 9 : « Oui si tu veux j'observe sans faire après du copie confirme de ce que mon collègue a dit. Mais oui par exemple il y a des patients qui sont connus depuis X temps de l'hôpital, et les collègues vont les connaître depuis tant d'années, et donc ils savent plus gérer certaines situations, comment leur répondre. Eh bien, faire de l'humour avec un patient qui est complètement éclaté, enfin des initiatives que je ferais pas, mais voir des collègues qui s'autorisent à le faire je me dis : ah là, peut-être qu'en allant plutôt sur le ton de l'humour... oui. »

Moi : « Tu te nourris de tous ce qui se passe autour de toi. »

Sujet 9 : « Oui complètement. »

Silence.

Sujet 9 : « Oui tu vois c'est celle-ci avec les règles. »

Moi : « Tu apprends de tes expériences, de la dualité avec les patients ? »

Sujet 9 : « Après oui parce que c'est des êtres humains que l'on a en face de nous, et en fait nous, on voudrait que le soin se passe comme ça, que nous, on dise ça, et que lui il dise ça, mais sauf que c'est pas des machines et que nous non plus. Donc en fait, on sait jamais trop ce que le patient va nous répondre en face donc y a des fois on va tenter quelque chose avec une patiente, mince quoi. »

Tu parles de qui de toi ou de on ? »

Sujet 9 : « *Par exemple, tu vois, si je veux employer l'humour avec une patiente et que ça marche pas trop, bien je sais que le lendemain, si elle revient pour me faire les mêmes demandes sur le même ton, et bien l'humour je sais que c'est peut-être pas trop, enfin je vais peut-être pas trop le retenter.* »

Moi : « Pourquoi, c'est que tu as eu une mauvaise expérience ? »

Sujet 9 : « *Alors si y a des situations qui ont été compliqué à gérer. Par exemple, il y a ça quelques temps, oui je dirai y a de ça. Quatre, cinq mois, il y a un patient qui avait fait un délire érotomaniaque sur moi, donc ça a fait marrer beaucoup de mes collègues, sauf que moi pas du tout, et que je me suis sentie énormément en difficulté. En plus à ce moment-là y avait trois autres patients qui étaient dans la séduction avec moi, et du coup ça m'a mise vraiment en difficulté parce que je me suis dit : mais qu'est-ce que je renvoie au patient pour qu'il réagisse comme ça, pour que se développe ce genre de délire là. Donc il y a des collègues qui ont pas vraiment compris et qui trouvaient ça super rigolo que des patients tombent amoureux de moi. Moi ça m'a vraiment mis en difficulté donc j'en ai parlé à d'autres collègues, j'en ai parlé à P***** et aux médecins parce que... »*

Moi : « Tu voulais comprendre ? »

Sujet 9 : « *Oui c'est ça parce qu'au-delà de la violence, enfin tu vois j'ai subi de la violence physique, des claques qui sont parties mais cette, cette euh... »*

Silence.

Moi : « Cette période-là était difficile. »

Sujet 9 : « *Oui c'est ce que j'ai eu le plus de mal à gérer, parce que je me demandais ce que je pouvais renvoyer pour que plusieurs patients réagissent comme ça. Ça c'était le moment le plus compliqué à gérer.* »

Moi : « Et du coup maintenant, parce que tu as interpellé ? »

Sujet 9 : « *Et bien après on a parlé du patient que c'était son fonctionnement habituel, P***** m'a rassurée. Il m'a dit que j'étais très professionnelle et qu'il n'y avait pas de souci là-dessus. Oui c'était pour être plus rassuré en fait.* »

Moi : « Maintenant tu penses que ce type de comportement tu serais capable de le repérer ? »

Sujet 9 : « *Honnêtement, je suis pas sûre. Parce que je suis un peu naïve.* »

Moi : « T'es sûre que c'est de la naïveté ? »

Sujet 9 : « *Je sais pas si c'est de la naïveté, honnêtement j'en sais rien mais euh...* »

Silence.

Sujet 9 : « *Tu vois tant que les faits sont pas avérés, j'aurai du mal à en parler à mes collègues de peur de me dire, que c'est de l'interprétation, tu vois...* »

Moi : « Tu n'oserais pas de peur d'être jugée. »

Sujet 9 : « *Oui c'est ça. Il faudrait qu'on n'en arrive au même stade. Oui, c'est vraiment des situations... pff ça m'a vraiment mise en difficulté. Après la violence physique là où ça a été le plus compliqué pour moi, c'était un patient de 16 ans qu'on avait eu de pédopsy pour le mettre en chambre d'isolement pendant deux heures. Oui deux heures en chambre d'isolement le matin et deux l'après-midi et ça pendant trois jours. Et moi j'étais là les trois jours consécutifs, et il fallait le contentionner. Et là, moi, j'avais énormément de mal à vivre cette situation parce que je me suis retrouvée à cheval sur un gamin de 16 ans qui me suppliait de le lâcher et qui pleurait. Ça, c'était compliqué à gérer.* »

Moi : « Est-ce que tu penses que cette difficulté était juste liée au contexte, le fait que c'était un jeune ? Est-ce que le manque de connaissances pourrait avoir joué un rôle ?

Sujet 9 : « *Je ne sais pas si c'est que le manque de connaissances parce que tous les collègues qui étaient avec moi avaient de l'expérience, et tout le monde était un peu brassé par cette situation parce qu'il était vraiment touchant. Et pis, parfois il y a plusieurs critères qui entrent dans nos journées. Il y a des fois on va être fatigué, plus émotive que d'autres, nos vies personnelles même si on nous dit qu'on est au boulot oui mais y a quand même tout ça qui... Et puis y a des souffrances qui sont plus ou moins faciles que d'autres. Et heureusement.* »

Moi : « Et au-delà des connaissances, tu penses que cette année tu as appris sur toi ? »

Sujet 9 : « *Ah oui énormément. Déjà je me suis découverte une patiente que je n'ai pas à l'extérieur. Et puis après y a des situations que jamais j'aurai cru que j'aurai été capable de les gérer parce que y a des situations... Par exemple par rapport à la violence physique. Mais le fait d'avoir vachement confiance en mes collègues dans ce genre de situation, et bien j'ai pas vraiment peur parce que mes collègues je sais que... Enfin je leur fais confiance et je sais comment ils travaillent. Donc ça aide à ne pas avoir peur. Et oui, y a des situations de violences où je ne pensais pas être capable de gérer cette situation. Non vraiment non je pensais pas.* »

Moi : « Tu veux ajouter autres choses ? »

Sujet 9 : « *Comme ça...* »

Silence.

Sujet 9 : « *Alors là je vois : je fais le tri par rapport à la prise en charge des patients. Et bien par exemple quand on va avoir des détenus dans le service, y a des collègues qui vont lire les dossiers médicaux et le motif d'incarcération dans le dossier avant d'aller voir le patient, bien moi c'est quelque chose que je faisais au début pour faire comme les collègues mais que je ne fais plus maintenant. Parce que sinon je n'arrive pas à être soignante.* »

Moi : « Tu te retrouves emporté dans le jugement ? »

Sujet 9 : « *Oui.* »

Moi : « Concernant le tri, ce que la personne expliquait c'est plutôt en lien avec ce que tu m'expliquais tout à l'heure. Il observait et écoutait et se nourrissait... »

Sujet 9 : « *Oui après y a des façons de faire de certains collègues... Et puis des attitudes que je vais pas mimer mais adopter, retenir en mémoire pour m'en resservir autant y en a certaine, même j'espère qu'on ne viendra jamais me rapporter que je me suis comportée comme ça avec un patient, tu vois.* »

Silence.

Sujet 9 : « *Non après d'autres choses qui me viennent, non. Ah oui ça je m'étais reconnue dans cette situation où elle dit que le regard du patient à changer. Y a des moments comme ça où t'es en relation duelle avec le patient, et il se passe rien de particulier avec la patient et ça je l'ai... enfin ce moment où le regard du patient devient noir d'un coup et là quand t'es toute seule... Et là je me dis quand je suis toute seule : qu'est-ce que je dois faire ? Quelle réaction je dois adopter face à ce patient ? Est-ce que c'est moi qui, ai interprété ? Parce que...*

Silence.

Moi : « Tu es encore beaucoup dans le questionnement, dans la peur du jugement ? »

Sujet 9 : « *Oui beaucoup, c'est ça. Oui. Mais après je n'ai qu'un an de diplôme j'ai mon identité professionnelle à... Elle commence à se construire.* »

Moi : « Elle commence ? »

Sujet 9 : « *Elle est en train de se construire.* »

Moi : « Elle a débuté quand ? »

Sujet 9 : « Dès que je suis entrée à l'école je pense parce que dès que j'ai débuté mes stages y a des infirmières qu'on était référence pour moi et d'autres pas du tout. Donc c'est à travers chaque stage que je pioche un petit peu, à travers, oui. »

Moi : « Ton identité elle se développe par rapport à des rencontres ? »

Sujet 9 : « Par rapport aux rencontres, oui. Et même par rapport aux rencontres des professionnels et par rapport aux rencontres avec les patients de ce qui peuvent nous renvoyer. Les patients ils sont, enfin ils peuvent nous découvrir comment les infirmiers comment ils agissent, ils font. »

Moi : « Les patients peuvent être aidant ? »

Sujet 9 : « Oui. Ah oui oui complètement. Complètement parce que la finalité c'est eux. On ne travaille pas pour les collègues mais pour eux. Et au final c'est eux qui vont nous montrer si on fait bien ou pas bien. »

Moi : « Donc tu apprends des patients ? »

Sujet 9 : « Oui et ils savent nous le dire si on ne fait pas bien. »

Moi : « Tu veux dire autres choses ? »

Sujet 9 : « Bien écoute non. Si alors le fait d'avoir des professionnels qui aiment leur travail, c'est tellement agréable. Parce que j'ai fait des stages où je suis tombée sur des infirmières qui étaient blasées, qui n'avaient pas envie de travailler, qui étaient maltraitantes avec des patients, qui étaient frustrées dans leur travail. Enfin, voilà, qui étaient aigries. Et là tomber sur une équipe qui aime son travail, qui aime se questionner qui aime échanger, être avec les patients enfin, c'est hyper-enrichissant, ah ouais. C'est pour ça aussi que j'ai tant aimé ce stage, ils ont tellement envie de nous apprendre que du coup t'as envie d'apprendre. Puis je le ressens encore aujourd'hui, ils aiment ce qu'ils font. C'est vraiment agréable de travailler avec des gens qui aiment ce qu'ils font. »

Moi : « J'arrête ? »

Sujet 9 : « Oui. »

Entretien Sujet 10

Moi : « Tu es diplômée depuis ? »

Sujet 10 : « *Je suis diplômée depuis juillet 2015.* »

Moi : « Tu as fait ta formation ? »

Sujet 10 : « *A Saintes. J'ai fait ma formation à Saintes et mon école prépa à Angoulême.* »

Moi : « Tu as fait une prépa ? »

Sujet 10 : « *Oui.* »

Moi : « Alors tu es d'origine anglaise et cela fait combien de temps que tu vis en France ? »

Sujet 10 : « *Ça fait, cela va faire bientôt cinq ans.* »

Moi : « Tu es bilingue depuis toute petite ? »

Sujet 10 : « *Pas du tout. J'ai fait une fac de langue en Angleterre. Donc je suis, j'ai une licence en français et en Espagnol. Pendant ces études j'ai fait une formation... non pas une formation...* »

Moi : « Un stage ? »

Sujet 10 : « *Oui, un stage à Cognac avec des personnes qui avaient un handicap. C'était un peu par hasard que je me suis retrouvée là. Mais c'est là aussi où j'ai rencontré mon ami qui est maintenant devenu mon mari. Puis après je suis revenue après mes études. Donc, je suis revenue en octobre 2013. J'ai travaillé un an avant de commencer.* »

Moi : « Tu as travaillé dans quoi ? »

Sujet 10 : « *Dans des collèges. Je donnais des cours d'anglais en tant que remplaçante. Et dans une école internationale à Bordeaux. Mais c'était difficile à trouver du travail. Donc j'ai décidé de changer d'orientation, et c'est là où j'ai fait ma préparation en 2014. Oui 2013. Non c'est pas ça du tout 2010. 2010, je suis arrivée en France. 2011 j'ai travaillé. 2012 la prépa et puis la formation.* »

Moi : « Tu as choisi le soin c'est par rapport au stage que tu avais réalisé durant tes études de langue ? »

Sujet 10 : « *Oui. J'étais déjà intéressée dans l'humanitaire. Je voulais travailler dans l'international et l'humanitaire. Et puis là je me suis rendue compte que je préférais, préférerai être sur le terrain avec les personnes. Et j'ai aussi, avant de faire mes études, j'avais aussi fait d'autres stages avec les personnes en difficultés.* »

Moi : « *Donc, tu arrives en France, tu fais ton stage, tu repars. Puis tu reviens, tu fais ta préform. Tu réussis le concours et tu es reçue à Saintes. Durant tes études tu as fait des stages dans le domaine de la psychiatrie ?* »

Sujet 10 : « *Alors j'ai fait deux stages en psychiatrie. Un stage en deuxième année de dix semaines dans une clinique privée en psychiatrie et après en troisième année j'ai demandé pour mon stage préprofessionnel à aller en psychiatrie. C'était pas le stage pré prof qu'ils m'ont donné, mais le premier stage de troisième année. J'ai fait étape à Pons.* »

Moi : « *C'est quoi comme structure ?* »

Sujet 10 : « *C'est un établissement thérapeutique pour les adolescents.* »

Moi : « *Donc tu étais en pédopsy ?* »

Sujet 10 : « *C'est un centre de soin étude, ils appellent ça. C'est réintégration scolaire. Ils avaient aussi des appartements thérapeutiques. Oui. Ils avaient quatre appartements et il y avait peut-être cinq adolescents. Ils habitaient pendant la semaine, mais ils rentraient quand même chez eux le week-end.* »

Moi : « *Avant de rentrer à l'école d'infirmière, c'était ton projet de travailler en psy ?* »

Sujet 10 : « *Oui. Je pense quand même, ça m'intéressait plus au début, mais après je suis restée ouverte à d'autres propositions. J'ai travaillé quand même deux mois avant de rentrer en psychiatrie, en EPAD juste pour être sûr de mon choix de la psychiatrie.* »

Moi : « *Donc, c'était ?* »

Sujet 10 : « *Alors je suis à l'hôpital depuis le mois de novembre et j'ai travaillé septembre et octobre.* »

Moi : « *Donc, tu arrives à l'hôpital fin novembre sur le pool de remplacement, c'était ton choix ?* »

Sujet 10 : « *C'était pas mon choix et je regrette pas. Pendant mon entretien d'embauche, j'ai dit enfin je pensais que je serais pas tout, car j'avais jamais fait de stage vraiment à l'hôpital psy, j'ai dit que je pense que je serais plus à l'aise dans un moyen séjour avant de commencer car ça va trop vite, j'aurai le temps de connaître les patients et le fonctionnement du service.* »

J'ai dit aussi que je serais intéressée par la pédopsychiatrie comme j'avais fait ce dernier stage à Pons, mais y avait plus de place en pédopsychiatrie. Puis y avait d'autres embauches en même temps et il savait pas où me mettre. Donc, je pensais que j'allais commencer en admission. C'est ça, avec cette impression là et puis... »

Moi : « Alors le pool de remplacement et ce jusqu'à ? »

Sujet 10 : « *Fin juillet.* »

Moi : « Au cours de cette période-là, tu es passée dans différents services ? »

Sujet 10 : « *Oui. Alors, admission ouverte, moyen séjour fermé, service de pédopsychiatrie.* »

Moi : « Ado ? »

Sujet 10 : « *Oui Ado. Moyen séjour ouvert. J'ai fait une semaine aux urgences psy et j'ai fait un mois chez les psychotiques déficitaires.* »

Moi : « Tu as vu à peu près tous les types de service intra de l'hôpital si ce n'est l'admission fermée ? »

Sujet 10 : « *Oui.* »

Moi : « Aujourd'hui tu as eu une mobilité et tu es en admission ouverte. C'est ton choix ? »

Sujet 10 : « *Oui.* »

Moi : « Alors au cours de ces mois comment cela s'est passé ? »

Sujet 10 : « *En fait on pense que l'on peut remplacer. Je suis allée avec cette idée là qu'on peut remplacer la personne qui est absente. Oui. Et on peut pas, car on a pas toutes les connaissances.* »

Moi : « Tu me dis on mais toi ? »

Sujet 10 : « *Oui. Je... Pendant les premiers mois je voulais... Après quelques mois, je me suis rendue compte qu'on ne pouvait pas remplacer les compétences, les connaissances de la personne que je remplaçais dans le service. Donc, après j'y suis allée avec un autre état d'esprit.* »

Moi : « Si je comprends ce que tu me dis, c'est que tu pensais être totalement opérationnelle ? »

Sujet 10 : « *Oui c'est ça, et c'est pas possible.* »

Moi : « Ça t'as mis en difficulté ? »

Sujet 10 : « *Oui parce que pour moi personnellement. Oui je me disais que j'avais pas les compétences. C'est pour ça aussi que j'ai demandé la mobilité. Sentir que je m'améliore dans les soins.* »

Moi : « Le pool de remplacement c'était trop difficile pour toi ?

Sujet 10 : « *C'était une bonne expérience. Ça m'apprend des capacités d'adaptabilité. J'ai appris et pu rencontrer beaucoup de patients et de personnels aussi. Mais, je me sentais pas le faire pour plus longtemps. Peut-être que j'y retournerai un jour avec plus d'expériences. C'était une bonne expérience, mais on se sent encore élève. C'est peut-être aussi parce que je suis diplômée depuis pas longtemps. C'était quand même un stage à chaque mois.* »

Moi : « Tu avais besoin des autres ? »

Sujet 10 : « *Oui. Oui vraiment des collègues et puis après des autres sur le Sics aussi. Sauf que, on se réunissait moins souvent et y avait plus les apports théoriques dont on a besoin. Je peux pas, oui je voulais les questionner sur leur pratique, leur ressenti dans les services parce qu'aussi en tant que SICS on est... Je pense que dans la plupart des services ils nous intègrent bien dans l'équipe, mais après on a ce statut un peu à part.* »

Moi : « Tu penses que l'école t'as suffisamment préparé pour ta prise de poste ? »

Sujet 10 : « *Pas suffisamment, non. Je pense que la formation est trop générale. Parce qu'on fait très peu d'apports théoriques, vraiment. J'ai appris beaucoup sur le terrain.* »

Moi : « Sur le terrain ? »

Sujet 10 : « *Oui.* »

Silence.

Moi : « Du coup, tu as lu les textes, ça t'a inspiré ? »

Sujet 10 : « *Oui, beaucoup. Je me disais c'est ce qu'on fait. C'est ça.* »

Moi : « Tu t'es vue dedans, c'est ce que tu essaies de me dire ? »

Sujet 10 : « *Oui. Après je me suis dit, c'est peut-être quelqu'un qui a plus d'expérience que moi, j'ai pas encore tous les liens.* »

Moi : « Alors pour te rassurer, il s'agit en fait de discours tenus par différent jeunes soignants comme toi. »

Sujet 10 : « *D'accord donc c'est de différentes personnes.* »

Moi : « Oui et de différents services. »

Sujet 10 : « *A d'accord.* »

Moi : « Et du coup tu m'as dit que tu te retrouvais dedans, tu peux m'en dire plus ? »

Sujet 10 : « *Dans les façons d'apprendre, oui.* »

Moi : « C'est-à-dire ? »

Sujet 10 : « *Qu'on observe les collègues, comment ils font. Oui, je regarde parfois comment ils font dans les situations difficiles, les conflits parce que je ne suis pas très à l'aise dans les situations d'urgences. Je prends plus... Je me mets un peu à part, mais je regarde quand même, j'observe comment ils font dans la situation, comment ils parlent avec le patient. Et aussi, moi, il y avait un texte qui disait qu'ils prennent certaines choses de certaines infirmières, et c'est ça. Faut que ça convienne aussi parce qu'on fait aussi avec sa personnalité.* »

Moi : « Tu fonctionnes comme ça, tu observes et tu te nourris de ça ? »

Sujet 10 : « *Oui. Et puis on questionne les collègues.* »

Moi : « Toi tu questionnes. »

Sujet 10 : « *Oui aussi. Je peux regarder les textes ?* »

Moi : « Oui. Oui. »

Sujet 10 : « *Je voudrai aussi lire un peu plus aussi. Parfois quand je rentre à la maison je regarde dans mes anciens cours.* »

Moi : « Tu lis en anglais ou en français ? »

Sujet 10 : « *En français parce que pour le moment je reste juste dans mes textes que j'ai vu à l'IFSI je ne serai pas...* »

Moi : « Tu relis tes cours ? »

Sujet 10 : « *Oui, parfois. Mais je ne serai pas contre lire. Mais je pense que c'est une autre approche. C'est pour ça je pense que j'essaierais de lire en anglais. Oui je pense aussi à une situation où j'ai été confronté à la violence. Oui la violence parfois, donc j'étais seule avec un patient, j'avais mal compris en fait. Ça m'arrive pas souvent mais j'avais mal compris ce qu'il avait demandé. C'était un patient qui était en pyjama bleu et il voulait remettre sa chemise. Moi, je pensais qu'il voulait changer juste sa chemise de pyjama, parce que c'était, c'était sale. On était allé ensemble dans sa chambre pour aller changer sa chemise et c'est là où je me suis rendue compte qu'il demandait sa chemise euh... »*

Moi : « *Civile. »*

Sujet 10 : « *Oui. Voilà. Et donc là... C'est un patient qui est grand, qui peut être menaçant mais qui a jamais été comme ça avec moi jusqu'à ce moment-là. Oui... Il m'a approché un peu, il a commencé à hausser le ton. J'ai, j'ai eu peur... »*

Moi : « *Tu as eu peur ? »*

Sujet 10 : « *Oui, oui. Vraiment. Et là heureusement il y avait une étudiante qui était à la porte de la chambre qui a été chercher les collègues. Heureusement elle était là. Je ne sais pas s'il aurait vraiment Il aurait passé à l'acte... mais...je me sentais pas à l'aise. »*

Moi : « *Aujourd'hui, tu te remettrais dans ce type de situation ? »*

Sujet 10 : « *Non. Parce que j'ai compris. Depuis cette situation j'arrive à sentir un peu mieux quand le patient commence à monter un peu en tension et avec certains patients, j'y vais jamais seule. »*

Moi : « *Tu n'y vas jamais seule ? »*

Sujet 10 : « *Oui Par manque de connaissances et parce que j'ai repéré des choses. Oui peut-être les deux. C'est aussi selon les collègues qui disent : bien là on va pas seule. Mais c'est des patients qui peuvent être violents. »*

Moi : « *Tu écoutes le discours de tes collègues ? »*

Sujet 10 : « *Oui. Je fais beaucoup confiance à mes collègues et puis je reste pas dans une situation où je me sens pas à l'aise. »*

Moi : « *Tu me parles de feeling ? »*

Sujet 10 : « *Oui un peu. Oui ça commence à venir. Je pense que je commence aussi à voir des choses. Je pense que c'est important en psychiatrie. Je peux pas toujours, encore mette des mots mais je commence à sentir des situations, l'état du patient. »*

Moi : « Tu me parlais des situations que tu as lues, il y en a d'autres dans lesquelles tu te retrouves ? »

Sujet 10 : « *J'en ai eu d'autres. Oui puis on apprend des patients.* »

Silence

Sujet 10 : « *Y a les signes cliniques en parlant avec eux, en les observant on apprend sur la maladie...* »

Silence

Moi : « Tu veux que l'on reprenne l'écrit ? »

Sujet 10 : « *Les lectures c'est ça aussi j'aimerais mais je trouve pas toujours le temps de lire. Mais c'est quelque chose que je me dis, j'aimerais bien lire un peu plus sur certaines choses.* »

Silence

Sujet 10 : « *Cette situation sur la page quatre, j'ai pas vécu cette situation mais je pense que j'ai... je pense quand IFSI ils en parlaient parfois de, enfin ça peut être dangereux d'enlever tous les symptômes de la psychose, donc on peut vite avoir un risque suicidaire si le patient est enlevé de tous ses symptômes. Ah oui, les réunions. Moi, je n'y suis pas encore à cet... J'y assiste mais je ne me sens pas encore de beaucoup parler, participer. Là je suis beaucoup dans l'écoute et je trouve que c'est très intéressant.* »

Moi : « C'est intéressant, ça te sert ? »

Sujet 10 : « *Oui. Toujours, d'avoir des avis différents des collègues et puis y a les médecins, d'autres membres de l'équipe, l'assistante sociale, l'ergothérapeute parfois la psychomotricienne, donc oui parfois ces apports sont intéressants. Je suis toujours dans une phase d'écoute.* »

Moi : « Comme à l'école ? »

Sujet 10 : « *Oui peut-être. Oui.* »

Moi : « T'écoutes et... ? »

Sujet 10 : « *Oui j'écoute, je m'en ressers.* »

Moi : « Dans d'autres situations ? »

Sujet 10 : « *Oui. Et puis ça permet de, je comprends mieux... souvent y a pas toute l'histoire de vie dans les dossiers. Ça aussi ça apporte, particulièrement en moyen séjour. La panoramique et la clinique sont intéressantes car on comprend mieux sur le patient leur histoire de vie, le projet.* »

Moi : « *Là tu te situes sur le patient, mais est-ce que de comprendre le fonctionnement d'un patient ça peut te servir pour une autre prise en charge ?* »

Sujet 10 : « *Oui bien sûr. Quelqu'un, bon quelqu'un qui a la même pathologie après, cela s'exprime pas toujours de la même façon.* »

Silence

Sujet 10 : « *Après y en a une autre qui parlait sur les règles du service. Et c'est vrai qu'il y a des infirmières qui sont très strictes sur les règles, les horaires, sur l'ouverture des portes, c'est à cette heure-ci que vous pouvez aller fumer. Donc là aussi ça dépend peut-être du patient, de la tolérance du patient.* »

Moi : « *Tu le fait ?* »

Sujet 10 : « *Oui, parfois, de quelques minutes.* »

Moi : « *Et tu le fais pourquoi ?* »

Sujet 10 : « *Parce que y a des patients je veux pas que ça aille en conflit.* »

Moi : « *C'est que tu as repéré quelque chose ou c'est que pour éviter un conflit ?* »

Sujet 10 : « *Peut-être les deux pour être honnête. Mais c'est aussi que certains patients, bon qui sont très intolérants à la frustration, alors ça c'est quelque chose que l'on essaye de travailler avec eux, mais bon parfois je pense qu'il ne faut pas les pousser. Faut pas, je pense que c'est pas soignant de les laisser jusqu'au point où ils vont passer à l'acte, c'est pas la peine. C'est pas utile.* »

Moi : « *Tu doses ?* »

Sujet 10 : « *Oui on peut dire, deux minutes. Je demande d'attendre un petit peu mais pas dix minutes avant l'heure.* »

Moi : « *Alors là, la situation où l'équipe prend sa pose, ça t'arrive ?* »

Sujet 10 : « *Non. J'ai jamais eu l'impression de vivre la même chose qu'un collègue a raconté.* »

Moi : « Dans l'équipe vous ne vous racontez pas d'anecdotes ? »

Sujet 10 : « *Non pas beaucoup c'est plus sur les patients qui sont là, qui sont hospitalisés. En admission en tout cas peut-être plus dans d'autres services comme les moyens séjours ou les psychotiques.* »

Moi : « Tu penses que cela pourrait te servir pour te développer ? »

Sujet 10 : « *Oui. Après comme je suis beaucoup dans l'écoute des collègues oui je pense que si je me rendais compte que je vivais quelque chose que l'on m'avait déjà raconté quelque chose un peu pareil, ça m'interpellerait.* »

Silence.

Sujet 10 : « *Après là aussi. C'est bien aussi de faire comme ça. Aujourd'hui je suis plutôt dans le quotidien.* »

Moi : « C'est-à-dire ? »

Sujet 10 : « *Prendre du recul, réfléchir à des patients, comparer les patients, les signes cliniques et en admission, j'y suis depuis pas très longtemps j'ai aussi donc, pour le moment je me concentre sur le fonctionnement du service, sur le quotidien. Mais, après oui c'est la bonne façon d'apprendre et je pense que c'est comme ça que le travail devient enrichissant aussi.* »

Moi : « Tu penses que c'est une seconde étape et que tu n'es pas encore arrivée à ce stade-là ? »

Sujet 10 : « *Oui, un peu enfin pas tout le temps. C'est un peu fatigant. C'est pour ça aussi que la psychiatrie c'est intéressant on est beaucoup dans la réflexion. Je pense que c'est beaucoup de travail intellectuel.* »

Moi : « Tu n'es pas encore arrivée à cette étape ? »

Sujet 10 : « *Non, pas trop. Oui je.* »

Moi : « Tu es plus dans le faire ? »

Sujet 10 : « *Oui pour le moment. Je veux pas me mettre trop de pression non plus. J'essaie d'être opérationnelle, de faire ce qu'il y a à faire dans le quotidien. Une fois que, j'ai pas toutes les choses...* »

Silence

Moi : « Tu es plutôt dans le bureau par exemple à te concentrer sur de l'administratif, le faire pour pouvoir le maîtriser, c'est ça ? »

Sujet 10 : « *Oui. Pour le moment j'essaie d'être opérationnelle dans le service, de maîtriser l'administratif et je pense que j'aurai plus d'espace dans ma tête une fois que se sera maîtrisé pour réfléchir au patient et aux situations.* »

Moi : « Donc là, tu es plus dans la recherche d'une maîtrise organisationnelle du service, du quotidien, la journée, les papiers. »

Sujet 10 : « *Oui c'est ça. Après je fais des soins, des entretiens mais...* »

Silence

Sujet 10 : « *Oui je ne fais peut-être pas encore vraiment un travail de réflexion sur ce que je fais dans mon soin. Ça me fait penser aussi, on fait très peu de, d'analyse de pratique et à l'école on en faisait régulièrement et ça, ça manque. J'ai participé une fois à ***** avec les adolescents et c'était, c'est utile donc on était quatre infirmières avec le psychologue qui connaît pas le patient. Et il avait un autre regard. On a toutes parlé des situations difficiles qu'on avait pu vivre avec le patient, donner toutes notre avis, comment on le prenait en charge. Cette situation ça aide aussi à prendre confiance en sa pratique.* »

Moi : « T'es satisfaite de ta pratique aujourd'hui ? »

Sujet 10 : « *Non, j'ai beaucoup encore à améliorer. Mais je pense que... question difficile. Je pense que je suis bienveillante. Ça me rappelle une phrase qu'on a apprise à l'IFSI : Ne pas nuire. Je pense que je ne suis pas, mais je reste assez...* »

Silence

Moi : « Tu essaies de me dire que tous ce que tu es capable de faire et bien tu le fais, en veillant à ne pas nuire au patient ? »

Sujet 10 : « *Oui je ne prends pas peut-être trop d'initiative parce que je fais attention. Oui, je fais attention.* »

Moi : « Et ça tu le mets en lien avec un manque de connaissances ? »

Sujet 10 : « *Oui un manque de connaissances et je ne veux pas dire manque de confiance mais ça va un peu mieux.* »

Moi : « Est-ce que ce n'est pas intimement lié ? »

Sujet 10 : « *Oui pour moi oui, je pense. Après je pense que ça dépend de chacun mais pour moi, oui. Pour être confiante dans ma pratique j'ai besoin de beaucoup de théorie pour comprendre.* »

Silence.

Moi : « *Donc, tu m'as dit que t'observais, tu comparais, t'adaptais ta pratique en fonction de qui tu étais, ce qui te correspondais.* »

Sujet 10 : « *Oui c'est ça. Et je pensais que j'arrive à être un peu plus cadrant avec les patients. Avant j'avais du mal, parce que c'est ma personnalité, à dire stop, ça suffit. Et quand je voyais d'autres infirmières parler avec eux, je trouvais que c'était un peu...* »

Silence

Sujet 10 : « *Peut-être un peu...* »

Silence

Moi : « *Dure ?* »

Sujet 10 : « *Oui dure, je ne trouve pas d'autre mot, oui. Donc certains je trouvais, et je trouve toujours que certains sont assez durs, après c'est mon ressenti. Mais j'ai vu d'autres infirmiers qui sont plus... et qui sont aussi cadrantes et ça, ça me correspond plus. Oui... Parfois je me sens... La plupart du temps je reste calme aussi mais y avait un patient en admission mais qui n'a pas de maladie psychiatrique mais qui a des troubles du comportement et il peut être violent parfois. Mais parfois on ne sait pas s'il est un peu caractériel. Et une fois je faisais sa toilette, l'accompagner à sa toilette et il m'écoutait plus, il ne voulait pas s'habiller, il s'est mis sur son lit et il gesticulait et il m'a frappé. Donc là j'étais surprise, et là je pense, je me suis dit qu'il a voulu me frapper. Je pense que ce n'était pas un mouvement involontaire. J'étais visée. Là, c'est peut-être la seule fois où vraiment ça m'a mise en colère. Mais je pense que, bon j'ai arrivé à lui dire que je n'acceptais pas, mais j'ai aussi haussé la voix, et c'est quelque chose que je faisais pas. Je pense qu'il fallait le faire parce qu'après, ça s'est mieux passé. Donc ça, ça m'a appris que parfois, ce n'est pas... c'est pas être... Au début aussi quand j'ai commencé en moyen séjour ou avec les psychotiques déficitaires les infirmiers disaient : là il est caractériel. Et moi je me disais que non. Mais c'était plus, c'est aussi bien sur ça... mais que c'était plus la maladie moi je ne pensais pas que les patients pouvaient être, peuvent vouloir être violents contre nous, agressifs. Mais je pense que, oui parfois ils doivent en avoir marre de nous. Et je pense qu'ils peuvent nous... C'est leur façon d'exprimer des choses. Oui alors faire la part entre ce qui est de... des caractériels et ce qui est de la maladie. Là, ça aussi je commence aussi à voir un peu plus.* »

Moi : « Avoir ou à y voir ? »

Sujet 10 : « *A y voir. Oui à comprendre un peu mieux. Donc ça aussi c'est dans le ressenti.* »

Moi : « C'est ton vécu avec les patients qui te permet de... »

Sujet 10 : « *Oui.* »

Silence

Moi : « C'est ton vécu ou les patients ? »

Sujet 10 : « *Oui ils nous apprennent sur soi aussi. Parce qu'ils nous mettent dans des situations qui ne sont pas toujours simples et pas du quotidien. Donc après ils nous apprennent sur soi.* »

Moi : « Pour résumer un peu, au cours de cette année ? »

Sujet 10 : « *J'ai appris pleins de choses. J'ai appris sur moi. J'ai appris beaucoup sur les manifestations cliniques, des maladies que j'avais pas vues... enfin en théorie à l'IFSI mais que j'avais pas vu. Surtout chez les patients psychotiques parce que dans mes stages j'étais avec des névrotiques avec des troubles dépressifs mais pas de psychotiques.* »

Silence

Sujet 10 : « *Et puis sur moi j'ai appris beaucoup, que je peux rester calme mais aussi... Je peux aussi... Je suis capable d'être aussi cadrante de patient. Et j'étais pas sûr de pouvoir le faire.* »

Moi : « Et pour apprendre tout ça tu t'es servi de quel outil pour en arriver là où tu en es aujourd'hui ? »

Sujet 10 : « *L'observation beaucoup, oui l'observation, l'écoute, la lecture quand je peux. En fait, je lis beaucoup sur les thérapeutiques en fait.* »

Moi : « Sur les médicaments ? »

Sujet 10 : « *Oui parce que c'est quelque chose que je peux faire rapidement quand je rentre à la maison. Alors aux collègues aussi je pose des questions aux médecins ou aux collègues infirmiers, des réunions et puis seule et en analyse de pratique. Je pense que parler sur sa pratique c'est la base. C'est comme ça qu'on apprend beaucoup. J'ai eu une formation sur..., mais ce n'était pas vraiment du tutorat mais plus sur le fonctionnement de l'hôpital, l'histoire de la psychiatrie.* »

Moi « Tu as demandé des formations pour l'année prochaine ? »

Sujet 10 : « *Oui. Je voudrais faire la formation sur la psychopathologie parce que je voudrais approfondir ce que j'ai appris en IFSI et après avoir eu un peu plus d'expérience je pense que ça va peut-être plus me parler. Je vais pouvoir peut-être plus mémoriser.* »

Moi : « Tu me dis enregistrer en même temps tu fais des mouvements de tête tu veux dire quoi exactement ? »

Sujet 10 : « *Oui des patients, ce que j'ai pas pu faire à l'IFSI mais maintenant j'ai des exemples en tête et ça aide pour mémoriser les signes cliniques. Oui on peut imaginer un patient, ça c'est aussi comme ça que j'apprends* »

Moi : « Tu mémorises, t'as un patient en tête et du coup quand t'es face à un autre patient ? »

Sujet 10 : « *Et bien ça peut rappeler. Ça te le rappelle.* »

Moi : « Est-ce que tu testes ta pratique ? »

Sujet 10 : « *Oui peut-être dans les entretiens.* »

Moi : « Tu as été formé pour les entretiens ? »

Sujet 10 : « *Non. J'ai une trame qui m'a été donnée par un collègue. Pour les entretiens d'accueil je reste assez fidèle sur l'histoire de vie, les antécédents, pourquoi ils sont là.* »

Moi : « Et les autres entretiens ? Tu es en difficultés ? »

Sujet 10 : « *Oui parfois j'arrive pas à mettre la personne en face de la réalité. Et c'est là aussi ou je fais toujours attention. Et je reste assez humble aussi. Je suis assez jeune sans énormément d'expérience. Et là c'est des patients avec une longue histoire de vie, une histoire de vie qui est compliquée. Donc oui je suis pas toujours sur de comment mener l'entretien. Dans les entretiens je reste aussi beaucoup dans l'écoute. En fait, je... Hier par exemple j'étais en entretien avec un patient qui est très isolé, je lui proposais d'envisager sa sortie bien qu'aujourd'hui on n'y est pas. C'est pas envisageable. Qu'y trouve des activités à l'extérieur par exemple, rencontrer des personnes, de proposer... de donner des idées... oui et pour certaines personnes ils ont besoin oui de, d'être mis face à la réalité et tu peux pas.* »

Moi : Tu ne peux pas, c'est que tu ne sais pas faire ? »

Sujet 10 : « *Oui je ne sais pas faire et je veux faire... sans être trop brutale...* »

Silence.

Moi : « Est-ce que tu souhaites rajouter quelque chose ? »

Silence.

Moi : « Oui non ? J'arrête. »

Entretien Sujet 11

Moi : « Est-ce que tu peux me dire qui tu es ? »

Infirmier 11 : « *J'ai passé mon Bac à 18 ans et j'ai eu mon concours infirmier dès la terminale et je suis diplômée infirmière depuis mars 2016. J'ai fait tout directement.* »

Moi : « Tu es toute jeune ? »

Infirmier 11 : « *Oui parce que j'ai 22 ans.* »

Moi : « Cela fait combien de temps que tu travailles sur l'hôpital ? »

Infirmier 11 : « *Depuis le 25 avril 2016 et j'ai commencé sur cette unité. Alors du coup s'était mon projet la psychiatrie donc j'ai attendu qu'une place se libère. En attendant j'ai fait de l'intérim. J'en ai fait deux semaines.* »

Moi : « Tu avais fait des stages en psychiatrie pendant tes études. »

Infirmier 11 : « *Oui, j'en avais fait trois. Premier stage en lieu de vie où les patients vivent en communauté et ils gèrent le jardin, les animaux. Ils s'occupent et aident pour les repas par exemple.* »

Moi : « Les patients sont stabilisés ? »

Infirmier 11 : « *Oui et c'est sympa pour une première approche en psychiatrie. J'avais 18 ans alors j'appréhendais vraiment la psychiatrie. Alors qu'au final j'ai adoré ce stage. Après j'ai été dans un pavillon de moyen séjour, là à côté. Donc là pareil super stage des bons encadrants. La patho me plaisait même s'il y avait beaucoup de travail et que c'était assez prenant et bien c'était vraiment intéressant. Et, mon dernier stage, c'était mon pré-prof et c'était en pédo-psy avec des adolescents avec des difficultés plutôt sociales et scolaires.* »

Moi : « Alors, j'ai une question à te poser. »

Infirmier 11 : « *Oui.* »

Moi : « Quel est selon toi le rôle du cadre de santé auprès des nouveaux arrivants ? »

Infirmier 11 : « *Le cadre de santé se doit d'accueillir les nouveaux arrivants, de présenter la structure, de définir le boulot.* »

Moi : « Comment tu l'as vécu cette période ? »

Infirmier 11 : « *Alors la cadre-là, bien elle est arrivée après moi, en fait.* »

Moi : « *Oui je comprends, mais quand tu es arrivée il y avait un autre cadre dans l'unité ? Comment ou plutôt qu'à t'elle fait pour toi ?* »

Infirmier 11 : « *Avant... Alors quand je suis arrivée... Elle m'a présentée la structure, elle m'a expliqué les pathologies donc j'avais bien aimé. Après elle m'avait envoyé sur une journée avec les étudiants infirmiers qui venaient. Bon alors ça c'était intéressant dans le sens que la cadre qui nous accueillait, montrait les locaux. Mais bon j'étais mêlée avec les étudiants au début, c'était plutôt moyen. En plus, j'étais avec des étudiants de mon service aussi, donc bon... Au début pour prendre sa place, bien c'était pas facile. C'était moyen au début après au final elle m'a quand même bien aiguillée.* »

Moi : « *C'est-à-dire bien aiguillé, qu'est-ce qu'elle a fait ?* »

Infirmier 1 : « *Du coup elle m'a dit les pathologies, combien ils recevaient de patients, comment fonctionnait l'unité parce qu'en fait par rapport à tous mes stages cela n'avait rien à voir. Il a fallu que j'apprenne sur le tas avec mes collègues. Oui ils m'ont aidée parce qu'il a fallu que j'apprenne car j'avais jamais fait du service d'entrée. Donc ça, elle me l'avait plutôt bien expliqué. Puis après, j'ai été encadré trois jours par mes collègues.* »

Moi : « *Donc si je comprends bien, à ton arrivée, on t'a présenté les personnes, la structure, l'organisation...* »

Infirmier 11 : « *Oui puis elle m'a donné quelques renseignements, enfin une documentation par exemple, le livret d'accueil du patient pour que je sache quand même ce que je donnais au patient quand il arrivait. Des choses comme ça.* »

Moi : « *Et après, tu étais avec l'équipe, et est-ce que tu as noté des différences entre elle et eux ?* »

Infirmier 11 : « *Alors j'ai été un peu doublé mais après c'est pas le même rôle, c'est pas la même chose. Mes collègues, je travaille toujours avec eux parce qu'on est deux du matin et deux du soir forcément. J'ai des binômes mais j'ai été... comment te dire... C'est pas le même apprentissage parce qu'elles sont sur le terrain et c'est elles qui m'ont montrées comment faire l'entrée d'un patient, comment utiliser le logiciel informatique, comment gérer les permissions, les médecins... Donc le cadre, c'est pas forcément, enfin elle sait comment ça marche mais elle ne me l'a pas expliquée.* »

Moi : « *Alors qui fait quoi ?* »

Infirmier 11 : « *Avec le cadre et les équipes ? C'est varié. Le cadre il coordonne notre équipe. C'est lui qui fait nos plannings. C'est lui qui va gérer le flux d'entrée, de transferts en fonction de nous aussi de ce qu'on lui rapporte sur notre journée.* »

Moi : « Mais toi, ma question c'est par rapport à toi pas par rapport à l'équipe ? Toi, quand tu es arrivée dans le service d'après toi, qu'a-t-il fait par rapport à toi ? »

Infirmier 11 : « *J'ai senti que j'étais attendue, j'ai senti que j'étais bien euh bien, c'était bien... Plutôt bien accueillie que ce soit par la cadre ou par l'équipe.* »

Moi : « Tu es arrivée l'année dernière, tu t'es développée, non ? »

Infirmier 11 : « *Oui. Du coup j'en apprend tous les jours car il y a pleins de pathologies et du coup ça m'a fait apprendre plus de choses. En plus quand on sort de l'école on n'a pas la science infuse, au contraire. Il y a plein de choses qu'on ne sait pas parce qu'on sort de l'IFSI. C'est comme ça, c'est fait comme ça. Et du coup au niveau de la pratique... Mais après j'ai appris beaucoup de choses au niveau de l'organisation, au niveau de l'équipe pluridisciplinaire, oui travailler avec les médecins, les aides-soignants, les ASH, les psychologues, les diététiciens.* »

Moi : « Donc c'est l'équipe pluridisciplinaire qui te permet d'apprendre ? »

Infirmier 11 : « *Euh entre autres et puis surtout il y a les patients en fonction de leur profil, de leur histoire de vie, on s'adapte en fonction d'eux.* »

Moi : « Donc tu as l'équipe. »

Infirmier 11 : « *Oui.* »

Moi : « Et le cadre, là-dedans est-ce que tu penses qu'il a joué un rôle ? »

Infirmier 11 : « *Oui quand même parce que c'est lui qui coordonne tout. Je ne sais pas, c'est compliqué. Au final quand j'ai des difficultés je sais bien... si mes collègues ne sont pas disponibles sur le moment je peux très bien aller la voir, ou l'appeler tout simplement, la cadre. Enfin, j'oserai même si je suis jeune et toute nouvelle. C'est que si j'ai besoin de conseils ou de me reposer sur quelqu'un, je sais que voilà il y a toujours quelqu'un.* »

Moi : « Et si tu avais un cadre, c'est une hypothèse, qui ne connaissait pas du tout le monde de la psychiatrie ? »

Infirmier 11 : « *Alors là je pense que ce serait l'inverse. C'est nous qui lui apprendrions. Je ne sais pas je n'ai pas eu le cas.* »

Moi : « Et dans tes représentations, de quoi aurais tu besoin, qu'est-ce que tu aurais souhaité de sa part ? Ou plutôt, pour ton développement que souhaiterais-tu qu'un cadre de santé face ? »

Infirmier 11 : « *Qu'on me donne de la documentation sur la pathologie cela m'a quand même rassurée parce que je pouvais potasser chez moi et donc connaître un peu plus. Ça, cela m'a bien aidé. Être doublé un peu plus longtemps après ça c'est indépendant de la part du cadre. C'est comme ça. Parce que c'est vrai qu'être doublé, enfin j'étais avec une infirmière et elle montrait tout. Et lorsqu'on est lâché le lendemain et que l'on a une entrée à faire et que l'on ne l'a jamais fait. C'est compliqué, j'y ai passé du temps. J'ai passé plus d'une heure. Maintenant ça va mais au début, un service comme ça, c'est compliqué. J'aurai besoin de formation mais ça c'est prévu. J'ai rien qui me vient.* »

Moi : « *Là tu penses que le cadre il a juste un rôle en fait d'accueil, de présentation du service et donner quelques docs et puis ?* »

Infirmier 11 : « *Etre dispo si besoin. Je ne sais pas.* »

Moi : « *Là tu m'as décrit le rôle du cadre à ton arrivée mais moi je suppose que tu continues à apprendre donc je me demande si ce cadre n'a pas encore un rôle dans cette continuité. Qu'en penses-tu ?* »

Infirmier 11 : « *C'est compliqué de répondre. Le cadre il est toujours là pour nous et pour nous épauler. Le cadre, il a aussi un rôle stabilisant dans le sens où il coordonne tout. Il gère tout de ce que l'on ne voit pas au final. Il a quand même des grandes responsabilités et je ne lui envie pas sa place.* »

Moi : « *Alors son utilité quelle est-elle pour ton développement ? Elle se situe où pour toi ?* »

Infirmier 11 : « *Et bien l'année dernière, j'ai eu un bilan par rapport à ma première année. Donc ça c'est important parce que ça permet de faire un point. Savoir comment on est perçu parce qu'après on ne se rend pas forcément compte de ce que l'on dégagé, de ce qu'on... Et puis il y a ce qu'elle nous propose d'améliorer, des choses comme ça. Ça c'est bien parce que cela permet de savoir où on en est.* »

Moi : « *T'as eu qu'une évaluation ?* »

Infirmier 11 : « *Oui.* »

Moi : « *C'est quelque chose qui t'a satisfaite ?* »

Infirmier 11 : « *Oui. C'était bien. Et puis j'étais arrivée que depuis avril et je l'ai eu en septembre. Après je crois que c'est une tous les ans. Après je pense que cela dépend des personnes parce que je pense que, si j'ai vraiment besoin qu'elle me rebooste, qu'elle me dise parce que voilà je ne sais pas où je me situe, qu'est-ce que tu me dire pour que je puisse m'améliorer ? ...* »

Moi : « T'attends que le cadre soit disponible, si besoin quand tu es en difficulté, c'est ce que tu essaie de me dire ? »

Infirmier 11 : « *Oui.* »

Moi : « Et l'équipe, c'est différent ou pareil ? »

Infirmier 11 : « *Après ce ne sera pas la même. Le cadre nous voit, mais bon il ne nous voit pas tous les jours comme les collègues qui vivent la même chose que nous. Donc les collègues pourront me rassurer parfois, après ça dépend des affinités que l'on a avec chacun. Elles peuvent me réassurer, me booster, passer le relais : tu accumules trop de choses donc passes le relais. Tu donnes trop de choses. C'est pas la même chose. Cela ne se situe pas au même degré. Je ne sais pas comment expliquer... Mais du coup la cadre elle, nous voit de l'extérieur alors que nous avec les collègues, c'est dans le même bateau.* »

Moi : « Vous vivez les mêmes choses. »

Infirmier 11 : « *Oui. C'est plus dans ce sens-là.* »

Moi : « Il y a une différence de niveau dans ce que tu dis. Le cadre qui est là pour rassurer, qui est au-dessus, d'aiguiller si besoin et l'équipe c'est au jour le jour, dans le quotidien, c'est plus dans l'échange, dans l'interactivité ? »

Infirmier 11 : « C'est exactement ça. »

Moi : « Est-ce que tu as ressentie des difficultés par rapport à ta formation ? »

Infirmier 11 : « *Du coup récemment, on a eu avec une collègue qui est jeune diplômée comme moi un week-end où il y a eu deux suicides de patients. On a eu la famille au final au téléphone, alors chacune une famille. Et bien on a été en difficulté dans le sens, pas parce qu'on était proche du patient, ce n'était pas cette proximité-là. C'est l'acte en lui-même qui nous a dérouterées. On connaissait ces patients un peu, parce qu'ils avaient été hospitalisés chez nous. C'est le fait d'avoir la famille au téléphone et de se sentir démunis par rapport ... On ne savait pas dire sur le coup. Bon après, on a eu la cadre qui était là. Après j'étais même en repos elle m'a appelé chez moi. J'ai mes collègues qui m'ont envoyé des messages aussi parce que c'est vrai que sur le coup, c'était un petit peu dérouterant. Et en plus comment on peut réagir à des situations comme ça pour lesquelles on n'a pas été formé, pour lesquelles il n'y a pas de formation sur ça. On n'a pas de choses types, à dire, à faire. C'est un peu dérouterant. Après on nous a dit que l'on s'en était pas trop mal sorti au final. C'est plus ça, récemment qui m'a mise en difficulté. C'était là au mois de janvier.* »

Moi : « Oui, c'est récent. »

Infirmier 11 : « *Oui.* »

Moi : « Du coup tu attends du cadre une réassurance ? »

Infirmier 11 : « *Oui. Mais il n'est pas tout le temps disponible non plus mais on sait qu'on peut l'appeler. Et puis on connaît ses horaires donc... Et puis il y a son bureau qui n'est pas loin.* »

Moi : « Est-ce que je peux traduire cela par de la bienveillance ? »

Infirmier 11 : « *Oui je pense qu'on peut le dire. Mais c'est pas forcément auprès de moi ou des nouveaux arrivants, c'est auprès de toute l'équipe. Et puis mes collègues vis-à-vis de moi aussi. C'est pareil. C'est de la bienveillance, c'est de l'entraide, C'est de la collaboration au final dans l'équipe.* »

Moi : « Et pour ton développement ? »

Infirmier 11 : « *Ça me rassure, et puis maintenant je suis bien intégrée dans l'équipe. Au début je suis un peu timide de base donc j'avais un petit peu peur, j'appréhendais. Et puis je connaissais pas du tout l'équipe, le service oui je ne connaissais personne mais oui la réassurance, la collaboration et le fait d'avoir de l'entraide aussi.* »

Moi : « As-tu quelque chose à ajouter ? »

Infirmier 11 : « *Très bonne question. Alors je dirai peut-être avoir des choses types comme pour moi pour ma situation. Oui, qu'elles donnent, qu'elles permettent que je sois un peu plus aguerrie au début, elles nous arment.* »

Moi : « Des armes. »

Infirmier 11 : « *Des formations dès le début.* »

Moi : « Tu crois que ce serait utile ? »

Infirmier 1 : « *Oui je pense que cela pourrait aider. Moi j'en ai eu une c'est l'informatique, ça aide mais bon...* »

Moi : « Et les médecins ? »

Infirmier 11 : « *Le médecin, il était venu nous voir, c'était son rôle de venir voir l'équipe. Et puis il y a une réunion qui est prévue pour parler de ça.* »

Moi : « Est-ce que tu penses qu'ils ont un rôle aussi dans le développement. »

Infirmier 11 : « *Oui parce que j'apprends avec eux. Je sais que si j'ai des questions je peux les poser.* »

Moi : « As-tu quelque chose que tu souhaiterais aborder ? »

Infirmier 11 : « *Non.* »

Entretien Sujet 12

Infirmier 12 : « *Je suis infirmier diplômé depuis juillet 2016. Sinon, avant j'ai travaillé comme ASH sur ce même établissement et je faisais partie du pool de remplacement ce qui m'a permis de connaître tout l'établissement. Sinon avant ça, j'étais en fac de bio avant et j'ai fait un bac S.* »

Moi : « Tu as fait des stages en psychiatrie ? »

Infirmier 12 : « *Oui, sur mes deux derniers stages. Et je les ai faits ici.* »

Moi : « Donc tu connais toute l'institution ? »

Infirmier 12 : « *Oui.* »

Moi : « Quel est selon toi le rôle du cadre de santé ? »

Infirmier 12 : « *Donc moi je pense que le cadre de santé, son rôle, c'est tout d'abord accueillir le nouvel arrivant. Très souvent on a un rendez-vous avant pour pouvoir discuter du planning, rencontrer l'équipe, qu'il précise l'organisation du service, le faire visiter aussi. Ça permet d'avoir un premier lien, de donner un lien avec le lieu où tu travailles. Ce lien il permet aussi d'aider, euh de rencontrer l'équipe. Enfin ça aide pour l'intégration au sein de l'équipe. Alors pour moi à mon arrivée, c'était un peu particulier parce que je connaissais déjà le service et une bonne partie de l'équipe soignante et médicale. Alors c'est sûr que l'intégration s'est faite plus facilement.* »

Moi : « Et si tu avais postulé ailleurs ? »

Infirmier 12 : « *J'aurai eu une première approche, une première présentation par le cadre de santé et ensuite un accompagnement sur la première transmission.* »

Moi : « Quand tu parles d'accompagnement qu'est-ce que tu veux dire ? »

Infirmier 2 : « *Juste une présentation devant l'équipe.* »

Moi : « Et après ? »

Infirmier 12 : « *Après, c'est sur un temps plus long. Il regarde si l'intégration se fait, si elle est bonne, s'il y a des difficultés, enfin il regarde et veille à ça comme ça, si par hasard, il y a une difficulté et bien il va venir pour éviter que cela s'envenime. C'est social en fait, il régule les humains.* »

Moi : « Et au-delà de ça ? »

Infirmier 12 : « *Après il n'a pas d'étiquette différente de l'équipe. Oui que cela soit sur l'administratif, l'organisation... Moi je me suis tourné vers le cadre ou encore vers l'équipe, oui la première personne en fait que j'avais sous la main pour poser une question. Après j'apprends, donc poser des questions et bien cela me permet d'apprendre, de comprendre.* »

Moi : « Tu apprends qu'en questionnant ? »

Infirmier 12 : « *Alors vis-à-vis du cadre de santé oui. Je le questionne. Avec l'équipe je dirais que c'est différent. Je les observe, on jette toujours un coup d'œil aux collègues. On regarde comment ils fonctionnent. Et puis on apprend aussi sur les possibilités de gérer des situations et puis de s'organiser dans son travail pour être plus efficace.* »

Moi : « *Cela passe par l'observation ?* »

Infirmier 12 : « *Oui. Après tout me plaisait ou me plait pas forcément. Mais après c'est à nous en fonction d'évoluer dans le milieu de prendre un petit peu ce qui nous semble le plus efficace et qui nous semble le mieux par rapport à ce qu'on est.* »

Moi : « Tu parles au pluriel ? »

Infirmier 12 : « *Oui. Moi je fonctionne comme ça, mais pour discuter avec mes collègues qui sont comme moi et bien ils font pareil que moi.* »

Moi : « *Donc t' observes ?* »

Infirmier 12 : « *Oui, et j'essaie de faire pareil.* »

Moi : « *Et du coup pour la clinique ?* »

Infirmier 12 : « *Alors sur le plan clinique et bien on a des présentations cliniques toutes les semaines faites par les médecins qui sont très intéressantes. Enfin moi je trouve que ça m'apporte beaucoup. Ça me permet d'apprendre, d'enrichir mes connaissances et ma pratique. En plus, c'est un lieu qui permet d'échanger avec les collègues et du coup j'apprends aussi d'eux, de leur expérience. Et puis j'observe aussi beaucoup les patients y a que comme ça qu'on apprend et que je construis mon bagage professionnel. Après concernant l'équipe, pour moi c'est un soutien indispensable, oui c'est ça. S'il n'avait pas été là...* »

Moi : « *Indispensable ?* »

Infirmier 12 : « *Oui, et puis ils me l'ont bien rendu car s'il ne me l'avaient pas rendu j'arriverais avec la boule au ventre. Et puis je me sens à l'aise, et le retour de mes collègues me rend à l'aise.* »

Moi : « Attend par rendu, de quoi tu parles ? »

Infirmier 12 : « *La reconnaissance après le soutien, l'aide qu'ils m'ont apporté et qui m'a aidé à apprendre et prendre en charge et que maintenant ils me reconnaissent cette capacité à prendre en charge. Et puis on s'entend bien et on a les mêmes objectifs pour les patients. Enfin en tous les cas ce soutien, oui et il est toujours présent. Ils sont là. Ils sont bienveillants.* »

Moi : « Et le cadre ? »

Infirmier 12 : « *Lui aussi on peut le dire il est présent par rapport à cette bienveillance mais c'est pas tout à fait pareil. Lui il s'assure de cette bienveillance. J'ai eu le temps de discuter avec un cadre après un temps d'observation et de découverte du service. A ce moment elle m'a demandé si tout se passerait bien des choses particulières avec les patients, mais aussi avec les collègues. Donc je pense qu'elle s'assurait que j'allais bien. Elle était bienveillante mais je pense qu'elle s'assure que l'équipe elle aussi était bienveillante. Il y a deux niveaux.* »

Moi : « Deux niveaux, comment ça ? »

Infirmier 12 : « *Oui, c'est ça il y a l'équipe qui m'accompagne et qui est bienveillante avec moi alors que le cadre lui il s'assure que tout roule mais il est bienveillant aussi du coup. Il regarde plus la cohésion d'équipe, l'entente. Tu vois, ce jour-là de notre rencontre, elle voulait savoir comment j'allais, si je me sentais bien au sein de l'équipe, si tout se passait bien et si l'équipe m'aidait. Après elle m'a fait part aussi de ce qu'elle ressentait... Enfin c'était plus en lien avec ce qu'elle avait pu observer.* »

Moi : « Ça t'as servi cette rencontre ? »

Infirmier 12 : « *Oui, ça m'a servi, parce qu'après cette rencontre m'a servi en termes de réassurance. Oui elle m'a rassuré sur qui j'étais, enfin par rapport à mon travail, elle m'a renvoyé que j'avais évolué. Et ça c'était important pour moi. J'avais beaucoup d'appréhension à mon arrivée, par rapport au nombre de personnes à prendre en charge et puis par rapport au peu de connaissances que j'avais. J'avais vraiment besoin de l'équipe. Oui de l'appui de l'équipe pour me sentir rassuré et travailler plus sereinement, je dirais.* »

Moi : « Soutenu ou réassuré ? »

Infirmier 12 : « *Soutenu et réassuré je pense, parce qu'il m'arrivait de poser des questions où j'avais entre guillemets la réponse, mais j'avais besoin d'entendre d'un collègue la réponse pour qu'il n'y ait pas de soucis. Après c'était en fonction de la situation. Parfois c'était en amont pour comprendre, savoir ce que je devais faire et d'autres fois les questions c'étaient après, toujours pour comprendre ce qui c'était passé. En plus ne connaissant pas les patients*

ou plutôt par rapport aux situations d'agitation. C'est vraiment rassurant, enfin pour moi, de comprendre, d'avoir des informations pour savoir, pour pouvoir agir. »

Moi : « Alors si on reprend ma première question, selon toi, le rôle du cadre par rapport à toi ? »

Infirmier 12 : « *un accueil, un soutien et une réassurance. Après c'est un peu biaisé parce que je connaissais quand même le fonctionnement du service, une partie de l'équipe et du coup y avait beaucoup de questions où j'avais déjà les réponses alors je me suis focalisé sur des choses précises comme le soin, la clinique. »*

Moi : « Et si demain tu changes d'établissement, de service d'après toi de quoi aurais-tu besoin ? »

Infirmier 12 : « *Un accueil, un soutien une réassurance, me présenter l'institution pour que je puisse utiliser les outils le plus vite possible. En fait il a plus un rôle social. »*

Moi : « Un rôle social ? »

Infirmier 12 : « *Oui me présenter. Après mon besoin, c'est surtout pouvoir discuter avec le cadre si j'ai besoin. Oui qu'il soit disponible. »*

Moi : « Alors si je reprends un peu tout ce que tu m'as dit le cadre pour toi il a un rôle socialisant, il doit être disponible, il doit être bienveillant et rassurant et après tu m'as parlé de l'équipe. »

Infirmier 2 : « *Oui c'est exactement ça. »*

Moi : « Alors concernant l'équipe, elle aussi est bienveillante, elle répond à tes demandes ou besoins ce qui te permet de comprendre... »

Infirmier 12 : « *Oui en plus l'équipe est beaucoup plus présente et puis on travaille ensemble avec les horaires, le cadre de santé et bien il n'est pas forcément là. Alors je me réfère aux collègues. »*

Moi : « Quand tu me parles d'équipe, il y a qui dans l'équipe ? »

Infirmier 12 : « *Alors les ASH, les aides-soignants, les infirmiers, les médecins aussi, car cela leur arrive de rester tard le soir. »*

Moi : « Les médecins ? »

Infirmier 12 : « *Ils me servent beaucoup sur le plan clinique. Ils répondent aux questions aussi et puis il y a des réunions cliniques qui sont très riches. »*

Moi : « Et est-ce que tu as d'autres collègues qui sont jeunes diplômés comme toi, avec qui tu échanges ? »

Infirmier 12 : « *Oui bien sûr. J'ai certains collègues pour qui ça c'est peut-être un peu moins bien passé. Oui qui ne se sentaient pas valorisés alors il y avait un lien avec le contrat de travail, les aprioris par rapport à leur cursus.* »

Moi : « Est-ce que le diplôme prépare au métier ? »

Infirmier 12 : « *Non. Je pense que la formation m'a apporté des connaissances. Oui, pour comprendre des choses ou quoi... Mais elle ne m'a pas du tout préparé à prendre mon poste le jour J et encore moins dans un service... à exercer en psychiatrie et puis à prendre en charge un tel nombre de patients.* »

Moi : « Un service en psychiatrie ou partout ? »

Infirmier 12 : « Dans tous les services. »

Moi : « Pourquoi ? »

Infirmier 12 : « *Et bien les services se spécialisent aujourd'hui. Du coup, on a des connaissances mais très larges et on n'est pas spécialisé dans tel ou tel domaine. J'apprends mon métier sur le terrain. Et même il y a beaucoup de choses quand on est à l'école et que l'on est en stage qu'on fait et les diplômés vont te dire : ne le fait pas car ça prend du temps et que d'un point de vue de l'organisation on ne peut pas.* »

Moi : « Est-ce que tu aurais autre chose à ajouter ? »

Infirmier 12 : « *Ce qui manque mais je sais que ce n'est pas possible, c'est d'être avec un ancien.* »

Moi : « Être doublé ? »

Infirmier 12 : « *Oui exactement. Avec nous, qu'il nous montre, qu'il partage, un pilier. Oui un pilier qui nous accompagne, nous guide. Oui, qui partage avec nous ce qu'il a appris, ce qu'il sait pour ne pas être mal et puis cela permettrait d'apprendre plus vite alors que là c'est un apprentissage chronophage. C'est long. Après oui il y a des formations mais faut attendre alors que la plupart des choses pourraient être apprises rapidement grâce à un collègue qui a des années d'expériences.* »

Moi : « Tu emploies le terme apprentissage comment t'apprends alors ? »

Infirmier 12 : « *Premièrement ; temps phase d'observation des collègues puis après on teste. Oui on se tente et après on peut en rediscuter avec les collègues pour essayer de comprendre, d'analyser d'apprendre de ce qui s'est passé dans la situation. »*

Moi : « Tu me parles d'apprentissage par essai-erreur ? »

Infirmier 12 : « *Oui. C'est ça. Et puis il y a toujours des moments où on fait des erreurs. Mais c'est important d'apprendre de cette erreur. Il faut comprendre pour ne pas la refaire et l'équipe est là. »*

Moi : « As-tu d'autre chose à ajouter par rapport à la question que je t'ai posé en début d'entretien ? »

Infirmier 12 : « *Non je crois que j'ai fait le tour. »*

Annexe 9 : Identification des différentes figures de tiers (ou passeurs) dans le discours des sujets

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 1	397
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 1.....	398
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 2	399
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 2.....	400
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 3	401
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 3.....	402
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 4	403
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 4.....	404
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 5	405
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 5.....	406
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 6	407
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 6.....	408
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 7	409
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 7.....	410
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 8	411
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 8.....	412
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 9	413
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 9.....	414
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 10	415
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 10.....	416
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 11	417
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 11.....	418
Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 12	419
Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 12.....	420

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 1

Sujet 1				
Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le cadre de santé		« Aide... lors de gestion de situation »		« Je l'observe elle, dans ces situations et quand elle-même est en prise avec des situations » (<i>expérience psy</i>)
Le psychologue			« cela nous permet des choses que l'on ne repère pas... quand on est au travail »	
Le patient		« on est plus dans l'échange, ils nous livrent plus de choses »	« moi j'adapte par rapport à la connaissance du patient... parfois ça marche... ça marche pas »	
Un soignant		« Tu en rediscutes avec ta collègue ? » « Oui des fois »		« j'observe la pratique de ma collègue et j'essaye de suivre son raisonnement »
Un groupe de soignant		J'ai 2 collègues, on échange beaucoup » (<i>expérience psy</i>)	« Pour prendre du recul... je leur demande comment elles auraient fait » « c'est beaucoup moins facile »	« J'étais avec des infirmiers psy... j'ai aimé cette pratique je m'en suis inspirée » « j'ai peut-être appris moins de choses car l'équipe est plus jeune »

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 1

Sujet 1		
Tiers Matériels ou Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Communauté Facebook		« Je consulte les lectures mise en ligne ... J'ai repris mes cours, internet »
Institution / Règles	« C'est plus qu'important. On apprend beaucoup de chose »	
Les anecdotes		« Beaucoup sur la pratique »
Réunion	« Il y a les réunions »	
Formation continue	« Cela m'a servi »	
La symptomatologie		« Les symptômes évoques par les patients »
Stages	« j'ai beaucoup appris quand j'étais en stage »	
Le service	« l'admission c'est plus enrichissant... au niveau psychopatho, symptomatologie... »	
		« Il y a les lectures... sur la gestion de la violence »
Les situations		« Cela parle de la pratique professionnelle en lien avec l'expérience. Des situations qui ont pu mette en difficultés, ou pas spécialement parce qu'après, ils parlent plus de l'enrichissement... alors il y a des choses ou j'étais plutôt d'accord et d'autres un peu moins »

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 2

Sujet 2				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le cadre de santé		« Il est personne ressource plus, plus. »	« Il est là quand j'ai des questions »	<i>Expérience psy</i>
Le médecin		« Ils sont ressources, ça c'est clair »		« Après que je sois au clair avec ce qu'ils font... »
Le patient	« Il fallait qu'elle me dise oui, ce qu'elle attendait de moi »	« j'ai écouté... et il m'apprends...ça me rassure »	« ils nous renvoient des choses »	
Un soignant		Un collègue ressource et on a pris un temps en isolement... il m'a tout montré... il m'rassuré »		
Un groupe de soignant		« Je leurs pose des questions »	« quand je suis en difficultés... je viens en parler...pour qu'ils m'aiguillent »	« je compare les infirmiers »
Nouveaux diplômés		« ... pour qu'on se soutiennent »		« qu'on échange nos ressentis, nos expériences... »

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 2

Sujet 2		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Institution / Règles		« aller fumer une clope avec le patient dans le patio »
Moment informel		« on va prendre une pause... bien moi je dis non... »
Les anecdotes		« on va parler des patients... avec plus de légèreté... ça me dérange »
Les pratiques		« Je me nourris des collègues sur ce qu'ils font de bien » « c'est pas garder ce qu'ils font de mal »
Réunion	« Des réunions, ... c'est là où on échange... ça me permet d'être au clair. »	
Formation continue	« elles ont été refusées »	
La symptomatologie		« la transpiration d'angoisse, ... je reconnais ce fasciés... »
Stages	« j'avais plus de temps »	
Livres		« j'essaye de lire des bouquins... de bases pour la clinique »
La violence		« au fur et à mesure je suis plus au clair que c'est moi qui ne suis pas visée »
Les situation		« Cette lecture... tu te revois moi, nous... »

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 3

Sujet 3				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le cadre de santé		<i>« Il y en a en qui t'a confiance, ... et il va m'apporter quelque chose... »</i>		<i>« ça dépend du cadre »</i>
Le médecin / psychologue		<i>« des éléments théoriques qui sont apportés... ils vont t'expliquer »</i>		
Le patient		<i>« J'apprends des symptômes, sur la prise en charge, les comportements »</i>		
Un soignant		<i>« Je pose beaucoup de questions à un infirmier »</i>	<i>« Ma collègue m'a permis de mettre des mots »</i>	<i>« après identifier un infirmier spécifique expérimenté... »</i>
Un groupe de soignant				<i>« il y en a un ou deux dans l'équipe qui vont t'apporter plein d'éléments »</i>

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 3

Sujet 3		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Institution / Règles	<i>« j'assiste à toutes les réunions... ça m'apporte beaucoup »</i>	
Les anecdotes		<i>« écouter leurs expériences »</i>
Formation continue	<i>« j'ai fait psychopatho cette année, c'était pas mal »</i>	
La symptomatologie		<i>« je les repère, mais y en a qui m'échappe »</i>
Livres		<i>« je li... mais c'est très théorique »</i>
La violence		<i>« il m'a décroché une droite... »</i>
Les situations		<i>« Je me suis reconnue dans certaines de tes situations »</i>

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 4

Sujet 4				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le cadre de santé	<i>« le cadre qui observe, ça j'aime pas »</i>		<i>« J'aime bien quand on me dit que ça ne pas... pour comprendre »</i>	
Le médecin		<i>« J'ai pas appris grand-chose »</i>		
Le patient		<i>« c'est surtout des patients que j'apprends, je les écoutes... il me guide »</i>	<i>« Des fois ils me disent ton collègue il fait pas comme ça »</i>	
Un soignant		<i>« elle me chapote »</i>	<i>« Elle m'explique tout »</i>	
Un groupe de soignant	<i>« je suis perdue, parce que les collègues me disent : non c'est pas comme ça qui faut faire »</i>	<i>« Il me donne leur avis »</i>	<i>« Je demande si c'est adapté, si elles fond comme ça »</i>	<i>« Je vois ce qu'ils disent, je fais pareil » « en même temps ça change tout le temps »</i>
Aides-soignantes		<i>« Elle va prendre le temps de m'expliquer de A à Z »</i>	<i>« les aides-soignantes, je les écoute »</i>	

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 4

Sujet 4		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Institution / Règles	<i>« je ne comprends pas le projet »</i>	
Lieu		<i>« entendre les autres parler sur, et du coup j'écoute... lors de moment informel »</i>
Les anecdotes		<i>« « j'ai entendu les infos globales » »</i>
Réunion	<i>« ça, ça m'intéresse »</i>	
Formation continue	<i>« j'ai fait droit du patient, la gestion de la violence et...incendie »</i>	
La symptomatologie		<i>« les signes, j'arrive à les déceler... j'arrive à déceler le même signe sur un autre patient » »</i>
Stages		
Le service		<i>« je ne maîtrise rien... j'ai l'impression d'être complètement paumé » »</i>
Livres		<i>« je m'achète un bouquin... psychopatho »</i>
Les situations		<i>« ça m'a fait penser à moi »</i>

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 5

Sujet 5				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le cadre de santé	« pour cadrer les choses elle est là »	« tu peux compter sur elle »	« non elle a pas le temps »	« Elle a une manière de faire ces entretiens... est très enrichissantes ».
Le médecin		« Un médecin il expliquait tout, c'est très enrichissant » « mais c'est pas le cas avec tous »		
Le patient	« j'ai l'impression de murir »			
Un groupe de soignant	« je demande toujours l'aval de mes collègues qui jugent le travail »			

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 5

Sujet 5		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Moment informel		« j'apprends aussi dans les moments informels »
Les anecdotes		« J'apprends beaucoup... quand elles me racontent des situations »
Réunion		« j'y vais quasiment pas... t'y apprend rien »
La symptomatologie		« Tu sens qu'avec certain patient... tu es dans la proximité... puis au final tu vois dans le regard, faut pas ou plus s'approcher... »
Livres		« je me documente beaucoup sur internet... je lis »
Les situations		« ça a fait échos...c'est ce que je vis au quotidien »

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 6

Sujet 6				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le cadre de santé	« Elle aime savoir ce que l'on fait et si on l'a fait »	« Si j'ai une question ... elle va me répondre et me donner des conseils »		« ça me stresse car j'ai l'impression d'être surveillée »
Le médecin		« J'arrive à leur poser des question, mais c'est le strict minimum »		
Le patient		« les patients m'apprennent plus de choses quand il y a une communication verbale»		
Un soignant			« La décision de ma collègue était la meilleur à prendre »	
Un groupe de soignant	« Avant de prendre une décision... je consulte mes collègues »	« je leurs fait part de mes doutes... je les questionne »	« j'écoute les conseils pour soi, pour ma sécurité »	« Y a des choses oui.... Mais moi je vais pas fonctionner comme ça »
Le chercheur			« au début je me demandais... puis en discutant avec toi, finalement je me rends compte que... »	

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 6

Sujet 6		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Institution / Règles	<i>« je ne me sens pas à l'aise pour prendre des décisions qui ne font pas partie du cadre »</i>	
Moment informel		<i>« il y a beaucoup d'échange »</i>
Les anecdotes		<i>« j'écoute beaucoup les anecdotes... ça aide »</i>
Réunion		<i>« les panos... alors sur le soin oui... »</i>
Formation continue		<i>« je n'ai pas eu de formations »</i>
La symptomatologie		<i>« il y a des signes cliniques que je suis capable de repérer... »</i>
Le service	<i>« ça dépend des services »</i>	
Livres		<i>« je vais sur internet... »</i>
La violence		<i>« en renfort... je me suis déplacée des cotes... j'étais pas bien, j'ai craqué... »</i>
Les situation		<i>« c'est ce que je vie tous les jours... je me reconnais »</i>

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 7

Sujet 7				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le cadre de santé		« <i>La cadre m'a donnée des bouquins</i> »	« <i>le cadre m'explique</i> »	
Le médecin		« <i>Je me permets de lui demander</i> »	« <i>elle explique beaucoup de choses</i> »	
Le patient			« <i>un patient qui va mal, cela permet d'apprendre au travers de ce qu'il dit, à analyser...</i> »	« <i>il y avait des choses qui faisaient échos en moi</i> »
Un groupe de soignant	« <i>Je me mettais beaucoup derrière mes collègues... ils me renvoient des choses positives</i> »	« <i>Je me suis sentis vraiment épauler, soutenu</i> » « <i>Ne souhaite pas questionner</i> »	« <i>on m'explique</i> »	
Personnes extérieures		<i>c'est renseigné auprès de personnes qui connaissent le service, les pathologies en amont de la prise de poste pour faire ses recherches</i>		

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 7

Sujet 7		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Moment informel		« entre 2 portes ou au café »
Les anecdotes		« Les anecdotes c'est intéressant, se nourrir de l'expérience des autres »
Réunion	« On peut discuter du patient, ... ça profite à tout le monde »	
Formation continue	« oui, ça m'a aidé à comprendre »	
La symptomatologie		« y a des choses que je peux repérer, «
Stages	« Le stage m'a plus appris que les cours »	
Livres		« j'ai fait des recherches, potassé »
Les situation		« y a des choses qui m'ont parlé ... mais je n'ai pas tout lu »

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 8

Sujet 8				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le patient		<i>« les conversations entre patients... j'apprends des patients »</i>		
Un soignant	<i>Attend la validation du patient</i>	<i>« D'habitude qu'est-ce que vous faite ? »</i>		
Un groupe de soignant	<i>« On écoute bien les collègues » « j'ai peur du jugement de l'autre »</i>	<i>« l'équipe peut nous mettre pas consciemment en difficulté »</i>	<i>« Oui je le demande... pourquoi on fait ça... quand on me répond tant mieux, ... on a pas le temps d'approcher les collègues »</i>	<i>« je sais me positionner, et je ne ferai pas ça »</i>

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 8

Sujet 8		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Moment informel		<i>« il y a des moments... c'est que du bonheur avec ceux qui ont des années de services... y a des interactions entre soignants... pauses repas »</i>
Les anecdotes		<i>« quand ils racontent leur expérience et bien on va vivre avec eux par procuration la situation »</i>
Réunion	<i>« la pano, c'est très riche, j'essaye d'en manquer aucune »</i>	
La symptomatologie		<i>« ils vont se mettre à s'approprier certains symptômes qui sont extérieurs à leur pathologie »</i>
Stages		
Le service	<i>« j'adore... Remplacer une faction entière sur l'extérieure parce qu'on voit des façon de soigner différentes, on échange avec les autres collègues »</i>	
Livres		<i>« Oui je li encore... bouquins... internet»</i>
La violence		<i>« gérer les renforts, on est jamais seul, ça permet d'échanger avec les autres soignants »</i>
Les situations		<i>« Quand je l'ai lu, ça m'a évoqué la prise de fonction, avec le manque d'expérience, des apports théoriques..., tes textes ça rappel des situations... »</i>

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 9

Sujet 9				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le cadre de santé		« il est très à l'écoute, très aidant... on est rassuré »	« quand il est là on le sent plus »	
Le médecin			Après avoir subi de la violence le sujet en a « parlé au médecin... » pour comprendre	
Psycho		« Elle aime bien transmettre... avec des mots simples. »		
Le patient	Il explique chercher la validation de ses actes	« ils guident vachement dans leur soin »	« ils savent nous le dire »	
Un soignant				
Un groupe de soignant	« on est toujours les petites dernières... le regard de l'autre... on doit toujours faire no preuves »	« ils étaient friand de transmettre leur savoir... rapidement intégré et épauler »	« j'ai pu échanger avec les collègues... pour prendre du recul »	« Je ne suis plus l'étudiante, mais leur collègue » « y a des attitudes je ne vais pas mimer, mais adopter, retenir en mémoire »

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 9

Sujet 9		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
L'équipe des jeunes	« ont été comparé »	« c'est un statut qui est pas facile »
Institution / Règles	« Maintenant j'ai plus de facilité à le faire, à adapter en fonction du patient. A dire non... ne pas être trop rigide... »	
Moment informel		« après, on parle beaucoup entre nous »
Les anecdotes		« je suis très friande des vieux infirmiers qui me racontent des anecdotes »
Les pratiques		« les connaissances elles viennent aujourd'hui par le travail »
Réunion	« j'essaie d'être là... c'est vraiment intéressant... mais on en fait plus beaucoup »	
Formation continue		
La symptomatologie		« chaque patient ne va pas présenter les mêmes symptômes »
Stages	« j'ai passé 10 semaines en service d'admission fermée... j'ai pas bougé... j'avais fait mon stage dans ce même service »	
Le service	« J'ai été facilement intégré. » « Après la difficulté c'est de perdre ce statut étudiant. C'est trouvé sa place sans se laisser écrasé »	« je me sentais en sécurité »
Livres		« je lisais beaucoup... c'est des mots »
La violence		« j'ai subi de la violence physique, des claques... c'est difficile mai... un délire érotomaniaque ça m'a vraiment mis en difficulté »
Les situations	« c'est le côté imprévu... on est pas du tout préparé à l'école à ce genre de situations »	« je me reconnais »

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 10

Sujet 10				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le médecin			« je pose des questions aux médecins »	
Le patient		« en parlant avec eux, on apprend »		« Ils permettent d'apprendre sur soi »
Un soignant				
Un groupe de soignant	« c'est selon les collègues... là on va pas seule »		« on questionne les collègues »	« je regarde parfois comment ils font dans les situations difficiles... faut que ça convienne parce que on fait aussi avec sa personnalité »

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 10

Sujet10		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Institution / Règles	« je demande d'attendre un peu... »	
Les anecdotes		« non, pas beaucoup... si je me rendez compte que je vivais quelques choses que l'on m'avait déjà raconté, ça m'interpellerai »
Les pratiques		« J'ai appris beaucoup sur le terrain... je me concentre sur le fonctionnement du service, sur le quotidien... de maîtriser l'administratif. »
Réunion	« J'y assiste, je me sens pas de parler... je suis dans l'écoute, c'est très intéressant... Il y a les médecins, d'autres membres de l'équipe... »	
La symptomatologie		« J'ai repéré des choses... cela s'exprime pas toujours de la même façon »
Le service	« C'était pas mon choix... je pensais être opérationnelle... et c'est pas possible... mais je regrette pas. »	
Livres		« je voudrais lire un peu plus... en fait je li beaucoup sur les thérapeutiques »
La violence		« Oui, je pense aussi à une situation où j'ai été confronté à la violence... une autre il m'a frappé »
Les situations		« je me disais, ce que l'on fait, c'est ça »

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 11

Sujet 11				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le cadre de santé	« Le cadre de santé a pour rôle d'accueillir les nouveaux arrivants, de présenter la structure et de définir le boulot »	« Au final quand j'ai des difficultés,... je peux très bien aller la voir, ou l'appeler... si j'ai besoin de conseil ou me reposer sur quelqu'un... il est toujours là »		
Le médecin		« J'apprends avec eux. Je sais que si j'ai des questions je peux les poser »		
Le patient		« les patients me permettent d'apprendre, en fonction de leur profil »		
Un groupe de soignant				« Je ne trouve pas... elles sont là sans être là »

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 11

Sujet 11		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Réunion	« C'est surtout au moment des réunions cliniques que j'apprends »	
Livres		« je pouvais potasser chez moi »
La violence		« On a eu un week-end où il y a eu 2 suicides... »

Les figures de tiers sujet issus du discours du Sujet 12

Sujet 12				
Tiers	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
Le cadre de santé	« il précise l'organisation du service... après c'est sur un temps plus long, il regarde si l'intégration se fait... et veille »	« Je pose des question... c'est un soutien et une réassurance »		
Le médecin		« ils me servent beaucoup sur le plan clinique »		
Un soignant				« ce qui manque c'est d'être avec un ancien... un pilier »
Un groupe de soignant	« Ils me reconnaissent cette capacité à prendre en charge. »	« Poser des questions... le soutien, l'aide qu'ils m'ont apporté... » « Il y a l'équipe qui ne m'accompagne pas mais je les harcèle... et elle est bienveillante »	« des questions pour comprendre ce qui s'était passé »	« je les observe... comment ils fonctionnent »
Des nouveaux diplômés		« pour avoir discuté avec des collègues qui sont comme moi, ils font pareil que moi »		

Les figures de tiers matériel ou immatériel issus du discours du Sujet 12

Sujet 12		
Tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
Réunion	« Sur le plan clinique, et bien on a des présentations cliniques toutes les semaines qui sont très intéressantes, ça m'apporte beaucoup. »	
Le service	« il y a beaucoup de pathologies »	

Annexe 10 : les passeurs

Le cadre de santé : une figure de tiers humain (1.2)	422
Le cadre de santé : une figure de tiers humain (2.2)	423
Un groupe de soignants : une figure de tiers humain (1.3)	424
Un groupe de soignants : une figure de tiers humain (2.3)	425
Un groupe de soignants : une figure de tiers humain (3.3)	426
Un soignant : une figure de tiers humain	427
Le médecin/psychologue : une figure de tiers humain.....	428
Le patient : une figure de tiers humain.....	429
Le chercheur : une figure de tiers humain.....	431
Personnes extérieures : une figure de tiers humain	432
Des nouveaux diplômés : une figure de tiers humain	433
Les anecdotes : une figure de tiers immatériels	434
Réunion : une figure de tiers immatériels	435
Formation continue : une figure de tiers immatériels	436
La symptomatologie : une figure de tiers immatériels.....	437
Les situations : une figure de tiers immatériels.....	438
Communauté Facebook : une figure de tiers immatériels.....	439
Les livres : une figure de tiers matériels	440
La violence : une figure de tiers immatériels	441
Le service : une figure de tiers immatériels	442
Les stages : une figure de tiers immatériels	443
L'institution/Règles : une figure de tiers immatériels.....	444
Le travail : une figure de tiers immatériels	445
Le moment informel : une figure de tiers immatériels.....	446
L'équipe des jeunes : une figure de tiers sujet	447

Le cadre de santé : une figure de tiers humain (1.2)

Sujet	Figures de tiers Humain	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
		Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
1	Le cadre de santé		« aide... lors de la gestion de situation »		« Je l'observe, elle, dans ces situations et quand elle-même est en prise avec... » <i>(expérience psy)</i>
2			« Il n'est personne ressource plus, plus. »	« Il est là quand j'ai des questions »	<i>Expérience psy</i>
3			« Il y en a en qui t'a confiance, ... et il va m'apporter quelque chose... »		« ça dépend du cadre »
4		« le cadre qui observe, ça j'aime pas »		« J'aime bien quand on me dit que ça ne pas... pour comprendre »	
5		« pour cadrer les choses elle est là »	« tu peux compter sur elle »	« non elle a pas le temps »	« Elle a une manière de faire »
6		« Elle aime savoir ce que l'on fait et si on l'a fait »	« Si j'ai une question ... elle va me répondre et me donner des conseils »		« ça me stresse car j'ai l'impression d'être surveillée »
7			« La cadre m'a donnée des bouquins »	« le cadre m'explique »	
8					
9			« il est très à l'écoute, très aidant... on est rassuré »	« quand il est là on le sent plus »	
10					

Le cadre de santé : une figure de tiers humain (2.2)

Sujet	Figures de tiers Humain	Dispositif individuel			
		formel	informel		
	Cadre de santé	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
11		« Le cadre de santé a pour rôle d'accueillir les nouveaux arrivants, de présenter la structure et de définir le boulot »	« Au final quand j'ai des difficultés,... je peux très bien aller la voir, ou l'appeler... si j'ai besoin de conseil ou me reposer sur quelqu'un... il est toujours là »		
12		« il précise l'organisation du service... après c'est sur un temps plus long, il regarde si l'intégration se fait... et veille	« Je pose des question... c'est un soutien et une réassurance »		

Un groupe de soignants : une figure de tiers humain (1.3)

Sujet	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel informel			
		Dispositif individuel formel	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »
S1	Un groupe de soignant		<i>J'ai 2 collègues, on échange beaucoup » (expérience psy)</i>	<i>« Pour prendre du recul... je leur demande comment elles auraient fait » « c'est beaucoup moins facile »</i>	<i>« J'étais avec des infirmiers psy... j'ai aimé cette pratique je m'en suis inspirée » « j'ai peut-être appris moins de choses car l'équipe est plus jeune »</i>
S2	Un groupe de soignant		<i>« Je leur pose des questions »</i>	<i>« quand je suis en difficultés... je viens en parler...pour qu'ils m'aiguillent »</i>	<i>« je compare les infirmiers »</i>
S3	Un groupe de soignant				<i>« il y en a un ou deux dans l'équipe qui vont t'apporter plein d'éléments »</i>
S4	Un groupe de soignant	<i>« je suis perdue, parce que les collègues me disent : non c'est pas comme ça qui faut faire »</i>	<i>« Il me donne leur avis »</i>	<i>« Je demande si c'est adapté, si elles fond comme ça »</i>	<i>« Je vois ce qu'ils disent, je fais pareil » « en même temps ça change tout le temps »</i>
S5	Un groupe de soignant	<i>« je demande toujours l'aval de mes collègues qui jugent le travail »</i>			

Un groupe de soignants : une figure de tiers humain (2.3)

Sujet	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel informel			
		Dispositif individuel formel			
		Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
S6	Un groupe de soignant	« Avant de prendre une décision... je consulte mes collègues »	« Je leurs fait part de mes doutes... je les questionne »	« j'écoute les conseils pour soi, pour ma sécurité »	« Y a des choses oui.... Mais moi je vais pas fonctionner comme ça »
S7	Un groupe de soignant	« Je me mettais beaucoup derrière mes collègues... ils me renvoient des choses positives »	« Je me suis sentis vraiment épauler, soutenu » « Ne souhaite pas questionner »	« on m'explique »	
S8	Un groupe de soignant	« On écoute bien les collègues » « j'ai peur du jugement de l'autre »	« l'équipe peut nous mettre pas consciemment en difficulté »	« Oui je le demande... pourquoi on fait ça... quand on me répond tant mieux, ... on a pas le temps d'approcher les collègues »	« je sais me positionner, et je ne ferai pas ça »
S9	Un groupe de soignant	« on est toujours les petites dernières... le regard de l'autre... on doit toujours faire nos preuves »	« ils étaient friand de transmettre leur savoir... rapidement intégré et épauler »	« j'ai pu échanger avec les collègues... pour prendre du recul »	« Je ne suis plus l'étudiante, mais leur collègue » « y a des attitudes je ne vais pas mimer, mais adopter, retenir en mémoire »

Un groupe de soignants : une figure de tiers humain (3.3)

Sujet	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
			Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
S10	Un groupe de soignant	« c'est selon les collègues... là on va pas seule »		« on questionne les collègues »	« je regarde parfois comment ils font dans les situations difficiles... faut que ça convienne parce que on fait aussi avec sa personnalité »
S11	Un groupe de soignant				« Je ne trouve pas... elles sont là sans être là »
S12	Un groupe de soignant	« Ils me reconnaissent cette capacité à prendre en charge. »	« Poser des questions... le soutien, l'aide qu'ils m'ont apporté... » « Il y a l'équipe qui ne m'accompagne pas mais je les harcèle... et elle est bienveillante »	« des questions pour comprendre ce qui s'était passé »	« je les observe... comment ils fonctionnent »

Un soignant : une figure de tiers humain

Figures de tiers Sujet		Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
		Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
S1	Un soignant		« Tu en rediscutes avec ta collègue ? » « Oui des fois »		« j'observe la pratique de ma collègue et j'essaye de suivre son raisonnement »
S2	Un soignant		Un collègue ressource et on a pris un temps en isolement... il m'a tout montré... il m'rassuré »		
S3	Un soignant		« Je pose beaucoup de questions à un infirmier »	« Ma collègue m'a permis de mettre des mots »	« après identifier un infirmier spécifique expérimenté... »
S4	Un soignant	« les aides-soignantes, je les écoute »	« Une aide-soignante... Elle va prendre le temps de m'expliquer de A à Z... elle me chapote »	« Elle m'explique tout »	
S5	Un soignant				
S6	Un soignant			« La décision de ma collègue était la meilleur à prendre »	
S7	Un soignant				
S8	Un soignant		« D'habitude qu'est-ce que vous faite ? » n'obtient pas de réponses		
S9	Un soignant				
S10	Un soignant				
S11	Un soignant				
S12	Un soignant				« ce qui manque c'est d'être avec un ancien... un pilier »

Le médecin/psychologue : une figure de tiers humain

Sujet	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
			Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
	Le médecin / psychologue	Une figure de « tiers- garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers- écho »	Une figure de « tiers- modèle »
S1	psychologue			<i>« cela nous permet des choses que l'on ne repère pas... quand on est au travail »</i>	
S2	Le médecin		<i>« Ils sont ressources, ça c'est clair ... « Après que je sois au clair avec ce qu'ils font... »</i>		
S3	Le médecin / psychologue		<i>« des éléments théoriques qui sont apportés... ils vont t'expliquer »</i>		
S4	Le médecin		<i>« J'ai pas appris grand- chose »</i>		
S5	Le médecin		<i>« Un médecin il expliquait tout, c'est très enrichissant » « mais c'est pas le cas avec tous »</i>		
S6	Le médecin		<i>« J'arrive à leur poser des question, mais c'est le strict minimum »</i>		
S7	Le médecin		<i>« Je me permets de lui demander... elle explique beaucoup de choses »</i>		
S8					
S9	Psycho et Le médecin		<i>« Elle aime bien transmettre... avec des mots simples. »</i>	<i>Après avoir subi de la violence le sujet en a« parlé au médecin... » pour comprendre</i>	
S10	Le médecin		<i>« je pose des questions aux médecins »</i>		
S11	Le médecin		<i>« J'apprends avec eux. Je sais que si j'ai des questions je peux les poser »</i>		
S12	Le médecin		<i>« ils me servent beaucoup sur le plan clinique »</i>		

Le patient : une figure de tiers humain

Sujet	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
			Une figure de « tiers- passeur »	Une figure de « tiers- écho »	Une figure de « tiers- modèle »
S1	Le patient		« on est plus dans l'échange, ils nous livrent plus de choses »	« moi j'adapte par rapport à la connaissance du patient... parfois ça marche... ça marche pas »	
S2	Le patient	« Il fallait qu'elle me dise oui, ce qu'elle attendait de moi »	« j'ai écouté... et il m'apprends... ça me rassure »	« ils nous renvoient des choses »	
S3	Le patient		« J'apprends des symptômes, sur la prise en charge, les comportements »		
S4	Le patient		« c'est surtout des patients que j'apprends, je les écoutes... il me guide »	« Des fois ils me disent ton collègue il fait pas comme ça »	
S5	Le patient	« j'ai l'impression de murir »			
S6	Le patient		« les patients m'apprennent plus de choses quand il y a une communication verbale »		
S7	Le patient			« un patient qui va mal, cela permet d'apprendre au travers de ce qu'il dit, à analyser... »	« il y avait des choses qui faisaient échos en moi »
S8	Le patient		« les conversations entre patients... j'apprends des patients »		
S9	Le patient	Il explique chercher la validation de ses actes	« ils guident vachement dans leur soin »	« ils savent nous le dire »	

S10	Le patient		<i>« en parlant avec eux, on apprend »</i>		<i>« Ils permettent d'apprendre sur soi »</i>
S11	Le patient		<i>« les patients me permettent d'apprendre, en fonction de leur profil »</i>		
S12	Le patient				

Le chercheur : une figure de tiers humain

Sujet	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
		Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
6	Le chercheur			<i>« au début je me demandais... puis en discutant avec toi, finalement je me rends compte que... »</i>	

Personnes extérieures : une figure de tiers humain

Sujet	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel		Dispositif individuel informel	
7	Personnes extérieures	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers-passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers-modèle »
			<i>c'est renseigné auprès de personnes qui connaissent le service, les pathologies en amont de la prise de poste pour faire ses recherches</i>		

Des nouveaux diplômés : une figure de tiers humain

Sujet	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel		
	Des nouveaux diplômés	Une figure de « tiers-garant »	Une figure de « tiers- passeur »	Une figure de « tiers-écho »	Une figure de « tiers- modèle »
2			« ... <i>pour qu'on se soutiennent</i> »		
12			« pour avoir discuté avec des collègues qui sont comme moi, ils font pareil que moi »	« <i>qu'on échange nos ressentis, nos expériences...</i> »	

Les anecdotes : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	Les anecdotes		« Beaucoup sur la pratique »
2	Les anecdotes		« on va parler des patients... avec plus de légèreté... ça me dérange »
3	Les anecdotes		« écouter leurs expériences »
4	Les anecdotes		« j'ai entendu les infos globales »
5	Les anecdotes		« J'apprends beaucoup... quand elles me racontent des situations »
6	Les anecdotes		« j'écoute beaucoup les anecdotes... ça aide »
7	Les anecdotes		« Les anecdotes c'est intéressant, se nourrir de l'expérience des autres »
8	Les anecdotes		« quand ils racontent leur expérience et bien on va vivre avec eux par procuration la situation »
9	Les anecdotes		« je suis très friande des vieux infirmiers qui me racontent des anecdotes »
10	Les anecdotes		« non, pas beaucoup...si je me rends compte que je vivais quelques choses que l'on m'avait déjà raconté, ça m'interpellerai »
11			
12			

Réunion : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	Réunion	« Il y a les réunions »	
2	Réunion	« Des réunions, ... c'est là où on échange... ça me permet d'être au clair. »	
3	Réunion	« j'assiste à toutes les réunions... ça m'apporte beaucoup »	
4	Réunion	« ça, ça m'intéresse »	
5	Réunion		« j'y vais quasiment pas... t'y apprend rien »
6	Réunion		« les panos... alors sur le soin oui... »
7	Réunion	« On peut discuter du patient, ... ça profite à tout le monde »	
8	Réunion	« la pano, c'est très riche, j'essaye d'en manquer aucune »	
9	Réunion	« j'essaie d'être là... c'est vraiment intéressant... mais on en fait plus beaucoup »	
10	Réunion	« J'y assiste, ... c'est très intéressant... »	
11	Réunion	« C'est surtout au moment des réunions cliniques que j'apprends »	
12	Réunion	« Sur le plan clinique, et bien on a des présentations cliniques toutes les semaines qui sont très intéressantes, ça m'apporte beaucoup. »	

Formation continue : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	Formation continue	« Cela m'a servi »	
2	Formation continue	« elles ont été refusées »	
3	Formation continue	« j'ai fait psychopatho cette année, c'était pas mal »	
4	Formation continue	« j'ai fait droit du patient, la gestion de la violence et...incendie »	
5	Formation continue		
6	Formation continue	« je n'ai pas eu de formations »	
7	Formation continue	« oui, ça m'a aidé à comprendre »	
8	Formation continue		
9	Formation continue		
10	Formation continue		
11	Formation continue		
12	Formation continue		

La symptomatologie : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	La symptomatologie		« Les symptômes évoques par les patients »
2	La symptomatologie		« la transpiration d'angoisse, ... je reconnais ce fasciés... »
3	La symptomatologie		« je les repère, mais y en a qui m'échappe »
4	La symptomatologie		« les signes, j'arrive à les déceler... j'arrive à déceler le même signe sur un autre patient » »
5	La symptomatologie		« Tu sens qu'avec certain patient... tu es dans la proximité... puis au final tu vois dans le regard, faut pas ou plus s'approcher... »
6	La symptomatologie		« Il y a des signes cliniques que je suis capable de repérer »
7	La symptomatologie		« y a des choses que je peux repérer »
8	La symptomatologie		« ils vont se mettre à s'approprier certains symptômes qui sont extérieurs à leur pathologie »
9	La symptomatologie		« chaque patient ne va pas présenter les mêmes symptômes »
10	La symptomatologie		« J'ai repéré des choses... cela s'exprime pas toujours de la même façon »
11	La symptomatologie		
12	La symptomatologie		

Les situations : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	Les situations		
2	Les situations		« Cette lecture... tu te revois moi, nous... »
3	Les situations		« Je me suis reconnue dans certaines de tes situations »
4	Les situations		« ça m'a fait penser à moi »
5	Les situations		« ça a fait échos à pas mal de choses, c'est ce que je vis au quotidien »
6	Les situations		« c'est ce que je vie tous les jours... je me reconnais »
7	Les situations		« y a des choses qui m'ont parlé ... mais je n'ai pas tout lu »
8	Les situations		« Quand je l'ai lu, ça m'a évoqué la prise de fonction, avec le manque d'expérience, des apports théoriques..., tes textes ça rappel des situations... »
9	Les situations		« je me reconnais »
10	Les situations		« je me disais, ce que l'on fait, c'est ça »
11	Les situations		
12	Les situations		

Communauté Facebook : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	Communauté Facebook		<i>«Je consulte les lecture mise en ligne... Il y a les lectures... sur la gestion de la violence »</i>

Les livres : une figure de tiers matériels

Sujet	Figures de tiers Matériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	Livres		« j'ai repris mes cours »
2	Livres		« j'essaye de lire des bouquins... de bases pour la clinique »
3	Livres		« je li... mais c'est très théorique »
4	Livres		« je m'achète un bouquin... psychopatho »
5	Livres		« je me documente beaucoup sur internet... je lis »
6	Livres		« je vais sur internet... »
7	Livres		« j'ai fait des recherches, potassé »
8	Livres		« Oui je li encore... bouquins... internet»
9	Livres		« je lisais beaucoup... c'est des mots »
10	Livres		« je voudrais lire un peu plus... en fait je li beaucoup sur les thérapeutiques »
11	Livres		« je pouvais potasser chez moi »
12	Livres		

La violence : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	La violence		raconte avoir subi de la violence de la part d'un patient
2	La violence		« au fur et à mesure je suis plus au clair que c'est moi qui ne suis pas visée »
3	La violence		« il m'a décroché une droite... »
4			Explique dominer les situations
5			
6	La violence		« en renfort... je me suis déplacée des cotes... j'étais pas bien, j'ai craqué... »
7			
8	La violence		« gérer les renforts, on est jamais seul, ça permet d'échanger avec les autres soignants
9	La violence		« j'ai subi de la violence physique, des claques... c'est difficile mai... un délire érotomaniaque ça m'a vraiment mis en difficulté »
10	La violence		« Oui, je pense aussi à une situation où j'ai été confronté à la violence... une autre il m'a frappé »
11	La violence		« On a eu un week-end où il y a eu 2 suicides... »
12	La violence		

Le service : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1		« L'admission, c'est plus enrichissant... au niveau psychopatho, symptomatologie »	
2			
3			
4	Le service	« je ne maîtrise rien... j'ai l'impression d'être complètement paumé » »	
5			
6		« ça dépend des services »	
7			
8	Le service	« j'adore... Remplacer une faction entière sur l'extérieure parce qu'on voit des façon de soigner différentes, on échange avec les autres collègues	
9	Le service	« J'ai été facilement intégré. » « Après la difficulté c'est de perdre ce statut étudiant. C'est trouvé sa place sans se laisser écrasé »	« je me sentais en sécurité »
10	Le service	« C'était pas mon choix... je pensais être opérationnelle... et c'est pas possible... mais je regrette pas. »	
11	Le service		
12	Le service	« il y a beaucoup de pathologies »	

Les stages : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	Stages	<i>« j'ai beaucoup appris quand j'étais en stage »</i>	
2	Stages	<i>« j'avais plus de temps »</i>	
3			
4			
5			
6			
7	Stages	<i>« Le stage m'a plus appris que les cours »</i>	
8			
9	Stages	<i>« j'ai passé 10 semaines en service d'admission fermée... j'ai pas bougé... j'avais fait mon stage dans ce même service »</i>	
10			
11			
12			

L'institution/Règles : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	Institution / Règles	<i>« C'est plus qu'important. On apprend beaucoup de chose »</i>	<i>« je ne respecte pas forcément le cadre lorsqu'un patient n'est pas bien »</i>
2			<i>« aller fumer une clope avec le patient dans le patio »</i>
3			
4	Institution / Règles	<i>« je ne comprends pas le projet »</i>	
5			
6	Institution / Règles	<i>« je ne me sens pas à l'aise pour prendre des décisions qui ne font pas partie du cadre »</i>	
7			
8			
9	Institution / Règles	<i>« Maintenant j'ai plus de facilité à le faire, à adapter en fonction du patient. A dire non... ne pas être trop rigide... »</i>	
10	Institution / Règles		<i>« je demande d'attendre un peu... »</i>
11			
12			

Le travail : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
2	Les pratiques		« Je me nourris des collègues sur ce qu'ils font de bien » « c'est pas garder ce qu'ils font de mal »
9	Les pratiques		« les connaissances elles viennent aujourd'hui par le travail »
10	Les pratiques		« J'ai appris beaucoup sur le terrain... je me concentre sur le fonctionnement du service, sur le quotidien... de maîtriser l'administratif. »

Le moment informel : une figure de tiers immatériels

Sujet	Figures de tiers Immatériels	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
1	Moment informel		
2			« on va prendre une pause... bien moi je dis non... »
4			« entendre les autres parler sur, et du coup j'écoute... lors de moment informel »
5			« j'apprends aussi dans les moments informels »
6	Moment informel		« il y a beaucoup d'échange »
7	Moment informel		« entre 2 portes ou au café »
8			« il y a des moments... c'est que du bonheur avec ceux qui ont des années de services... y a des interactions entre soignants... pauses repas »
9	Moment informel		« après, on parle beaucoup entre nous »

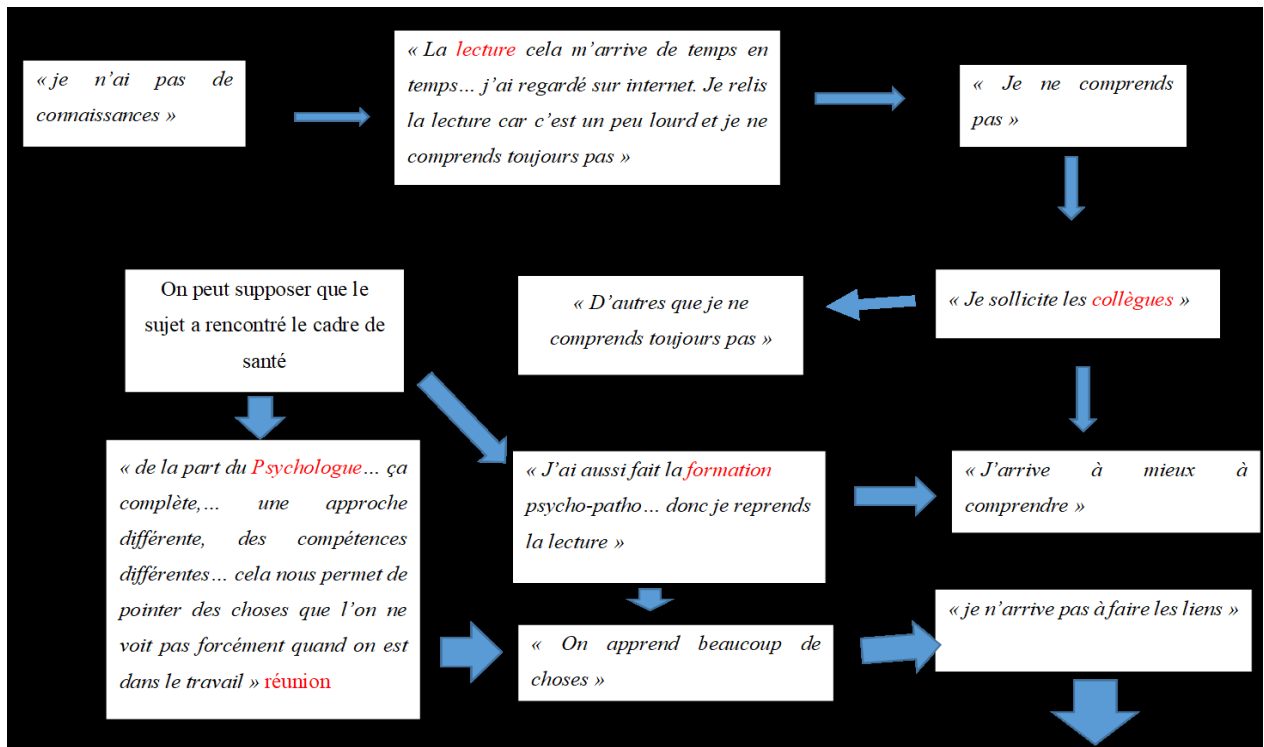
L'équipe des jeunes : une figure de tiers sujet

Sujet	Figures de tiers Sujet	Dispositif individuel formel	Dispositif individuel informel
9	L'équipe des jeunes	« ont été comparé »	« c'est un statut qui est pas facile »

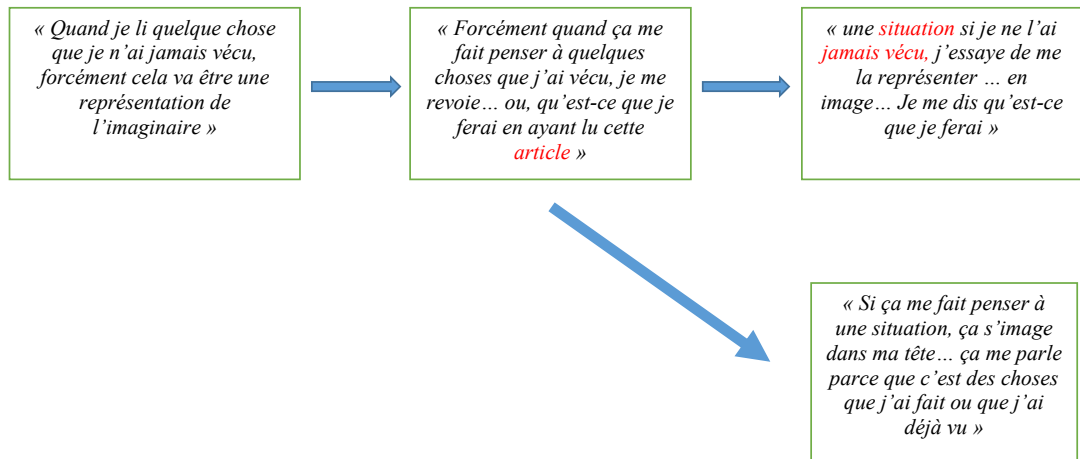
Annexe 11 : analyse dynamique du Sujet 1

Sujet 1 : Apprentissage de la théorie (1.2)	449
Sujet 1 : Apprentissage de la théorie (2.2)	450
Sujet 1 : Apprentissage des mécanismes psychopathologiques	451
Sujet 1 : Apprendre grâce aux patients.....	452
Sujet 1 : Adapter sa pratique	453
Sujet 1 : Pratique et réflexivité	454
Sujet 1 : Travailler dans différents services	455
Sujet 1 : Ne pas être satisfait de son travail.....	456

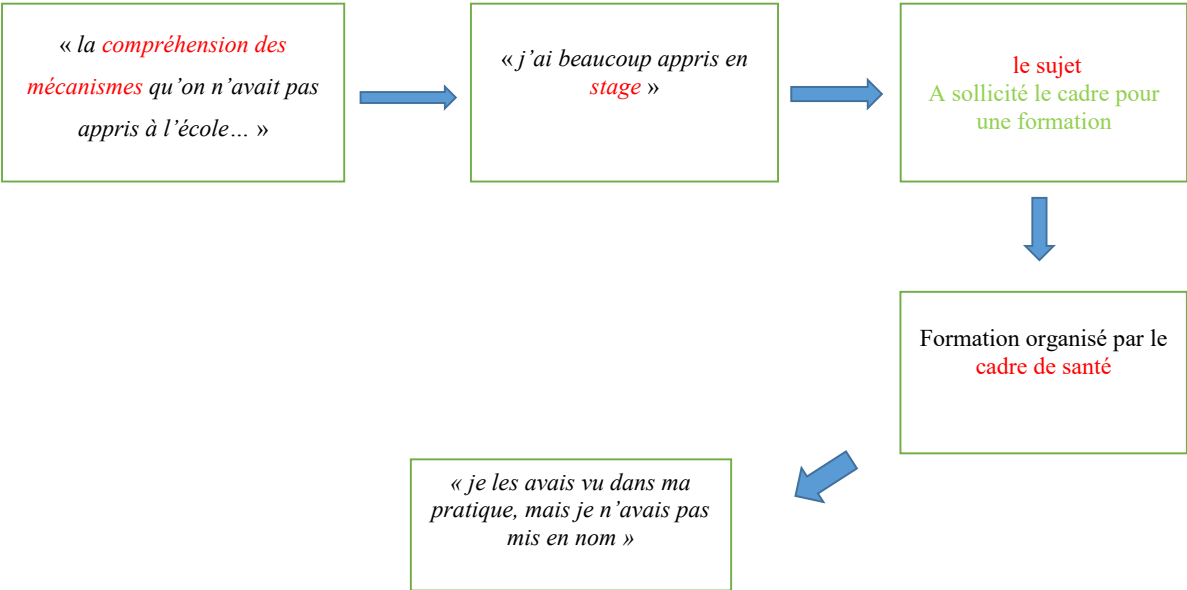
Sujet 1 : Apprentissage de la théorie (1.2)



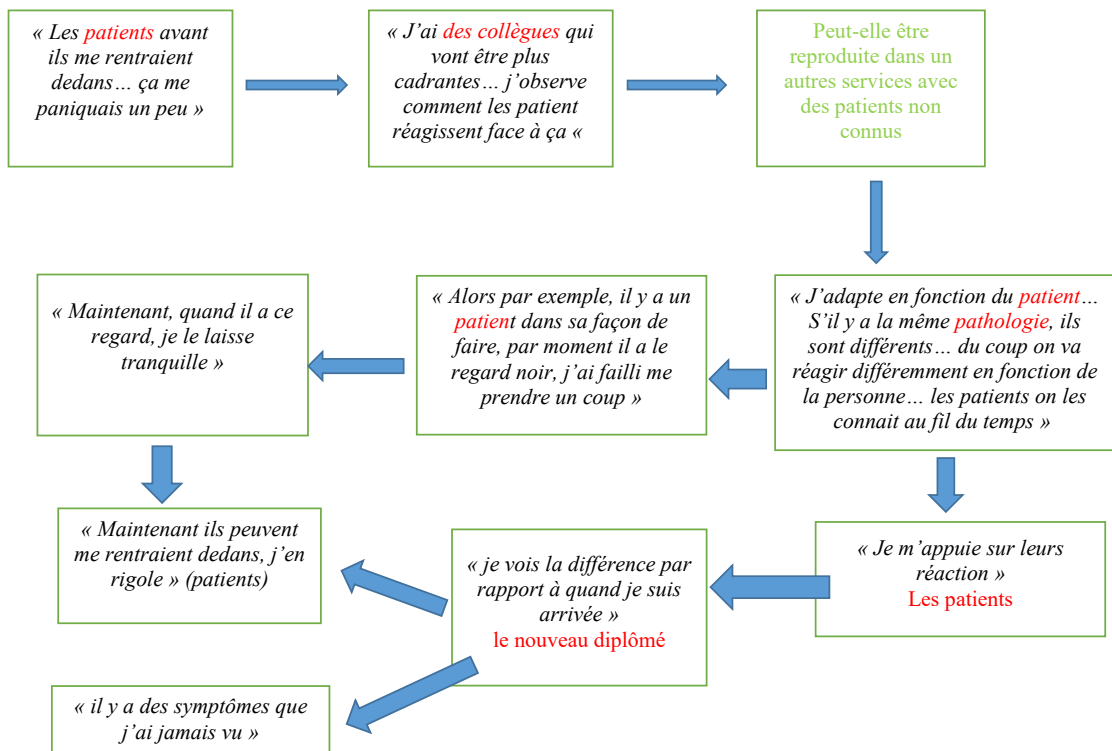
Sujet 1 : Apprentissage de la théorie (2.2)



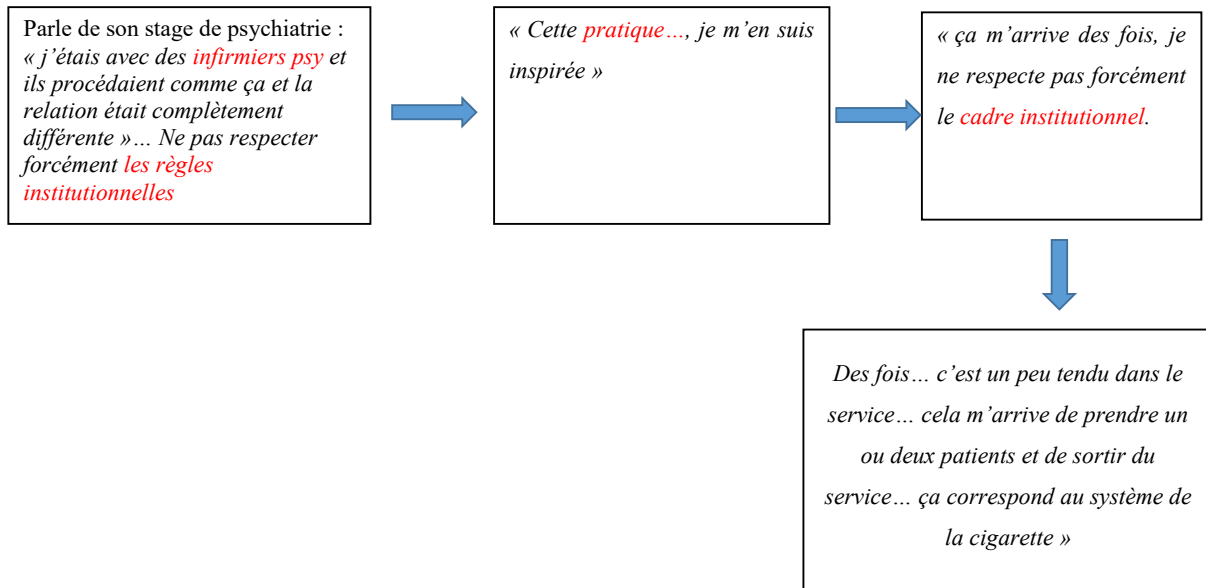
Sujet 1 : Apprentissage des mécanismes psychopathologiques



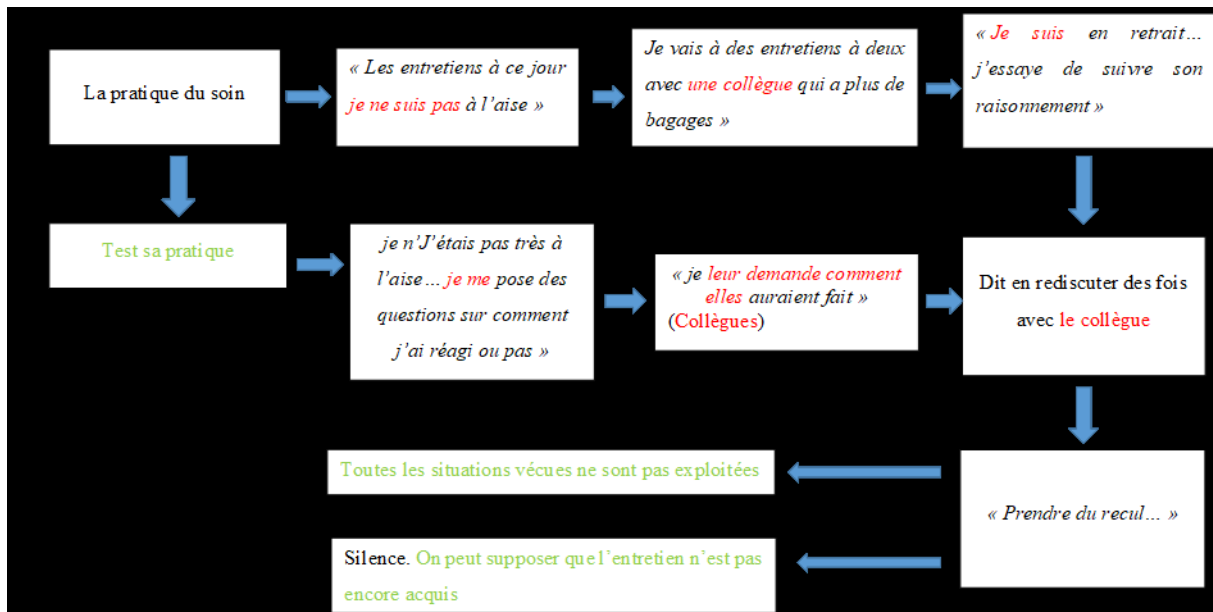
Sujet 1 : Apprendre grâce aux patients



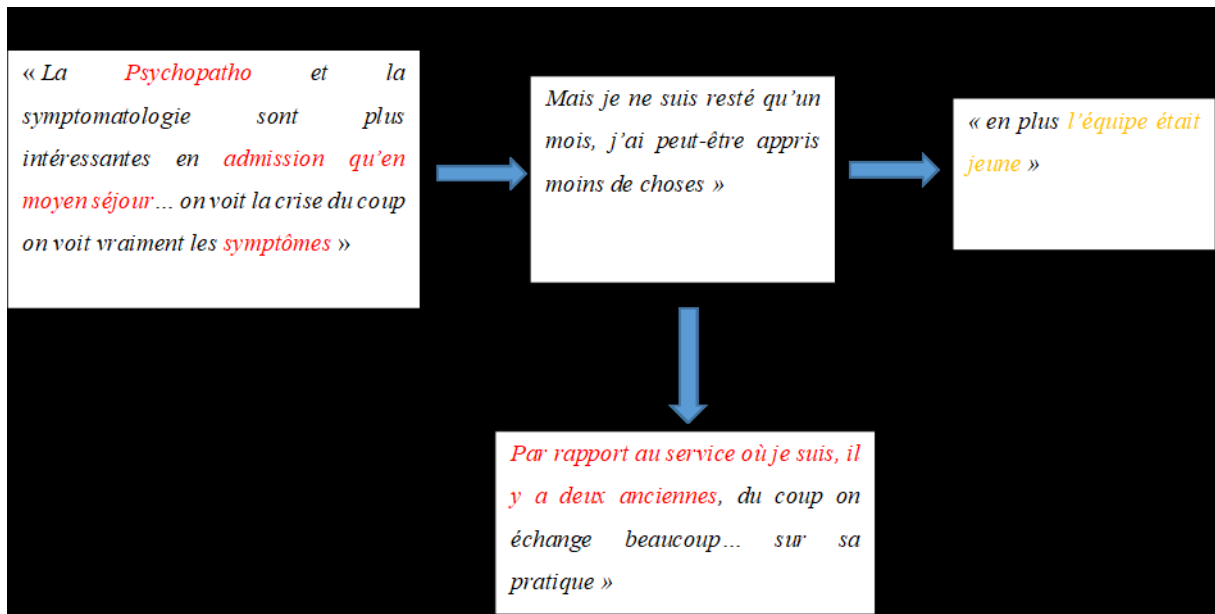
Sujet 1 : Adapter sa pratique



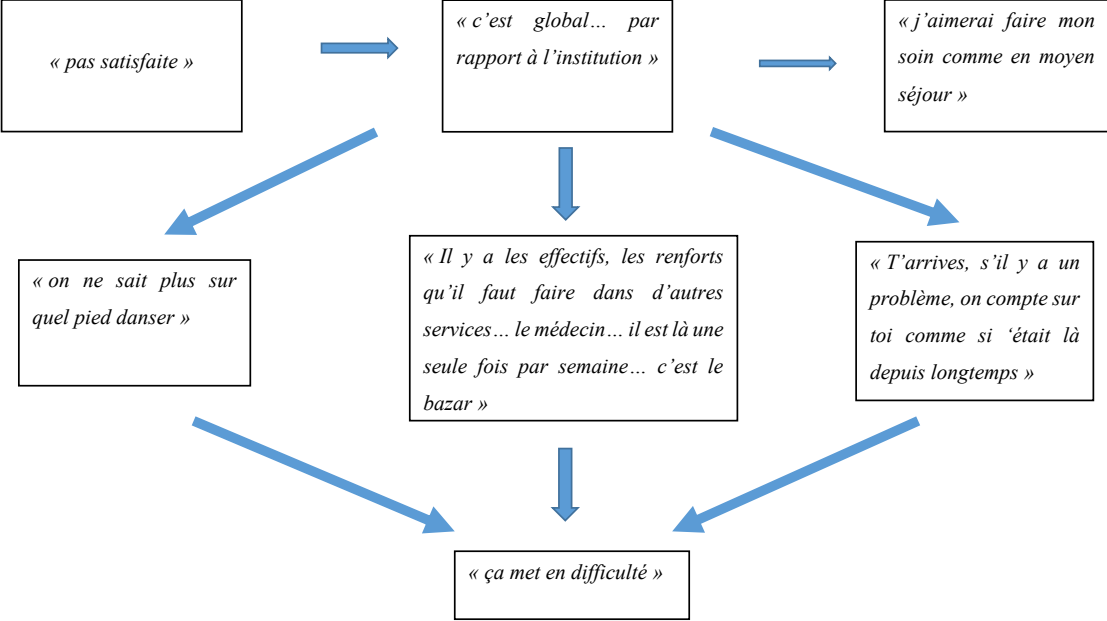
Sujet 1 : Pratique et réflexivité



Sujet 1 : Travailler dans différents services



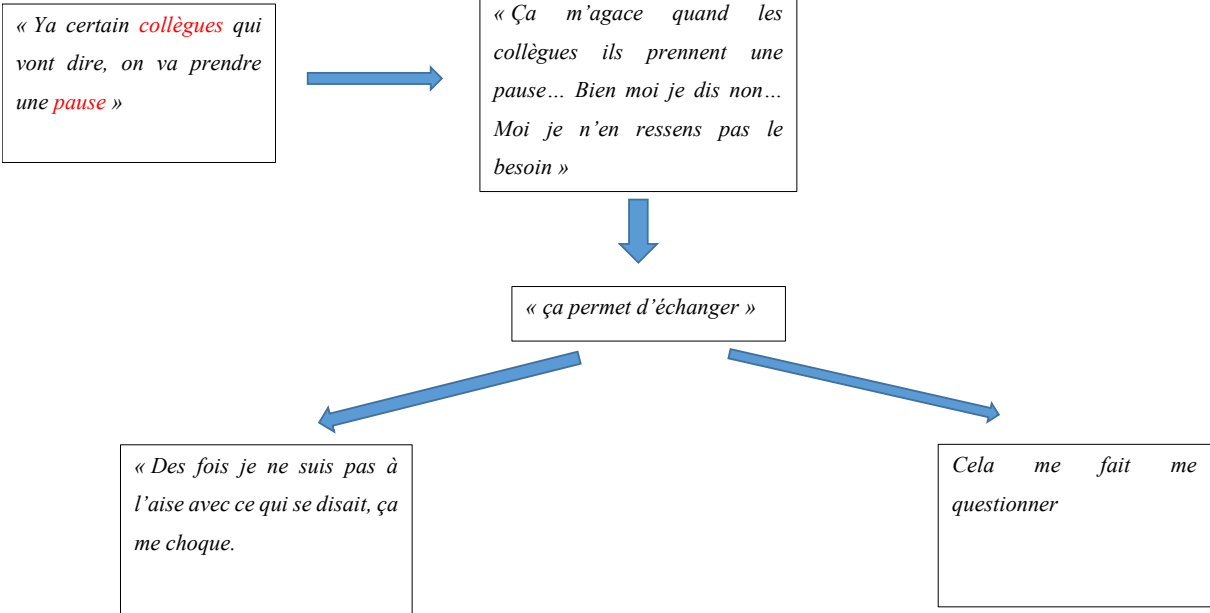
Sujet 1 : Ne pas être satisfait de son travail



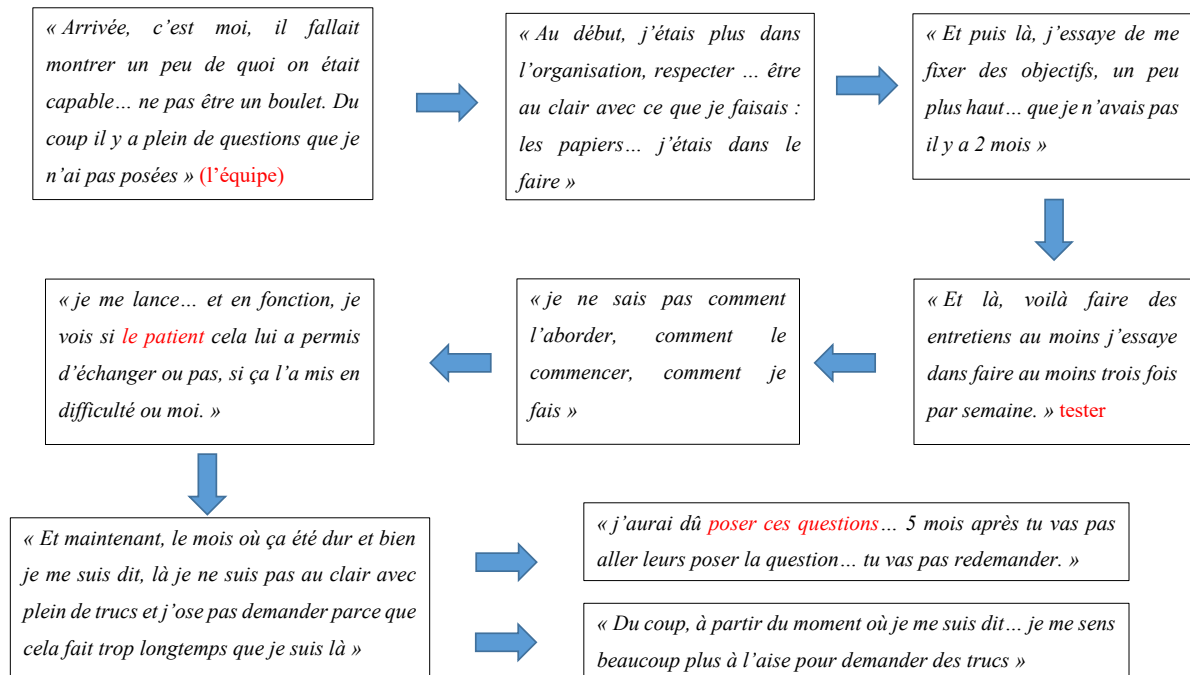
Annexe 12 : Analyse dynamique du Sujet 2

Sujet 2 : Apprendre dans les moments de pauses.....	459
Sujet 2 : La prise de fonction	460
Sujet 2 : La chambre d'isolement.....	461
Sujet 2 : Ne pas être satisfait de son travail.....	462
Sujet 2 : La responsabilité	463
Sujet 2 : Apprendre en faisant.....	464
Sujet 2 : Apprendre grâce à la lecture	465
Sujet 2 : apprendre des mécanismes psychopathologiques	466
Sujet 2 : Les situations de violences.....	467
Sujet 2 : Un cadre symbolique	469
Sujet 2 : Apprendre ailleurs ?.....	470

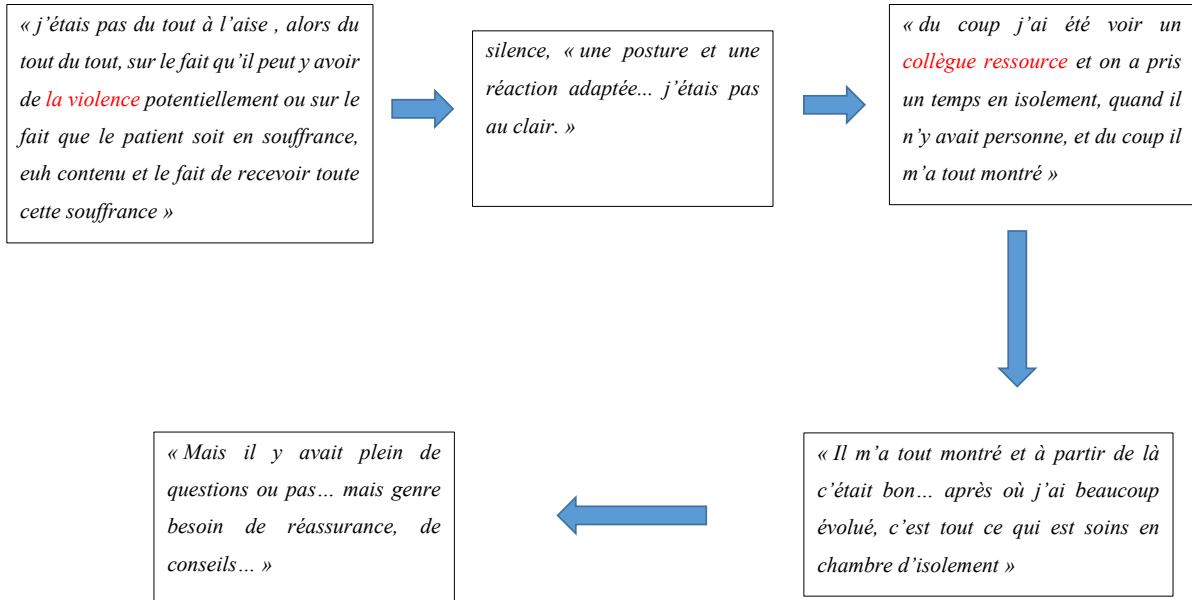
Sujet 2 : Apprendre dans les moments de pauses



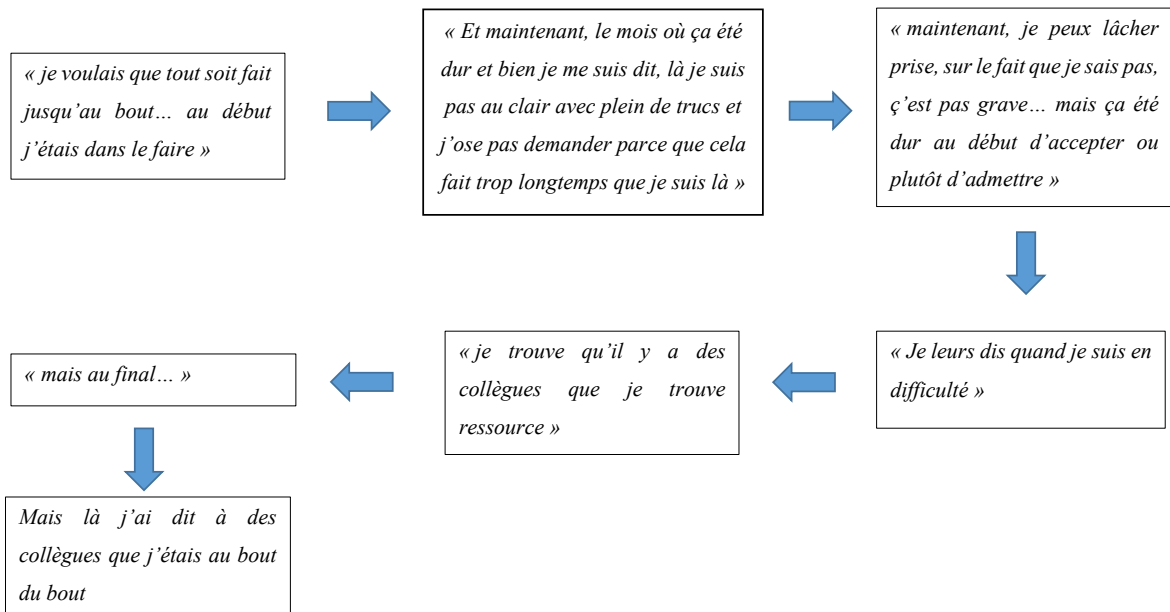
Sujet 2 : La prise de fonction



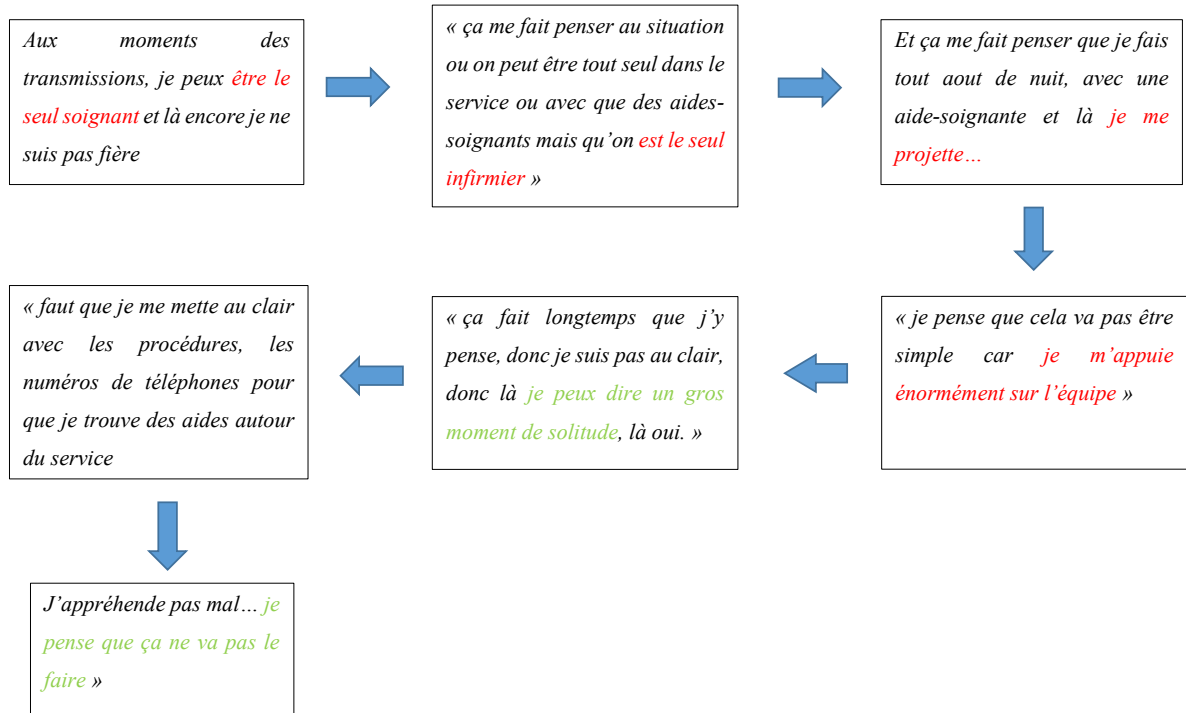
Sujet 2 : La chambre d'isolement



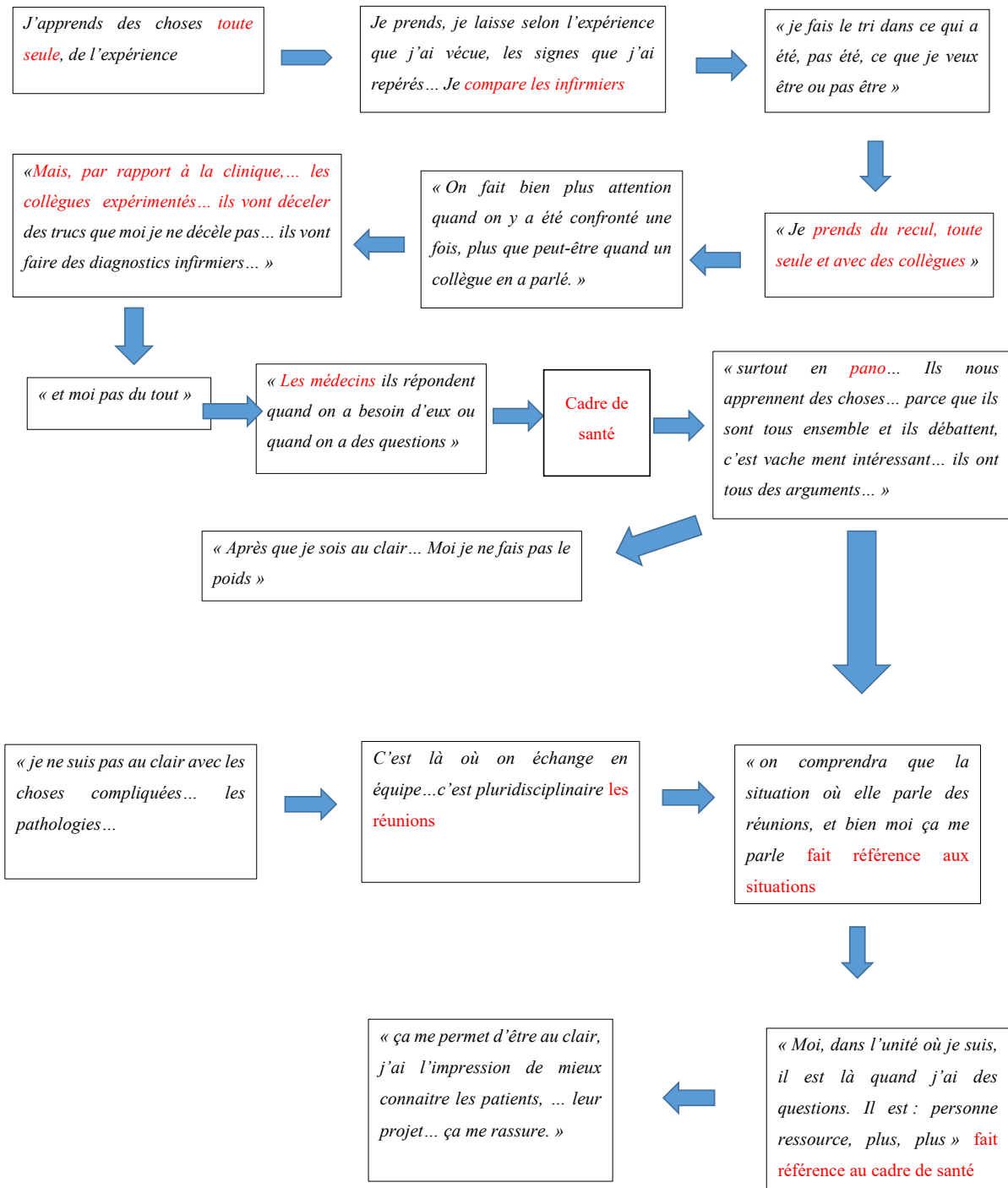
Sujet 2 : Ne pas être satisfait de son travail



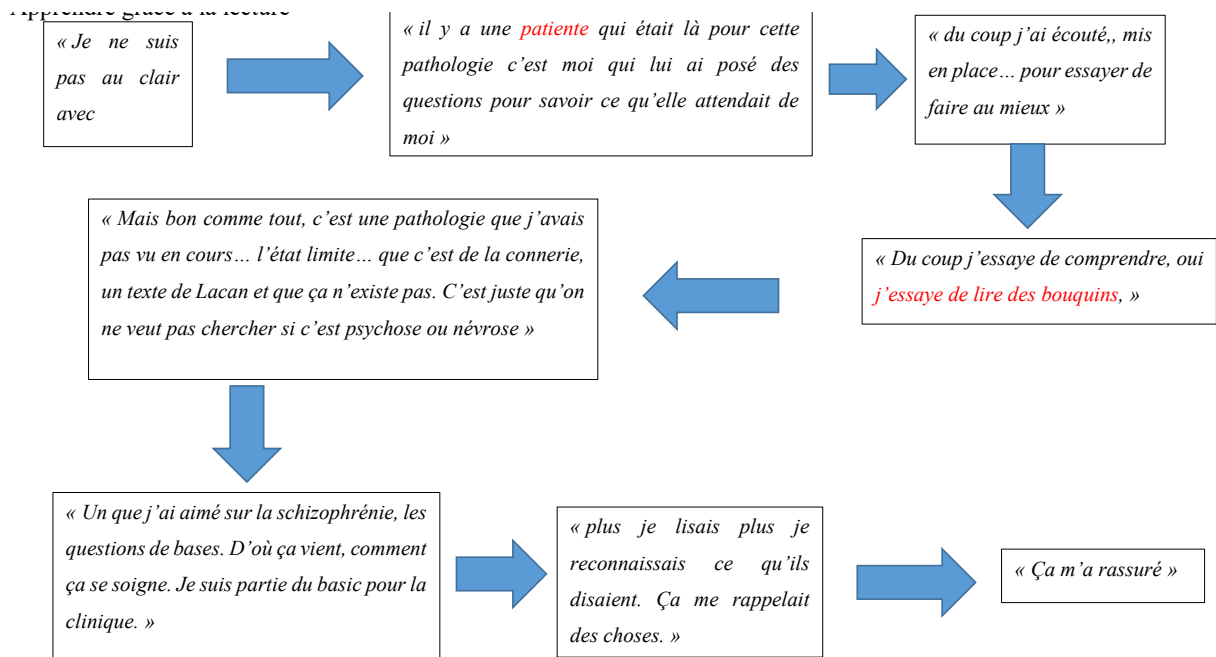
Sujet 2 : La responsabilité



Sujet 2 : Apprendre en faisant



Sujet 2 : Apprendre grâce à la lecture



Sujet 2 : apprendre des mécanismes psychopathologiques

« ça me fait penser à **une patiente** que l'on a, elle est diagnostiquée bipolaire et elle est très critique sur sa pathologie. »

« Du coup j'apprends vachement des situations comme ça... du patient, et dans certaines situations... des deux »

« Oui par **ses signes** où, il ne va pas être accessible... Oui du coup il m'apprend »

« il y a des mots, des termes techniques que je connaissais pas... j'en ai appris et je leurs demande si je les emploie bien (**les collègues**) »

Dans les **bouquins** surtout ce qui est terme technique, normes et vocabulaire

« J'essaie d'apprendre du **vocabulaire, des normes, des traitements**... c'est plus important pour moi, pour l'instant ... je me dis que j'ai des bases en psychopatho... ça me permet de travailler. »



« puis j'ai remarqué, avec **une de mes collègues qui est comme moi diplômée** en même temps que moi, mais pas de la même école. Elle avait ce lexique là car elle a fait son stage dans lequel on est actuellement... elle est vachement au clair... elle va m'expliquer »

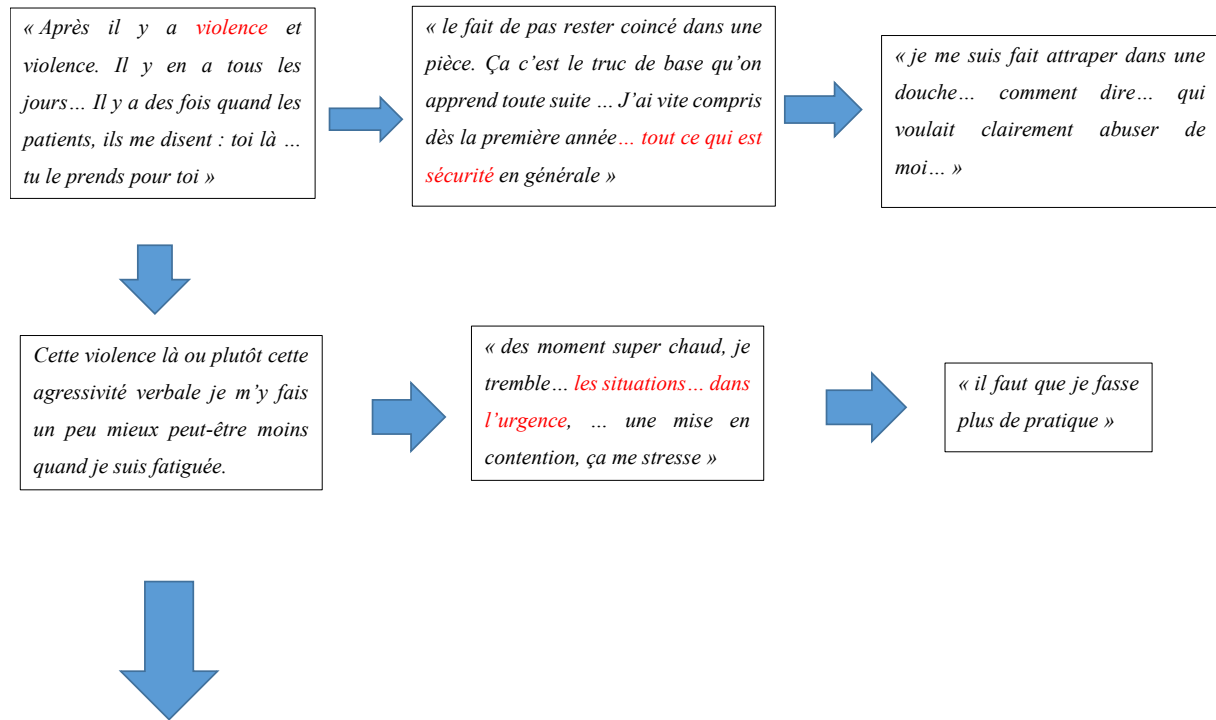


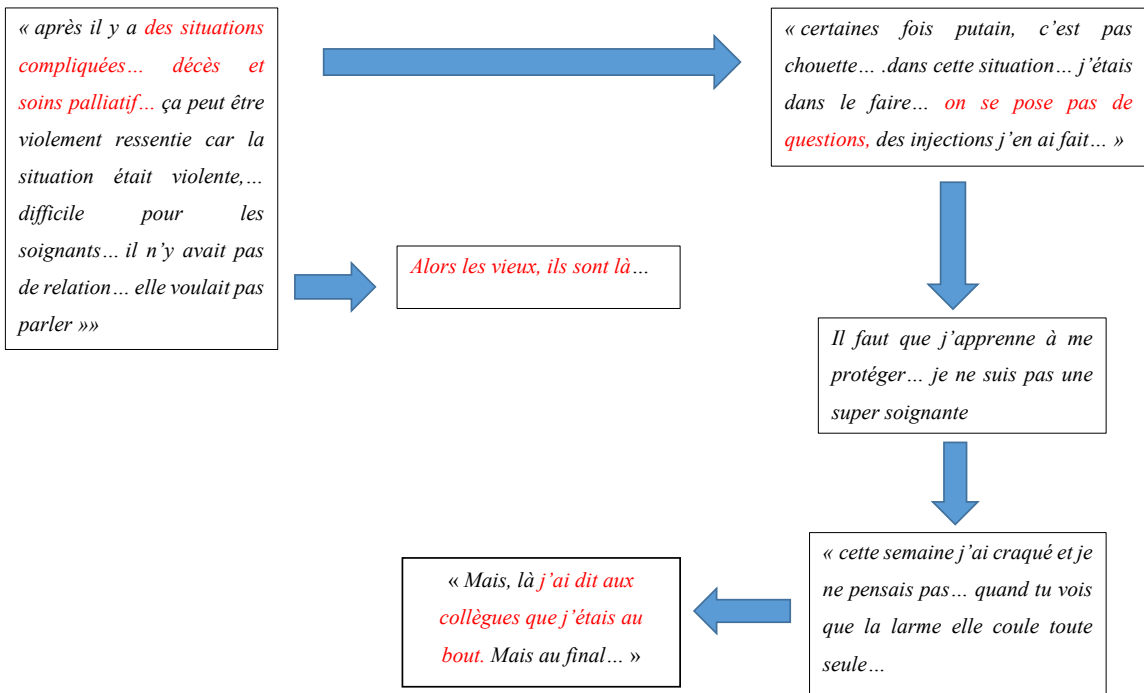
« maintenant je peux les repérer chez le patient... certains oui je crois »



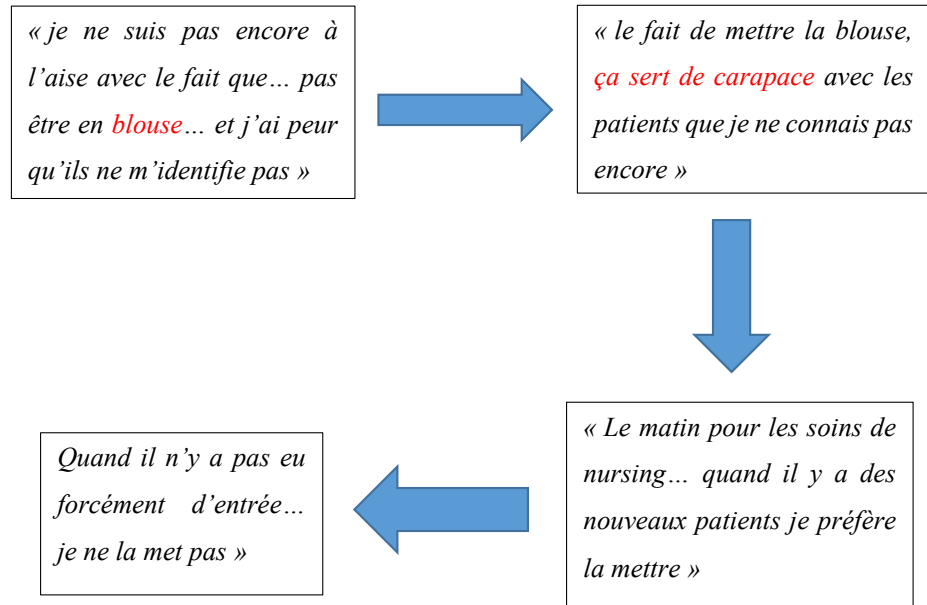
« Mais ce que je sais pour pouvoir déceler... je ne les connais pas et du coup je les décèle pas encore »

Sujet 2 : Les situations de violences





Sujet 2 : Un cadre symbolique



Sujet 2 : Apprendre ailleurs ?

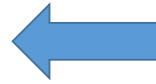
« il y a quand même *ces moments duels hors soins, traitement, hors cadre strict.* »



« *Quand je fumais, j'allais souvent une clope avec les patients... c'est des moments que j'appréciais* »



C'est des moments où je ne sais pas, qui ont tendances à me manquer avec le patient... j'ai l'impression qu'on se livrait plus... ils nous renvoient des choses... c'est un moment pour lui, on est plus nous »

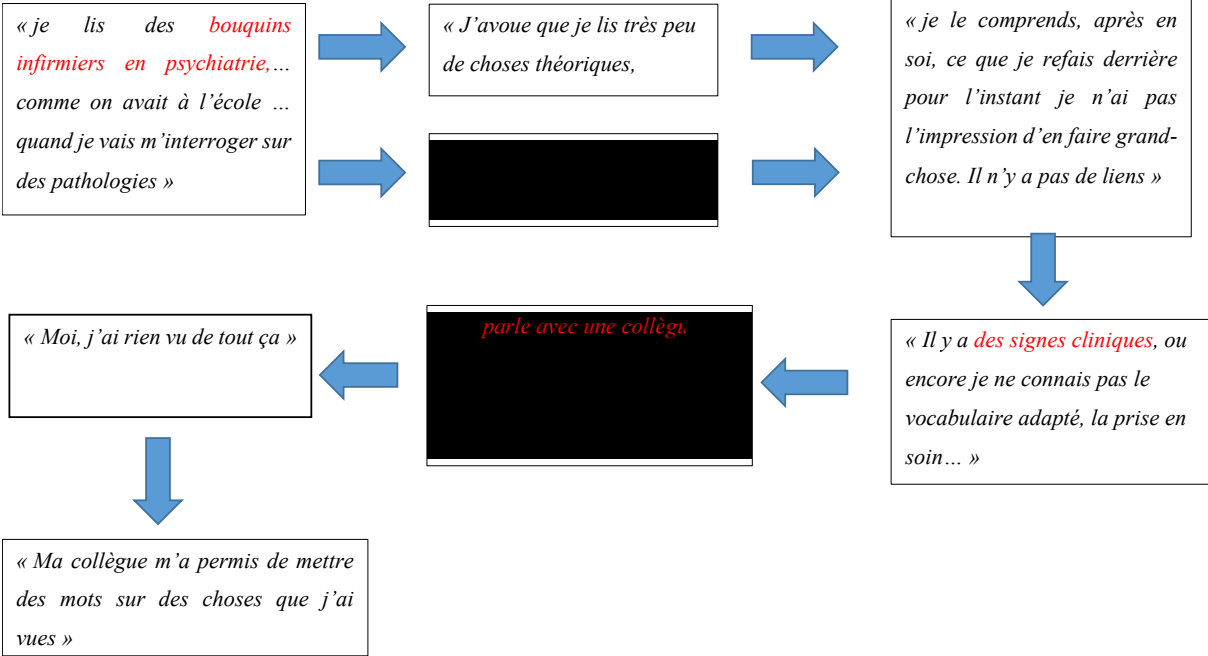


« *je fume plus, du coup il y a plus ces moments... du coup, là il fait beau... donc je vais boire un sirop avec eux* »

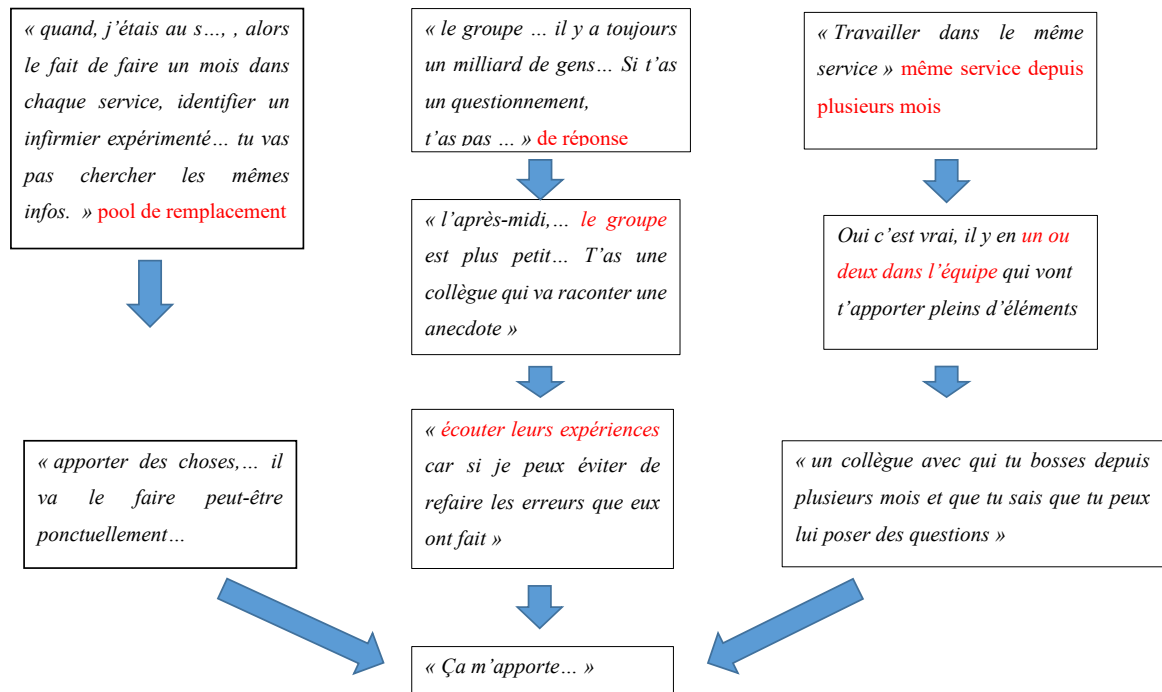
Annexe 13 : Analyse dynamique du Sujet 3

Sujet 3 : Construire des connaissances.....	472
Sujet 3 : Exercer dans différents services.....	473
Sujet 3 : La prise de fonction	474
Sujet 3 : Les réunions institutionnelles	475
Sujet 3 : Apprendre d'une situation de violence	476
Sujet 3 : La relation avec le cadre de santé	477

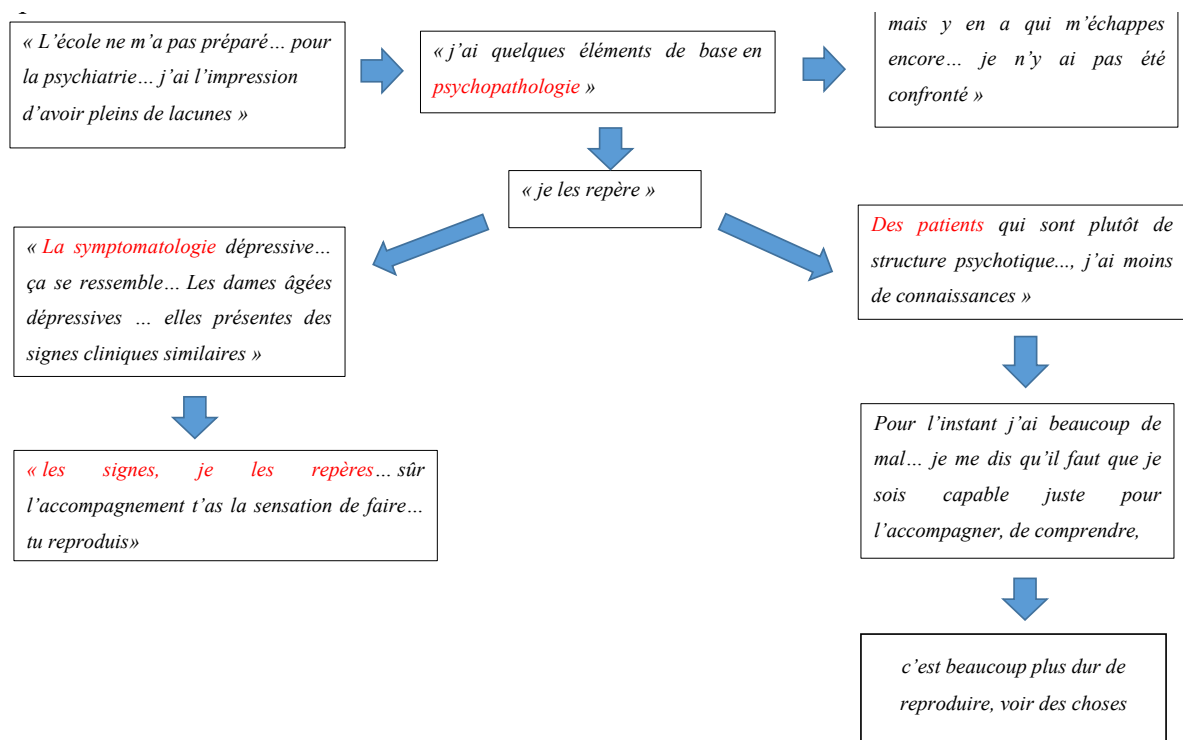
Sujet 3 : Construire des connaissances



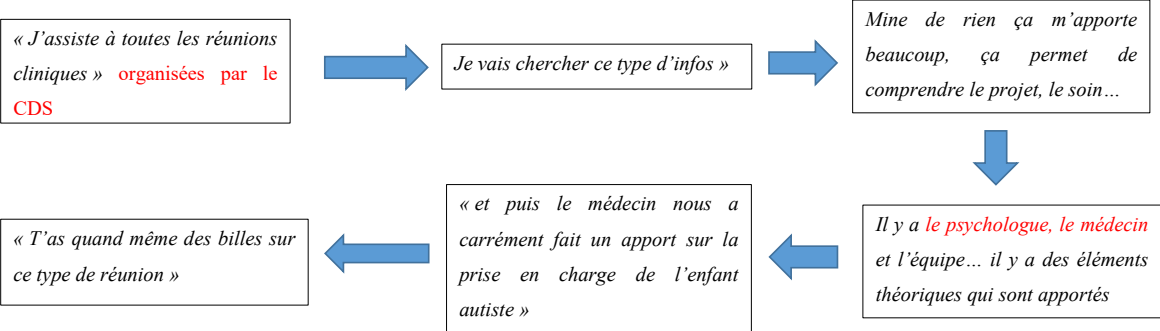
Sujet 3 : Exercer dans différents services



Sujet 3 : La prise de fonction

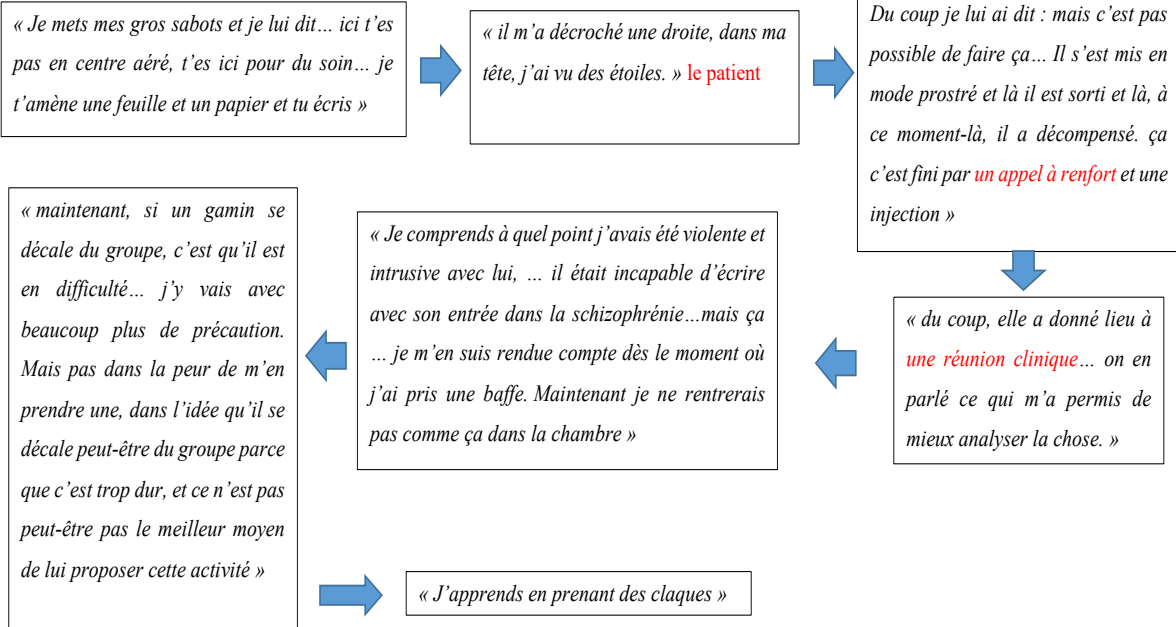


Sujet 3 : Les réunions institutionnelles

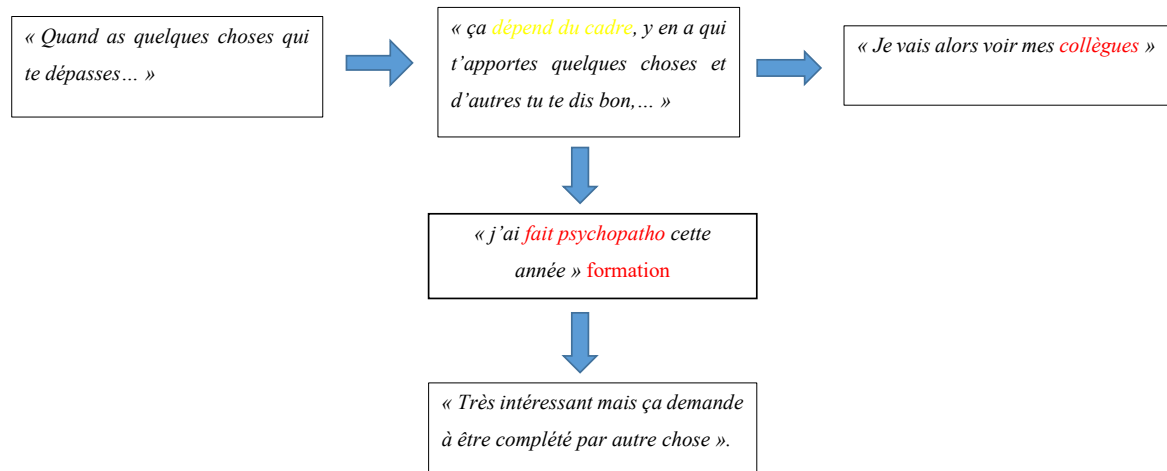


Sujet 3 : Apprendre d'une situation de violence

Raconte une situation de violence avec un ado connu : A la demande d'un collègue, le sujet doit s'occuper de lui car le patient refuse de participer à l'activité proposée par les soignants



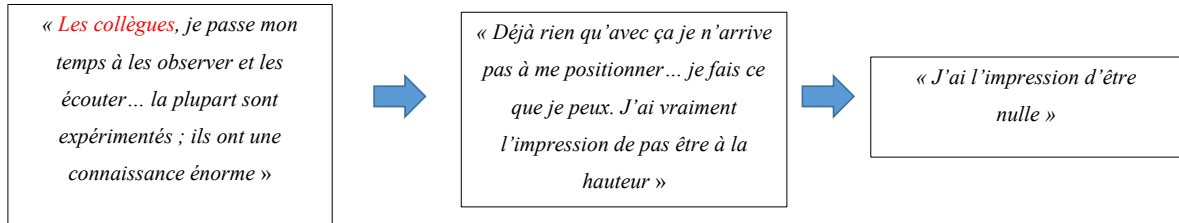
Sujet 3 : La relation avec le cadre de santé



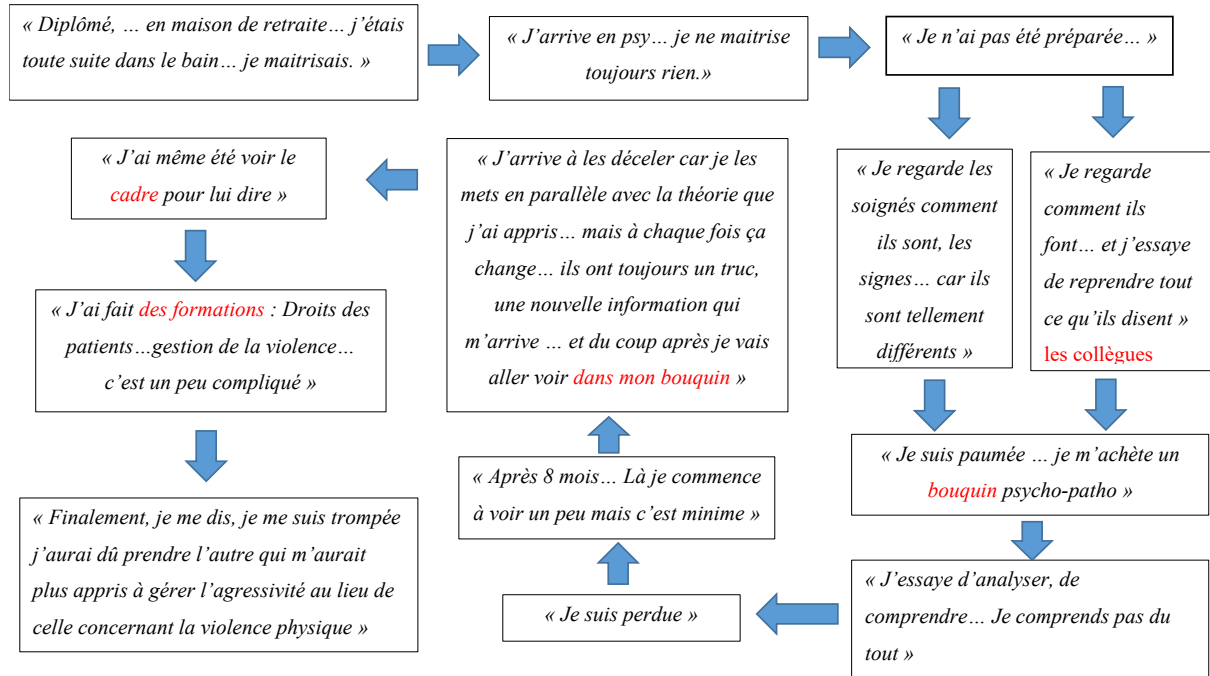
Annexe 14 : Analyse dynamique du Sujet 4

Sujet 4 : Un sentiment de dévalorisation.....	479
Sujet 4 : Un sentiment de dévalorisation.....	480
Sujet 4 : Faire des liens	481
Sujet 4 : Apprendre grâce aux patients.....	482
Sujet 4 : Ne pas être satisfait de ses soins	483
Sujet 4 : Le médecin.....	484
Sujet 4 : Les réunions	485
Sujet 4 : Développer sa pratique et son identité professionnelle, grâce au patients.....	486

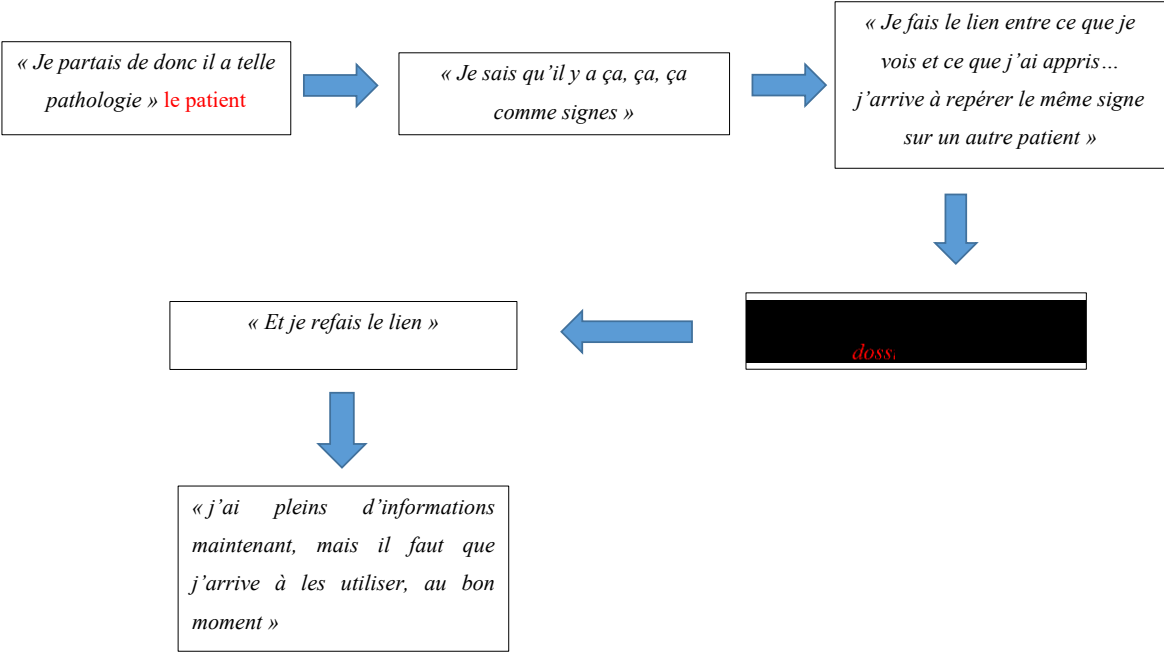
Sujet 4 : Un sentiment de dévalorisation



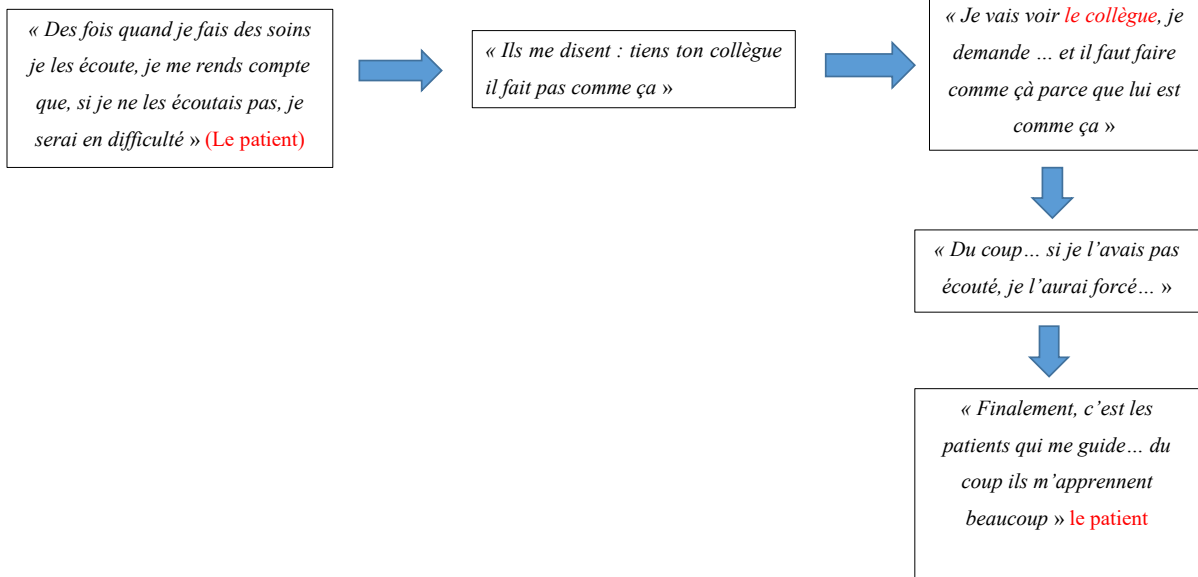
Sujet 4 : Un sentiment de dévalorisation



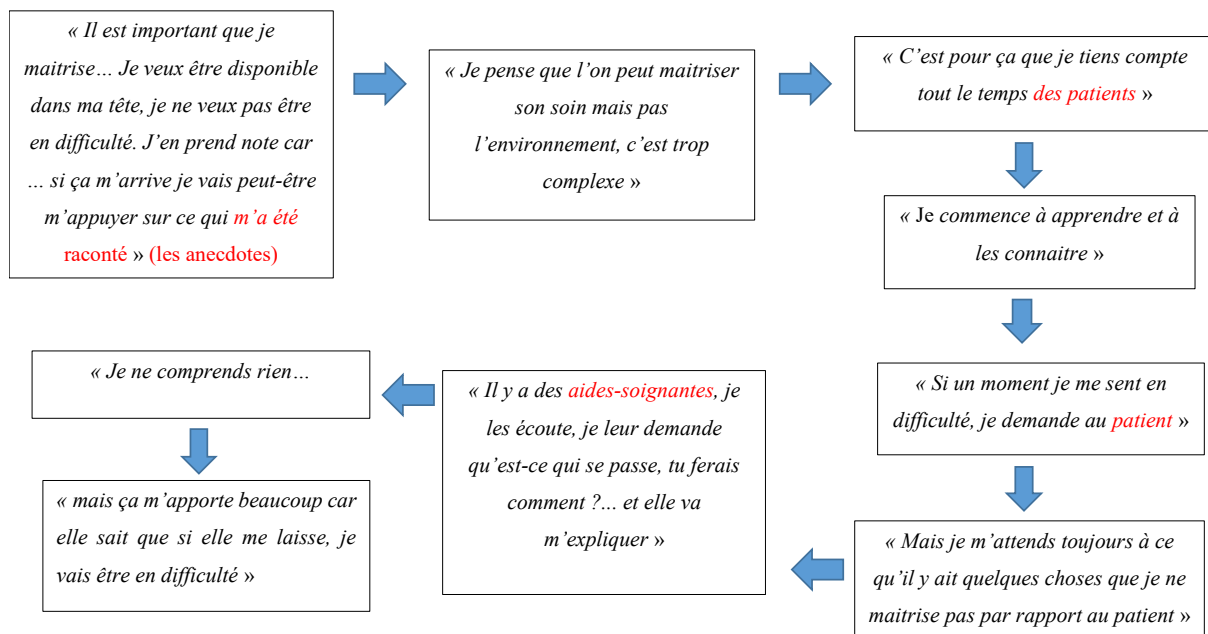
Sujet 4 : Faire des liens



Sujet 4 : Apprendre grâce aux patients



Sujet 4 : Ne pas être satisfait de ses soins



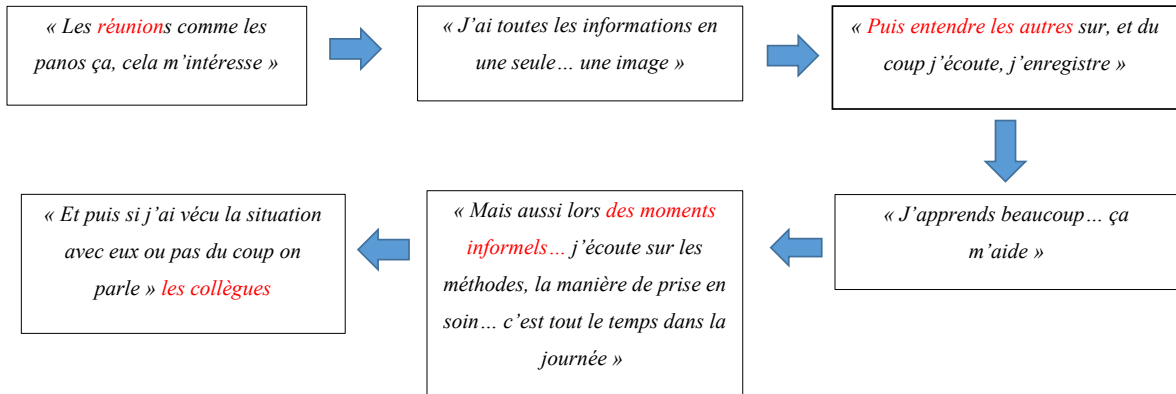
Sujet 4 : Le médecin

*« Avec les médecins c'est autre
chose... je pose des questions,
j'essaye »*

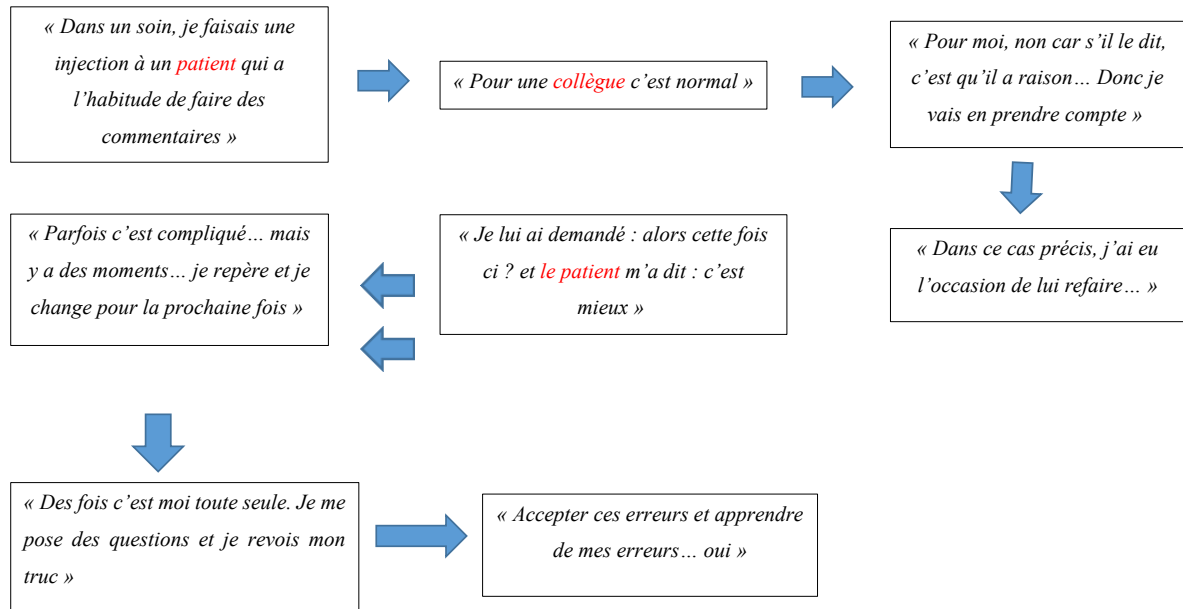


*« Mais...J'ai pas appris grand-
chose avec eux »*

Sujet 4 : Les réunions



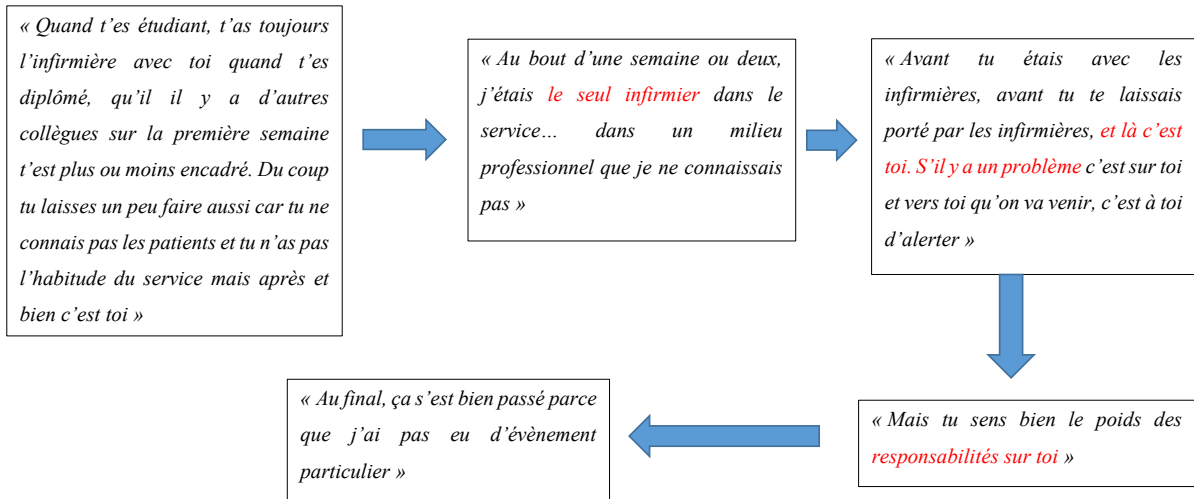
Sujet 4 : Développer sa pratique et son identité professionnelle, grâce au patients



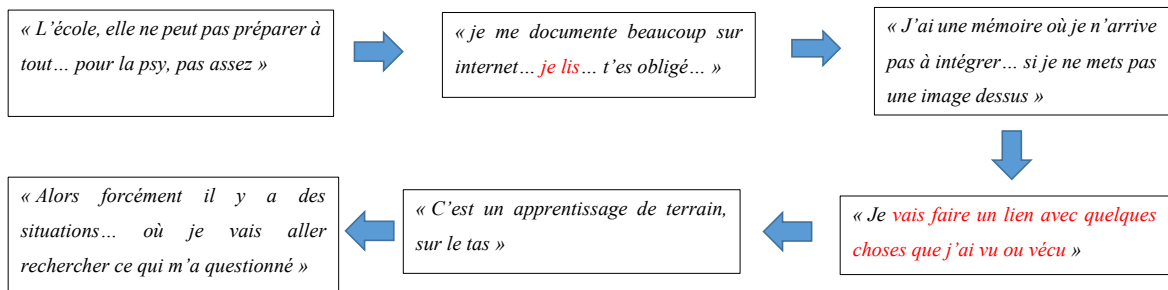
Annexe 15 : Analyse dynamique du Sujet 5

Sujet 5 : La prise de fonction	488
Sujet 5 : Approfondir des connaissances.....	489
Sujet 5 : Un développement de soi empêché lié à des difficultés contextuelles	490
Sujet 5 : développer sa clinique.....	491
Sujet 5 : Apprendre des moments informels	492
Sujet 5 : Le cadre de santé : un révélateur d'une perte de l'estime de soi	493
Sujet 5 : Changer de services : un atout pour apprendre	494

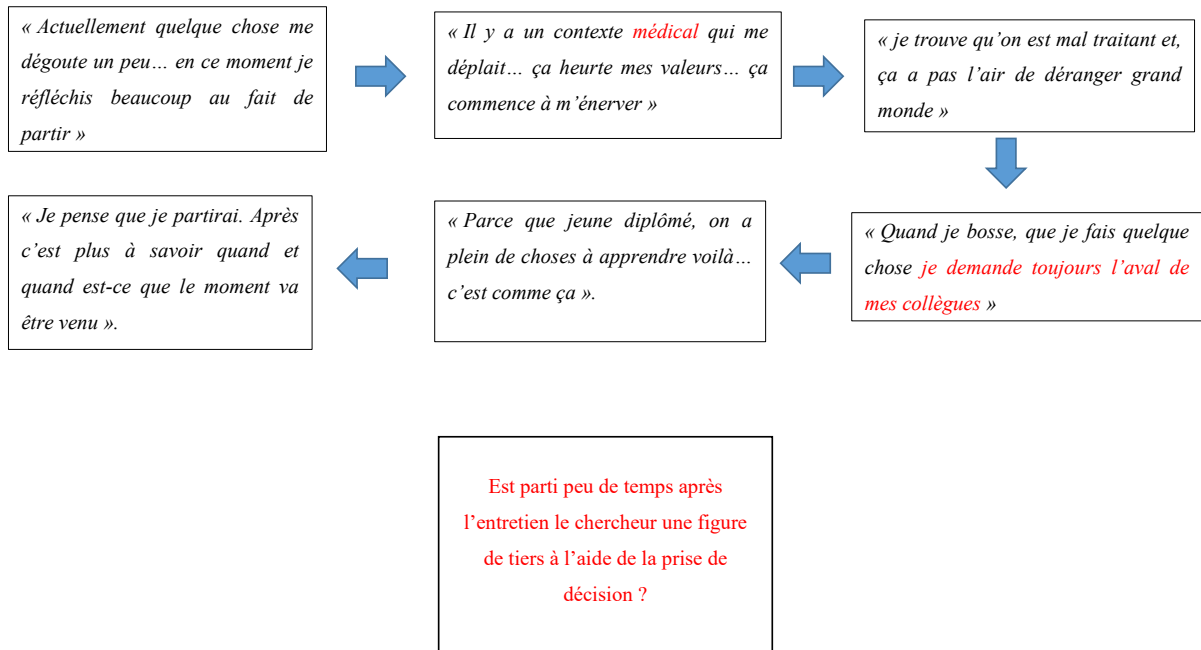
Sujet 5 : La prise de fonction



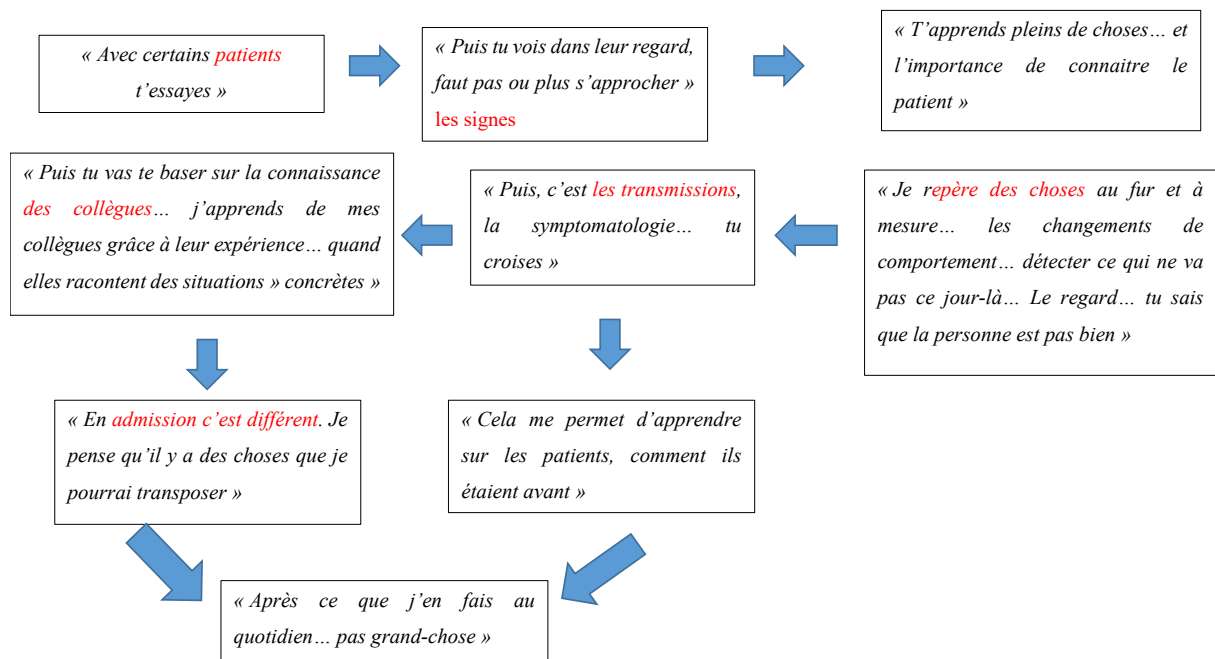
Sujet 5 : Approfondir des connaissances



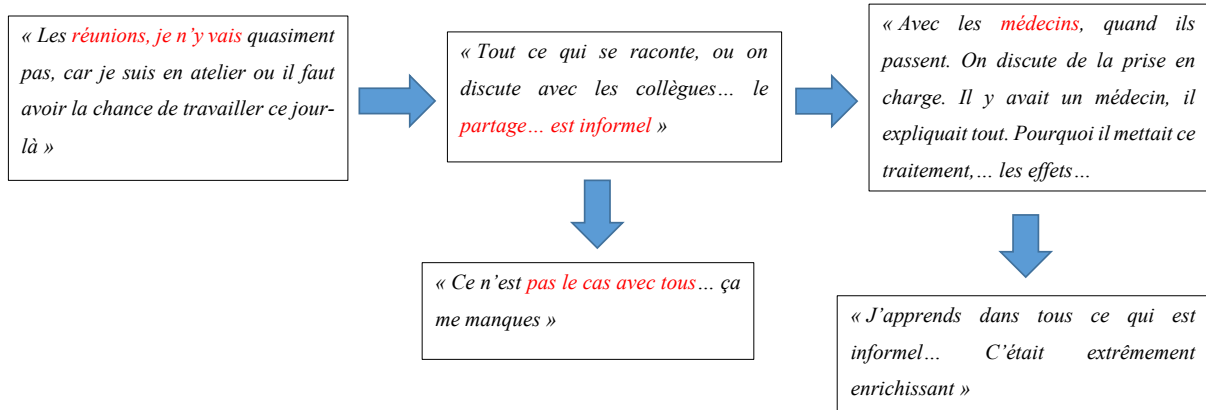
Sujet 5 : Un développement de soi empêché lié à des difficultés contextuelles



Sujet 5 : développer sa clinique



Sujet 5 : Apprendre des moments informels



Sujet 5 : Le cadre de santé : un révélateur d'une perte de l'estime de soi

« A contrario *notre cadre est là*, elle est importante. Elle s'est faite et là tu sais que l'on peut compter sur elle... et les patients le savent »



« Elle a une manière de faire, d'amener le patient à... elle est douée dans ça »



« Ces entretiens ... est très enrichissant mais je n'en fais rien par ce que j'ai pas le bagage... moi *je suis incapable* »

Sujet 5 : Changer de services : un atout pour apprendre

« Pour moi, avoir *changer de services* plusieurs fois, cela m'a permis de rencontrer plein de soignants, des pathologies différentes, pleins de symptômes »



« S'adapter, ça fait murir plus vite et ça évite de *s'enliser* dans un service et de tomber dans une routine »



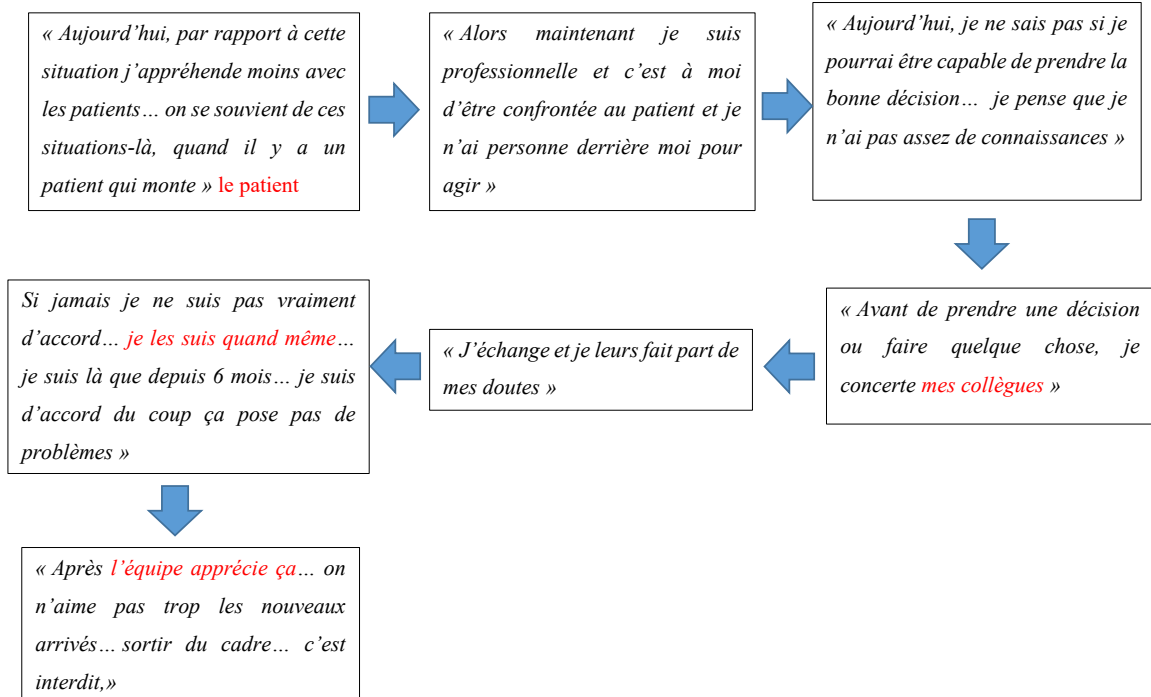
« Là j'ai l'impression de tourner en rond »

Annexe 16 : Analyse dynamique du Sujet 6

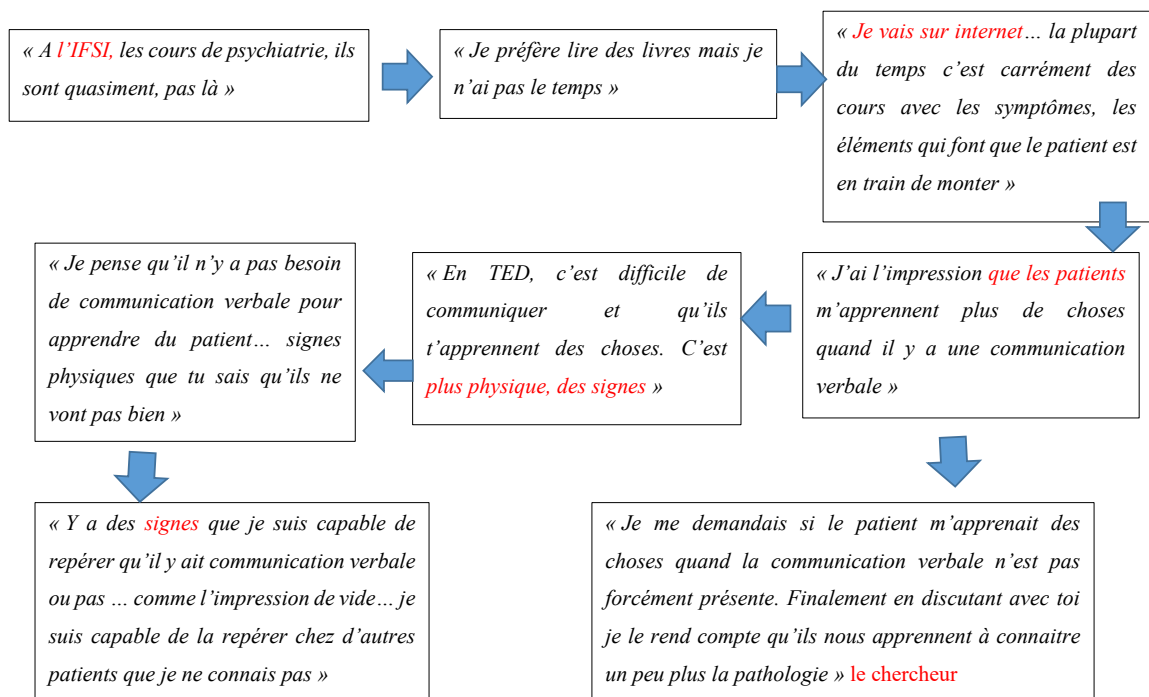
Sujet 6 : Une autonomie empêchée	496
Sujet 6 : Construire des connaissances.....	497
Sujet 6 : Entre repérer des signes cliniques et ne pas respecter les consignes de sécurité.....	498
Sujet 6 : Apprendre grâce aux moments informels	499
Sujet 6 : D'une appréhension au doute de soi	500
Sujet 6 : D'une appréhension au doute de soi	501

Sujet 6 : Une autonomie empêchée

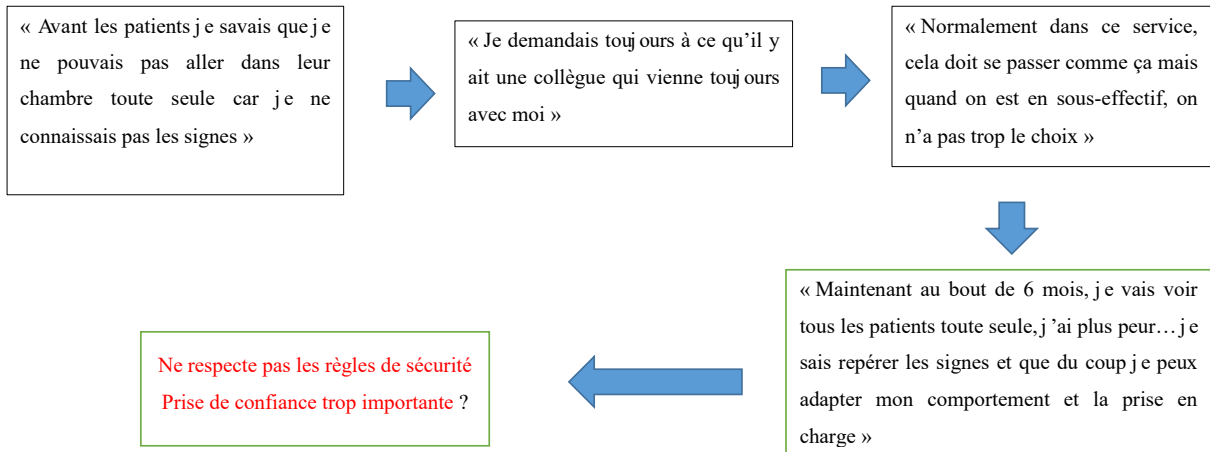
Raconte une situation d'appel à renfort lors d'un stage ou elle a observé la scène « Dans cette situation j'étais stagiaire... je n'avais pas le même positionnement »



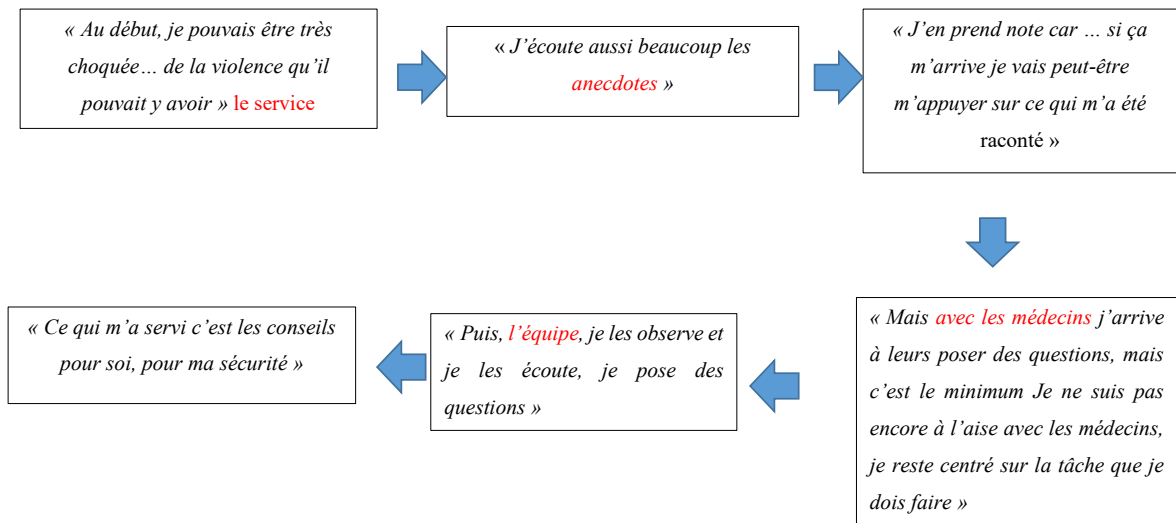
Sujet 6 : Construire des connaissances



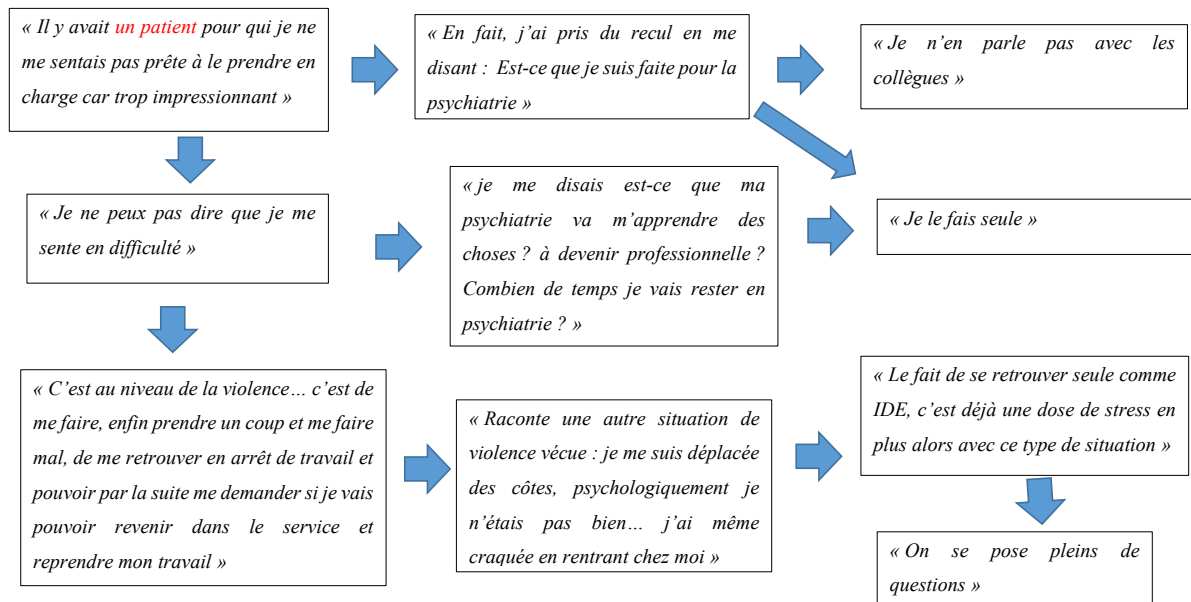
Sujet 6 : Entre repérer des signes cliniques et ne pas respecter les consignes de sécurité



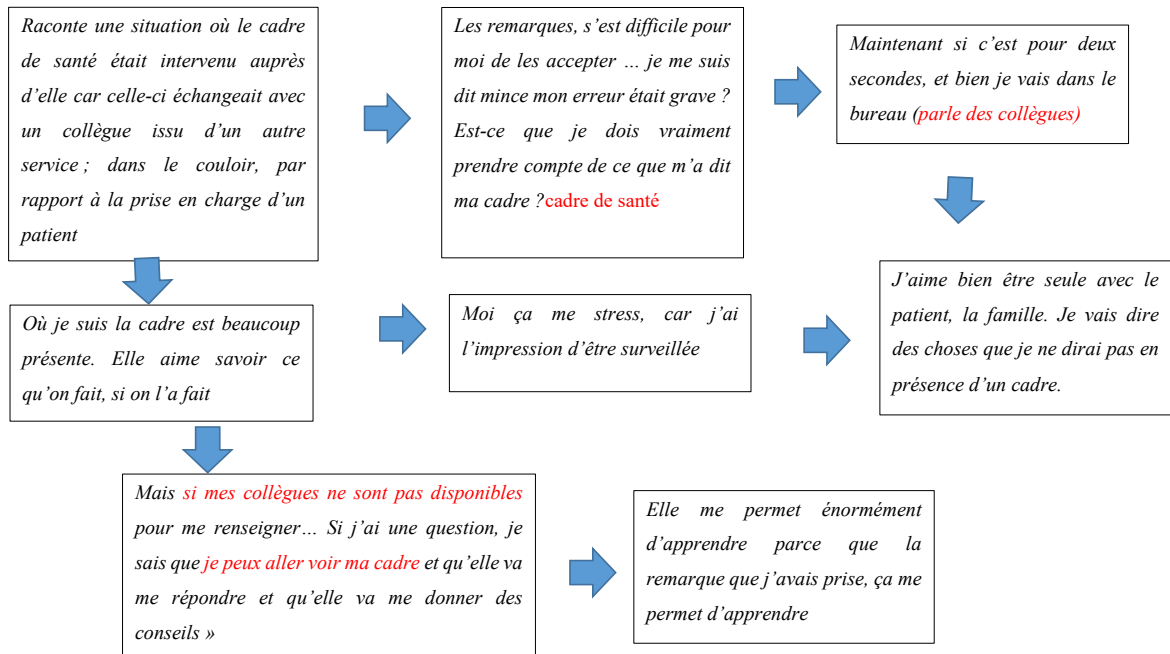
Sujet 6 : Apprendre grâce aux moments informels



Sujet 6 : D'une appréhension au doute de soi



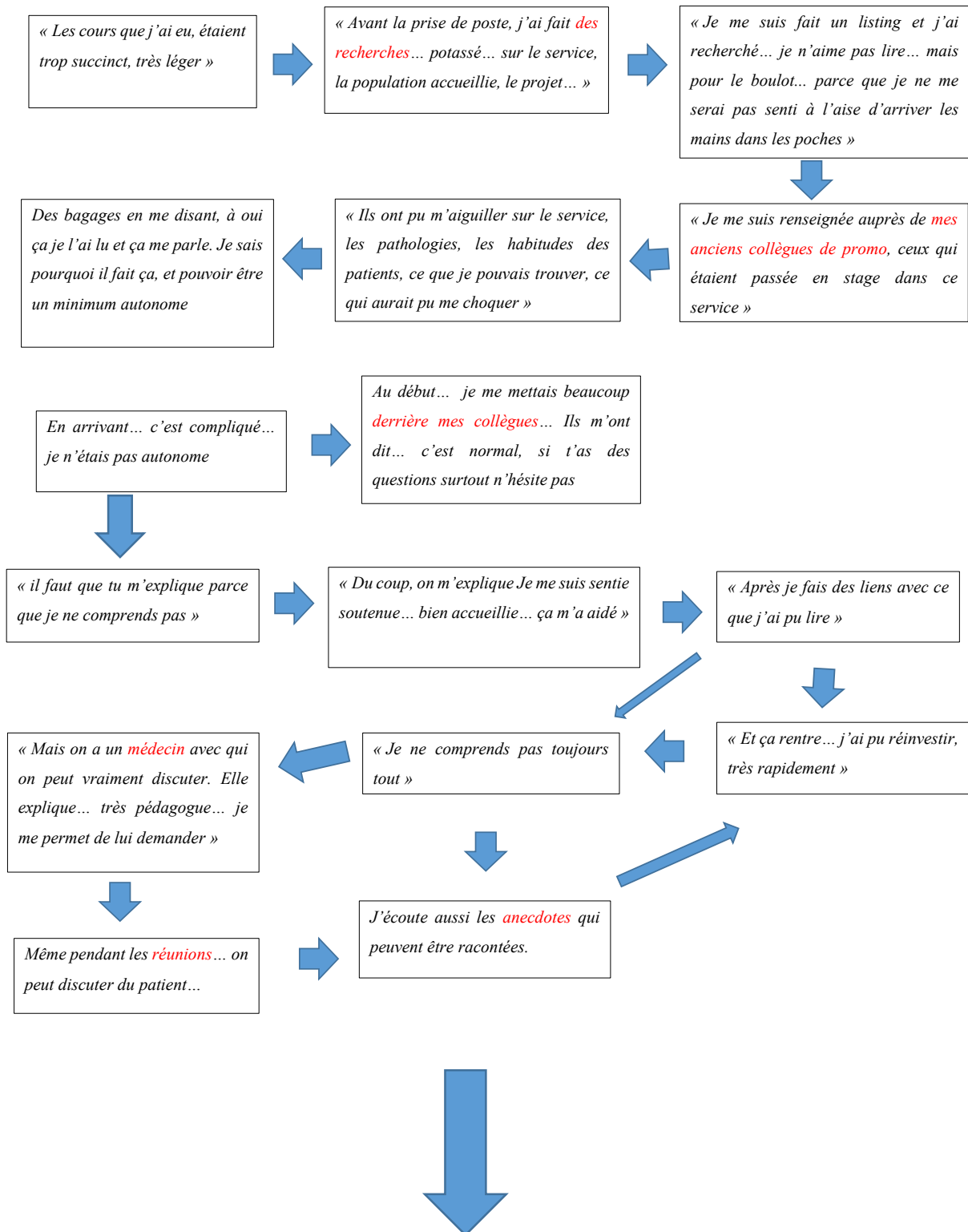
Sujet 6 : D'une appréhension au doute de soi

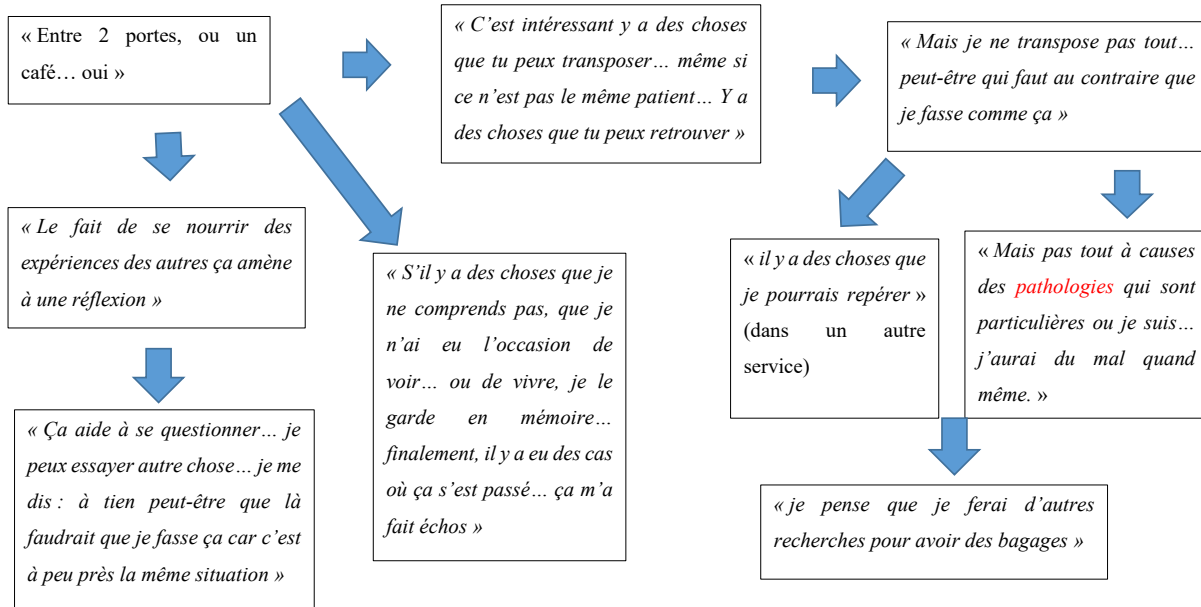


Annexe 17 : Analyse dynamique du Sujet 7

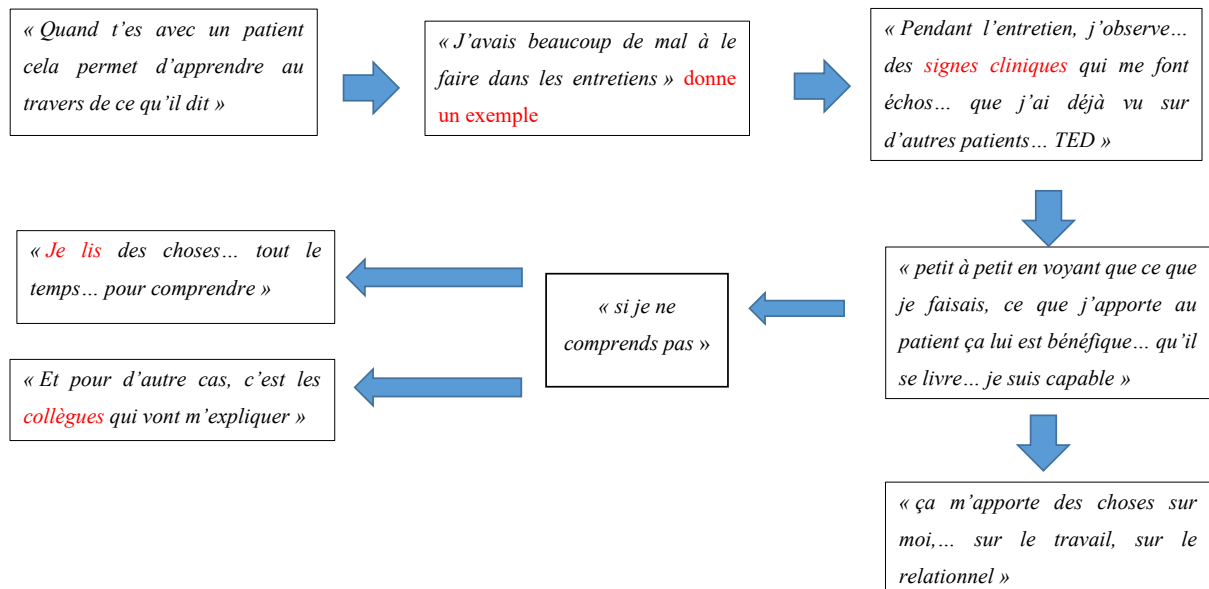
Sujet 7 : Construire des connaissances pour être autonome.....	503
Sujet 7 : Apprendre grâce aux patients.....	505
Sujet 7 : Construire une identité professionnelle ou pas	506
Sujet 7 : Travailler seul et trouver des stratégies	507
Sujet 7 : Apprendre en situation de crise.....	508
Sujet 7 : La formation.....	509
Sujet 8 : La prise de poste	511

Sujet 7 : Construire des connaissances pour être autonome

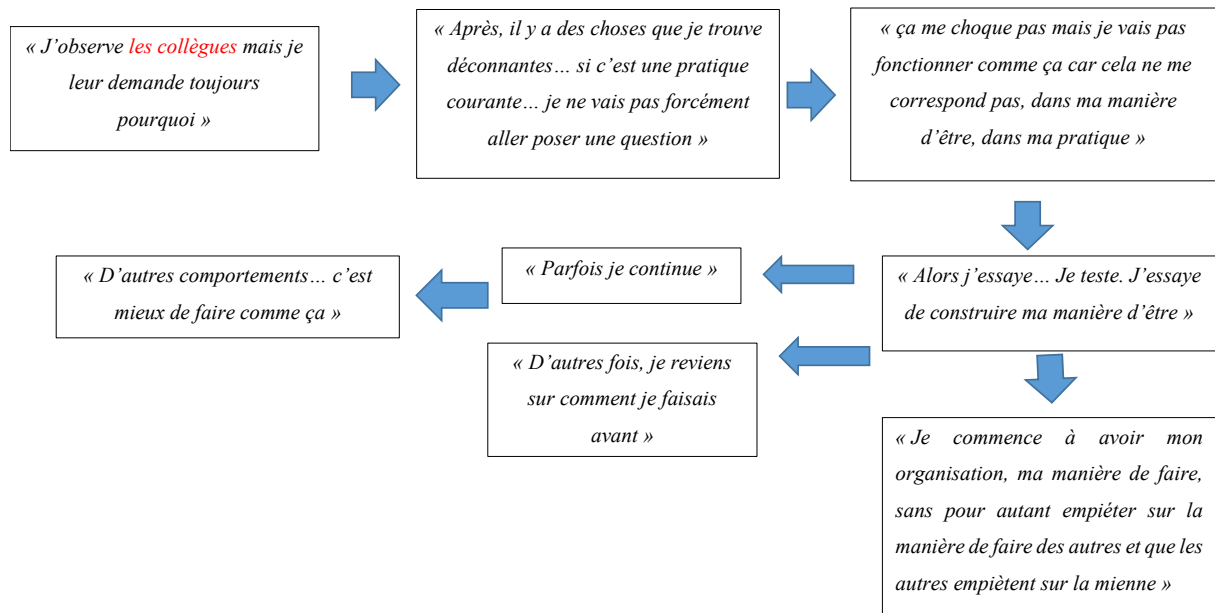




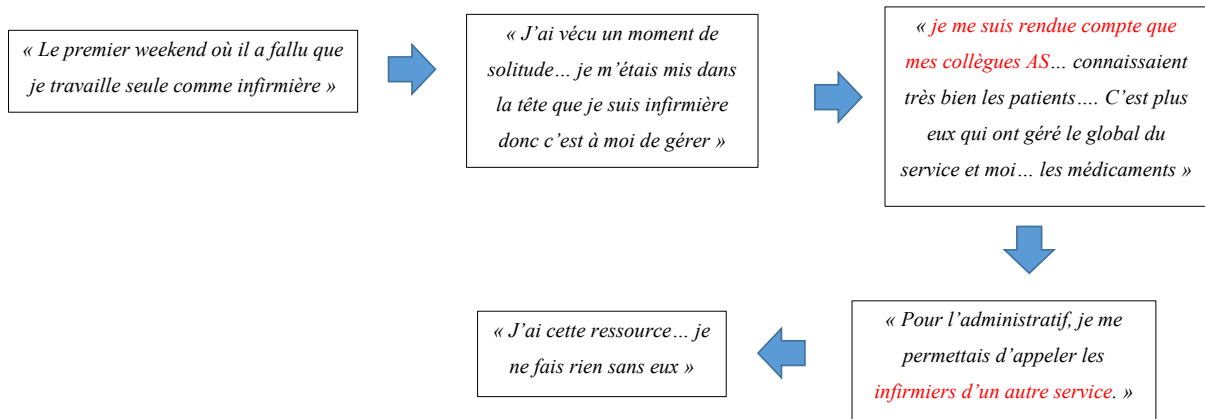
Sujet 7 : Apprendre grâce aux patients



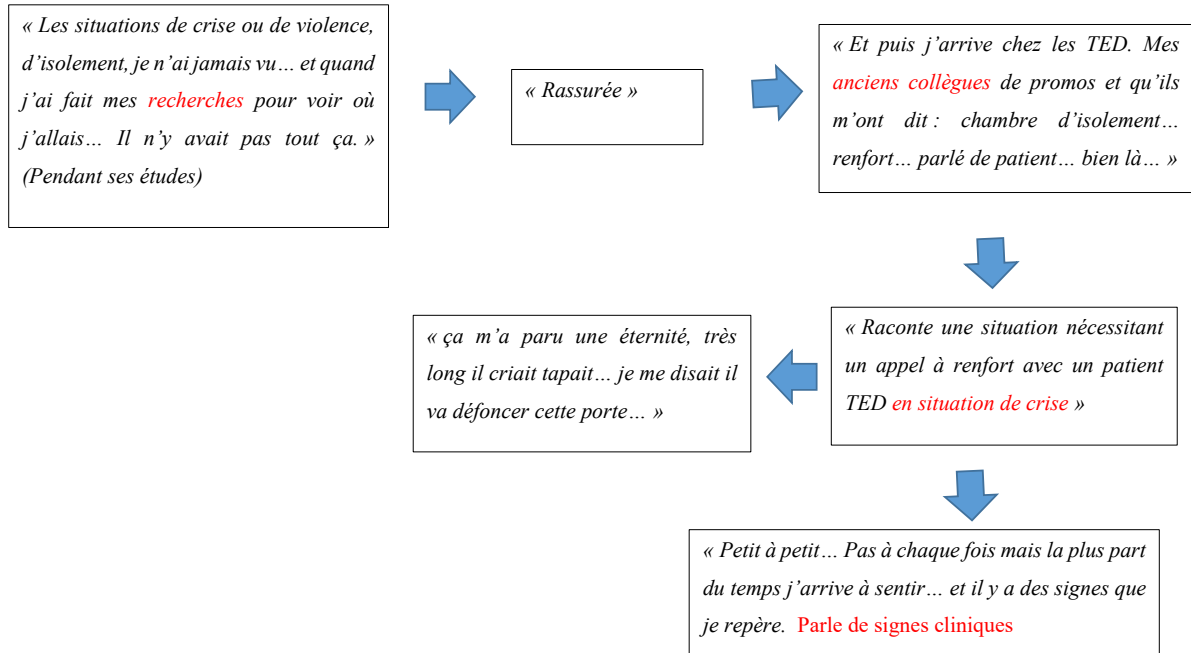
Sujet 7 : Construire une identité professionnelle ou pas



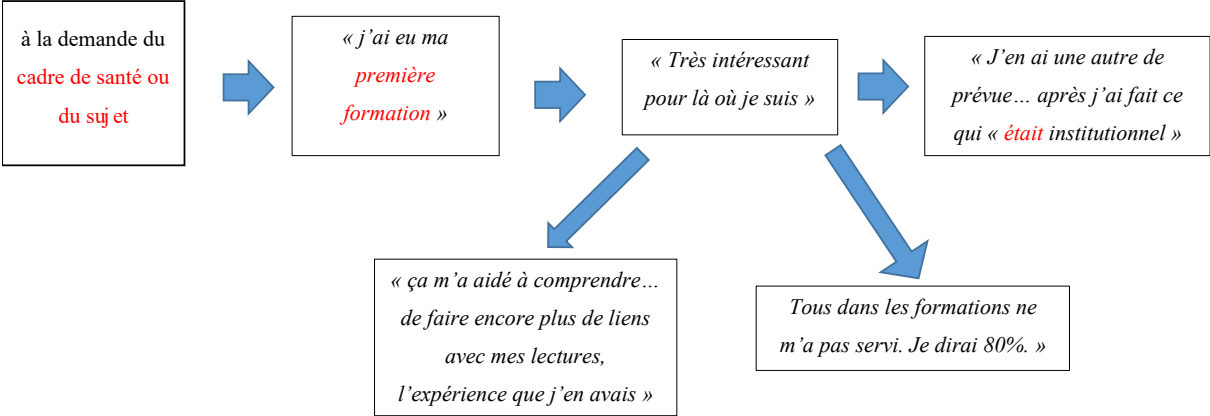
Sujet 7 : Travailler seul et trouver des stratégies



Sujet 7 : Apprendre en situation de crise



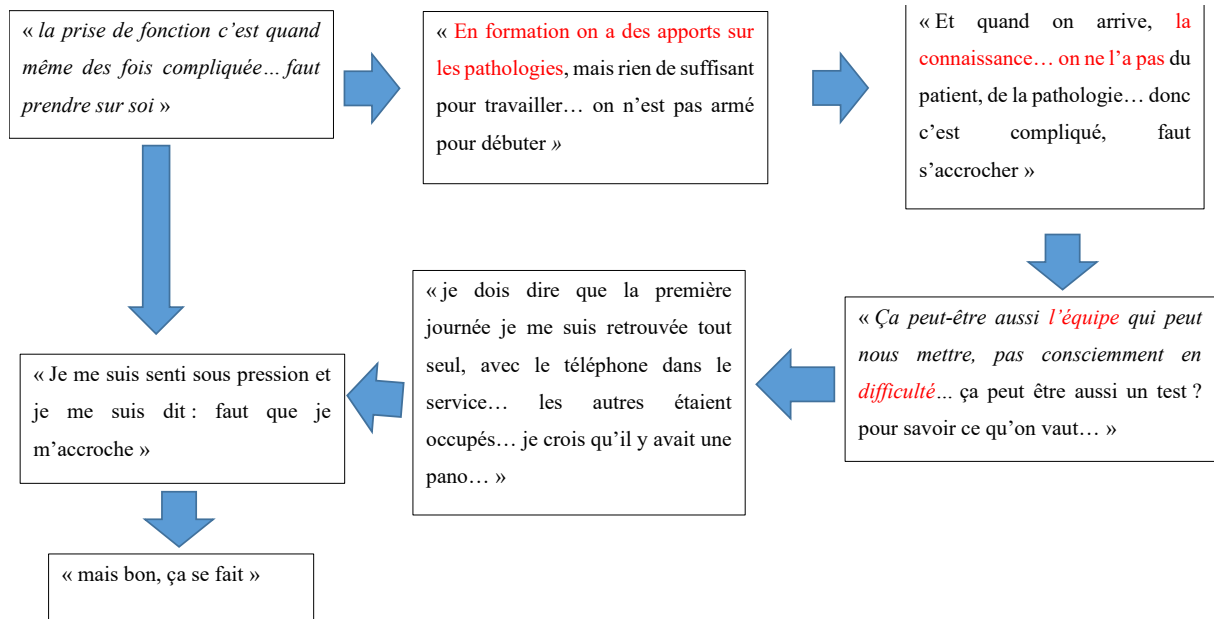
Sujet 7 : La formation



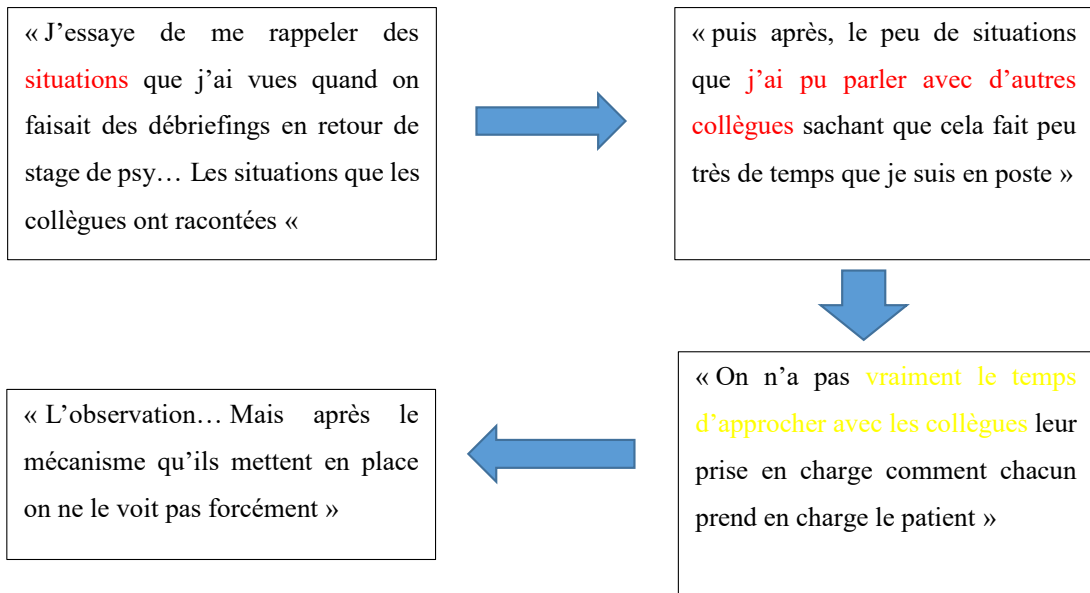
Annexe 18 : Analyse dynamique du Sujet 8

Sujet 8 : La prise de poste	511
Sujet 8 : Apprendre des situations.....	512
Sujet 8 : Construire une identité professionnelle	513
Sujet 8 : Construire des connaissances.....	514
Sujet 8 : Aller dans d'autres services	515
Sujet 8 : Apprendre grâce aux patients mais pas des collègues ?	516
Sujet 8 : Changement et adaptation.....	517
Sujet 8 : Apprendre des moments informels	518
Sujet 8 : L'émergence du doute ?.....	519

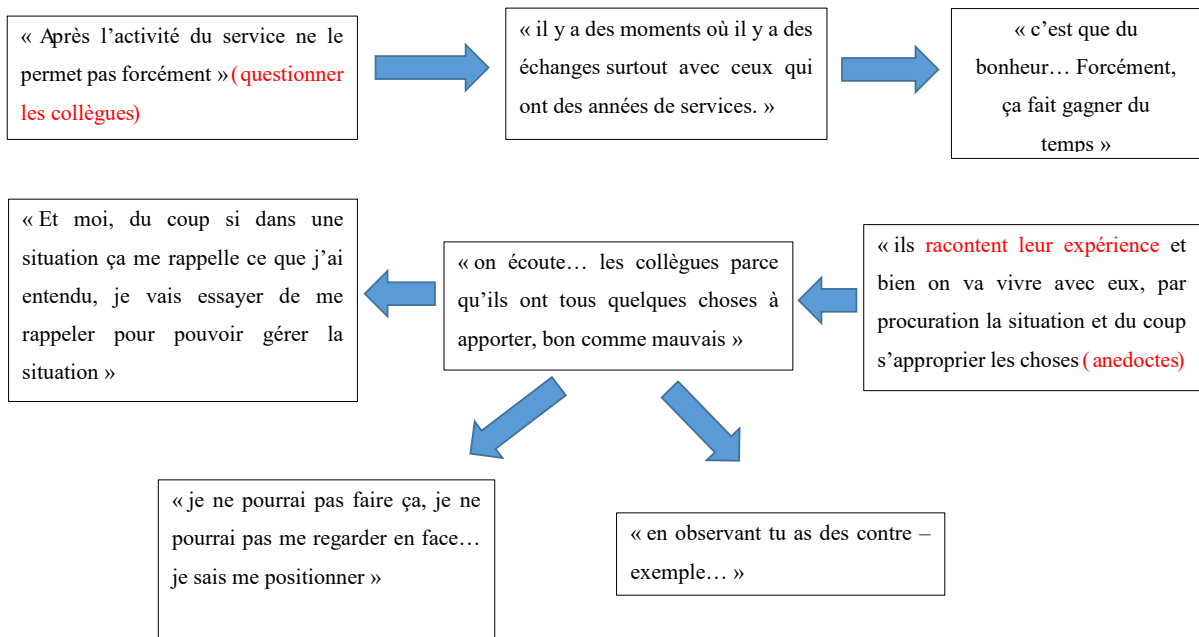
Sujet 8 : La prise de poste



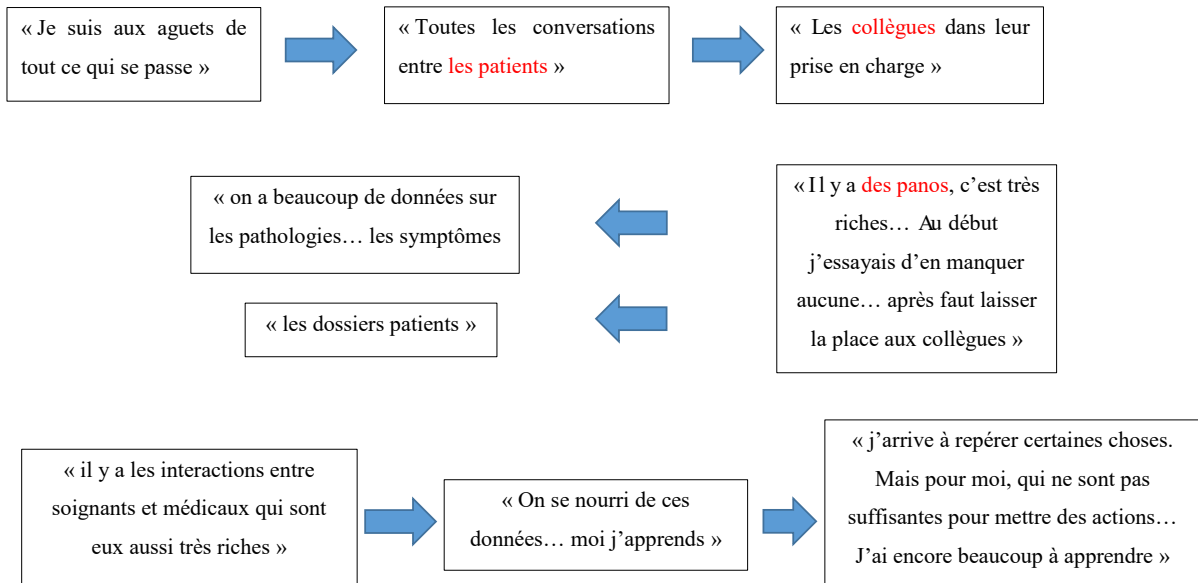
Sujet 8 : Apprendre des situations



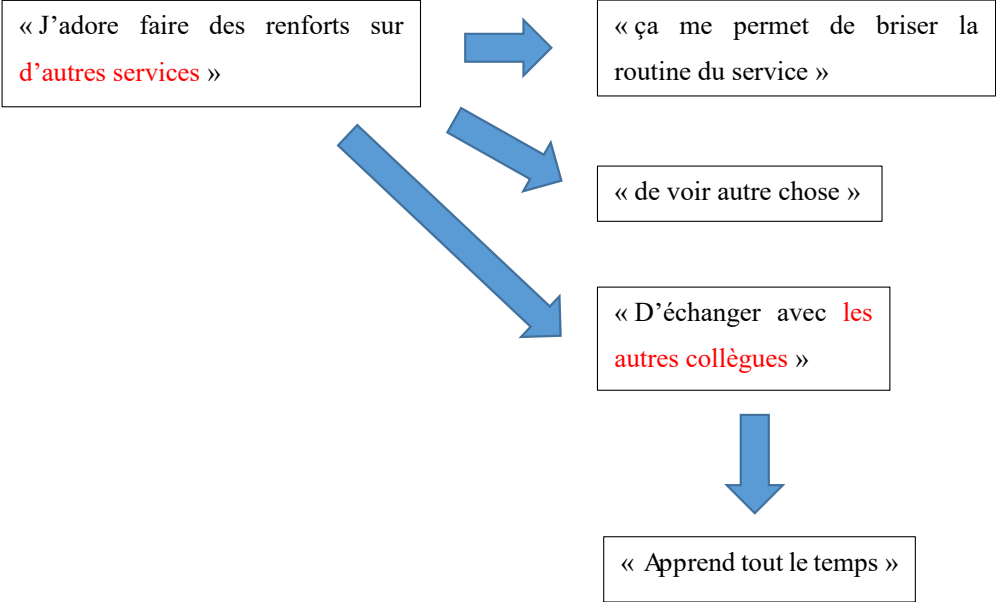
Sujet 8 : Construire une identité professionnelle



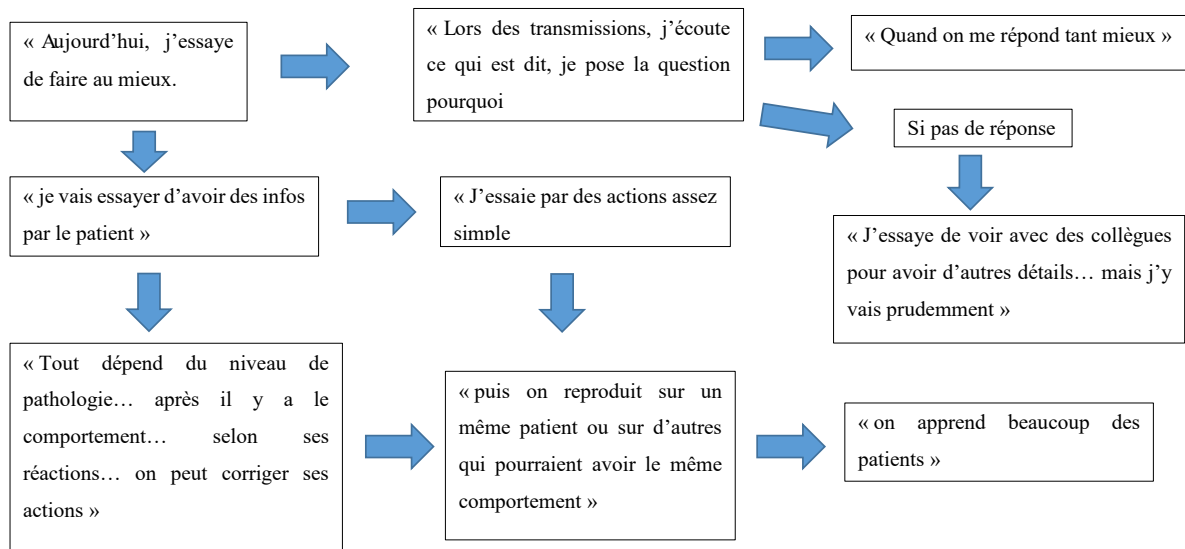
Sujet 8 : Construire des connaissances



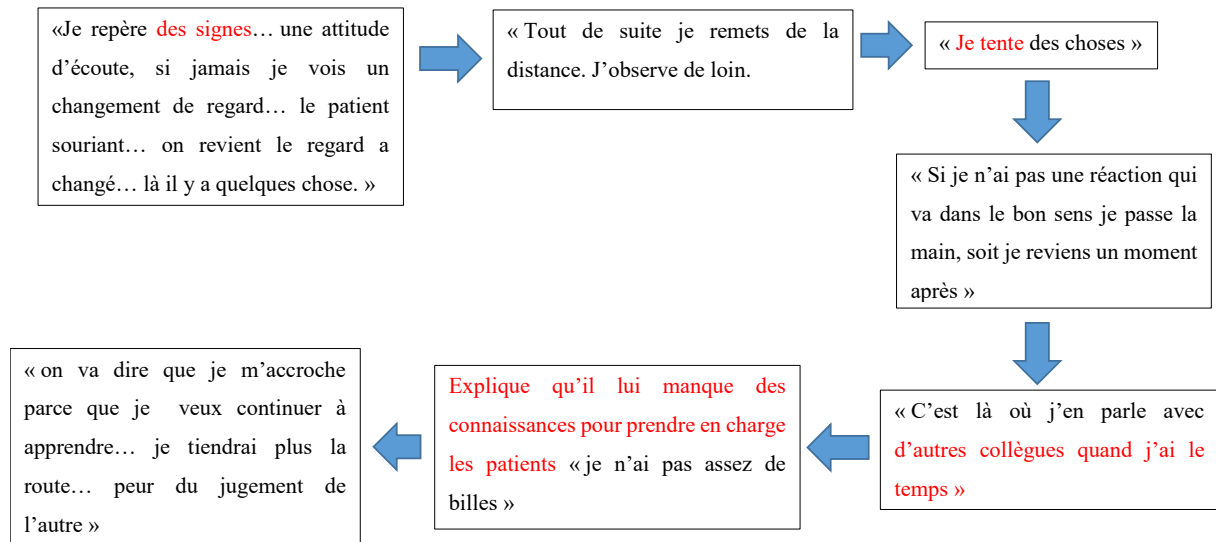
Sujet 8 : Aller dans d'autres services



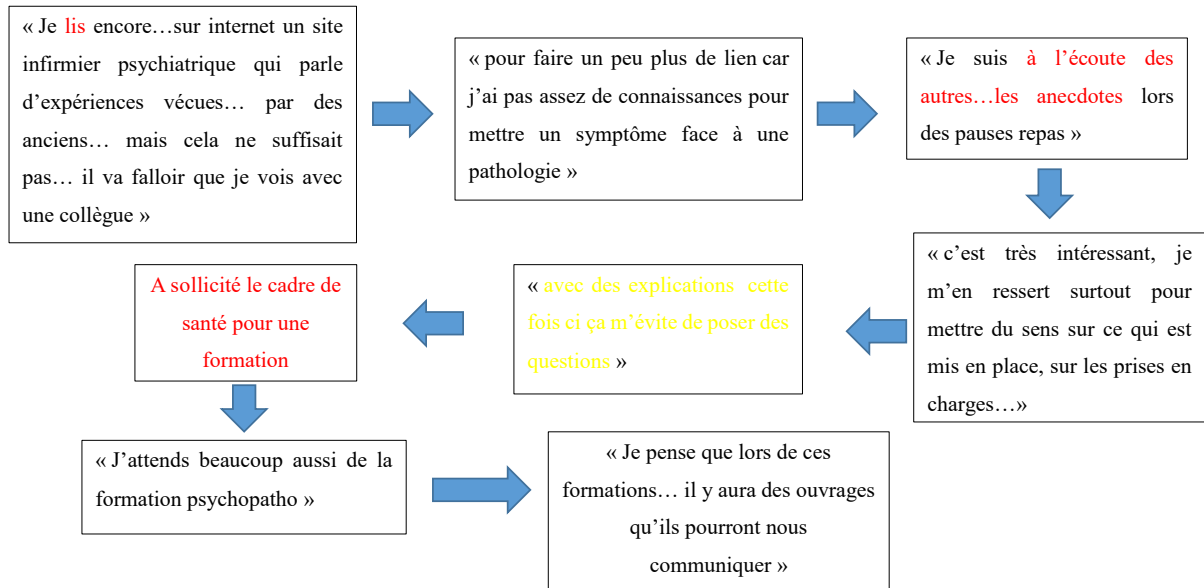
Sujet 8 : Apprendre grâce aux patients mais pas des collègues ?



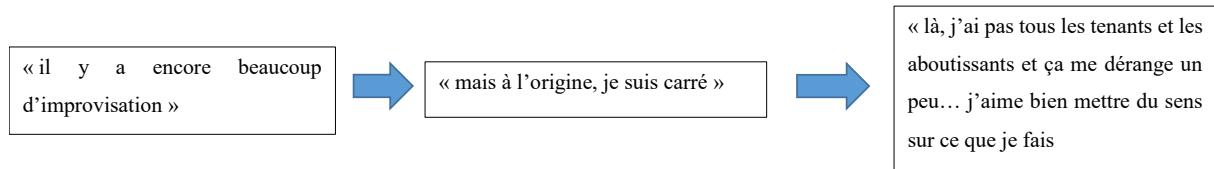
Sujet 8 : Changement et adaptation



Sujet 8 : Apprendre des moments informels



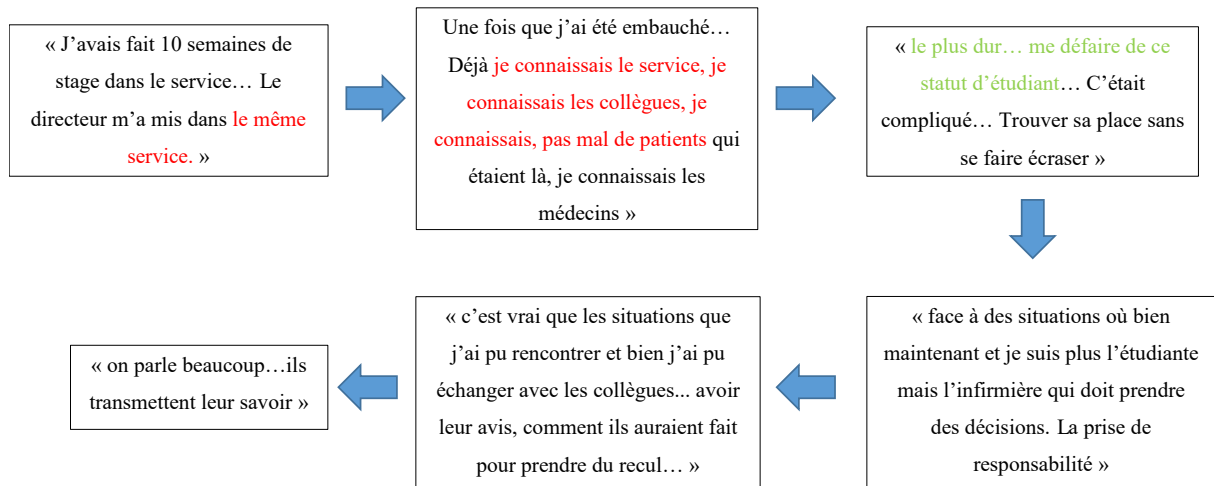
Sujet 8 : L'émergence du doute ?



Annexe 19 : Analyse dynamique du Sujet 9

Sujet 9 : Construire sa propre identité	521
Sujet 9 : Construire des connaissances.....	522
Sujet 9 : Ressentir de la difficulté	523
Sujet 9 : Changer de services	524
Sujet 9 : Acquérir un positionnement.....	525
Sujet 9 : Adapter sa pratique	526
Sujet 9 : Apprendre des situations de violence	527

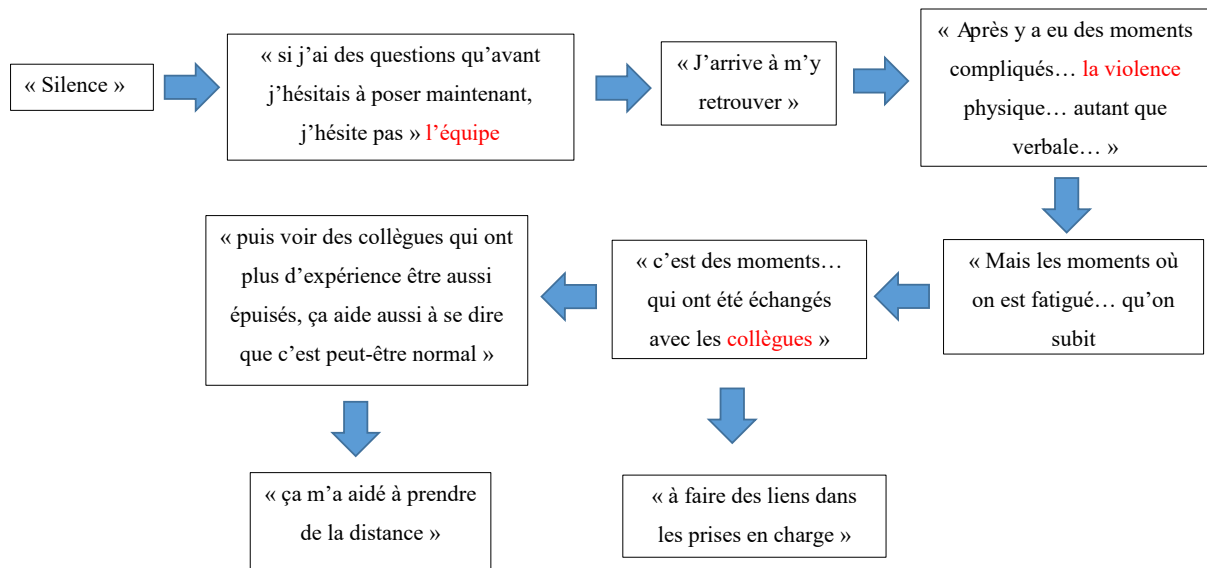
Sujet 9 : Construire sa propre identité



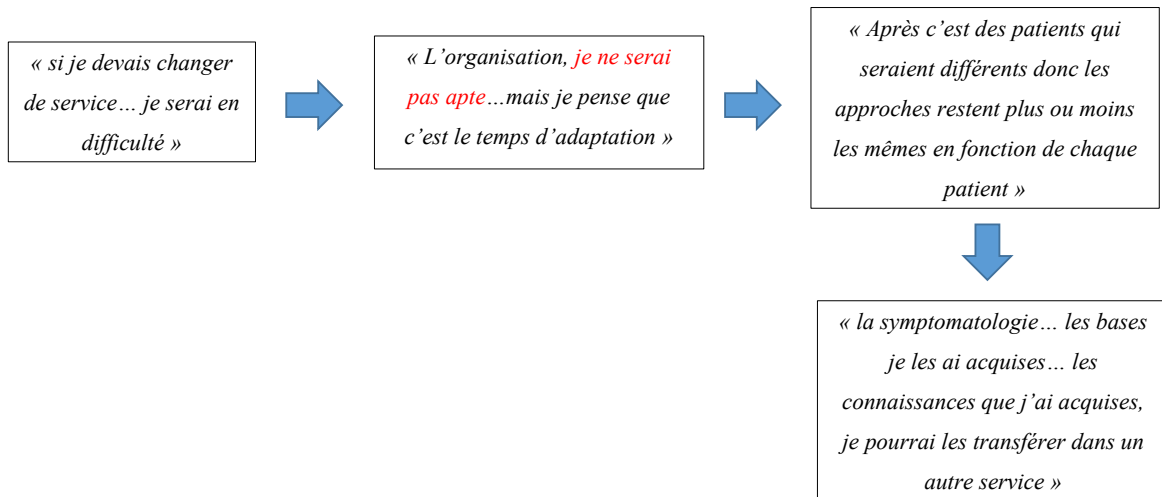
Sujet 9 : Construire des connaissances



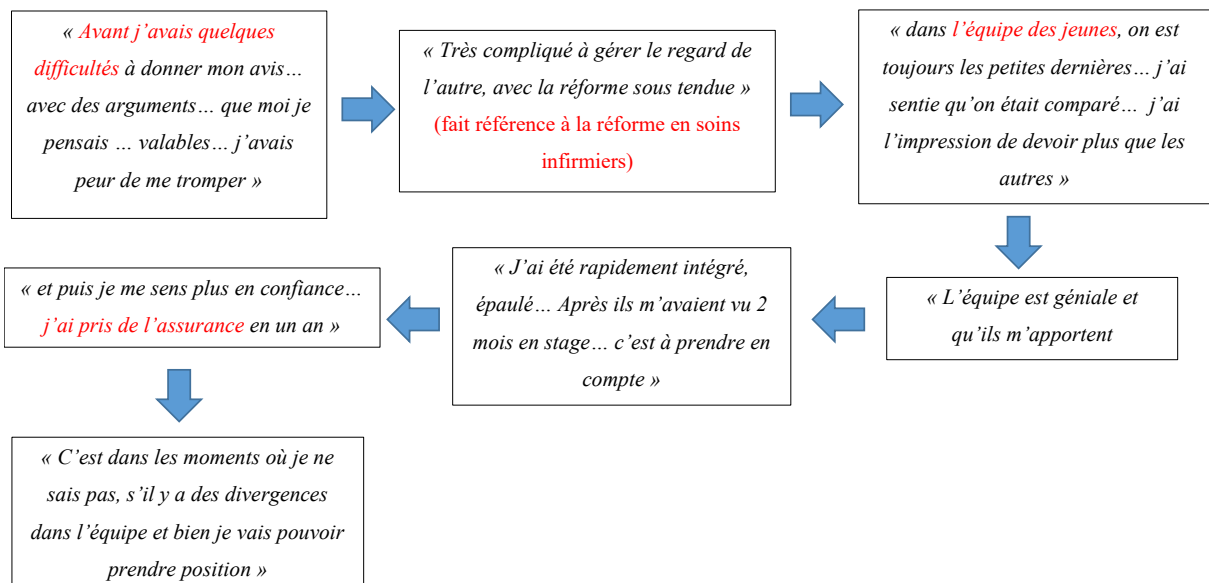
Sujet 9 : Ressentir de la difficulté



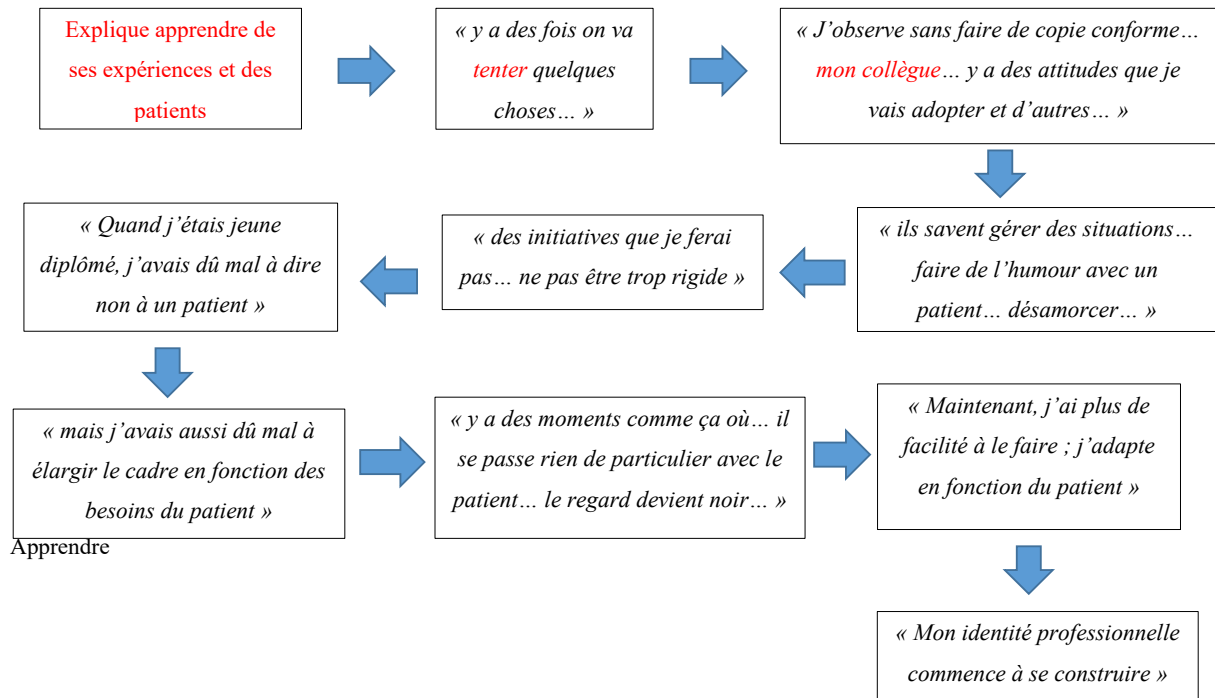
Sujet 9 : Changer de services



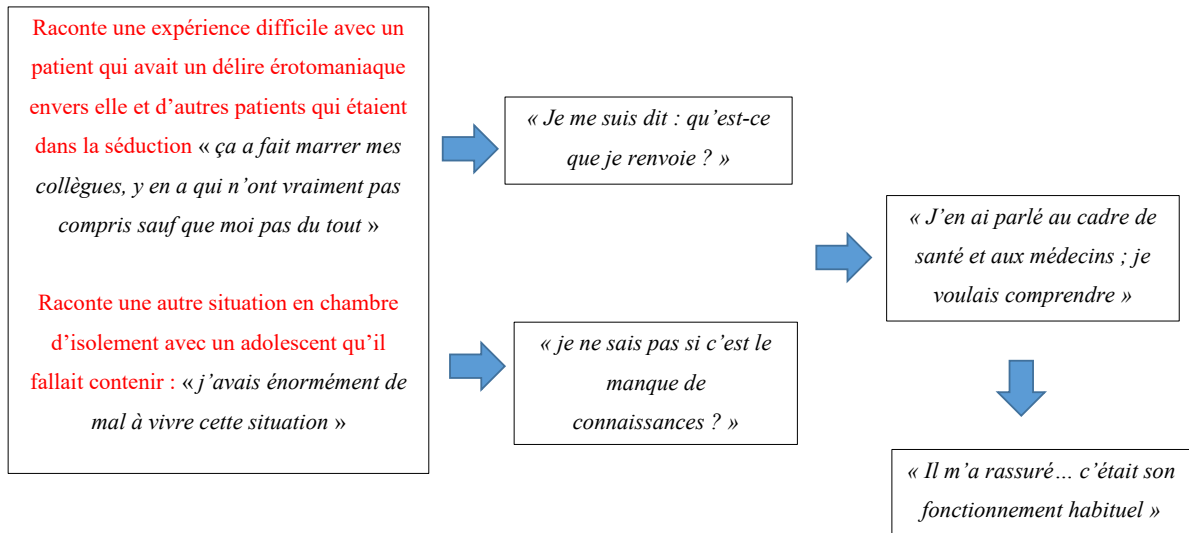
Sujet 9 : Acquérir un positionnement



Sujet 9 : Adapter sa pratique



Sujet 9 : Apprendre des situations de violence

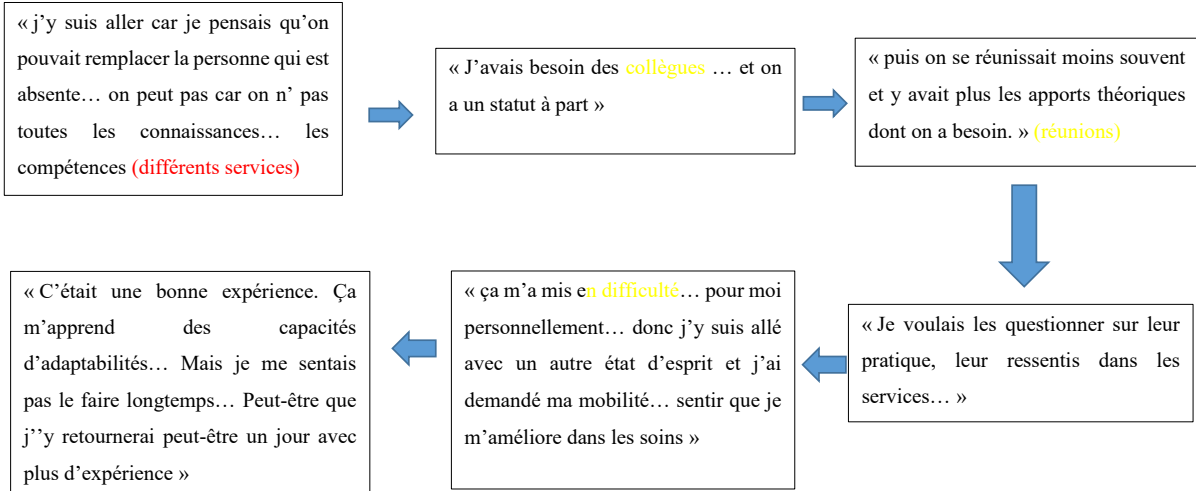


Annexe 20 : Analyse dynamique du Sujet 10

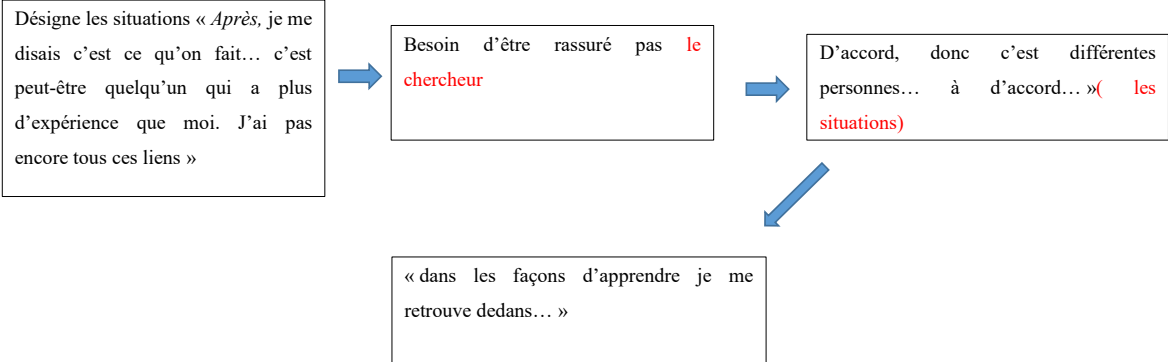
Sujet 10 : à la recherche d'un soutien	529
Sujet 10 : En recherche d'une réassurance chez le chercheur	530
Sujet 10 : Construire des connaissances.....	531
Sujet 10 : Apprendre grâce aux patients.....	532
Sujet 10 : Les réunions	533
Sujet 10 : Apprendre des situations de violence	534
Sujet 10 : adapte sa pratique pour éviter la violence.....	535
Sujet 10 : Privilégier l'apprentissage des soins indirects par l'apparition d'un manque de confiance en soi.....	536

Sujet 10 : à la recherche d'un soutien

« Explique avoir débuté sur le pool de remplacement pendant 8 mois et avoir demandé une mobilité en admission où elle est depuis 2 mois »



Sujet 10 : En recherche d'une réassurance chez le chercheur



Sujet 10 : Construire des connaissances

« Je pense que la formation est trop générale parce qu'on fait très peu d'apports théoriques »

« je voudrais lire... j'essaierai en anglais... je regarde dans mes cours... je li beaucoup sur les thérapeutiques »

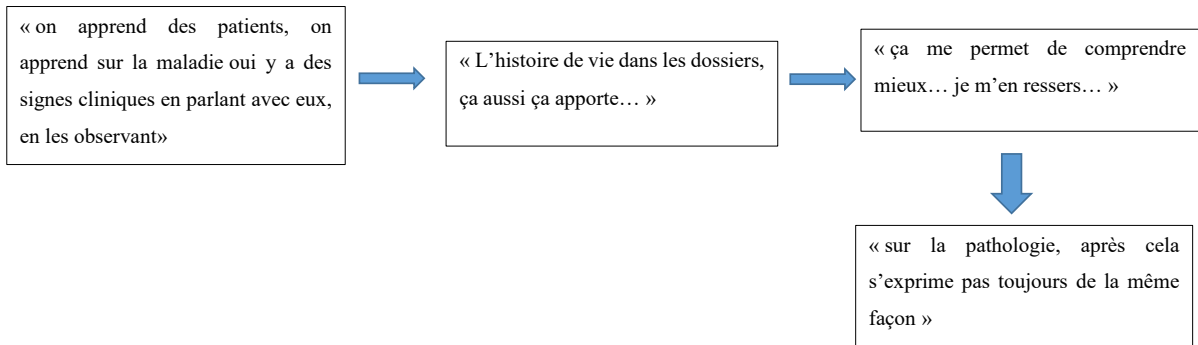
« On observe les collègues comment ils font dans les situations difficiles... je me mets à l'écart car je ne suis pas trop à l'aise... comment ils font, comment ils parlent avec le patient »

« et on prend certaines choses mais faut que ça convienne avec sa personnalité »

« j'ai appris beaucoup sur le terrain »

« Puis on questionne les collègues »

Sujet 10 : Apprendre grâce aux patients



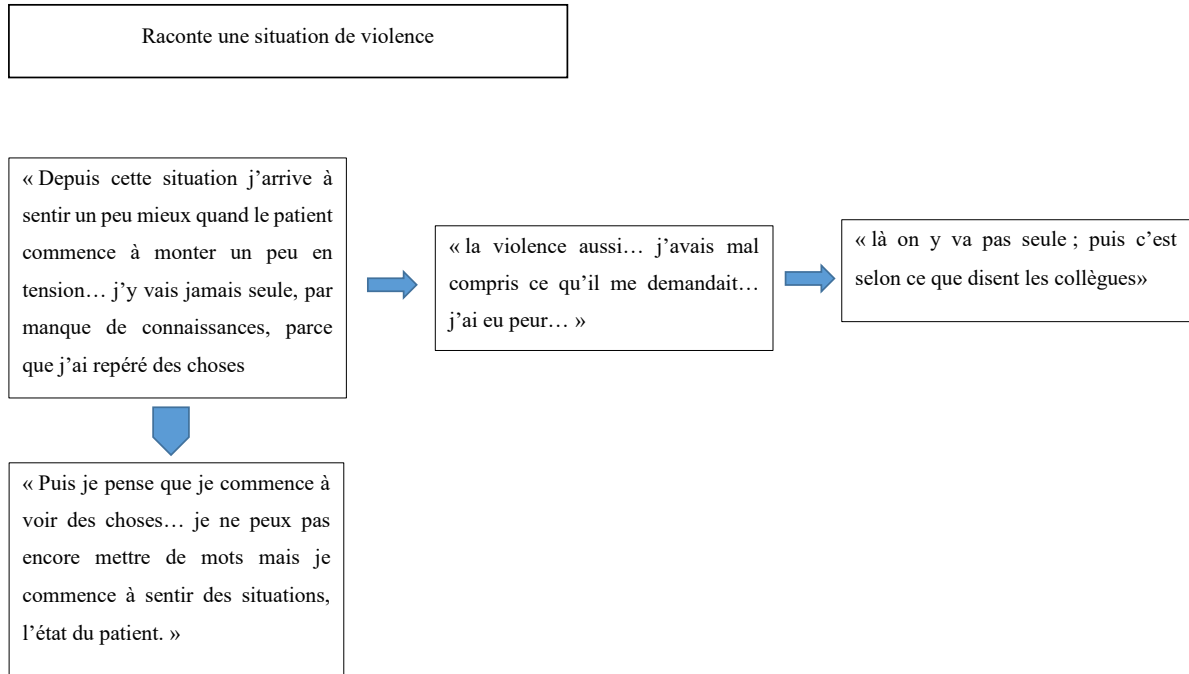
Sujet 10 : Les réunions

« les réunions. J'y assiste mais je ne me sens pas encore de parler »

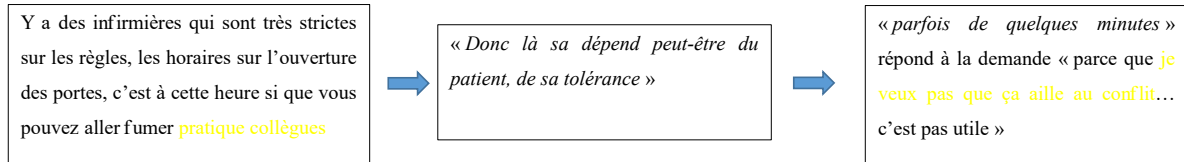


« Là je suis plutôt dans l'écoute et je trouve que c'est très intéressant... les apports sont intéressants...avoir des avis différents des collègues, d'autres membres de l'équipe...

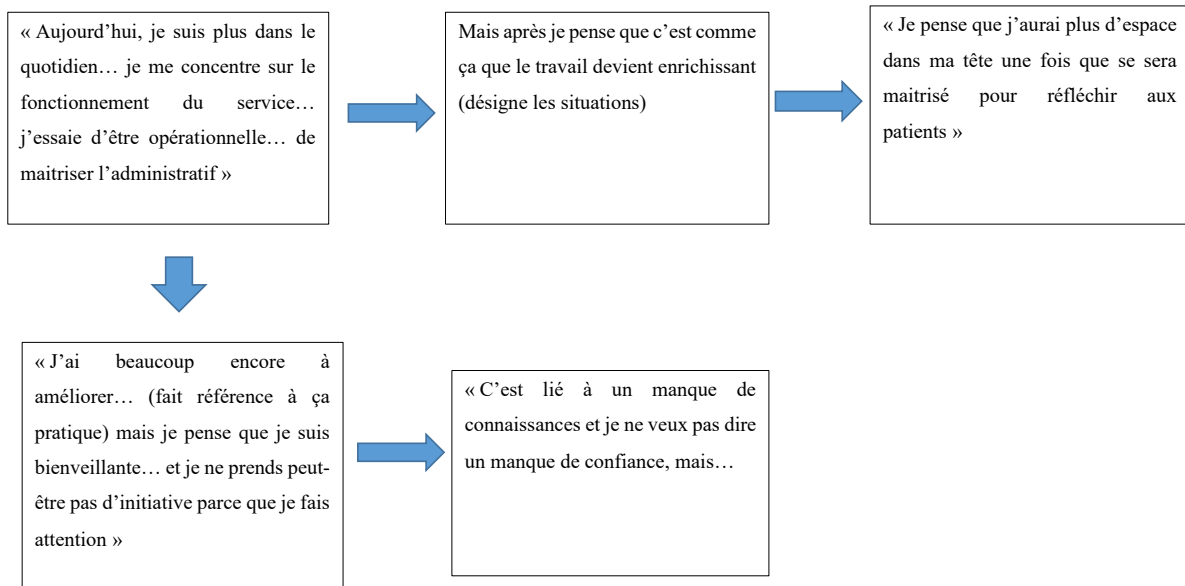
Sujet 10 : Apprendre des situations de violence



Sujet 10 : adapte sa pratique pour éviter la violence



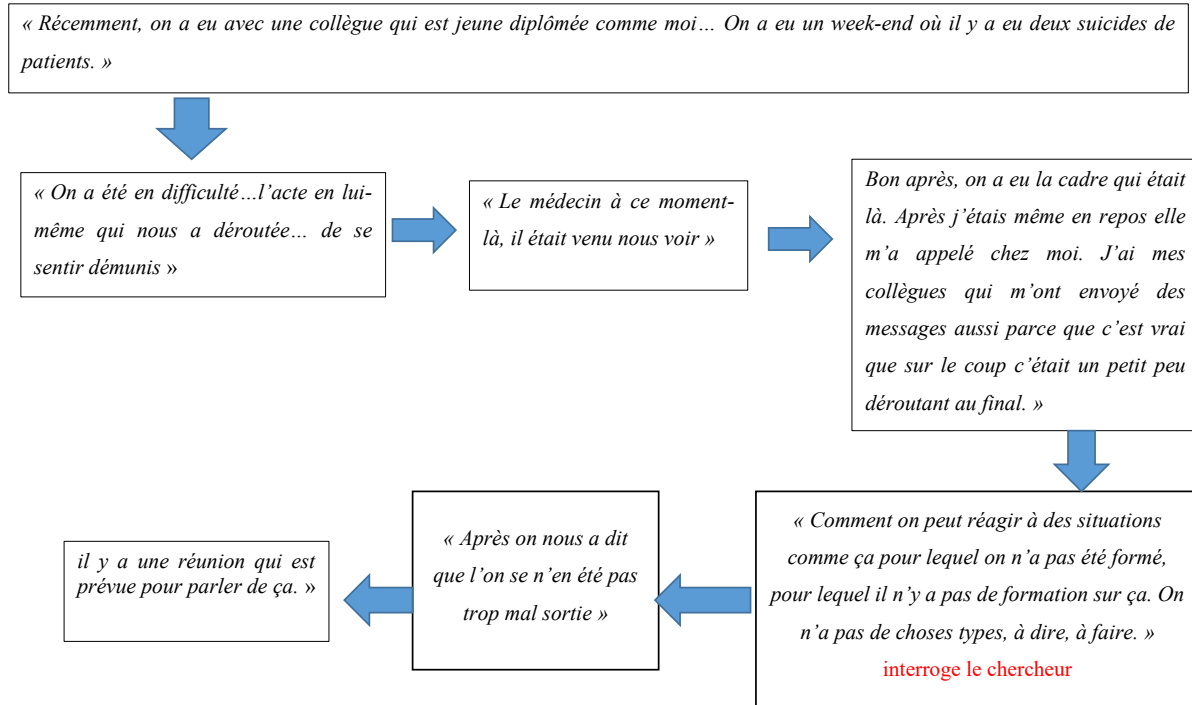
Sujet 10 : Privilégier l'apprentissage des soins indirects par l'apparition d'un manque de confiance en soi



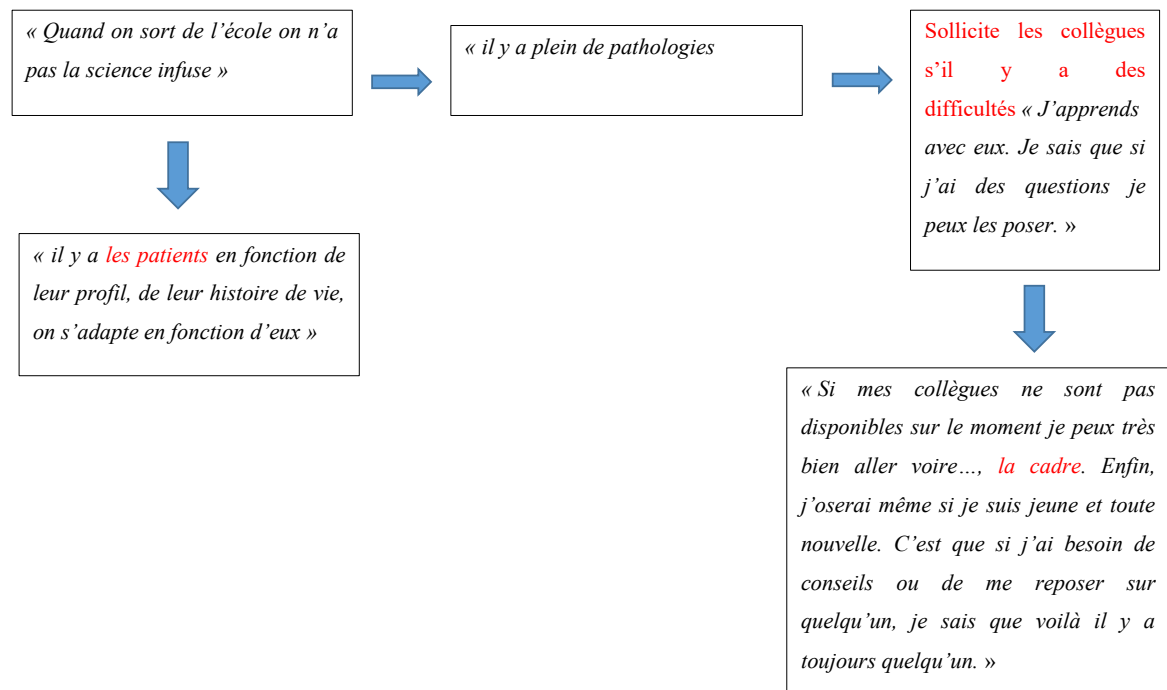
Annexe 21 : Analyse dynamique du Sujet 11

Sujet 11 : Les situations de violences.....	538
Sujet 11 : Construire des connaissances.....	539

Sujet 11 : Les situations de violences



Sujet 11 : Construire des connaissances



Annexe 22 : Analyse dynamique du Sujet 12

Sujet 12 : L'intégration dans un service.....	541
Sujet 12 : Construire son identité professionnelle.....	542
Sujet 12 : l'équipe comme soutien	543
Sujet 12 : Construire des connaissances.....	544
Sujet 12 : A la recherche d'un expert.....	545

Sujet 12 : L'intégration dans un service

« Souvent on a un rendez-vous avant pour pouvoir discuter du planning, rencontrer l'équipe, qu'il précise l'organisation du service, le faire visiter aussi. Ça permet d'avoir un premier lien, de donner un lien avec le lieu où tu travailles. » *cadre institutionnel + Cadre de santé*

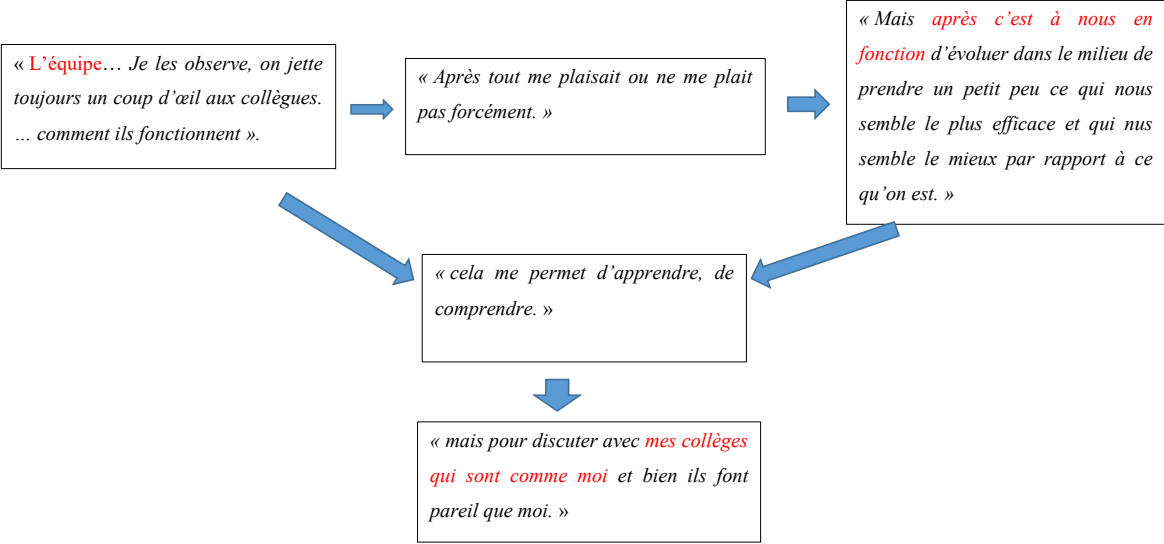


Ce lien, il permet aussi d'aider, euh de rencontrer *l'équipe*. Enfin ça aide pour l'intégration au sein de l'équipe.

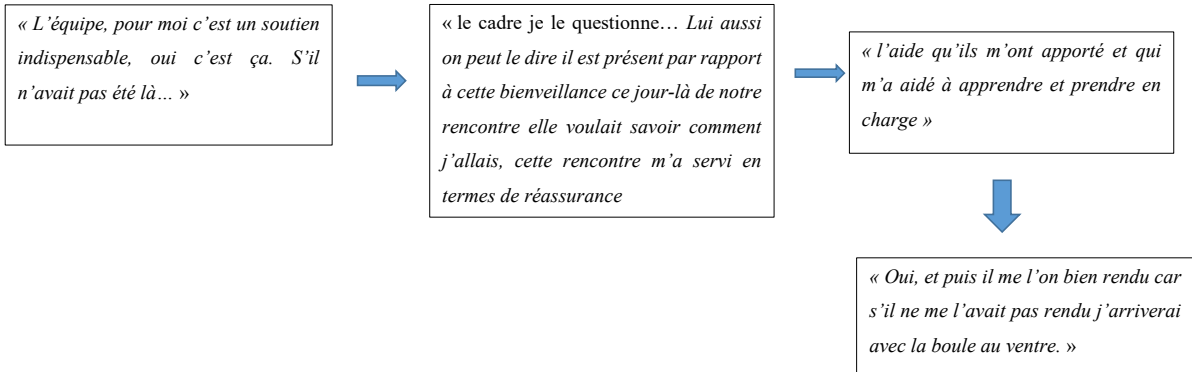


« pour moi à mon arrivé c'était un peu particulier parce que *je connaissais déjà le service* et une bonne partie de l'équipe soignante et médicale. Alors c'est sûr que l'intégration s'est faite plus facilement »

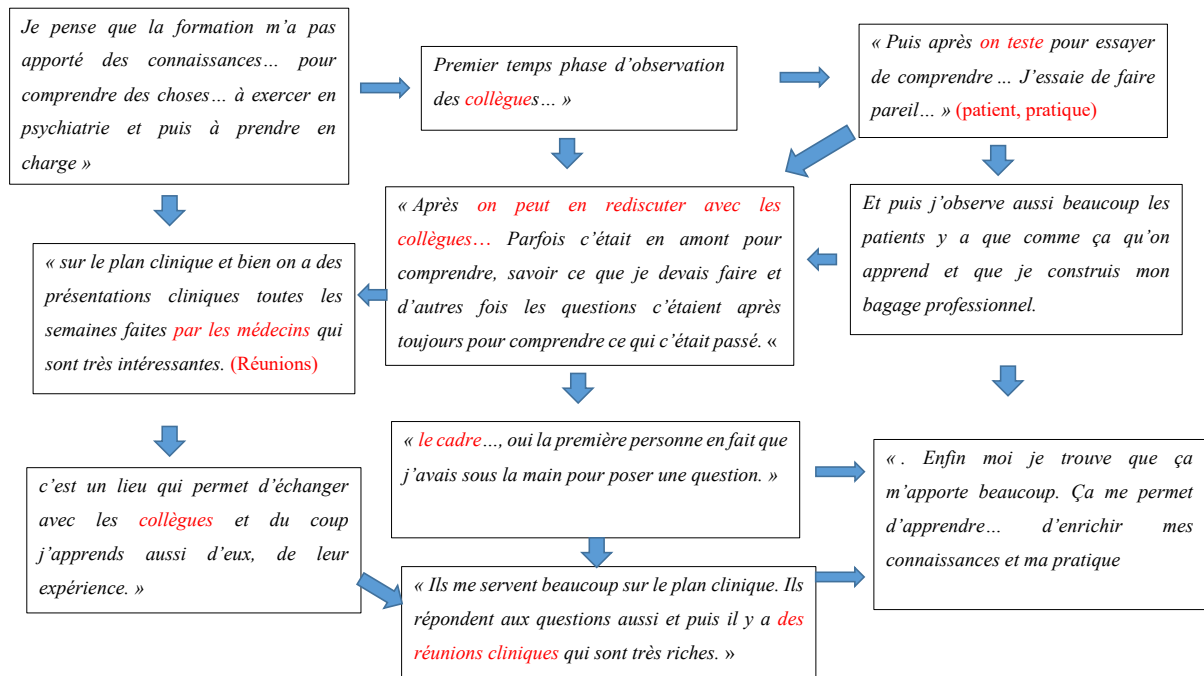
Sujet 12 : Construire son identité professionnelle



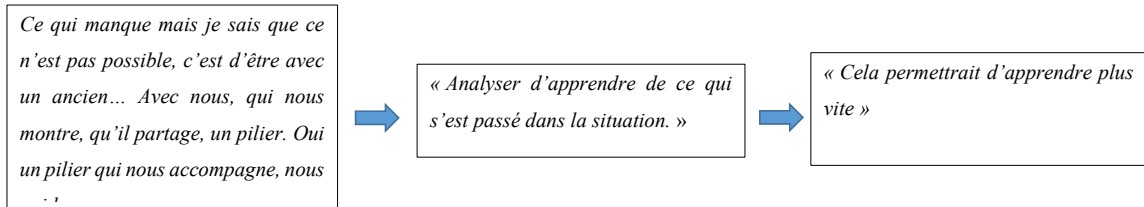
Sujet 12 : l'équipe comme soutien



Sujet 12 : Construire des connaissances



Sujet 12 : A la recherche d'un expert



ⁱTitre du V chapitre du livre « Histoire de la psychiatrie » écrit par Claude Quétel.

ⁱⁱLa durée d'hospitalisation à durant cette période est d'environ 11 mois. Une journée d'hospitalisation coute beaucoup plus chère qu'une journée en ambulatoire.

ⁱⁱⁱCet arrêté, formalise la formation sur l'ensemble du territoire. Un curricula est élaboré et acté. Cette formation dure 2 ans et 4 mois. Elle est en alternance toujours dispensée par des médecins psychiatres. Néanmoins, les appartenances idéologiques persistent. De plus, l'infirmier diplômé ne peut exercer que dans le département où il a réalisé sa formation.

^{iv}

^v Claude Quétel dans son livre « histoire de la folie » emploie ce terme pour décrire cette nouvelle période de la psychiatrie.

^{vi}Selon Postel et Quétel (2012) ainsi que Mahieu (2006), on trouve les racines de l'idéologie psychiatrique dans les décisions prises deux siècles auparavant en Angleterre par : le Roi Henri VIII qui instaure le protestantisme et chasse les chrétiens de son royaume. (Par cette action, il n'y a personne pour apporter le soin avant Florence Nightingale en 1860.) puis la Reine Elisabeth, (avec la Loi « the Poor Law » de 1601), qui oblige les indigents à travailler et à être sous la responsabilité de la communauté du lieu de leur résidence ou à aller dans un hospice public. Devant cette obligation des communes à prendre en charge ces personnes, certaines d'entre-elles, grâce à l'obtention de financement de riches particuliers vont s'organiser et créer des cliniques privées.

^{vii} S'appuyant sur les idées de la maladie mentale du père fondateur de la psychiatrie américaine Benjamin Rush et de la mère fondatrice, Dorothea Dix, cette association voit le jour en 1844 et fût créée à l'origine par 13 des 24 grands Directeurs d'hôpitaux psychiatriques des Etats Unis. Inscrit à l'origine dans une idéologie humaniste, cette association va compter plus de 250 membres en 1890 et va changer de nom pour s'appeler l'American Medical Psychiatric Association ou AMPA. En 1921, elle change encore de nom et est toujours d'actualité et s'appelle : American psychiatric association ou APA est une association qui s'appelait avant

^{viii} Cette médecine va être proposée par des médecins aliénistes militaires qui se sont aperçus pendant la guerre, que la prise en charge de certains symptômes ne nécessitait pas une hospitalisation mais ils devaient être pris en charge au plus près du lieu de vie.

^{ix}L'école de Palo Alto en est un exemple

^xLe DSM, va être réajusté en 1994 et s'appeler le DSM IV, puis en 1992 le DSM devient le CIM-10. Il s'agit d'un recueil constitué de 21 chapitres dans lequel toutes les pathologies sont répertoriées et codées. (L21 : Infarctus du aigu du myocarde, F32.2 : épisode dépressif sévère sans symptômes, F22.8 : Autres troubles délirants persistants...). Le chapitre V est celui qui traite des « troubles mentaux et du comportement », mais à la différence des autres chapitres qui parlent de maladies, celui-ci ne liste que des troubles.

^{xi}Georges Libman Engel (1913-1999) par née en 1977 aux Etats Unis est un médecin, chercheur, psychanalyste américain qui en 1977, propose un nouveau modèle de santé : le modèle biopsychosocial.

^{xii}Le Drame de Pau est un fait divers qui a eu lieu dans l'hôpital psychiatrique et santé mentale de Pau. Dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004, où deux soignantes ont trouvé la mort. Les faits ont été commis par un patient atteint de délire hallucinatoire, reconnu non responsable au moment des faits par la justice.

^{xiii}Il s'agit d'une approche bio-psycho-sociale

^{xiv}les institutions hospitalières pouvaient proposer : un tutorat d'au moins 6 mois avec deux ISP, de la formation dispensée non seulement par des organismes de formations mais aussi par des médecins psychiatres, des réunions institutionnelles et cliniques. Enfin, certaine institution proposait aussi un après-midi par semaine consacré à l'enseignement de la psychopathologie.

^{xv}L'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (modifié par l'arrêté du 02/08/2011).

^{xvi}Le modèle biologique ou bio médicale se décline selon une approche organiciste et se rapporte à une démarche rigoureusement médicalisée. En psychiatrie, selon cette approche, on considère que le trouble provient d'un désordre neurobiologique. A l'inverse, le modèle psychologique, principalement dominé par les théories et pratiques psychanalytiques, se concentre sur les conflits intrasubjectifs dont souffre le sujet. Enfin, il y a un autre modèle ; celui du sociologique. Celui-ci 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)

^{xvii}La loi n° 1998-461 du 13 juin 1998, dite loi « Aubry » sur les 35 heures, le renforcement du droit des malades, la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 concernant le financement de la sécurité sociale, l'ordonnance du 2 mai 2005 avec la création des pôles d'activités cliniques et médico-techniques, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi Bachelot, portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé avec la mise en place des groupements hospitaliers territoriaux (GHT) réorganisent le dispositif de soin, la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge...

^{xviii}OMS définition de la santé mentale

^{xix}Par exemple : Freud, Lacan, Bion ou encore par exemple Winnicott avec l'objet transitionnel, le bon sein de Mélanie Klein ou encore le Moi-peau de Didier Anzieux...

^{xx}Par exemple : la thérapie de soutien, comportementale, familiale Il existe aussi l'analyse transactionnelle ou la méthode de conditionnement, la psychanalyse, la psychothérapie d'inspiration analytique...

^{xxi}La notion de permanence est indispensable. Elle existe grâce au dispositif soignant ainsi qu'à sa capacité de résistance psychique face aux expressions délirantes, d'angoisses, de violences et/ou d'agressivité des patients. Cette permanence peut et doit être aménagée en incluant la notion de présence/absence. Absence ne signifiant pas rejet ou l'abandon.

^{xxii}Il existe différents types d'entretien avec une visée différente. L'entretien infirmier d'accueil et/ou d'orientation se réalise aussi bien en accueil d'urgence qu'en hospitalisation complète, de jour, au centre médico-psychologique, à domicile ou dans toute autre structure d'hébergement médical ou social. Il permet : de poser un espace/temps d'écoute, d'entrer en relation avec la personne, de répondre à ses questions, de recueillir des informations et de les transmettre au corps médical afin d'établir le plan de soins et de concourir ainsi au diagnostic médical. Les approches de l'infirmier à travers ce processus ont pour objet de sécuriser, rassurer la personne de façon à créer un climat de confiance qui favorisera une relation d'aide. Il existe aussi, l'entretien infirmier de suivi thérapeutique. Il peut être formel ou informel. Il a pour but de reconstruire l'histoire du patient, l'aider à remettre du sens, réarticuler son vécu grâce à une écoute active. Il peut être réalisé seul ou en binôme avec le médecin. Programmé il est réalisé en fonction des observations faites et de l'urgence du contexte. Transmetteur des signes cliniques observés, et de l'observance du traitement, l'infirmier dans ce cadre, facilite l'échange et fait le lien entre le patient et le médecin sur l'évolution de la problématique. Le plus souvent, le soignant présent est le référent de la personne soignée ce qui en fait l'interlocuteur privilégié de par sa permanence dans l'espace-temps du cadre de soin. De fait, le soignant devient l'exécutant et le garant de l'application du contrat de soins décidé en équipe.

^{xxiii}Sport collectif, de la relaxation, musculation, piscine, psychomotricité, esthétique... ..

^{xxiv}L'art thérapie, musicothérapie, terre et modelage, informatique, collage, cuisine, jardin-herbier, bibliothèque, peinture, journal et les sorties à l'extérieur comme le cinéma, restaurant, spectacles

^{xxvii} Winnicot

^{xxviii} Jorro, (2017, p. 22)

^{xxix} Labelle 1996

^{xxx} Eneau, 2005. P. 143

^{xxxi} Eneau, 2005. p. 139

^{xxxii} « Depuis, la réforme du programme de 2009, concernant l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier dans sa forme actuelle, ne résout pas la question de l'enseignement de la psychiatrie. 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. Il ne peut y avoir d'efficacité des soins psychiatriques sans une expertise clinique infirmière garantissant l'observance, la continuité, la globalité et la qualité des réponses aux besoins des patients et de leurs proches. Les mesures de tutorat infirmier, mises en œuvre pour répondre à minima à ce besoin de formation spécifique et faciliter l'adaptation des nouveaux infirmiers, n'ont pas permis d'atteindre cet objectif d'expertise. » Ordre Infirmier : Rapport de synthèse : Psychiatrie et santé mentale. Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières, Mars 2010, p.23

Résumé :

Cette recherche cherche à comprendre le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas, par expérience de nouveaux diplômés en soins infirmiers qui ont choisis d'exercer dans le domaine de la psychiatrie. Après avoir décrit le contexte d'émergence de l'objet de la recherche, son étude s'est réalisée au croisement de différentes disciplines relevant des sciences humaines. En effet, étudier le concept de « tiers » et comprendre son rôle dans l'apprentissage, nous a amené à explorer et décloisonner les disciplines de l'anthropologie, la sociologie, la psychologie ou encore la psycho-sociologie. Au fur et à mesure de l'avancée de ce travail, la nature dynamique du tiers ainsi que la problématique de l'entre-deux qu'il occasionne, nous a conduits vers des paradigmes qui dépassent les approches classiques et linéaires proposées habituellement. Si bien que pour penser les phénomènes en jeu, investir les sciences de la complexité, de la multidisciplinarité et de la transdisciplinarité au service d'une approche ternaire nous est apparu comme une évidence, puisqu'elles autorisent la possibilité d'admettre le « ET » et le contradictoire afin de penser conjointement différents niveaux du phénomène, sans les dénaturer. À la croisée d'une approche par l'activité et d'une approche par les actes de langage, l'analyse du discours de plusieurs nouveaux diplômés a permis de montrer que le tiers est un système ternaire inclusif et dynamique convoqué selon les besoins du sujet dans des situations d'apprentissages informelles. Construit dans et par la relation, grâce à des passeurs, il favorise la circulation et l'articulation des représentations individuelles et collectives et sert l'autonomisation du sujet. À l'inverse, l'absence de tiers conduirait à de la souffrance au travail et pourrait expliquer le départ voir même à l'abandon des nouveaux diplômés de la profession d'infirmier dans ce secteur du soin.

Mots clefs : Apprentissage sur le tas, tiers, soins infirmiers, psychiatrie et santé mentale, passeurs, entre-deux

Résumé en anglais :

This research seeks to understand the role of the third party in on-the-job learning, through the experience of new nursing graduates who have chosen to practice in the field of psychiatry. After having described the context of the emergence of the object of research, his study was carried out at the crossroads of different disciplines within the human sciences. Indeed, studying the concept of "third party" and understanding its role in learning, has led us to explore and decompartmentalize the disciplines of anthropology, sociology, psychology or even psycho-sociology. As this work progresses, the dynamic nature of the third party as well as the problem of the in-between that it causes, has led us towards paradigms that go beyond the classical and linear approaches usually proposed. So much so that in order to think about the phenomena at stake, investing the sciences of complexity, multidisciplinary and transdisciplinarity in the service of a ternary approach seemed obvious to us, since they allow the possibility of admitting the "AND and the contradictory in order to jointly think about different levels of the phenomenon, without distorting them. At the crossroads of an approach by activity and an approach by speech acts, the analysis of the discourse of several new graduates has made it possible to show that the third party is an inclusive and dynamic ternary system summoned according to the needs of the subject in informal learning situations. Constructed in and through the relationship, thanks to facilitators, it promotes the circulation and articulation of individual and collective representations and serves the empowerment of the subject. Conversely, the absence of a third party would lead to suffering at work and could explain the departure or even the abandonment of new graduates from the nursing profession in this care sector.

Keywords : Learning on the job, third parties, nursing, psychiatry end mental health, couriers, in-between